

REIMPLANTE PENIANO APÓS AMPUTAÇÃO: RELATO DE UM CASO

SILVIA ACOSTA FLORES, NÉSTOR AVILÉS MARTÍNEZ, CESAR PORRO GUTIERREZ, GILBERTO TAM POW SANG, TELMO MANYARI TELLO

RESUMO

Relata-se o caso clínico de um paciente de 24 anos de idade, que ingressou no hospital depois de ser agredido. Ele apresentava múltiplas feridas cortantes no rosto, no abdome, na perna e no pênis, o qual evidenciava mutilação de ambos os corpos cavernosos. Realizou-se reimplante por anastomose simples de corpos cavernosos e veia dorsal.

Palavras-chave: amputação; pênis; reimplante.

INTRODUÇÃO

Em nosso meio, a amputação de pênis é uma condição relatada com pouca frequência (Wessells e Long, 2006; Babaei e Safarinejad, 2007). Cerca de 87% dos pacientes tinha problemas psiquiátricos e apresentavam lesões por automutilação (Schweitzer, 1990; Volker e Maier, 2002; Gyan *et al.*, 2010). Alguns casos se originaram de acidentes de trabalho (Alonso Gracia *et al.*, 2003; Phonsombat, 2008). Em

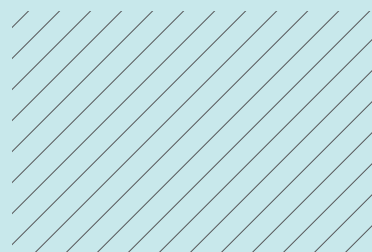
1970, na Tailândia, observou-se uma epidemia de amputações de pênis como castigo pela infidelidade dos homens (Bhanganada *et al.*, 1983; Ferguson y Brandes, 2008).

Nesses casos, o mais rápido possível, deve-se tentar uma reconstrução completa para propiciar as melhores condições de reabilitação do paciente (Jordan e Gilbert, 1989; Sherman *et al.*, 1996; Kochakarn *et al.*, 1997; Kochakarn, 2000; Park *et al.*, 2001; Alonso Gracia *et al.*, 2003; Günther-Mangelsdorff *et al.*, 2005). O reimplante microvascular oferece prognóstico melhor para a volta das sensações e da função erétil, contudo, quando não for possível realizá-la, a anastomose simples mostrou bons resultados (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001; Gyan *et al.*, 2010).

RELATO DE CASO

Um paciente com 24 anos de idade, natural de Lima, no Peru, chegou ao pronto socorro de nosso hospital, refe-

rindo de um hospital de menor complexidade, com o tempo da enfermidade desconhecido uma vez que o paciente foi encontrado inconsciente em uma lixeira e não dava informações (*Figura 1*).



Ao ingresso a pressão arterial era 100\80, a frequência cardíaca 80, a frequência respiratória 20, e o hematócrito 30. Ao exame físico observou-se lesões múltiplas cortantes profundas e avulsivas, com bordas irregulares, e zonas necrosadas. Apresentava cortes múltiplos em túnicas albugíneas, um deles chegava até o corpo esponjoso (*Figura 2*).



Figura 1. Paciente com lesões múltiplas, contuso cortantes no tórax, abdome e pênis.



Figura 2. Cortes múltiplos em túnicas albugíneas.

Iniciou-se a preparação do paciente para a sala de cirurgia: indicou-se cobertura antibiótica ampla; colocou-se sonda foley nº 18, pela qual se identificou que tanto a uretra quanto o corpo cavernoso estavam íntegros; também realizou-se lavagem profusa da ferida com solução fisiológica (Figura 3).

Uniu-se a túnica albugínea de ambos os corpos cavernosos ao septo com sutura contínua com ácido poliglicólico 3/0. Suturou-se a fâscia de Buck com ácido poliglicólico 3/0. Depois da irrigação da veia dorsal do pênis com heparina salina, ela foi anastomosada com fio prolene 7-0 mediante surgete contínuo (Figura 4).

