

INFRECUENTE PERO POTENCIALMENTE DISCAPACITANTE: FRACTURA DE PENE

RARE BUT POTENTIALLY DISABLING: PENILE FRACTURE

Buitrago-Toro, Kenny*; Jiménez, Silvana†

*Médico General. Universidad Tecnológica de Pereira

†Médico General. Universidad Tecnológica de Pereira

Recibido: 31 de julio de 2015

Aceptado: 22 de febrero de 2016

Buitrago-Toro K, Jiménez S. "Infrecuente pero Potencialmente Discapacitante: Fractura de Pene". Rev méd cient. 2015; 28(2):21-23.



Figura 1. Se observan las características típicas de una fractura de pene: equimosis, edema y desviación al lado contralateral de la fractura.

Masculino de 30 años, sin antecedentes personales patológicos relevantes, ingresa al servicio de Urgencias con historia de trauma contuso en pene de 12 horas de evolución luego de relación sexual. El paciente reporta un sonido de “chasquido” en su pene, seguido de detumescencia no asociada a dolor, sin presencia de sangre en el meato uretral y sin obstrucción del flujo urinario.

Al examen físico presenta edema y equimosis desde la base del pene sin abarcar el escroto o periné, con desviación y sensibilidad a la palpación del mismo, sin disrupción palpable al evaluar el cuerpo cavernoso, así como testes no dolorosos. Ante la sospecha clínica de fractura de pene se solicita evaluación por Urología, solicitando ultrasonido peneano, el cual se realizaría en otro hospital dado la baja complejidad de la institución en la cual hubo el primer contacto con el paciente, previo manejo analgésico intravenoso con metamizol e inmovilización con venda de tela.

Se presenta este caso por su baja frecuencia de aparición y alta prevalencia de complicaciones si no es tratado de forma temprana.

La fractura de pene es una lesión urológica poco común con una incidencia anual aproximada de 0,33-1,36 por 100.000 habitantes según estudios asiáticos,¹ su pico de incidencia se da entre los 30 y 40 años.² Un diagnóstico y tratamiento quirúrgico temprano son vitales para un resultado funcional óptimo.¹

Se presenta por la lesión traumática de la túnica albugínea del cuerpo cavernoso cuando este se encuentra en erección. La lesión puede extenderse afectando un solo cuerpo esponjoso y la uretra.² El mecanismo más frecuente de ruptura es el trauma cerrado durante la relación sexual vigorosa o la manipulación del pene durante la masturbación.^{1,3}

Todas las lesiones comprobadas ocurren con el pene erecto como consecuencia de un traumatismo no penetrante que lo incurva de forma anormal. La lesión resultante es un desgarro de la túnica albugínea, en general en sentido transversal. Durante la erección la albugínea de los cuerpos cavernosos es más vulnerable por su rigidez relativa cuando se distiende y el adelgazamiento que sufre de 2mm a 0,25-0,50mm.⁴

La etiología más común es el coito vaginal, con una frecuencia del 33-58%. Otros mecanismos que se han relacionado son una incurvación anómala son durante la masturbación, el intento de colocar el pene erecto dentro de los pantalones, rodar en la cama, caer desde un árbol, etc.^{2,4}

El paciente suele escuchar un chasquido fuerte, seguido de detumescencia, con o sin dolor, edema, equimosis y deformación del pene. Este se desvía al lado contrario de la lesión produciendo la conocida “deformidad en berenjena”.^{1,2,5,6} Uretrorragia o dificultades en la micción sugieren lesión uretral concomitante o secundario al edema que comprime la uretra³ generalmente presentes en 10-38% de los casos^{6,7}

El manejo quirúrgico se basa en la evacuación del hematoma, ligadura de los vasos lesionados, desbridamiento del tejido desvitalizado, sutura de desgarros en la túnica albugínea y utilización de stents uretrales o anastomosis uretral en caso de su compromiso.^{1,6}

Complicaciones tardías incluyen desviación del pene, erección dolorosa, dispareunia, disfunción eréctil, fístula uretrocavernosa, fístula uretrocutánea, estenosis uretral, pseudodivertículo, priapismo, linfedema, abscesos, necrosis y/o recurrencia.^{1,2,6}

Los traumatismos genitales son generalmente más aparatosos que peligrosos para la vida del paciente; debido a su baja incidencia existen dificultades para su reconocimiento lo que conlleva a un manejo no adecuado. Un diagnóstico y tratamiento quirúrgico temprano son vitales para un resultado funcional óptimo, evitando complicaciones que acarrearían una morbilidad importante para el paciente.

REFERENCIAS

1. Szeto Y. Fracture of the penis: a case series. Hong Kong. Med J 2006; 12:197-200.
2. Eke N. Fracture of the penis. British journal of surgery 2002; 89:555-65.
3. Garaffa G, Raheem AA, Ralph DJ. Penile fracture and penile reconstruction. Current urology reports 2011; 12:427-31.
4. Summerton D, Djakovic N, Kitrey N, et al. Guidelines on urological trauma. Eur Urol 2014.
5. Kamdar C, Mooppan UM, Kim H, Gulmi FA. Penile fracture: preoperative evaluation and surgical technique for optimal patient outcome. BJU international 2008; 102:1640-4.
6. Alonso AR, Blanco AG, Outeda EC, et al. Fractura de pene. Aportación de un caso. Actas Urológicas Españolas 2001; 25:765-9.
7. Koifman L, Barros R, Júnior RA, Cavalcanti AG, Favorito LA. Penile fracture: diagnosis, treatment and outcomes of 150 patients. Urology 2010; 76:1488-92.