

Cirugía del pene empotrado por alineamiento de sus estructuras anatómicas

Dres. L.M. Sentagne, M. Bettolli, C. Mercado Luna, P. Lucarelli

Servicio de Urología, Hospital Infantil Córdoba, Argentina

Resumen

Se presenta la técnica quirúrgica utilizada para corregir el pene empotrado (*buried penis*) en una serie de 11 pacientes de 5 meses a 12 años de edad, operados durante un período de 20 meses. Los síntomas que motivaron la consulta fueron balonamiento de la piel prepucial durante la micción en 5 pacientes, balanitis en 6, infección urinaria en 2 y dolor miccional en un caso. En todos la preocupación familiar por la estética fue manifiesta. Se describe la técnica quirúrgica que consiste en restablecer la relación anatómica alterada debido a una insuficiente fijación del dartos y la piel peneana a la fascia de Buck, lo que provoca la retracción del pene en el escroto y en la grasa prepubiana. Luego de un período de seguimiento de 12 meses promedio, los resultados cosméticos y funcionales fueron buenos en 9 pacientes en tanto que en 2 (formas graves) si bien hubo mejoría con respecto al preoperatorio, la misma no satisfizo las expectativas; planeándose en ellos una alternativa quirúrgica adicional. La técnica utilizada, ha resultado en forma satisfactoria las formas leves y moderadas pero no las graves, en las que se debe plantear una combinación con otros procedimientos

Palabras clave: Fimosis - Pene empotrado, Balanitis - Infección urinaria

Summary

Aim of this study is to show the surgical technique used for correcting the buried penis in a serie of 11 patients between 5 months and 12 years old operated on during a 20 months period. Symptoms for consulting were preputial skin balloning during miction in 5 patients, balanitis in 6, urinary infection in 8 and mictional pain in 1. In all cases the families concern for the aesthetic appearance was manifested. Surgical technique consists in restoring the altered anatomical relationship because of insufficient dartos and penis skin fixation to Buck's fasciathus inducing penis retraction into the scrotum and prepubic fat tissue. After a mean 12 months follow-up period, cosmetic and functional results were satisfactory in 9 patients while in 2 patients (severe variants) even when there was an improvement comparing to preoperative conditions, it did not fulfill our expectations; additional surgical procedures were planned for them. This technique resulted useful for slight and moderate variants of buried penis but not for severe ones, in which an association with other procedures should be planned.

Index words: Phimosis – Buried penis – Balanitis – Urinary infection

Resumo

Apresenta-se a técnica cirúrgica utilizada para corrigir o pênis embutido (*buried penis*) em uma série de 11 pacientes de 5 meses a 12 anos de idade, operados durante um período de 20 meses. Os sintomas que motivaram a consulta foram "baloneamento" da pele prepucial durante a micção em 5 pacientes, balanite em 6, infecção urinária em 2 e disúria dor em um caso. Em todos a preocupação familiar com a estética foi manifestada. Descreve-se a técnica cirúrgica que consiste em restabelecer a relação anatómica alterada devido a uma insuficiente fixação do dartos e da pele peniana a fâscia de Buck, o que provoca a retração do pênis no escroto e na gordura pré-pubiana. Após um período médio de seguimento de 12 meses, os resultados cosméticos e funcionais foram bons em 9 pacientes, enquanto que em 2 (formas graves) embora tenha havido uma melhora em relação ao pré-operatório, não satisfiz as expectativas; planeja-se neles uma técnica cirúrgica adicional. A técnica utilizada, tem resultado satisfatório nas formas leves e moderadas mas não nas graves, nas quais deve-se planejar uma combinação com outros procedimentos.

Palavras chave: Fimose - Pênis embutido - Balanite - Infecção urinária.

Introducción

El pene empotrado es una no muy frecuente consulta dentro del grupo conocido como pene inconspicuo. Se trata de una insuficiente fijación de la piel peneana del dartos a la fascia de Buck permitiendo de tal forma el telescopaje del mango peneano en la grasa prepúbica y el escroto. La piel prepucial redundante y en muchos casos estrecha dificulta la exposición del glande e induce erróneamente a realizar una circuncisión que en estos casos esta formalmente contra indicada. La anormal apariencia de los genitales externos pueden ser fuente de trauma psicológico en estos niños, además de generar alteraciones en el chorro miccional, dolor miccional, infecciones prepuciales y hasta disfunción sexual en el adulto. Por todo esto la precoz corrección quirúrgica de esta patología debe ser emprendida y si bien numerosos procedimientos han sido descritos el principio fundamental de su corrección radica en restablecer la correcta relación anatómica entre el mango peneano y sus envolturas.

