

PRESENTACIÓN DE CASO

Reimplantación de pene en amputación traumática Penile reimplantation after a traumatic amputation

Autores: Dr. Ángel Becerra Pérez*, Lic. Imilse Olivet López**, Lic. Norabel Carrasco Becerra***.

* Especialista de II Grado en Urología, Máster en Ciencias. Profesor Asistente. Hospital General Docente Ernesto Guevara. Las Tunas. Cuba.

** Licenciada en Enfermería, Máster en Ciencias, Profesor Asistente. Hospital General Docente Ernesto Guevara. Las Tunas. Cuba.

*** Licenciada en Terapia Física y Ocupacional. Profesor asistente. Centro Especializado Ambulatorio, Hospital Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia:

Dr. Ángel Becerra Pérez

Correo electrónico: becerra@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de una patología poco frecuente: la amputación traumática del pene; el paciente es sometido a tratamiento quirúrgico precoz, obteniendo un buen resultado estético y funcional. Se analizan los aspectos etiológicos, clínicos y el tratamiento más apropiado.

Palabras clave: REIMPLANTACIÓN; CISTOTOMÍA; CUERPO CAVERNOSO.

Descriptor: PENE/lesions.

SUMMARY

Penile amputation as a result of a traumatic injury is an uncommon medical condition. This article presents the case of a penis-amputated patient who had an early surgical treatment with good aesthetic and functional results. The etiologic and clinical aspects of the condition and the most appropriate treatment were analyzed.

Key words: REIMPLANTATION; CYSTOTOMY; CORPUS CAVERNOSUM.

Descriptor: PENIS/injuries.

INTRODUCCIÓN

La amputación traumática de una parte o de todo el pene, suele estar relacionada con eventos accidentales o trastornos psiquiátricos. La hemorragia puede ser importante en estos casos, poniendo en peligro la vida, especialmente cuando la amputación se produce con el pene erecto.

Cuando el pene es mutilado, por accidente o de forma intencional, ponerlo en su sitio es un proceso complejo. Se realiza a través de un procedimiento llamado microcirugía de reimplantación vascular

peniana, la cual sólo puede realizarse si el paciente acude dentro de las primeras doce horas tras la amputación; siempre y cuando exista el segmento amputado o el pene.

Los objetivos de esta intervención quirúrgica son múltiples: restituir la integridad anatómica y funcional de la uretra, mantener una erección adecuada y lograr la función eyaculatoria, respetando la actividad androgénica de los testículos. Es todo un reto para el cirujano, quien debe reconectar nervios, tendones, cartílagos, músculos, diminutas vías sanguíneas, mantener el



tejido vivo y además permitir que luzca estético. (1, 2)

El fin de la cirugía es restablecer la longitud del miembro y sus diferentes funciones. En el caso de una sección completa del pene, conviene tener en cuenta que la preservación correcta del órgano amputado (limpieza, colocación en bolsa de plástico estéril y recubierta con hielo) puede hacer viable un reimplante incluso a las veinticuatro horas de producirse el hecho, constatándose los mejores resultados con técnicas micro quirúrgicas. (3)

PRESENTACIÓN DEL CASO

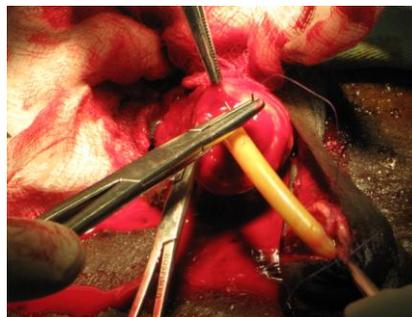
Se trata de un varón de 18 años de edad, con color de la piel negra, sin antecedentes personales de enfermedad, que acude al departamento de urgencias del hospital General de Kuito en la provincia de Bie, Republica de Angola. Producto de un accidente automovilístico, al colisionar la motocicleta en que viajaba con un automóvil ligero, sufrió una lesión en la cara interna del muslo izquierdo, prácticamente en la raíz, de alrededor de quince centímetros y el pene amputado totalmente en la parte distal, a dos centímetros por detrás del glande, este último unido con el resto por un fragmento de piel. Se procedió al examen físico general y no se encontraron lesiones adicionales en otros órganos, solo al Rx, se observó una fractura cerrada de tibia del lado derecho; los complementarios de urgencia estaban en límites normales. Se llevó el paciente a la unidad quirúrgica.

