

Hospital T. de Alvear
Sala 6ª
Jefe: Prof. Dr. R. Mathis

HERIDA DE PENE

Por los doctores JUAN GOLDARACENA Y JUAN GHIRLANDA

La circunstancia de haber podido atender en forma casi inmediata a un enfermo con una hemisección de pene, nos induce a la presentación del siguiente caso, alentados por la escasa bibliografía dedicada a este tema.

Historia clínica 1036. — J. V., 46 años, italiano, soltero, zapatero.

Antecedentes hereditarios y familiares: S/p.

Antecedentes personales: A los 28 años blenorragia que fue tratada con inyecciones y masajes de próstata, no hizo dilataciones.

Enfermedad actual: En el día de la fecha y con intenciones de suicidio, según relata el enfermo, intenta amputarse el pene con una hojita de afeitar. Es llevado a la guardia, de donde lo envían a este Servicio para su atención.

Estado actual: Enfermo obnubilado (fue necesario sedarlo), piel y mucosas húmedas y rosadas. Cabeza y cuello: S/p. Tórax: Aparato respiratorio: S/p. Aparato circulatorio: Se auscultan 2 tonos normales en los 4 focos, silencios libres. Pulso: 80 por min. igual, reg., amplio. T. A.: Mx. 100mm Hg. Mn. 60mm. Hg. Abdomen: Plano, excursiona bien con la respiración, blando, depresible. No se palpan tumoraciones. Dolor a la palpación superficial y profunda en hipogastrio. Aparato urogenital: Enfermo en retención completa. Vejiga: Dolorosa la palpación de hipogastrio. Riñones y puntos ureterales: S/p. *Genitales externos:* Bolsas y contenido: S/p. *Pene:* Herida incisa transversal en tercio proximal. Miembros: S/p. Sistema nervioso: Reflejos cutáneos y ósteotendinosos conservados. Se decide intervenirlo quirúrgicamente.

Parte quirúrgico: Cirujano: Dr. Goldaracena, Ayud.: Dr. Ghirlanda.

Anestesia raquídea con novocaína corbasil, sin inconvenientes.

Se investiga la herida, comprobándose la sección completa de la uretra y del cuerpo cavernoso izquierdo.

Se ubican los orificios de sección de la uretra y se efectúan dos puntos de sutura en cara superior de periuretra con catgut 00 simple.

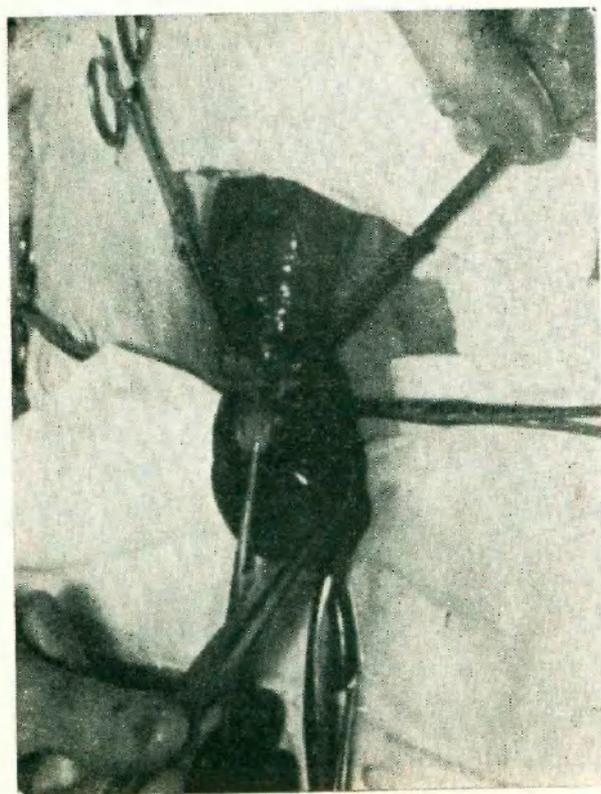
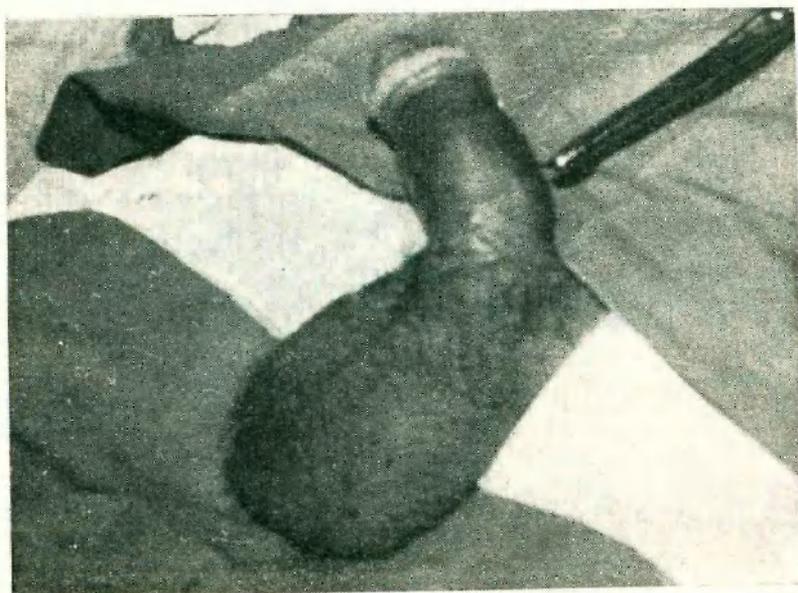
Se coloca posteriormente sonda de plástica y se termina de suturar la periuretra sobre ella.

