

Tratamiento quirúrgico de avulsión grave del pene, escroto y perineo

Carlos Navarro Gasparetto

Cirugía Plástica Peruana
Vol I Núm 3
Enero - Diciembre 1997
Págs 113-115



Resumen

Presentamos un caso ilustrativo del manejo quirúrgico en un paciente que sufrió avulsión total del pene y escroto, consecuencia de un accidente de trabajo con una máquina rotatoria. Exponemos diferentes tiempos operatorios hasta terminar la reconstrucción total y funcional de dichos órganos.

Palabras claves: Avulsión del pene, Reconstrucción pene

Surgical Management of Penis and Scrotum Reconstruction

Abstract

An illustrative case is presented to demonstrate the surgical management for reconstruction in stages of a patient who has suffered avulsion injury of his penis and scrotum while working with a rotatory machine.

Key words: Penis avulsion, Penis reconstruction

CASO CLINICO

Un individuo de 25 años sufrió una herida avulsiva del pene, escroto, perineo y partes adyacentes de las piernas, cuando su pantalón fue accidentalmente cogido por el rotor de una máquina perforadora. El paciente se presentó trayendo consigo la piel que le fue arrancada. no sufría dolor de mayor intensidad y no había pérdida sanguínea importante.

Bajo anestesia general se precedió a irrigar con suero fisiológico en forma copiosa las heridas y el desbridamiento mínimo necesario de las mismas. Aún quedaba una porción intacta del prepucio y algunos fragmentos pequeños de la bolsa escrotal, que eran insuficientes para albergar los testículos, (figura 1b) lo cual indicaba la necesidad de colocarlos temporalmente en otra localidad. Se practicó una cistostomía suprapúbica y simultáneamente se inició el tratamiento profiláctico antitetánico, antibacteriano.

Se utilizaron los restos del prepucio para cubrir la parte distal del cuerpo del pene, mientras que para la parte proximal se utilizó un injerto de piel de aproximadamente 18 milésimas de pulgada de espesor que se obtuvo de la cara lateral de una pierna (Figura 1c). A continuación se colocaron los testículos en espacios subcutáneos su-

perficiales en las ingles. Finalmente se colocó un vendaje compresivo para mantener el injerto en estrecho contacto con el cuerpo del pene.

Al terminar la primera etapa quirúrgica los restos del prepucio en la parte distal del pene se necrosaron parcialmente produciendo cicatrices retráctiles y edema crónico, lo cual fue corregido en un segundo tiempo quirúrgico 6 semanas después de la reparación inicial.

Cuatro meses después se efectuó la tercera y última etapa. Para entonces los restos de la bolsa escrotal suturados en la etapa inicial bajo gran tensión, ya se habían ablandado y cedieron lo suficiente para poder albergar nuevamente a los testículos; los mismos que fueron cuidadosamente trasladados de sus bolsas temporales al escroto. Para terminar se efectuó una plastía de la parte distal del pene, eliminando algunos excesos de piel que aún deformaban esta parte. El resultado funcional psicológico y estético en este caso fueron excelentes.

DISCUSION

De los traumatismos que afectan los órganos genitales masculinos incluyendo contusiones, laceraciones, quemaduras (térmicas, eléctricas o químicas), amputaciones (totales o parciales) y otras formas, los problemas de avulsión son los más comunes (Baxter 1949). General-