IMAGEN1. Lesión de pene y muslo izquierdo



Se realizó la limpieza y se procedió a colocar el fragmento amputado en su lugar anatómicamente, para ello se colocó una sonda de Foley No. 18, se realizó cistotomía por punción con trocar de pleurotomía No.24 para garantizar el libre flujo de orina y poder mantener la sonda uretral sin necesidad de cambiar en caso de obstrucción y se comenzó a anastomosar la uretra con sutura de vicril 4/0 a puntos separadas, lo cual se logró sin mucha dificultad, **Imagen 2.**

IMAGEN 2. Sutura de la uretra



Posteriormente se suturaron los cuerpos cavernosos con catgut No. 0, logrando hemostasia total y el pene en posición anatómica. **Imagen 3.**

IMAGEN 3. Afrontamiento y sutura de los cuerpos cavernosos



Una vez suturados los cuerpos cavernosos se procede a suturar la piel con catgut 2/0 y vendaje compresivo del pene (**Imagen 4**).

IMAGEN 4. Fin de la operación



El paciente fue tratado con antibióticos de la familia de las cefalosporinas de tercera generación, intravenoso, durante quince días, analgésicos, sedantes y antiinflamatorios, que posteriormente se pasaron a vía oral. No se dio cámara hiperbática ni

otro proceder por no contar con ello y su evacuación a otra institución no era posible.

A los treinta días se retira la sonda uretral, al constatar que las micciones eran normales, con buen calibre y fuerza del chorro, se decide retirar la cistotomía (**Imagen 5**).

IMAGEN 5. Recuperación total del paciente



A los 90 días es evaluado de nuevo y refiere que orina bien, tiene erecciones y logra concebir el acto sexual con eyaculación normal.

DISCUSIÓN

Las amputaciones dejan consecuencias definitivas en los cuerpos de las personas, con grandes limitaciones que son irreparables aún con las tecnologías más avanzadas de biónica y cibernética (4, 5, 6, 7). Afortunadamente desde 1960 se comenzaron a tratar las amputaciones por medio de la microcirugía que permite devolver la circulación y la vida a una parte amputada, conectando las arterias, nervios, venas, etc. con la ayuda del microscopio operatorio; permitiendo resultados sorprendentes. En teoría casi cualquier parte que haya sido amputada (separada accidentalmente del cuerpo) puede ser puesta de nuevo en su posición original, siempre y cuando sea técnicamente posible, los beneficios sean mayores que las desventajas, y los resultados finales sean mejores que la reconstrucción con otros métodos menos complejos. Se han descrito reimplantes de cuero cabelludo, orejas, nariz, labios, cara, pene, piernas, pies, antebrazos, manos y dedos. El uso de reimplantación es corriente en muchos centros médicos del mundo, en especial para manos y dedos, campos en los que se ha logrado gran desarrollo, el éxito de los reimplantes varía según la experiencia de cada centro, pero fluctúa de un 40 a un 80 %. (1, 3, 7)

Cuando la lesión es la amputación del pene, la porción amputada se debe envolver en gasa empapada en solución salina estéril y se debe

colocar en una bolsa plástica. La bolsa plástica debe luego colocarse en una segunda bolsa o un refrigerador con aguanieve. La limpieza, colocación en una bolsa de plástico estéril y cubierta de hielo, puede hacer viable un reimplante incluso a las veinticuatro horas de producido el hecho, constatándose los mejores resultados con técnicas micro quirúrgicas. Si es posible volver a unir el pene, la baja temperatura producida por el aguanieve aumentará las probabilidades de un procedimiento exitoso.