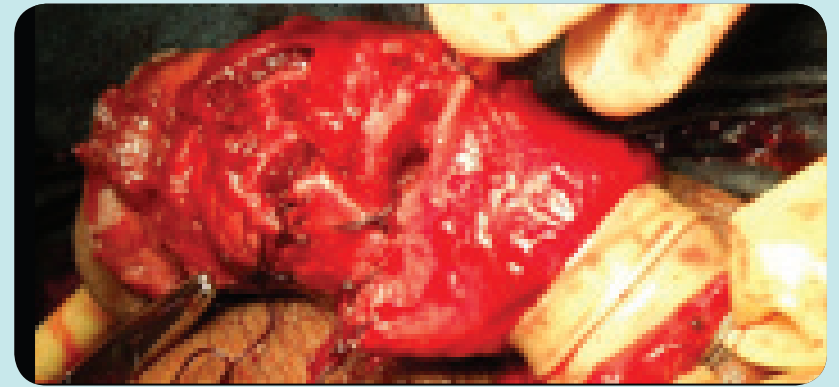


Figura 4. Sutura da túnica albugínea com ácido poliglicólico 3/0.

Para encerrar, imergiu-se o pênis embaixo da pele do escroto com sutura catgut crômico 2/0 (Figura 5).

Uma semana depois, o paciente teve sonhos eróticos, durante os quais apresentou tumescência e sentiu dor quando a pele do escroto foi estirada.

Indicou-se tratamento antibiótico com ceftriaxona e metronidazol e vacina antitetânica. Aplicou-se enoxaparina subcutânea (60 g/dia, durante 7 dias) para evitar trombose da veia dorsal e acetato de ciproterona (50 mg a cada 12 horas, durante 7 dias) para evitar ereções penianas. No pós-operatório havia boa coloração da glândula e presença de sensibilidade.

Após duas semanas, suturou-se o enxerto de pele escrotal com catgut crômico 2/0 (Figuras 6, 7 e 8). Uma semana depois, o tratamento com ciproterona foi suspenso e iniciado com tadalafila (5 mg, tomada diária).

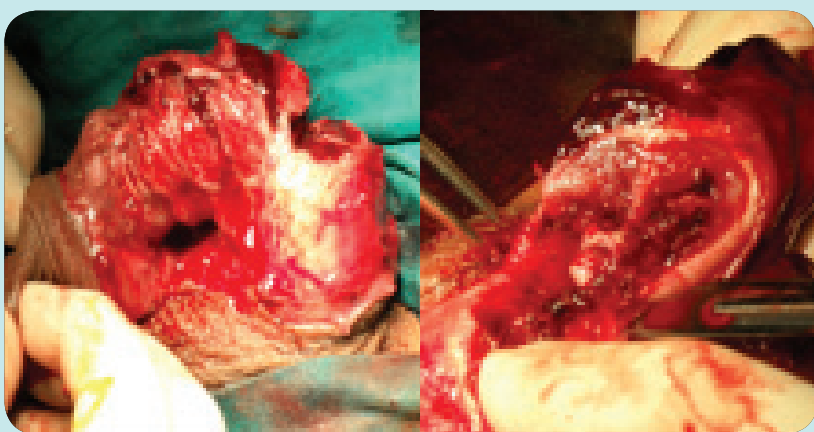


Figura 3. Ressecção da pele do pênis. Amplas zonas necrosadas e contaminadas (com terra).



Figura 5. Resultado da primeira cirurgia. Pênis imerso no escroto.

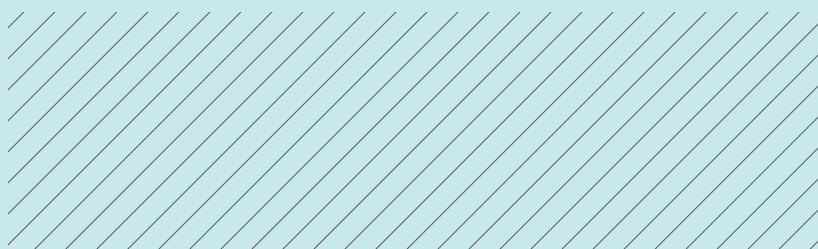




Figura 6. Abertura da pele do escroto.

