

Incarcelación peneana por anillo metálico

Penile incarceration by metallic ring

Carlos Alberto Monterrosas-Minutti¹, Jaime Becerra-Cárdenas², Julio C Solís-Escobedo³, José Guerrero Nuño³

Servicio de Urología Hospital Civil de Guadalajara Viejo "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jalisco, México.

¹*Autor Residente Hospital Civil Viejo de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".*

La Ronda 14A Fraccionamiento Citala, Zapópan, Jalisco, México

²*Jefe Servicio Urología Hospital Civil Viejo de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".*

³*Médico Adscrito Servicio Urología Hospital Civil Viejo de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".*

INTRODUCCIÓN

El atrapamiento peneano por cuerpos extraños y consecuente estrangulación del mismo, constituye una lesión seria que requiere tratamiento oportuno para evitar lesiones extensas, incluida la gangrena¹⁵. En la mayoría de las ocasiones, los adultos emplean cuerpos extraños en el pene como medio de gratificación sexual, prolongación del acto sexual, automanejo de la disfunción eréctil y como manifestación de alteraciones psiquiátricas; en los niños y adolescentes de modo accidental o como parte del tratamiento de enuresis.

El objetivo de este trabajo es la comunicación de un caso de un paciente esquizofrénico con anillo metálico en pene, el tratamiento realizado y la revisión bibliográfica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 37 años de edad, esquizofrénico de 15 años de diagnóstico, sin tratamiento médico actual, ingresando al servicio de urgencias de nuestra unidad hospitalaria refiriendo tres días de evolución con presencia de anillo metálico en tercio medio de pene, asociado a dolor punzante, refiriendo disminución de la sensibilidad en tercio medio y distal de pene. A la exploración física con signos vitales estables, Glasgow 15, con globo vesical hasta región umbilical, con anillo metálico en tercio medio

de pene, de consistencia sólida, de 5 mm de grosor aproximadamente (**Figura 1**), con presencia de edema importante de tercio medio y distal en pene, doloroso a la palpación de tercio proximal, testículos de características macroscópicas normales. Se indica 1 g de ceftriaxona intravenoso, y posteriormente se inicia intento de retiro de cuerpo extraño realizando asepsia



Figura 1. Cuerpo extraño en pene.



Figura 2. Retracción prepucial posterior a medidas antiedema.

sia y antisepsia de región peneana, bloqueo dorsal de pene con xilocaína simple 2%; se realizan punciones circunferenciales con aguja hipodérmica 21G en tercio distal de cuerpo peneano respetando glándula, observando salida de líquido transparente a través de las mismas realizándose compresión de cuerpo peneano con gasa estéril, logrando retracción prepucial hasta cubrir el glándula (Figura 2). Se intenta extracción manual de cuerpo extraño sin resultado favorable, por lo que debido a la característica metálica del cuerpo extraño se decide emplear pinza Berybaker "Bailarina"



Figura 3. Uso de pinza Berybaker tipo "Bailarina".

para corte de material ortopédico (Figura 3), practicando dos cortes contralaterales, lográndose con esto la remoción del cuerpo extraño (Figura 4), documentándose laceración cutánea 2 cm por debajo del surco balanoprepucial que involucra únicamente la piel prepucial, sin evidencia de uretrorragia ni lesión de cuerpos cavernosos. Se coloca sonda Foley 16Fr con técnica habitual sin complicaciones, obteniendo 1300 cc de orina concentrada, sin evidencia de hematuria macroscópica, la misma que se retira previo a egreso hospitalario.

Durante la valoración del servicio de Psiquiatría, se documenta con los familiares del paciente el diagnóstico de esquizofrenia, en aquel momento en fase psicótica y en interrogatorio directo refiere emisión constante transuretral de semen desde hace 3 días, motivo por el cual decide la colocación del cuerpo extraño, con la finalidad de evitar pérdida espermática. Es manejado con haloperidol, valproato de magnesio y levomepromazina, y posteriormente continúa manejo ambulatorio.



Figura 4. Remoción de cuerpo extraño.

DISCUSIÓN

Existen reportes de encarcelación peneana por objetos metálicos y no metálicos desde 1755⁹, y el manejo para el retiro de los mismos es variable en cada centro hospitalario, dependiendo de las características físicas de los mismos, además del material disponible para la remoción y la condición clínica del paciente¹⁵.