En los casos de lesiones masivas del pene, a menudo los urólogos experimentados son capaces de realizar una reconstrucción importante mediante una cirugía complicada. El grado de recuperación de las funciones urinaria y sexual normales del pene reconstruido varía en forma significativa. Los porcentajes de efectividad óptima están entre el 40 y el 70%. (1, 2, 8, 9, 10, 11)

En México, el Dr. Martín Iglesias del Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición, actualmente trabaja en la creación de un procedimiento que permita, además, la reconstrucción de los cuerpos cavernosos. Sus experimentos con perros han sido exitosos y esto además permitiría el trasplante de pene a través de donadores cuando el miembro se pierda por completo en el accidente. (11, 12).

En Bie, una provincia de las menos desarrolladas de Angola, África, no existe un servicio adecuado para el proceder, ni instrumental de microcirugía; el post operatorio es inadecuado, con alto riesgo de sepsis y un mal seguimiento de estas patologías; además de eso, no se pudieron usar anticoagulantes y no se cuenta con cámara hiperbárica.

El caso presentado es poco frecuente, la rapidez y el escaso tiempo que medió entre el accidente y el actuar médico, apenas 50 minutos, la edad del paciente y el no padecer de patología crónica, favorecieron la evolución satisfactoria. Posterior a retirar la cistotomía se logra hacer una filmación con buen chorro.

El paciente se siguió en consulta y a los 120 días manifiesta que ha tenido buenas erecciones y ya había realizado el coito.

CONCLUSIONES

El caso que se presenta es una entidad poco frecuente, tratada en un lugar con las condiciones mínimas desde el punto de vista estructural, equipamiento y respaldo en el post operatorio. La cirugía precoz garantizó la recuperación estética y funcional total.

Se recomienda la cirugía precoz, independientemente de las condiciones con que se cuente y en casos que no puedan ser evacuados a centros especializados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Urología/Nelson Rodríguez Netto Jr.—São Paulo: Roca, 1986, Traumatismo do genitais externos, pág. 322-324.
2. Mariño del Real, J. L .Senovilla Pérez, J. Mateos Blanco, A. Abengozar García-Moreno, M. Sevilla Zabaleta, M. Caballero Gómez, J. Cabello Radial, J. Murillo Mirat, fractura de pene. Revisión de la literatura y presentación de dos casos. *Actas Urol Esp.* 24 (9): 767-770, 2000
3. Rubio Briones Ir, Sánchez Martín F, Segura Palos A, Regalado Pareja R, Caffaratti Sfullini J, Ruiz b-Castañé E, Villavicencio Mavrich H, Vicente Rodríguez J. Tratamiento quirúrgico de la fractura de cuerpos cavernosos y uretra: revisión de la literatura a propósito de dos casos. *Arch Esp de Urol* 1996; 49 (5): 499-506.
4. 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.
5. Lema Grille J, Blanco Parra M, Cimadevila García A, Rodríguez Núñez H, Tato Rodríguez J, Cimadevila Covelo A: Fractura de pene con afectación de cuerpos cavernosos y uretra. *Actas Urol Esp* 1999; 23: 900-903.
6. Ferguson GG, Brandes SB. The epidemic of penile amputation in Thailand in the 1970's. *J Urol.* 2008; 179(4, suppl): 312.
7. Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genital trauma: a 30 year single institution experience. *J Urol.* 2008; 180(1): 192-5.
8. De Sy W: Urethral traumatism: immediate emergency surgery or delayed urgency (7 to 10 days) or delayed (3 to 6 months) end to end anastómosis. *Urol. Integr. Invest.* 4: 396-399, 1998.
9. Ching WC, Liao HT, Ulusal BG, Chen CT, Lin CH. Salvage of a complicated penis replantation using bipediced scrotal fl ap following a prolonged ischaemia time. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010; 63(8): e639-43.
10. 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.
11. Acosta Flores Silvia, Avilés Martínez Néstor, Porro Gutierrez Cesar, Tam Pow Sang Gilberto, Manyari Tello Telmo. *Revista Latinoamericana de Medicina Sexual* 2012 1(3). Disponible en: http://www.slamsnet.org/relams/pdf/relams-2012-3-16_es.pdf.
12. Perovic SV, Djinovic RP, Bumbasirevic MZ, et al. Severe penile injuries: a problem Of. severity and Reconstruction. *BJU Int* 2009; 104(5): 676-87.