Rev Sanid Milit Mex 2002; 56(4) Jul.-Ago: 177-180

Caso clínico

Fractura de pene.
Reporte de un caso

Mayor M. C. Carlos Daniel **Lever-Rosas,*** Mayor M. C. Pablo Fernando **Pérez-Barbosa,****
Mayor M. C. Luis Manuel **García-Núñez,***** M.C. Juan José **Chávez-Rodríguez*****

Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN

La fractura de pene es una lesión poco común y en la gran mayoría de los casos es durante actividad sexual. El diagnóstico en su mayoría es clínico, sin embargo, cuando exista duda diagnóstica se recomienda realizar estudios de gabinete. Existe la posibilidad de lesión uretral y ante la sospecha clínica de lesión debe de descartarse con estudios de gabinete. Existen pocas complicaciones con el tratamiento quirúrgico y los resultados funcionales a largo plazo son en su gran mayoría buenos.

Palabras clave: pene, fractura, cirugía.

Penile fracture.
A case report

SUMMARY

Penis fracture is an uncommon lesion, which happens often during sexual intercourse. Clinical diagnosis is the rule, but further studies should be performed when signs and symptoms are equivocal. Few complications are expected after surgical treatment and functional results are good in the long run.

Key words: Penis, fracture, surgery.

Introducción

La fractura de pene es una lesión poco común. En 1988 se habían cuantificado 100 casos y en la revisión hecha por Tsang reportó que hasta el momento de su publicación (1992) habían sido reportados 180 casos, aproximadamente.[1,3]

Caso clínico

Paciente masculino de 41 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica no controlada, que acude en forma urgente a la Enfermería de Santa Gertrudis, Chihuahua, dos horas después de haber presentado una fractura de pene durante actividad sexual. Refirió mucho dolor en el sitio de la lesión, que lo incapacitó para deambular. Sus signos vitales con presión arterial 160/110 mmHg, su exploración con deformidad del pene por un hematoma en todo el cuerpo, así como desviación hacia la derecha, refiere incapacidad para miccionar *(Figura 1)*. Se controló el dolor, se estabilizó la presión arterial y se intervino quirúrgicamente. Primero se realizó una talla suprapúbica donde se drenó aproximadamente 1,000 mL. Se realizó posteriormente una incisión circular por debajo del glande y se evacuó un hematoma, se disecó la piel en forma de guante hasta exponer en su totalidad a la fascia de Buck *(Figura 2)*, se encontró y drenó un hematoma sobre el cuerpo cavernoso izquierdo. Se observó la túnica albugínea rota circunferencialmente casi en 90% *(Figura 3)*. Al no observar lesión en la uretra bajo visión directa se colocó una sonda. La lesión de la túnica se reparó con vicryl 3-0 con surgete continuo *(Figura 4)*, se realizó hemostasia y la piel se cerró con catgut: 3-0 *(Figura 5)*. Al cuarto día de operado se retiró la sonda uretral y se pinzó la sonda de la talla, misma que se retiró al día siguiente. Médicamente se manejó con analgésicos y una benzodiacepina (midazolam) para evitar la erección nocturna, así como ampicilina, metoprolol y captopril. Fue egresado al 7/o día de

* Director de Enfermería Militar de la 42/a Z. M. Santa Gertrudis, Chihuahua. ** Subdirector de Enfermería Militar. Santa Gertrudis, Chihuahua. *** Residente de Cirugía General. Hospital Central Militar.

Correspondencia:
Dr. Carlos Daniel Lever-Rosas
Calle Rabaul # 505 Col. Electricistas. Del. Azcapotzalco . México, D.F. C.P. 02060. Tels. 5561-5401 y (01)62 1478 2060, en Santa Gertrudis, Chihuahua. E-mail: cdlever@hotmail.com

Recibido: Diciembre 12, 2001.
Aceptado: Enero 18, 2002.

Figura 1. Se observa la deformidad del pene hacia la derecha. La talla suprapúbica ya realizada.

operado. Su evolución fue satisfactoria hasta el mes, en que al volver a intentar tener actividad sexual presentó un hematoma pequeño en el sitio de la fractura. No ha presentado hasta el momento datos de impotencia ni deformidad.

Discusión

La fractura de pene es una lesión poco frecuente.[1-5] El mecanismo de lesión ocurre cuando el pene se encuentra erecto, en la mayoría de los casos, esto ocurre durante la actividad sexual,[1-5] como sucedió en el presente caso.

