

REIMPLANTE PENIANO TRAS AMPUTACIÓN- REPORTE DE UN CASO

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

RESUMEN

Se reporta el caso clínico de un paciente varón de 24 años, que ingresa al hospital tras haber sido víctima de agresión, y que presenta múltiples heridas cortantes en cara, abdomen pierna y pene, en el cual se evidencia sección de ambos cuerpos cavernosos, y en el que se realiza un reimplante mediante anastomosis simple de cuerpos cavernosos y vena dorsal.

Palabras Claves: amputación, pene, reimplante

INTRODUCCION

La amputación de pene es una condición que se reporta con muy poca frecuencia en nuestro medio (Wessells y Long, 2006; Babaei y Safarinejad, 2007). Cerca del 87% de los pacientes reportados tenían problemas psiquiátricos y presentaron lesiones por automutilación (Schweitzer, 1990; Volker y Maier, 2002; Gyan *et al.*, 2010). Algunos casos se originaron por accidentes de trabajo (Alonso Gracia *et al.*, 2003; Phonsombat, 2008). En

1970, en Tailandia, se observó una epidemia de amputaciones de pene como castigo por la infidelidad de los varones (Bhanganada *et al.*, 1983; Ferguson y Brandes, 2008).

En estos casos se debe de intentar una completa reconstrucción lo más tempranamente posible para proveer las mejores posibilidades de rehabilitación al paciente (Jordan y 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). El reimplante microvascular brinda un mejor pronóstico en la recuperación de sensaciones y función eréctil, sin embargo, cuando no es posible realizarlo, la anastomosis simple ha mostrado buenos resultados (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001; Gyan *et al.*, 2010).

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 24 años, natural de Lima, Perú, que llega a las Urgencias de nuestro hospital, procedente de un

hospital de menor complejidad, con un tiempo de enfermedad desconocido ya que el paciente fue encontrado inconsciente en un basurero y no refería datos (Figura 1).



Al ingresar presentaba PA 100/80, FC: 80, FR: 20, Hto 30. En el examen físico se percibieron múltiples lesiones contuso cortantes en cara, tórax, abdomen y genitales. Además de presentar trastorno sensorial, la piel del pene tenía múltiples lesiones cortantes profundas y avulsivas, de bordes irregulares, con zonas necrosadas. Se encontraron múltiples cortes en tunicas albugíneas, uno de los cuales llegaba hasta el cuerpo esponjoso (Figura 2).



Figura 1. Paciente ingresó con múltiples lesiones contuso cortantes en cara, tórax, abdomen y pene.



Figura 2. Múltiples cortes en tunicas albugíneas, uno de los cuales llegaba hasta el cuerpo esponjoso.

Se inició la preparación del paciente para el quirófano: indicándose cobertura antibiótica amplia; se colocó sonda *foley* N° 18 con la cual se identificó que la uretra estaba ilesa, así como el cuerpo esponjoso; y se realizó el lavado profuso de la herida con solución fisiológica (Figura 3).

Se realizó la unión de la túnica albugínea de ambos cuerpos cavernosos y el septo con sutura continua con ácido poliglicólico 3/0. Se suturó la fascia de Buck con ácido poliglicólico 3/0. Después de irrigar la vena dorsal del pene con heparina salina, se anastomosisó con prolene 7-0 mediante súrgete continuo (Figura 4).



Figura 4. Sutura de la túnica albugínea con ácido poliglicólico 3/0.

Para terminar, se sumergió el pene bajo la piel del escroto y se suturó con catgut crómico 2/0 (Figura 5).

Se indicó tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol y vacuna antitetánica. Se aplicó enoxaparina subcutánea (60g/día durante 7 días) para evitar trombosis de la vena dorsal y acetato de ciproterona (50 mg cada 12 horas durante 7 días) para evitar erecciones penianas. En el posoperatorio se evidenció buena coloración del glande y presencia de sensibilidad.

Una semana después, el paciente tuvo sueños eróticos durante los cuales presentaba tumescencia y manifestó dolor al estirarse la piel del escroto.

A las dos semanas se procedió a cerrar el injerto de piel escrotal que se suturó con catgut crómico 2/0 (Figuras 6, 7 e 8). Una semana después, se suspendió la ciproterona y se inició un tratamiento con tadalafilo (5 miligramos toma diaria).