La colocación de cuerpos extraños en los niños se ha empleado para el manejo de la enuresis por el personal a su cargo^{4,7,12}, de forma accidental⁴, como parte del manejo de la incontinencia urinaria¹², y de igual modo, se han empleado métodos que generan estrangulamiento con cabellos o hilos^{8,18}; en adolescentes por curiosidad sexual o masturbación^{7,17} y en adultos para mantener o aumentar la potencia sexual^{1,5,7,12,17}, o constituyendo bromas al encontrarse alcoholizado⁷ y para el autotratamiento de la disfunción eréctil^{9,12}. Aunado a lo anteriormente mencionado, se ha reportado en pacientes con enfermedades psiquiátricas⁵, predominando en aquellos con impulsos exóticos, enfermedad mental, desorden límite de la personalidad⁷, enfermedad bipolar¹³, depresión psicótica, proceso demencial, desinhibición sexual¹⁴ y esquizofrenia¹⁵.

Múltiples materiales y tipos de cuerpos extraños se han reportado en la literatura entre ellos anillos^{1,4}, bolas de silicón¹², vasijas¹², bandas de goma¹², tuercas¹², piercings¹², anillos aseguradores de mancuernas¹⁰, abrazadera metálica de radiador¹³, anillo metálico industrial standard¹⁶, botellas de plástico¹⁴, cabellos o hilos^{8,12,18}.

Las lesiones peneanas por el uso de cuerpos extraños se han categorizado como mecánicas y vasculares¹⁷. Bhat y cols.^{9,15} categorizan las lesiones peneanas secundarias a uso de cuerpos extraños en cinco grupos principales (**Tabla 1**).

I	Edema distal
II	Edema distal, Trauma uretral o cutáneo, Compromiso de cuerpo esponjoso y Disminución de la sensibilidad
III	Trauma uretrocutáneo sin sensibilidad distal
IV	Separación del cuerpo esponjoso, Fístula uretral, Compresión de cavernosos, Sin sensación distal
V	Gangrena, Necrosis y Amputación peneana distal

Tabla 1. Clasificación de lesiones peneanas por cuerpo extraño⁹

Nuestro paciente se categoriza en grado II por la presencia de edema y disminución de la sensibilidad distal, sin evidencia de las otras manifestaciones asociadas.

Dentro de la sintomatología referida por los pacientes destaca disuria³, olor fétido local³, dolor intenso^{1,10}, disfunción eréctil¹³, edema¹¹, turgencia¹¹.

Se ha documentado sintomatología específica de acuerdo al tiempo de evolución correspondiendo a <48 hs: edema y sensación distal íntegra, y >72 hs: oclusión arterial con disminución gradual en la sensación peneana distal con el riesgo subsecuente de progresión a gangrena¹⁵. Lo anteriormente mencionado,

es concordante con los síntomas del paciente, quien cursaba con aproximadamente 72 hs. portando el cuerpo extraño, ya con datos de oclusión arterial en relación al edema y disminución en la sensibilidad, lo cual pudo haber progresado a gangrena si persistía el agente opresivo local.

Cabe destacar que la gangrena no es un evento común, ya que cada cuerpo cavernoso posee su propia irrigación arterial, además de que el grosor de la fascia de Buck y el tejido corporal resisten a la compresión de los vasos profundos, de tal manera que se requiere una compresión persistente y una interrupción del flujo arterial que expliquen la aparición de la gangrena¹⁷.

El uso de cuerpos extraños en el pene, constituye un reto para el médico que requiere innovar tratamiento específico para tal fin⁶.

Las medidas terapéuticas generales se integran en 4 grupos principales: Técnicas de constricción^{1,6,9} y sus variantes⁹, técnicas de aspiración^{3,9,11,14}, artefactos cortantes⁹ y manejo quirúrgico⁹.