El cuerpo cavernoso está cubierto por la túnica albugínea. Al momento de tener erección el pene, esta túnica se adelgaza y estira, que al aplicar una fuerza se puede lesionar.[1,3] La ruptura de esta túnica se define como fractura de pene.[4] El paciente generalmente refiere que escucha un ruido, se pierde la erección del pene, aparece edema, dolor y cambio de color. Hay una desviación, usualmente hacia el lado contrario del desgarro. Todo esto es seguido por el desarrollo de un hematoma que está confinado a la fascia de Buck. Si la fascia de Buck también se rompe, el hematoma puede extenderse hacia el escroto, la pared abdominal anterior baja y el perineo anterior.[1,4] En nuestro caso el dolor fue lo más incapacitante, aunado a la incapacidad del paciente para miccionar.

La fractura de pene se asocia con lesión de la uretra en un porcentaje que puede ser desde 10 hasta 38%.[1,3,4] La sangre en la uretra es patognomónica de lesión de la misma. Sin embargo, su ausencia no la descarta. Si se sospecha de lesión uretral, se debe realizar una uretrografía retrógrada para confirmar el diagnóstico y para determinar la extensión de la lesión uretral.[2,4] Este tipo de lesiones se han asociado con lesión de

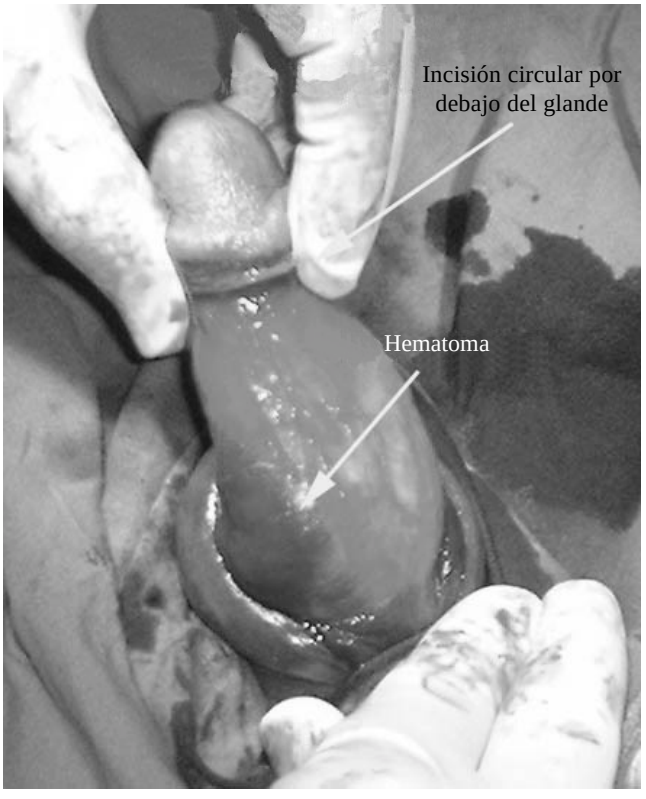

Figura 2. El abordaje quirúrgico en una incisión circunferencial por debajo del glande bajando la piel en forma de guante donde se observa un hematoma sobre el cuerpo cavernoso izquierdo.

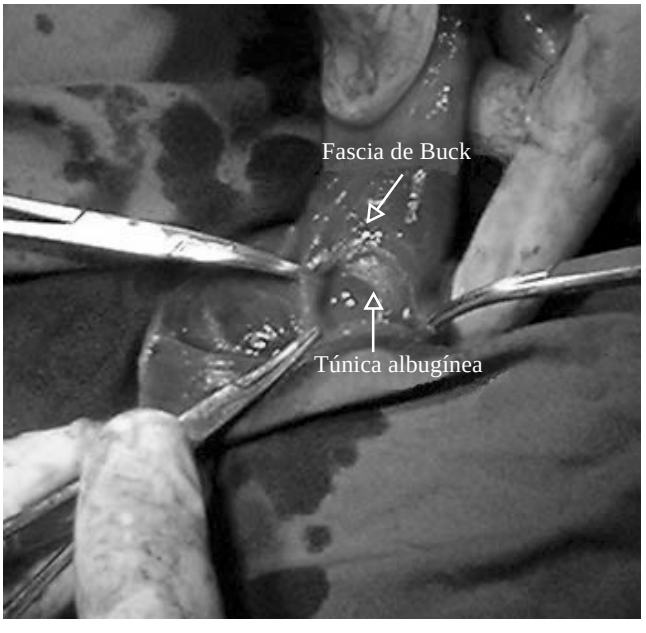

Figura 3. Hematoma drenado a través de la fascia de Buck y donde se observa la túnica albugínea rota.