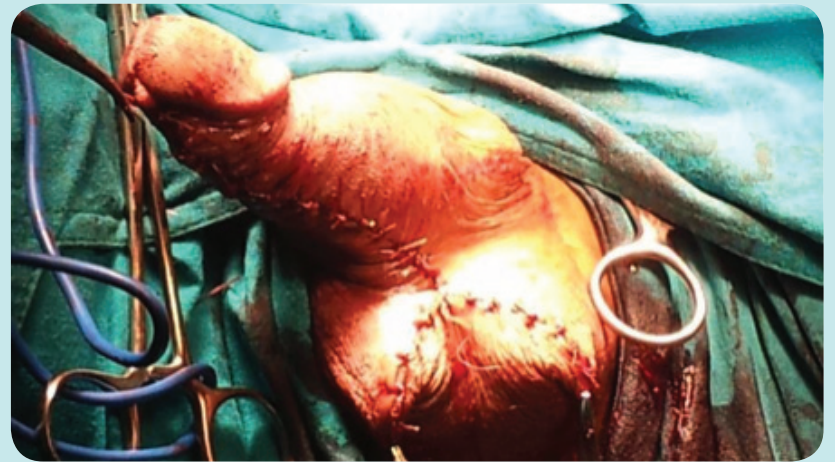


Figura 7. Sutura da pele escrotal com catgut crômico 2/0.

DISCUSSÃO

O primeiro caso documentado de reimplante macroscópico de pênis foi relatado em 1929, e o primeiro reimplante microvascular, em 1977. Desde então, vários casos de reimplante microvascular têm sido reportados com bons resultados funcionais e estéticos (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001). Contudo, quando o reimplante microvascular não for possível, o macroscópico com anastomose simples ainda é uma boa opção.

Aqui, apresentamos um caso que não ocorreu nas melhores condições. A ferida estava muito contaminada, não havia sido preservada em cadeia de frio, e desconhecia-se o tempo transcorrido após a agressão. No entanto, realizou-se a intervenção ao se observar que as bordas do tecido estavam viáveis e havia fluxo sanguíneo na região distal. A falta de tecido levou à utilização de retalho do escroto para imergir o pênis (Castillo *et al.*, 2008; Ching *et al.*, 2010).

As mutilações, avulsionadas e/ou necrosadas, em muitos

lugares, impediram a identificação de todas as estruturas e de se fazer anastomose total de todas as veias e artérias dorsais.

Entre as complicações relatadas desse tipo de cirurgia, espera-se encontrar: necrose de pele, infecção da ferida, formação de fístulas arteriovenosas, perda da sensibilidade na glândula e disfunção erétil.

No presente caso não houve complicações, seja infecciosa, seja vascular. Indicou-se os inibidores da fosfodiesterase 5, porém o paciente não os utilizou por falta de recursos econômicos.

No seguimento de três meses, o rapaz apresentou ereções matutinas e ao estímulo visual e tátil, adequadas para sua idade.

CONCLUSÃO

O reimplante com anastomose simples de corpos cavernosos e veia dorsal para a amputação parcial de pênis, no nosso caso, apresentou bons resultados cosméticos e fisiológicos.



Figura 8. Resultado final após duas semanas da cirurgia.



REFERÊNCIAS

- Alonso Gracia N, Bielsa Gali O, Arango Toro O, León Morales E de, Cañís Sánchez D, Gelabert-Mas A. Manejo de la incarceration del pene y escroto por objeto metálico. *Actas Urol Esp.* 2003;27(8):633-6.
- Babaei AR, Safarinejad RM. Penile replantation, science or myth? A systematic review. *Urol J.* 2007;4(2):62-5.
- Bhanganada K, Chayavatana T, Pongnumkul C, Tonmukayakul A, Sakolsatayadorn P, Komaratat K, Wilde H. Surgical management of an epidemic of penile amputations in Siam. *Am J Surg.* 1983;146(3):376-82.

Castillo O, Vidal-Mora I, Fonerón A. Glanuloplastia con colgajo escrotal pediculado (Colgajo de Mazza) para penectomía parcial: experiencia en 2 casos. *Rev Chil Urol.* 2008;73(1):65-9.

