

AVULSION TRAMATICA DE LA PIEL DEL PENE Y ESCROTO

Por los Dres. JUAN B. DERDOY y MIGUEL A. RODRIGUEZ (h.)

Ficha N° 73.185. A. Ch., soltero, jornalero. Las Vertientes, Córdoba. 18-2-61.

Siempre fue sano, niega venéreas, pasado genital normal, regular de vientre. No bebe, poco fumador.

Enfermedad actual: Es traído de urgencia a la Clínica por haber sufrido un traumatismo.

Mientras trabajaba en la cosecha dirigía el tractor, cuyo motor accionaba la máquina cosechadora para su funcionamiento. La transmisión de la fuerza se efectuaba mediante un eje de mando que iba desde el tractor a dicha máquina; este eje giraba a gran velocidad. En cierto momento el obrero iba a trasladarse a otro sitio y pasó, cruzando su pierna, por arriba de dicho eje, que tomó el pantalón en su parte superior e interna arrollándolo en el veloz giro. Sintió el enfermo un brusco tirón doloroso, quedando luego semidesnudo y constatando al reaccionar que sus genitales habían sido lesionados y sangraban con regular intensidad. Fue llevado a un sanatorio de Sampacho y transportado después a la Clínica Regional del Sud, donde lo examinó el cirujano de guardia, Dr. Rubén Bloj, que constató el siguiente estado actual:

Bien estado general. Enfermo poco chocado. Corazón: tonos conservados, pero más débiles. Pulmón: normal. Abdomen: tratado particular. Micción: espontánea. Orina: clara.

Genitales: se observa que el pene se encuentra sin piel y que falta en toda su superficie, desde la implantación en su base, quedando sólo un resto de mucosa de 1 cm de largo adherida al glande. El escroto falta en su totalidad, quedando sólo unos colgajos. El testículo derecho no existe, eliminado con el traumatismo. El izquierdo está libre, persiste su cordón normal; el testículo sano y sólo recubierto por la vaginal visceral. Se decide a la intervención una vez recuperado su estado general.

Anestesia general: pentotal-éter-oxígeno.

Cirujano: Dr. Rubén Bloj.

Se hace toilette quirúrgica de las superficies cruentas, se liga el cordón funicular derecho, cuyo testículo está ausente. Se efectúa limpieza quirúrgica del testículo izquierdo enterrándolo en la zona perineal. Se sutura la piel de ambos lados con puntos separados. Se coloca un apósito y sonda uretrovesical permanente.

Tratamiento: Suero, antibióticos, reposo.

Nosotros vemos al enfermo al día siguiente. Ha pasado bien la noche, persiste un buen estado general, no hay fiebre.

Consideramos que la neo-implantación del testículo en el periné es inapropiada, pues es un lugar de múltiples compresiones y permanentes traumatismos.

Por tal motivo se procede a reintervenirlo. Se hacen análisis de orina y sangre: Orina 1022. Hay algunos hemáticos. Sangre: glóbulos rojos, 4.100.000. Blancos, 6.800. Glucemia, 1%. 23-2-61.

Cirujano: Dr. Miguel A. Rodríguez (h.). *Ayudante:* Dr. Juan B. Derooy. *Instrumentadora:* Srta. Aurora Massera.

Anestesia: Pentotal, éter, oxígeno.

Se extrae el testículo del lugar descripto (periné) y se lo introduce en un túnel de la región antero-superior-interna del tejido celular del muslo izquierdo; se sutura la piel.

Se hace plastia del pene, cuya piel falta. Se la reemplaza por una toma de abdomen en forma de un injerto de piel $\frac{3}{4}$, con lo cual se constituye un manguito que se une a la mucosa del glande y a la base del pene sobre la piel del abdomen, prendiendo en la totalidad.