Material y método

En un periodo de 20 meses, 11 pacientes de entre 5 meses y 12 años de edad con pene empotrado (buried penis) fueron tratados quirúrgicamente. Todos los casos obedecieron a un defecto congénito y no hay en esta serie pacientes previamente circuncidados. Los mismo se clasificaron en leves, 6 pacientes; moderados 3 y graves 2 de acuerdo a cuan enterrado estaba el pene. Los considerados leves permitían descubrir con relativa facilidad el glande al momento de la cirugía y palpar los cuerpos cavernosos (Fig. 1). En los casos moderados los cuerpos cavernosos no se palpaban en relación con la piel peneana y en los graves el pene se encontraba totalmente enterrado en la grasa prepúbica. Los casos moderados y graves presentaron balonamiento de piel prepucial durante la micción e inflamación crónica del prepucio en tanto que las graves se asociaron a infección urinaria y en 1 de ellos a dolor miccional. La grasa prepúbica estaba presente en exceso en 8 pacientes (72%) pero nada se hizo para modificar esta característica al estimar que en la mayoría de los casos el crecimiento podría cambiar esta condición.

La técnica quirúrgica consistió en exponer el glande con el paciente bajo anestesia general aplicando presión en la base del pene. Esta maniobra fue posi-



Fig. 1: forma leve de pene empotrado.



Fig. 2: disección de la piel peneana, exponiendo los cuerpos cavernosos.

ble en todo los niños excepto en 1 en el que fue necesario incidir previamente la banda fimótica. Con el glande traccionado y la piel retraída se realiza una incisión circular próxima a la corona de la piel interna del prepucio y a partir de allí se inicia la disección de la piel peneana hacia la base del pene exponiendo los cuerpos cavernosos (Fig. 2). Es durante esta maniobra cuando el anillo fimótico debe ser seccionado por lo que se practican dos incisiones verticales del prepucio disecado en hora 12 y 6 incluyendo todo el prepucio distal hasta superar levemente la estreches fimótica (Fig. 3), continuándose luego con la disección de la piel peneana hasta la unión penopúbica y escrotal. Se valora entonces la longitud de piel

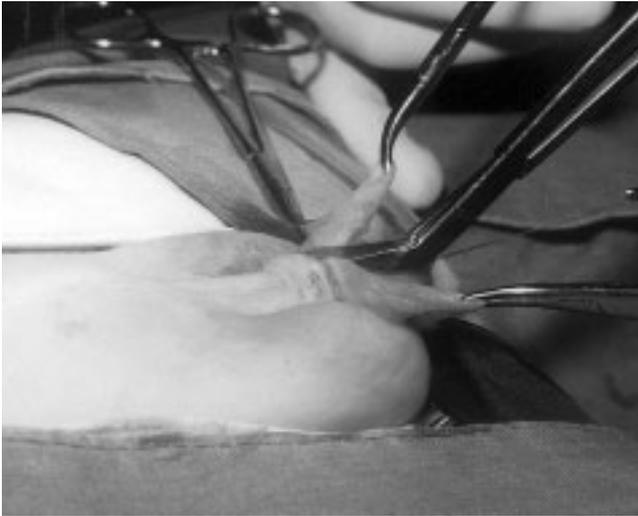


Fig. 3: sección de la piel peneana hasta la unión penopúbica y escrotal

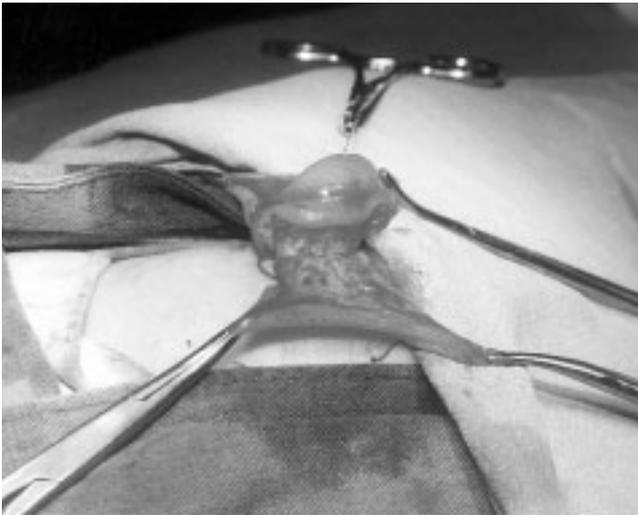


Fig. 4: resección del anillo fimótico



Fig. 5: resultado final de la plástica

peniana disponible poniendo especial cuidado en observar la longitud de piel proximal a la constricción anular a menudo insuficiente. El collar prepucial y la piel peniana son luego realineados y el lugar de la unión penopúbica de la piel peniana identificados (Fig. 4). La piel es entonces retraída completamente exponiendo la base del pene. Puntos de sutura 6.0 reabsorbibles en número de 4 en horas 2, 5, 7 y 10 fijan la piel peneana a la fascia de Buck y túnica albuginea, cuidando de no incluir en los mismos al pedículo vasculonervioso. Se construyen así 2 y de ser posibles 3 coronas de suturas a nivel de la unión penopúbica y medio peniana. La sutura dérmica marca la piel asegurando una buena tensión y fijación. Llegado este punto el collar prepucial y la piel se realinean y suturan como una circuncisión seccionado el prepucio nuevamente (Fig. 5). Hay casos sin embargo en que la piel proximal al collar es escasa pudiéndose en ellos realizar Z plastias del prepucio o como en 2 de nuestro pacientes interponer colgajos tipo Byars.