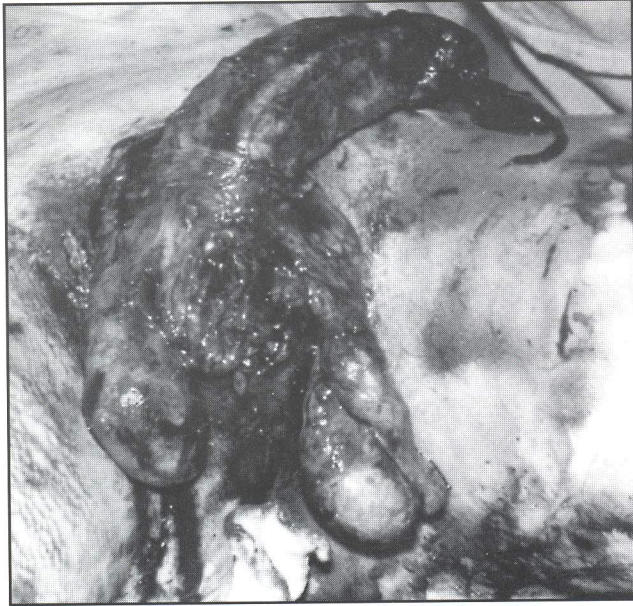


Figura 1A Paciente con avulsión grave del pene, escroto y perineo
Figure 1A Severe avulsion of penis, scrotum and perineum

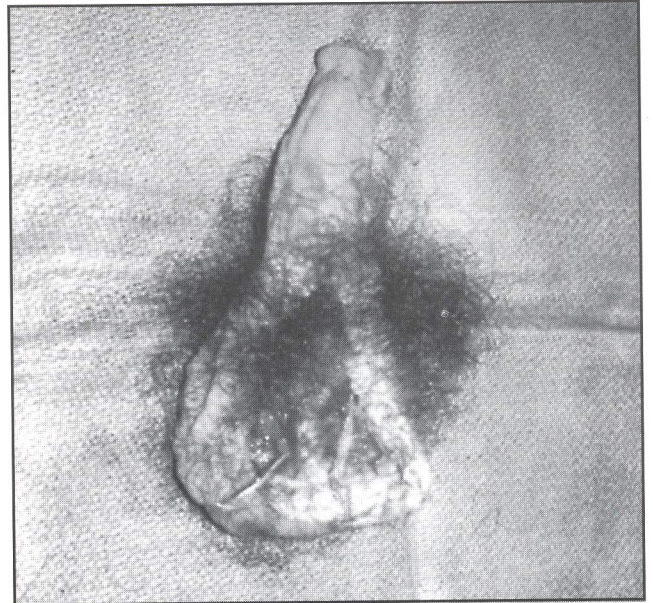


Figura 1B Piel arrancada de pene y escroto
Figure 1B Skin detached from penis and scrotum

mente las heridas de este tipo son a consecuencia del arrancamiento mecánico de la piel que cubre el pene, escroto perineo y algunas veces involucra hasta el recto, produciendo daños al esfínter. La piel así arrancada se separa en un plano relativamente avascular, que en el pene es superficial a la fascia peneana y en el escroto está inmediatamente por debajo de la túnica Dartos. La gran movilidad de la piel en estas zonas anatómicas sirve de protección a las partes profundas de estos órganos.

El tratamiento inicial consiste en aliviar el dolor que generalmente es de moderada intensidad, terapia antitetánica y antibacteriana necesaria y reparación quirúrgica definitiva.

La reparación consiste en efectuar un desbridamiento mínimo de las partes desvitalizadas, irrigar copiosamente las heridas con suero fisiológico y desviar la orina. En el caso presentado se hizo una cistostomía, porque el perineo estaba bastante dañado por lo que no pudo efectuarse en ese lugar. No es conveniente insertar un catéter de Foley por más de 8 días debido a que las glándulas de Littre a lo largo de la uretra peneana producen secreciones y la presencia del catéter no permite la eliminación adecuada predisponiendo a la infección.

En cuanto al cuerpo del pene es preferible recortar y eliminar los restos del prepucio y cubrirlo en su integri-

dad mediante un injerto de piel de aproximadamente 10 x 20 cm. y de 15 a 18 milésimos de pulgada de espesor, de preferencia dentro de las 8 horas después de ocurrido el accidente, esto evita la complicación del edema crónico y la posibilidad de necrosis con eventual formación de cicatrices retráctiles como ocurrió en el caso presentado.

Cuando han transcurrido más de 8 horas desde el accidente es preferible utilizar injertos más delgados, al igual que cuando han transcurrido varios días y ya existe infección. En estos casos es necesario primero utilizar compresas de suero fisiológico que se cambian cada cuatro horas, durante varios días, hasta conseguir granulaciones de buena calidad para aceptar el injerto (Masters 1968).