Con objeto de fabricar el neo escroto con la piel del muslo, le efectuamos 3 incisiones para conseguir que la circulación del colgajo se hiciera por el pedículo superior; conseguido esto se levanta el colgajo con el testículo y se sutura en forma de bolsa cubriendo la totalidad del mismo. La zona donante del colgajo se cubre con injerto libre.

Después de unos días la vitalidad del colgajo es buena y los injertos prendieron en su totalidad.

Con fecha 2 y 28 de junio se hace examen de espermia previa masturbación, dando como resultado *azoospermia*.

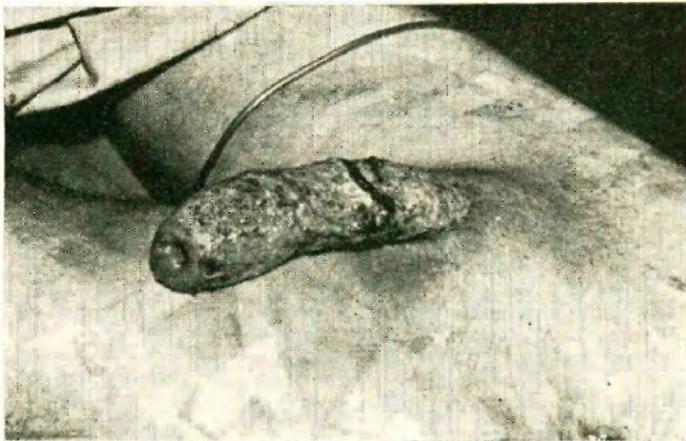


Foto Nº 1. — Se observa el pene sin la piel, hay una vena trombosada.

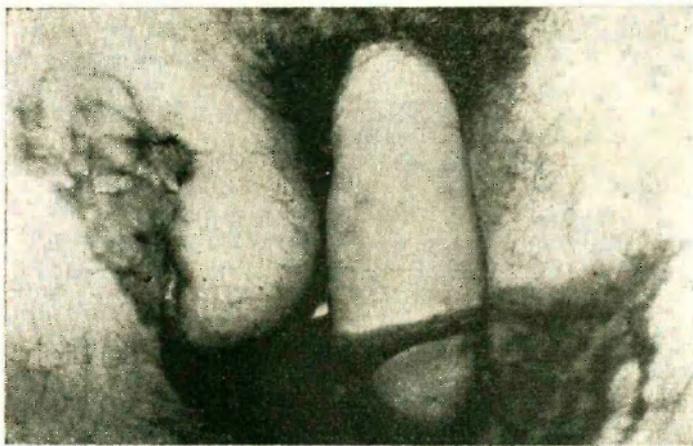


Foto Nº 2. — Se observa el pene recubierto de la piel (plastia). El testículo está colgante y persisten aún, las cicatrices de la plastia.

El enfermo conserva híbido y erecciones normales. Se ha aplicado tratamiento con Corticoides - Alfatocoferol - Vitamina A. C, etc. Con el objeto de mejorar los procesos inflamatorios que por contusión es produjeran en el testículo.

Actualmente se encuentra muy mejorado y sólo persisten los restos cicatriciales en los lugares en donde se sacó la piel para los injertos. Aún no se ha reintegrado al trabajo.

Comentarios: Hemos traído este caso antes ustedes creyéndolo de interés.

En un aspecto, por haber logrado el éxito del tratamiento con la colaboración de otro especialista, el cirujano plástico; expresión del trabajo en conjunto tan importante en nuestra especialidad. Y en segundo lugar que tratándose de un obrero accidentado y cubierto por una póliza de seguros, debemos valorar el daño causado justipreciando las secuelas dejadas por el trauma con el objeto de indemnizarlo.

Desde el aspecto laboral ha quedado con algunas cicatrices; anatómicamente su escroto es modificado con una plastia.