Resultados

El período de tiempo promedio de observación de estos pacientes fue de 12 meses (rango 2 a 24 meses). Solo se observó una complicación menor generada por edema en un niño que perdió su vendaje habitualmente conservado durante 3 o 4 días del postoperatorio con gasa furacinada sostenida con una malla elastizada. Todos los niños fueron dados de alta al día siguiente de la cirugía y controlados cada 72 horas la primera semana y luego al mes y 6 meses de operados. Los resultados fueron excelentes en 9 pacientes quienes mostraron un aspecto cos-mético muy satisfactorio con el pene en reposo y en erección. En los dos casos graves los resultados no colmaron las expectativas a pesar de mostrar una manifiesta mejoría con respecto al preoperatorio. En estos niños el pene en erección es de muy buen aspecto pero en reposo solo se visualiza el glande y si bien en ambos casos la grasa prepúbica es abundante y puede esperarse alguna mejoría estética con la reducción de la misma no se descarta la necesidad de reoperarlos.

Discusión

Diferente técnicas quirúrgicas han sido propuestas para corregir esta anomalía, dependiendo de la interpretación del autor sobre la

causa de la misma. La técnica de Crawford¹ está basada en la premisa de que insuficiente piel peneana es la causa de la anomalía. Donahoe y Keating² despliegan y alargan la piel peneana para cubrir los cuerpos cavernosos. Maizels³ responsabiliza en gran medida al exceso de grasa prepúbica y sugiere que la inadecuada fijación de la piel a la sínfisis púbica es la causa del problema. Donatucci⁴ en adultos dice que en estos el problema es diferente al niño y alega que cicatrices retráctiles de los tejidos blandos distales que cubren el pene provocan el transporte de piel peneana hacia adelante escondiendo el pene en el no circuncidado. Agrega que el origen del problema radica en el crecimiento bacteriano en la excesiva grasa prepúbica generadora de problemas inflamatorios crónicos que se extienden al prepucio. Sugiere entonces como tratamiento la paniclectomía prepúbica asociada a suspensión del pene en la sínfisis púbica. Alter y Ehrlich⁵ sostienen que la inadecuada fijación de la piel peneana del dartos a la fascia de Buck permiten el telescopaje proximal del pene y su penetración en el escroto, sugiriendo que los tejidos subdérmicos de la unión penescrotal deben ser fijado a la albugínia ventralmente para evitar este problema. Boemmers⁶ sostiene un concepto similar asociado a una deficiente de piel peneana y describe un colgajo romboidal para lograr una cobertura adecuada, sin enfatizar la fijación de tejidos profundos. Cromie y Col.⁷ a quienes hemos imitados en sus conceptos técnicos con leves variantes sostienen igual fundamento y sugieren fijar los tejidos subdérmicos a la fascia de Buck con una doble corona de puntos como lo hemos descrito.

En nuestra experiencia la técnica descrita por Cromie a permitido excelentes resultados en formas leves

y moderadas de pene empotrado pero mediocres en formas graves por lo que es posible que en el futuro asociemos a la misma a algunos otros conceptos.

Bibliografía:

1. Crawford , B. S.: Buried penis. Brit. J. Plast. Surg., 30:96, 1977.
2. Donahoe, P.K. and Keating, M.A.: Preputial unfurling to correct the buried penis. J. Ped. Surg., 21:1055, 1986.
3. Maizels, M., Zaontz, M., Donovan, J., Bushnick, P.N. and Firilit, C.F.: Surgical correction of the buried penis : description of a classification system and a techniques to correct the disorder. J. Urol., 136:263, 1986.
4. Donatucci, C.F. and Riter , E.F.: Management of the buried penis in adults. J. Urol., 159:420, 1998.
5. Alter, G.J y Ehrlich, R.M.: A new technique for correction of the hidden penis in children and adults. J. Urol., 161:455, 1999.
6. Boemmers, T.M.L. and DeJong, T.P.V.M.: The surgical correction of buried penis. J. Urol. 154: 550, 1995.
7. Cromie, W.J., Ritchey, M.L., Smith, R.C. and Zagaja, G.P.: Anatomical alignment for the correction of buried penis. J. Urol. 160: 1482.
8. Bergeson, P.S., Hopkin, R.J. and Bailey jr., R.B.: The inconspicuous penis. Ped. 92: 6, 1993.

Trabajo presentado en el IV Congreso CIPESUR, Noviembre 2001 - Montevideo - Uruguay

Dr. L.M. Sentagne
Gregorio Velez 4488
Cerro Las Rosas (CP 5009)
Córdoba, Argentina