

Automutilación genital masculina

Male genital self mutilation

Aceptado para publicación: Agosto 2009.

Dres. Vitagliano, G.;
Contreras, P.;
Scherzer, D.;
Ameri, C.;
López Fontana, G.;
Mazza, O.

INTRODUCCIÓN

La automutilación genital masculina es una rara entidad. Suele estar asociada con trastornos psiquiátricos y en estos pacientes la reincidencia es frecuente. Presentamos un caso con dos episodios de automutilación genital y su resolución quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años que concurre por el Servicio de emergencias a la media hora de haber disparado un arma de fuego sobre su pene. Se observa una herida que interesa la cara lateral derecha y el surco balanoprepucial hasta el frenillo. (Figura 1)

En quirófano, se introduce sonda vesical Foley 18 Fr y se realiza toilette quirúrgica con resección de tejido necrótico. Se constata indemnidad de la uretra y se colocan puntos hemostáticos. Presenta buena evolución y es dado de alta con tratamiento psiquiátrico.

Cuatro años más tarde concurre nuevamente al Servicio de emergencias. Esta vez refiere haber cortado su pene con una tijera. (Figura 2) Bajo anestesia general se realiza exploración de la lesión. Se observa sección completa del glande y de la cara ventral y lateral derecha del prepucio. (Figura 3) Se realiza una toilette quirúrgica y hemostasia de ambos cuerpos cavernosos. Se reseca el prepucio remanente y se une mediante puntos simples coronales la piel del pene con el extremo de la uretra seccionada. Se deja sonda vesical Siliconada 18Fr. (Figura 4).



Figura 1. Herida de bala en cara dorsal, surco balanoprepucial y a nivel frenular.



Figura 2. Aspecto del pene al ingreso previo a reabrir el prepucio.

Servicio de Urología, Hospital Alemán
gonzalovitagliano@hotmail.com
Conflictos de interés: ninguno.

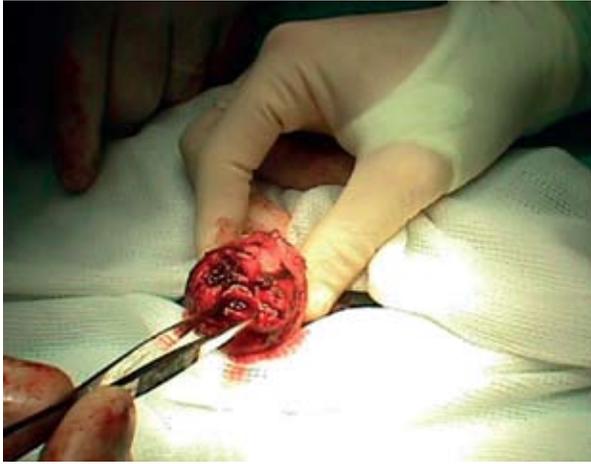


Figura 3. Prepucio rebatido. Sección peneana en la raíz del glande, la pinza marca la uretra seccionada.

El Servicio de Psiquiatría interpreta el cuadro como esquizofrenia de tipo paranoide (F20 - DSM IV). Es dado de alta nuevamente con seguimiento psiquiátrico. Evolucionó favorablemente y no ha presentado complicaciones miccionales o eréctiles en el seguimiento de 4 años. No se ha autoinflingido nuevas lesiones hasta la actualidad.

DISCUSIÓN

Dado que muchos de estos casos no son reportados, la incidencia exacta de este tipo de patología no es conocida. Se observa una mayor incidencia en hombres. Los pacientes psicóticos son los más relacionados con la automutilación y dentro de ellos el grupo de los esquizofrénicos presenta la mayor incidencia.¹⁻²⁻³ En un menor porcentaje se encuentran los pacientes no-psicóticos y ha sido relacionado con transvestismo, abuso de drogas o con complejas creencias religiosas y/o culturales.⁴⁻⁵⁻⁶ Los antecedentes de abuso sexual en la infancia se hallan frecuentemente en las comunicaciones de casos y generalmente se observa una historia previa de algún tipo de automutilación. Esta característica desempeña un papel preponderante a la hora de realizar el seguimiento del paciente.⁷

Muchos son los tipos de lesiones genitales descritas, pero el más frecuente consiste en la resección de uno o ambos testículos (60%), seguido por la laceración de la piel peneana y/o escrotal (53%) y por último de la amputación total del miembro (23%).

La estrategia a seguir en la reparación de estas lesio-



Figura 4. Aspecto de la sutura entre la piel del pene y la uretra luego de 3 meses.

nes dependerá de la presencia o no del miembro seccionado, del tiempo de evolución de la lesión y de la cantidad de tejido comprometido.⁸⁻⁹⁻¹⁰

Las causas que llevan a un paciente a la automutilación son variadas y complejas, es por ello que un abordaje conjunto con el Servicio de Salud Mental es esencial para evitar reincidencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suraya, Y; Saw, K C.: Psychiatric and Surgical Management of Male Genital Self-Mutilation Singapore *Med. J.* 40(10): 656-658, 1999.
2. Nakada, M.: On background factors of male genital self mutilation. *Psychopathology*, 29(4): 242-248, 1996.
3. Greilshheimer, H; Groves, JE.: Male self mutilation. *Arch. Gen. Psychiatry* 36: 441-446, 1979.
4. Nerli, R; Ravish, I; Shrishailesh, S.: Genital self-mutilation in nonpsychotic heterosexual males: Case report of two cases. *Indian J Psychiatry* 50(4): 285-287, 2008
5. Aboseif, S; Gómez, R; McAninch, JW.: Genital self mutilation. *J. Urol* 150: 1143-1146, 1993.
6. Beilin, LM; Greenberg, J.: Genital self-mutilations by mental patients. *J. Urol.* 1948, 59(4): 635-641, 1948.
7. Romilly, C; Isaac, M. Male genital self-mutilation. *Br. J. Hosp. Med.* 55(7): 427-431, 1996.
8. Patel, S; Thavaseelan, S; Handel, L y col.: Bilateral Manual Externalization of Testis with Self-Castration in Patient with Prion Disease. *Urology* 70:590, 15-16, 2007
9. Ozturk, A; Kilinc, M; Guven, S y col.: Penis replantation after self-mutilation *Int Urol Nephrol* 41(1):109-111, 2009.
10. Carroll, PR; Lue, TF; Schmidt, RA y col.: Penile replantation. *Current concepts. J Urol.* 133: 281-285, 1985.