

# Pene oculto

## *Concealed penis*

**Chappero, Lucas; Torsiglieri, Leonel; Villalba, Kurt**

*Urología del Noroeste, Sanatorio Chacabuco, Chacabuco. Provincia de Buenos Aires.*

---

### INTRODUCCIÓN

El pene oculto es una condición congénita muy poco frecuente. La incidencia exacta aún no se conoce (Casale y cols.). Puede dividirse en tres categorías según la clasificación de Maizels: Pene “enterrado” (*buried penis*), pene “membranoso o PALMEADO” (*webbed penis*) y pene “atrapado” (*trapped penis*).

El pene enterrado es aquel falo de tamaño normal, oculto en la grasa prepúbica debido a la falta de fijación de la piel del pene al cuerpo del mismo. El pene PALMEADO se caracteriza por un avance de la piel escrotal hacia el extremo distal del falo, ocultando así el ángulo penoescrotal. En ambos casos existe la presencia de bandas disgénicas del dartos que retraen el cuerpo del pene. El pene atrapado es el resultado de una cirugía de circuncisión indebidamente indicada en un pene oculto, en cualquiera de las dos circunstancias anteriormente descritas. Excepcionalmente, puede ser consecuencia de alguna otra cirugía penoescrotal, como en el caso de las hipospadias.

A continuación presentamos un caso de pene atrapado.

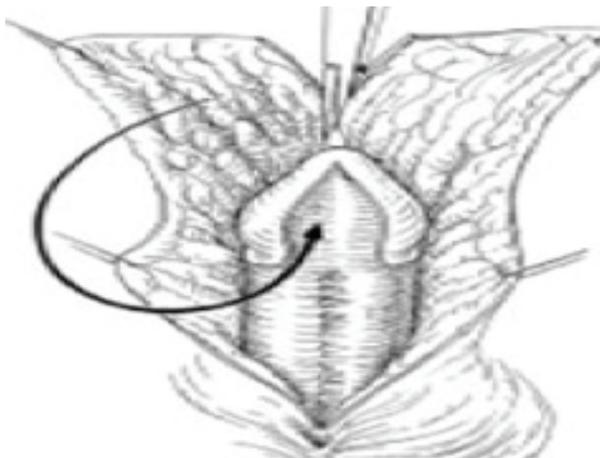
### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 8 años de edad que concurre, acompañado por sus padres, presentando un pene atrapado. Tiene como antecedentes una circuncisión, realizada al año y medio de edad por balanitis a repetición. En el examen físico presenta un falo de tamaño normal, totalmente retraído, sin evidencia de ángulos penopúbico y penoescrotal. El glande puede ser expuesto y se observa una importante cicatrización a nivel del surco glandelar, acorde a su antecedente quirúrgico.

Sus padres refieren que el paciente sufre de balanitis a repetición, dificultad para la higiene, dificultad para orinar y que “moja su ropa interior”.

Se decide la resolución quirúrgica del pene oculto, combinando las técnicas descritas por Casale y por Brisson. La misma consiste en un completo denudamiento del pene, disección y exéresis del dartos disgénico, fijación de la albugínea de los cuerpos cavernosos a nivel de la base del pene, con cuatro puntos cardinales, al tejido prepúbico y al tejido subcutáneo del ángulo penoescrotal. El cierre de la piel se realiza, resecaando todo el tejido cicatrizal de la cirugía previa, con colgajos de dorsal a ventral, según técnica de Byars y Retik (**Figura 1**). Ésta consiste en dividir el excedente de la piel de la cara dorsal del pene, por encima del surco balanoprepucial, en la línea media, generando dos colgajos que se rotan a ambos lados hacia la cara ventral cubriendo los sectores donde la piel es escasa. Además se realizan Z plastias en ambas caras, dorsal y ventral, debido a la escasa disponibilidad de piel. Por último, con cuatro puntos, se fija la piel al tejido subcutáneo penoescrotal y prepúbico para demarcar ambos ángulos y evitar que la misma se deslice del cuerpo del pene.

El paciente presenta una buena evolución tanto cosmética como funcional hasta 6 meses después de la cirugía.



**Figura 1.** Técnica de Byars y Retik.



Pene atrapado: aspecto preoperatorio.



Liberación de cicatrices previas.



Aspecto postoperatorio inmediato.



Aspecto 6 meses postoperatorio.