ambos cuerpos cavernosos, así como con lesiones unilaterales o aisladas.[1] Nuestro paciente no tuvo sangre en el meato, pero tampoco pudo miccionar, no tuvimos la facilidad de

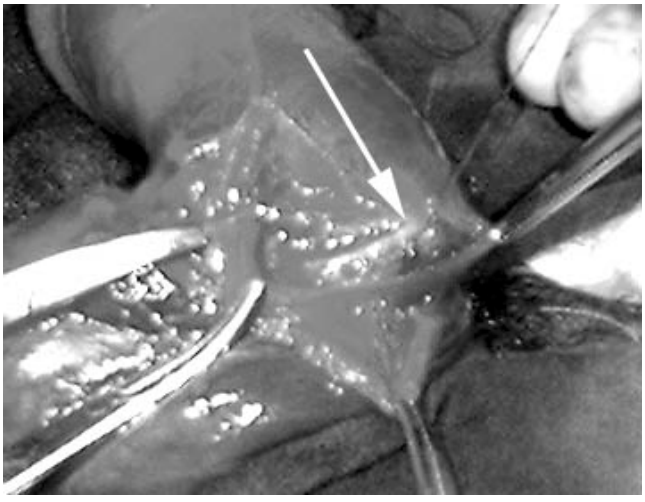

Figura 4. Reparación de la túnica albugínea con material absorbible en forma de surgete continuo.

Figura 5. Reparación finalizada. Paciente con talla suprapúbica y sonda uretral.

realizar una uretrografía retrógrada y la lesión se descartó durante la exploración quirúrgica.

El diagnóstico de la fractura de pene puede ser clínico en la mayoría de los casos.[1] Pero no todos los pacientes con dolor en el pene, edema, angulación y decoloración después de un trauma presentan fractura del pene.[4,5,9] Por ello recomiendan la realización de una cavernografía para descartar lesión de la túnica albugínea. Si está lesionada se recomienda un tratamiento quirúrgico, si la lesión es mínima o no hay, se recomienda tratamiento conservador.[4,9] Contrario a ello, se recomienda la realización de estudios de gabinete para aquellos casos en que los hallazgos clínicos son equívocos o en aquellos pacientes con historia de una lesión típica acompañada de un ruido, con dolor, pero que los hallazgos a su exploración no confirman el diagnóstico.[1]

El tratamiento ha sido en dos formas: conservador o quirúrgico. Existen algunas controversias en cuanto a su manejo.

El tratamiento conservador involucra la ferulización del pene con una sonda uretral con un vendaje compresivo alrededor del mismo, compresas de hielo y sedantes. Ha sido utilizada la estroptoquinasa para disminuir el edema así como estrógenos para evitar la erección. Las complicaciones del tratamiento conservador se han reportado hasta en 50% contrario al quirúrgico de 10%.[4,10] Las complicaciones más comunes reportadas son angulación persistente del pene con molestias durante la actividad sexual, dolor persistente, fístula arteriovenosa, impotencia, abscesos del pene y pseudodivertículo.[1,4-6]

Con el tratamiento quirúrgico, el objetivo de restaurar la anatomía es para evitar la formación de tejido fibroso. Entre más transcurra el tiempo de realizar el procedimiento, pueden presentarse complicaciones como desviación del pene por la formación de fibrosis.[1,2] Así, también, la reanudación de la actividad sexual es más pronta y hay menos efectos psicológicos.[2,3]

Al realizar un procedimiento quirúrgico sin lesión uretral se ha reportado la utilización de la sonda uretral por un día.[1] En nuestro caso la dejamos por cuatro días. Si hay lesión de la uretra se deriva con talla suprapúbica.[1,2] En nuestro caso se decidió realizar una talla suprapúbica por no poder miccionar el paciente y por la sospecha de lesión uretral. Trans-operatoriamente se observó que no había lesión en la uretra y fue como colocamos la sonda uretral, con el objetivo de mantener ferulizado el pene, así como un vendaje externo para hemostasia y ferulización. En caso de lesión uretral se recomienda dejar la sonda uretral por tres semanas y realizar una talla.[1,2] Cuando hay lesión de la uretra, es recomendable realizar la exploración de ambos cuerpos cavernosos para descartar lesión.[1]