Ching WC, Liao HT, Ulusal BG, Chen CT, Lin CH. Salvage of a complicated penis replantation using bipediced scrotal flap following a prolonged ischaemia time. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(8):e639-43.

Cohen BE, May JW Jr, Dalsy JS, Young HH. Successful clinical replantation of an acute amputated penis by microvascular repair. Case report. *Plast Reconstr Surg.* 1997;59(2):276-80.

Darewicz B, Galek L, Darewicz J, Kudelski J, Malczyk E. Successful microsurgical replantation of an amputated penis. *Int Urol Nephrol.* 2001;33(2):385-6.

Ferguson GG, Brandes SB. The epidemic of penile amputation in Thailand in the 1970 's. *J Urol.* 2008;179(4, suppl):312.

Günther-Mangelsdorff G, Bruno-Dagnino U, Rodrigo-Contreras D, Pedro-Vidal G H. Reconstrucción de pene. *Rev Chil Urol.* 2005;70(4):169-74.

Gyan S, Sushma S, Maneesh S, Rajesh S, Misra M. Successful microsurgical penile replantation following self amputation in a schizophrenic patient. *Indian J Urol.* 2010;26(3):434-7.

Jordan GH, Gilbert DA. Management of amputation injuries of the male external genitalia. *Urol Clin North Am.* 1989;16(2):359-67.

Kochakarn W. Traumatic amputation of the penis. *Braz J Urol.* 2000;26(4):385-9.

Kochakarn W, Muangman V, Krauwit A. Traumatic penile amputation: results with primary reattachment. *J Urol.* 1997;157:857.

Park JK, Min JK, Kim HJ. Reimplantation of an amputated penis in prepubertal boys. *J Urol.* 2001;165(2):586-7.

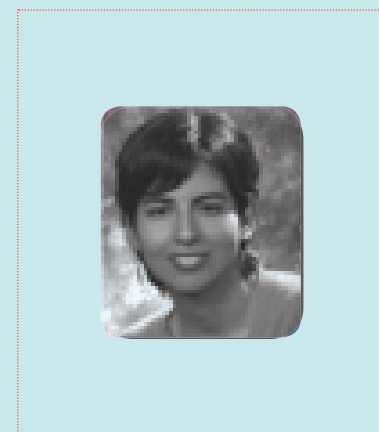
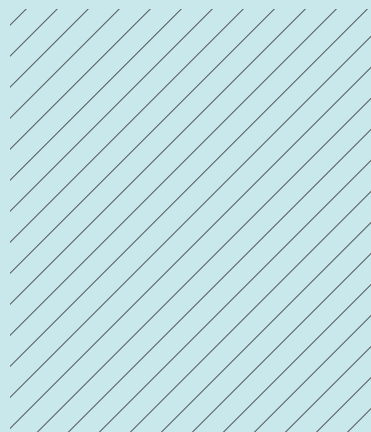
Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genital trauma: a 30-year single institution experience. *J Urol.* 2008;180(1):192-5.

Schweitzer I. Genital self amputation and the Klingsor syndrome. *Aust N Z J Psychiatry.* 1990;24(4):566-9.

Sherman J, Borer JG, Horowitz M, Glassberg KI. Circumcision: successful granular reconstruction and survival following traumatic amputation. *J Urol.* 1996;156(2 part 2):842-4.

Volker BG, Maier S. Successful penile replantation following autoamputation twice! *Int J Impot Res.* 2002;14(3):197-8.

Wessells H, Long L. Penile and genital injuries. *Urol Clin N Am.* 2006;33(1):117-26.



Silvia Acosta Flores: Urologista do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professora universitária. Lima, Perú.
E-mail: silvia_acostaf@hotmail.com

Néstor Avilés Martínez: Urologista do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário; Doutor em Medicina. Lima, Perú.

Cesar Porro Gutierrez: Urologista; Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário. Lima, Perú.

Gilberto Tam Pow Sang: Urologista; ex-Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário. Lima, Perú.

Telmo Manyari Tello: Urologista do Serviço de Urologia do Hospital Nacional Hipólito Unánue; Professor universitário. Lima, Perú..