Rara vez la condición del paciente es tal, debido a otros traumatismos asociados de la pelvis, etc. que no permite efectuar el injerto definitivo. Se procede entonces a cubrir el pene en forma temporal debajo de un colgajo abdominal inferior, dejando un ojal por encima del mismo por donde emerge el glande, generalmente intacto en este tipo de accidentes. En cuanto la condición general del paciente lo permita se debe sacar el pene y proceder a cubrirlo con el injerto de piel. No es conveniente cubrirlo con colgajos, ya que se produce un pene cuyo aspecto es grotesco. Otro detalle importante en relación al injerto es que el borde longitudinal luego de rodear el cuerpo del pene debe suturarse en forma interdigitada para evitar que al sanar y contraerse produzca curvatu-



Figura 1C Reconstrucción del pene: Parte proximal con injerto de piel. Parte distal con restos de prepucio
Figure 1C Penis reconstruction: Proximal part with skin graft. Distal part with leftovers prepuce

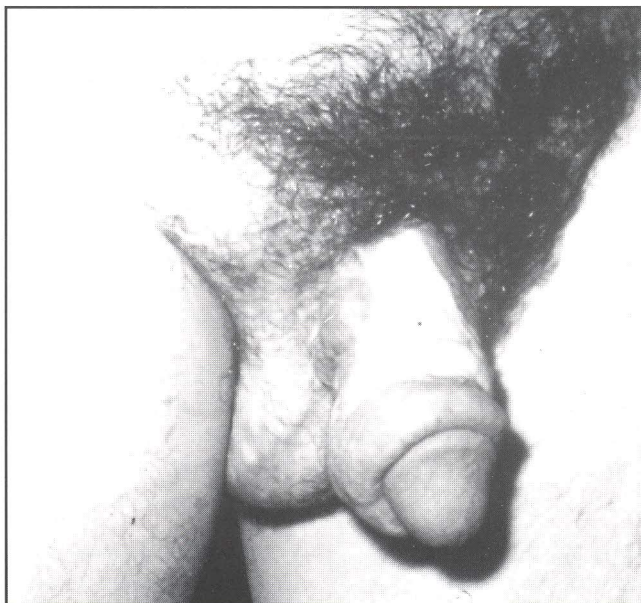


Figura 1D Resultado final
Figure 1D Final result

ra del órgano. De no ser interdigitada la línea por lo menos debe colocarse en la cara dorsal del pene, evitando así la posibilidad de una curvatura central parecida a la que se observa en algunos casos de hipospadias (Backus 1960). El vendaje compresivo que cubre el injerto del pene se deja durante 8 a 10 días, tiempo suficiente para que el injerto sea tomado. El paciente puede iniciar sus actividades sexuales normales 6 semanas después que el injerto haya sanado. En cuanto al escroto, en algunos casos cuando la avulsión es incompleta los restos se pueden suturar sobre los testículos aun bajo algo de tensión, porque con el tiempo ceden y producen una bolsa escrotal casi normal. De no ser así se procede a colocar los testículos en bolsas subcutáneas superficiales en lugares adyacentes y luego de varios meses pueden volver a colocarse en la zona del escroto previamente reparado, como se hizo en el caso presentado.

Cuando los testículos estén en bolsas subcutáneas superficiales mantienen la espermatogénesis normal, ya que la temperatura en esa zona es igual que la del escroto normal de 2° a 8° C menos que la de la cavidad abdominal, requisito indispensable para la producción normal de espermatozoides.

BIBLIOGRAFIA

1. **Baxter, H., Hoffman, M., Smith, E., and Stern, K.** Complete avulsion of the skin of the penis and scrotum: Surgical, endocrinological and psychological treatment. *Plast. Reconstr. Surg.* 4: 508, 1949.
2. **Masters, F. W., and Robinson, D. W.** The treatment of avulsions of the male genitalia. *J. Trauma* 8:430, 1968.
3. **Backus, L.H., and DeFelice, C.A.** Hypospadias: Then and now. *Plast. Reconstr. Surg.* 25:146, 1960.