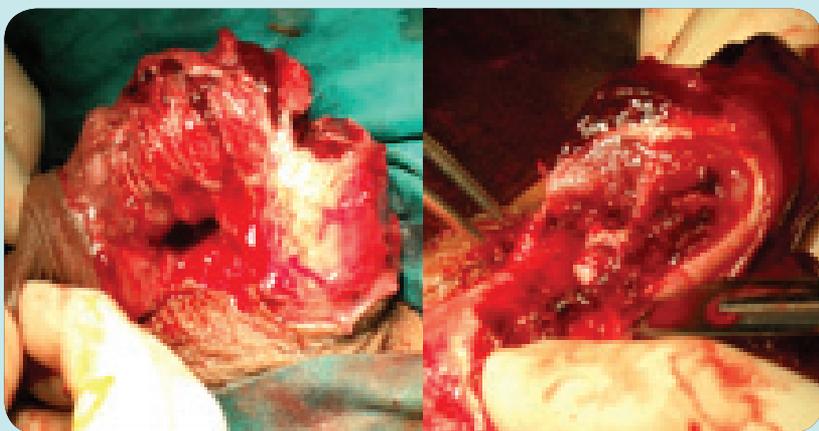


Figura 3. Se resecó la piel del pene por haberse encontrado muy avulsionada, con amplias zonas necróticas y contaminadas (con tierra).



Figura 5. Resultado de la primera cirugía. Pene sumergido en escroto.





Figura 6. Apertura de la piel del escroto.



Figura 7. Sutura de la piel escrotal con catgut crómico 2/0.

DISCUSION

El primer caso documentado de reimplante de pene macroscópico fue reportado en 1929, en 1977 se realizó el primer reimplante microvascular. Desde entonces se han reportado ya varios casos de reimplante microvascular, los cuales han tenido buenos resultados funcionales y estéticos (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001); sin embargo, cuando no se puede realizar, el reimplante macroscópico con anastomosis simple sigue siendo una buena opción.

En esta ocasión, presentamos un caso que no se dio en las mejores condiciones. La herida estaba francamente contaminada y no había sido preservada en cadena de frío. Se desconocía el tiempo que había transcurrido desde la agresión, sin embargo se realizó la intervención al observar que los bordes del tejido estaban viables y, al incidir en la región distal se encontró flujo sanguíneo. Debido a la falta de tejido se utilizó un colgajo de escroto sumergiendo el pene en él (Castillo *et al.*, 2008; Ching *et al.*, 2010).

No se pudo realizar una anastomosis total de todas las venas y arterias dorsales ya que no se pudieron identificar todas las estructuras porque habían sido seccionadas en múltiples zonas, además de estar avulsionadas y/o necrosadas.

Entre las complicaciones reportadas de este tipo de cirugía, cabe esperar encontrar: necrosis de piel, infección de la herida, formación de fistulas arteriovenosas, pérdida de sensación en el glande y disfunción eréctil.

En este caso no se presentaron complicaciones, ni de tipo infeccioso ni a nivel vascular. Se indicaron inhibidores de 5 fosfodiesterasa, pero el paciente no hizo uso de ellos por no disponer de recursos económicos. El paciente presentó erecciones matutinas, y también al estímulo visual y táctil, adecuadas para su edad a los tres meses de seguimiento.

CONCLUSION

El reimplante con anastomosis simple de cuerpos cavernosos y vena dorsal para la amputación parcial de pene, en este caso, presentó buenos resultados cosméticos y fisiológicos.



Figura 8. Resultado final a las dos semanas de la cirugía.



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.

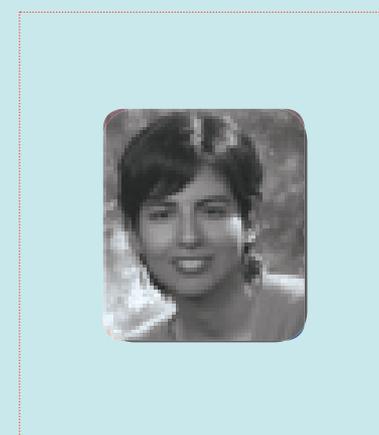
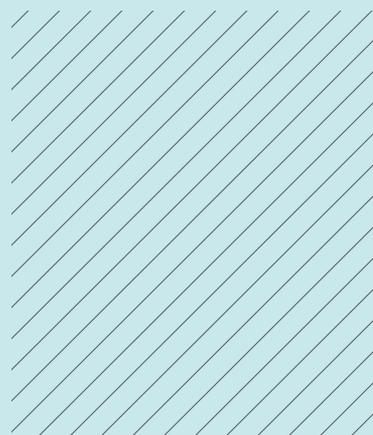
Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genital trauma: a 30-year single institution experience. *J Urol.* 2008;180(1):192-5.

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: Médica Uróloga del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitaria. Lima, Perú.
E-mail: silvia_acostaf@hotmail.com

Néstor Avilés Martínez: Médico Urólogo del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario; Doctor en Medicina. Lima, Perú.

Cesar Porro Gutierrez: Médico Urólogo Jefe del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario. Lima, Perú.

Gilberto Tam Pow Sang: Médico Urólogo; Ex Jefe del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario. Lima, Perú.

Telmo Manyari Tello: Médico Urólogo del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario. Lima, Perú.