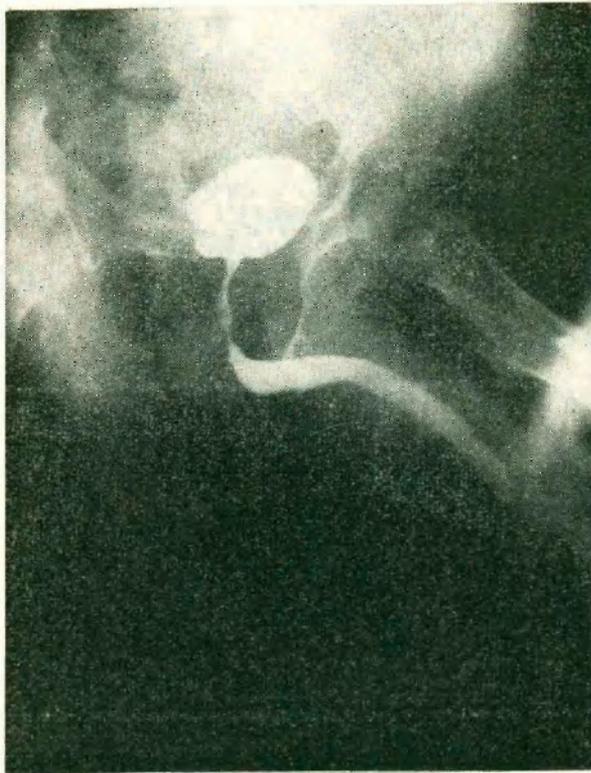
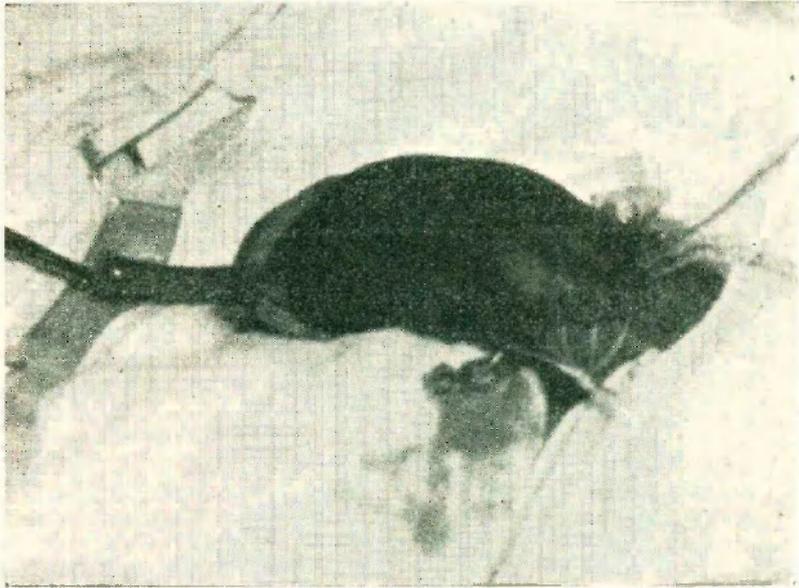
Se suturan de la misma manera las superficies de sección del cuerpo cavernoso izquierdo.