Ha perdido un testículo en el trabajo por el accidente. El restante y ahora único se encuentra recubierto por el ya mencionado neoescroto. Esta envoltura de piel, no tiene desde luego las características fisiológicas de las bolsas normales; y tampoco cumplirán las correctas funciones de movilidad, termorregulación, etc., fundamental a la fisiología biológica y gametogénica, que tan adecuadamente participan las bolsas merced a la acción de sus capas (escroto-dartos-celulosa-eritroide-fibrosa-seresa).

En algunos exámenes de líquido espermático, previa masturbación, hay azoospermia, lo cual indica incapacidad para procrear, consecuencia de gravedad al tratarse de un hombre joven (26 años) y soltero. Pensamos que esta azoospermia es post-traumática desde que no hay pasado genital y por tratarse de un hombre sano.

La ley de accidentes de trabajo 9688, modificada en parte por la Ley 12.631 en 1949 y 1955, no determina en la tabla de valorización (art. 60) el monto de indemnización para las incapacidades génito-urinarias, figurando sólo los miembros, oído (sordera), ojos, hernias. Para estipular la insuficiencia de nuestro enfermo es misión del perito catalogar la cifra.

Basados en los anteriores argumentos estimamos que a este obrero le corresponde el 60 % de sus salarios.

DISCUSION

Doctor Schiappapietra. — Me permito hacer dos contribuciones al interesante trabajo del Dr. Dardoy, una de las cuales está relacionada con lo que él ha expuesto: se trata de un caso que he visto cuando fui encargado de la sección de urología del Instituto de Perfeccionamiento Clínica Quirúrgica, era un guarda de ómnibus que por salvar a un pasajero quedó aprisionado debajo de la rueda trasera del vehículo que le amputó el pene y le destruyó gran parte de la piel del muslo.

Le hicimos una hemicastración, quedando un testículo en las ropas del herido, excepto el cordón con todos sus elementos. Le practicamos una curación de urgencia conservando el testículo en la piel de la región suprapúbica; le faltaba gran parte de piel en esa región, inclusive el escroto casi totalmente. Mejoró esa situación. Se le hicieron las plásticas de rutina. Después, cuando se le ofreció hacer una plástica junto al pene, el enfermo no aceptó. Inició un juicio civil pero no le convenía acogerse a la ley de accidentes de trabajo. No se le pagó porque en ella no se considera una lesión de esa magnitud, que es vital.

Cuando el hombre se sintió en condiciones de iniciar la acción legal —pues se encontraba bien asesorado— me pidió lo acompañase y como a mí no me correspondía hacerlo porque el Instituto tenía un distinguido médico legista, pasé el asunto a decisión de éste. Pero el enfermo se alejó del Instituto e hizo las cosas por su cuenta. Lo hemos perdido de vista. Tiempo después, lo ví en el barrio.

De modo que, como usted bien dice, la situación es poco favorable para los accidentados de esta índole desde el punto de vista del accidente de trabajo. Por ese motivo resisten los juicios de accidente de trabajo.

El otro caso —que lo ví cuando era practicante, o recién recibido— era un accidentado por una marrana que lo hoció destrozándole la piel del pene, pero quedó completamente libre.

El hombre hizo su cicatriz próxima al lugar del trauma, pero el pene quedó aprisionado dentro de la cicatriz. Lo recibimos en esa forma en el Servicio. En un primer tiempo se liberó al pene de esa cicatriz que lo había sustentado y después se hizo lo mismo con gran parte del escroto que quedaba. Lo que se había perdido era la piel del pene. Se secuestró al pene liberado y extendido dentro de la parte superior del escroto, dejando los dos anexos abajo. En un segundo tiempo se concluyó la sección haciendo una circulación lenta por compresión; se hizo plástica con la piel del escroto, quedando bastante bien.

He visto hacer otras plásticas con piel de muslo, pero nunca he visto que queden tan bien como ésta que comento.

Me ocuparé, señor presidente, en buscar esas historias.

Dr. Derdoy. — Agradezco muchísimo su aportación, *Dr. Schiappapictia.*