Si el paciente no está circuncidado, hay quienes realizaron la circuncisión sin complicaciones y sólo se ha reportado que no se realizó en un paciente por presentar lesión uretral y tener opción en caso de que se pudiera necesitar en un tiempo posterior.[1]

Se ha reportado la utilización de drenajes en el sitio de la lesión por dos días.[4] Pero no se encontró más referencias que apoyaran su uso, nosotros no utilizamos drenajes.

En los cuidados después de la cirugía, Fergany en su serie no utilizó antiinflamatorios o inhibidores de la erección.[1] Contrario a nuestro caso, nosotros dimos benzodiacepinas para inhibir la erección.

La estancia hospitalaria para los pacientes con lesión de la túnica albugínea únicamente es corta, de uno a dos días[1,3,8]

y de cinco días para la lesión uretral.[1] Nosotros lo manejamos con siete días de estancia intrahospitalaria.

Se recomienda abstinencia sexual de seis a ocho semanas.[1] Nosotros dimos un periodo de cuatro semanas; al reiniciar la actividad sexual presentó un hematoma pequeño en el sitio de la reparación, por lo que se indicó abstinencia por cuatro semanas más.

La estenosis uretral puede presentarse después de la reparación de la uretra.[3] Otra complicación de la cirugía puede ser dolor en el sitio de la reparación.[7]

El gran número de publicaciones concluye que actualmente el tratamiento quirúrgico es el de elección, por el menor número de complicaciones comparado con el manejo conservador en grupos de pacientes históricos.[1-4,6-8]

Conclusión

En este caso, el procedimiento quirúrgico fue lo mejor que se le pudo ofrecer. La realización de la talla suprapúbica debió realizarse después de haber explorado la lesión del pene en caso de haberse encontrado lesión uretral. La abstinencia sexual debe ser mayor de cuatro semanas.

Agradecimientos

Quiero agradecer al M. M. C. Guillermo Tavera Ramírez (Adscrito al Departamento de Urología del Hospital Central Militar), al M.M.C. José Rubén Hernández Melo y al M.M.C. Gustavo Alfaro Martínez (Residentes de Urología del Hospital Central Militar), quienes me asesoraron telefónicamente para el manejo de este caso.

Referencias

1. Fergany AMRF, Angermeier KW, Montague DK. Review of Cleveland Clinic experience with penile fracture. Urology 1999; 54: 352-5.

2. Anselmo G, Fandella A, Faggiano L, Merlo F, Maccatrozzo L. Fractures of the penis: Therapeutic approach and long-term results. Br J Urol 1991; 67: 509-11.

3. Tsang T, Demby AM. Penile fracture with urethral injury. J Urol 1992; 147: 466-8.

4. Lehman E, Kremer S. Fracture of the penis. Surg Gynecol & Obstet 1990; 171: 148-50.

5. Mydlo JH, Gershbein AB, Macchia RJ. Non-operative treatment of patients with presumed penile fracture. J Urol 2001; 165: 424-5.

6. Hinev A. Fracture of the penis: Treatment and complications. Acta Med Okayama 2000; 54(5): 211-6 [Abstract].

7. Dincel C, Caskurlu T, Resim S, Bayraktar Z, Tasci AL, Sevin G. Fracture of the penis. Int Urol Nephrol 1998; 30(6): 761-5 [Abstract].

8. Nouri M, Koutani A, Tazi K, el Khadir K, Ibn Attya A, Hachimi M, Lakrissa A. Fractures of the penis: A propos of 56 cases. Prog Urol 1998; 8(4): 542-7 [Abstract].

9. Karadeniz T, Topsakal M, Ariman A, Erton H, Basak D. Penile fracture: Differential diagnosis, management and outcome. Br J Urol 1996; 77(2): 279-81 [Abstract].

10. Bennani S, Dakir M, Debbagh A, Hafiani M, el Moussaoui A, el Mrini M, Benjelloun S.Traumatic rupture of the corpus cavernosum. Prog Urol 1998; 8(4): 548-52 [Abstract].