Sutura de planos superficiales, se deja drenaje laminar en el celular, donde se constata la existencia de un hematoma.

Post-operatorio: Terramicina, analgésicos, bolsa con hielo, estrógenos. El post-operatorio se desarrolla sin inconvenientes. A los 40 días se saca sonda de Petzer de hipogastrio, se coloca a punto sonda de uretra y se cauteriza con nitrato de plata granuloma hipogástrico de talla. A los 6 días se saca sonda de uretra. El enfermo no se moja y es dado de alta.

Uretrografía de control: Uretra permeable en toda su extensión. Según el enfermo sus erecciones no han experimentado cambio alguno.





Creemos que es interesante efectuar algunos comentarios sobre la sintomatología y tratamiento de estos pacientes.

En todos los casos consultados, como así también en el nuestro, llama la atención la ausencia de hemorragias copiosas.

Chevalier y Dupuy, citados en el muy comentado caso presentado por los Dres. Astraldi y Alsina, al comentar diversos casos de automutilaciones observadas entre los alienados con finalidad suicida o influenciados por delirios místicos, explican esa escasa hemorragia por la circunstancia de que la lesión se produce con el pene en estado de flaccidez.

Con respecto a las secuelas de dichas lesiones, la impotencia coeundi por flaccidez o desviación del pene, se debería según Redi, citado por Bértola, Sala y Ortiz, a que las cicatrices comprometen el aflujo sanguíneo a los cuerpos cavernosos, la retracción producida de esta manera en los tejidos producen la desviación del eje del miembro.

La sutura término-terminal cuidadosa de la albugínea de los cuerpos cavernosos, previa toilette de la herida en los casos tratados inmediatamente, o la excéresis del tejido cicatricial y la sutura término-terminal de los cuerpos cavernosos en los tratados en forma tardía prevendrían y solucionarían dichas desviaciones anómalas.

En el caso de Bértola y col, la falta de sustancia provocada por la eliminación del tejido cicatricial fue solucionada por una plástica a ese nivel con un manguito de aponeurosis extraída de la fascia lata y suturada a los cuerpos cavernosos.

Con respecto a la conducta a adoptar con la lesión uretral, y a manera de conclusión enumeraremos los postulados de Sabadini para el tratamiento de las heridas de la uretra.

1º La operación debe revestir carácter de urgencia.

2º Es obligatoria la derivación de la orina.

3º La toilette del foco debe preceder a la sutura cuidadosa de los cabos uretrales, efectuada sobre tutor que debe mantenerse durante 30 a 60 días movilizándolo periódicamente.

4º Institución de antibióticoterapia intensa.

5º Dilatación posterior y uretrografías de control.

BIBLIOGRAFIA

1. Astraldi y Alsina: Herida de pene. Revista de Medicina y Ciencias Afines, 1946, VIII, 129.
2. Bernardi y Tirrelli: Ruptura traumática de la uretra. Rev. Arg. de Urol., 1955, XXIV, 359, 60.
3. Bernardi, Ghioldi y Wainberg: Rev. Arg. de Urol., 1955, 28, Nos. 10, 12, 365, 68.
4. Bértola, Sala y Ortiz: Fractura de pene. Bol. y Trab. de la Sociedad de Cirugía de Córdoba, 1944, V, 96.
5. Bertolasi y Sánchez Sañudo: Rotura de uretra. La Semana Médica, 1943, II, 1006.
6. Claret, Machintoch y Fich: Traumatismo de uretra. Rev. Arg. de Urol., 1959, 28, Nos. 1, 6, 29, 34.
7. Delporte: Boletines de la Sociedad de Cirugía de Rosario, 1951, XVIII, 80, 82.
8. Mathis y Claret: Ruptura de cuerpos cavernosos y de la uretra. Rev. Arg. de Urología, 1947, XVI, 132.
9. Moreyra Bernan: A propósito de fractura de pene. Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía de Córdoba, 1944, V, 109.