## DISCUSIÓN

El término pene oculto abarca diferentes variantes de una condición congénita poco habitual. A lo largo de los años, este problema ha generado mucha controversia entre cirujanos y pediatras. Algunos sostienen que esta condición representa simplemente una alteración en el desarrollo y que será superada cuando el niño llegue a la pubertad y cambie ciertos aspectos de su hábito corporal que contribuyen a este problema, como ser la obesidad y la acumulación de grasa prepúbica.

Sin embargo, muchos autores enfatizan el impacto negativo que tiene esta alteración sobre el niño durante la infancia. Muchos de ellos presentan infecciones, dificultad para orinar, incontinencia y además son ridiculizados por sus propios pares. Por lo que en muchos casos la cirugía temprana se encuentra asociada a importantes beneficios para el paciente.

Otro punto importante es el adecuado diagnóstico temprano de esta alteración para no ser confundida con otras patologías que pueden llevarnos a cirugías indebidamente indicadas, convirtiendo en más difícil alguna resolución posterior.

Existen muchas técnicas quirúrgicas para la resolución del pene oculto (Maizels, 1986; Shapiro, 1987; Casale y cols., 1999; Alter, 1999; Smuelders y cols., 2000; Brisson y cols., 2001; Borsellino y cols., 2007) con importantes resultados cosméticos y funcionales. Algunas de éstas incluyen liposucción de la grasa prepúbica, con resultados disímiles, según las diferentes publicaciones. La mayoría de las técnicas comparten puntos en común, basados en los factores etiológicos del pene oculto. Estos puntos consisten en la resección de las bandas disgénicas del dartos que retraen el cuerpo del pene, la exéresis completa del tejido cicatrizal de cirugías previas, que puede retraer aún más al falo, la fijación del cuerpo del pene a los ángulos penopúbico y penoescrotal para evitar el deslizamiento del mismo, la demarcación, con puntos de anclaje desde la piel al cuerpo del pene, de los ángulos previamente descriptos y en algunos casos la eliminación de la grasa prepúbica. La elección de la técnica dependerá de la experiencia y preferencia del cirujano, además del caso en particular.

Cada caso debe ser individualizado, la cirugía puede no estar indicada en todas las situaciones y el tratamiento expectante puede ser una alternativa, especialmente en aquellos casos en donde la obesidad es el factor etiológico más importante. Por

eso es importante la toma de decisión en conjunto con los padres y la valoración del impacto psicosocial que genera el problema al paciente y a su entorno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casale A, Beck S, Cain M, y cols. Concealed penis in childhood: a spectrum of etiology and treatment. *J. Urol.* 1999; 162:1165.
2. Borsellino A, Spagnoli A, Vallasciani S, y cols. Surgical approach to concealed penis: Technical refinements and outcome. *Pediatric Urology* 2007; 69:1195.
3. Brisson P, Patel H, Chan M, y cols. Penoplasty for buried penis in children: report of 50 cases. *J. Pediatr Surg.* 2001; 36:421.
4. Lim D, Barraza M, Stevens P. Correction of retractile concealed penis. *J. Urol.* 1995; 153: 1668.
5. Alter G and Ehrlich R. A new technique for correction of the hidden penis in children and adults. *J. Urol.* 1999; 161:455.
6. Maizels M, Zaonts M, Donovan J, y cols. Surgical correction of the buried penis: description of a classification system and a technique to correct the disorder. *J. Urol.* 1986; 136:268.
7. Radhakrishnan J. and Reyes H. Penoplasty for buried penis secondary to radical circumcision. *J. Pediatr Surg.* 1984; 19:629.
8. Horton C, Vortsman B, Tesley D, y cols. Hidden penis release: adjunctive suprapubic lipectomy. *Ann Plast Surg.* 1987; 19:131.
9. Shapiro S. Surgical treatment of buried penis. *Urology* 1987; 30:551.
10. Kon M. A rare complication following circumcision: the concealed penis. *J. Urol.* 1983; 130:573.
11. Bergeson P, Hopkin R, Bailey R. The inconspicuous penis. *Pediatrics* 1993; 92:794.
12. Retik A, Bauer S, Mandell J, y cols. Management of severe hypospadias with a 2-stage repair. *J. Urol.* 1994; 152:749.
13. Byars LT. Functional restoration of hypospadias deformities: with a report of 60 completed cases. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1951; 92:149.