Diversos manejos terapéuticos descritos en la literatura varían entre el manejo en quirófano bajo anestesia general¹³, o en la sala de urgencias, con el uso de benzodiazepinas (midazolam)^{6,12} y anestesia local¹², ketamina⁴, atropina y tramadol⁶; medidas antiedema¹², incluida la colocación de mecanismos constrictores del pene proximal a distal^{1,6}, así como corte del objeto con uso de taladro neuroquirúrgico con broca de titanio¹⁰, sierra neumática circular¹¹, sierra oscilante ortopédica con filo de diamante⁴, cortador de anillos^{5,14,16}, tijeras quirúrgicas¹⁴, cinceles¹², martillos¹², gubias¹², sierras y pinzas¹⁶, hasta inclusive requerir manejo quirúrgico como resección de la piel hipertrófica en el sitio del cuerpo extraño con permanencia de larga evolución¹³, denudación cutánea del pene^{3,18}, cistostomía^{1,15}, meato perineal¹⁵, penectomía^{15,17}, reconstrucción uretral con piel prepucial¹⁸, injerto de colgajo libre fasciocutáneo de la zona antebraquial con anastomosis de vasos radiales con los epigástricos caudales profundos², entre otros.

De acuerdo a la clasificación propuesta por Bhat y cols., los grados I/II requieren colocación de sonda Foley y los grados III-V realización de cistostomía. Se sugiere aplicación de antibioticoterapia a partir del grado III⁹.

Debido a nuestra falta de experiencia en el manejo de este tipo de pacientes, ya que representa un número muy disminuido de casos, se decidió inicialmente realizar medidas antiedema sin éxito, seguido del uso de la pinza tipo Berybaker "Bailarina" para corte de material ortopédico con un adecuado resultado lográndose

la remoción total del anillo metálico, provocándole lesión dérmica no involucra alguna otra estructura peneana, la cual se sutura con material absorbible.

Posterior a la liberación del pene se debe valorar la presencia de pulsos peneanos, y en los casos en los cuales no se documenta de forma objetiva la presencia de los mismos en un lapso de 30 a 60 minutos, es conveniente valorar la heparinización del paciente¹ como manejo inicial agresivo.

Las complicaciones reportadas secundario al uso de cuerpos extraños son principalmente estenosis uretral¹, retención aguda de orina en hasta 50% de los casos¹⁰, fístula uretral¹², ulceración¹⁸, descamación, priapismo¹, disminución de la sensibilidad peneana (neuropaxia¹)¹⁸, gangrena⁹, insuficiencia renal postrenal y la muerte por enfermedades concomitantes asociadas¹⁴. En síntesis, las complicaciones asociadas al uso de cuerpos extraños en pene representan una verdadera urgencia urológica que requiere un manejo oportuno para disminuir el riesgo de complicaciones devastadoras tanto para la función como para la estética. No existe un manejo estandarizado para estos casos, requiriéndose del ingenio del urólogo para una satisfactoria resolución en estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. D. Alonso Fernández, L.A. Rodríguez Toves, y cols. Incarceración Peneana por Anillos Metálicos. *Actas Urol Esp.* 2000, 24(3):262-264.
2. C. González-Satué, L. Riera Canals, y cols. Lesión Peneana y Uretral por Anillo Metálico. Reconstrucción con Colgajo Radial Libre. *Actas Urol Esp.* 2001, 25(10):746-749.
3. Weidong Gan, Rong Yang, y cols. Successful Remove of a Metal Axletree Causing Penile Strangulation in a 19-Year-Old Male by Degloving Operation. *Case Reports in Medicine.* Volume 2012, Article ID 532358, 3 pages.
4. Timothy K. Suttle, Blake Palmer, y cols. Succes Removal of a Penile Constriction Ring in a 14-Year-Old Male. *Advances in Urology.* 2009, Article ID 916507, 2 Pages.
5. T Sathesh-Kumar, Sameer Hanna-Jumma, y cols. Genitalia Strangulation – Fireman to the Rescue. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009; 91.
6. Mohammad Rashid Farooqui, R.S. Meena. Penile Strangulation by Metallic Rings. *Indian J Surg.* 2011; 73(5):359-360.
7. Arndt Van Ophoven, Jean B. de Kernion. Clinical Management of Foreign Bodies of the Genitourinary Tract. *The Journal of Urology.* 2004; (164):274-287.
8. M.S. El-Bahnasawy, M.T. El-Sherbiny. Paediatric Penile Trauma. *BJUI* 2002; (90):92-96.
9. Mark B. Detweiler. Penile Incarceration With Metal Objects. *Scand J Urol Nephrol.* 2001; (35):212-217.
10. Michael Mooreville, Menachem Meller. Penile Incarceration With Barbell Retaining Ring. *The Journal of Urology.* 2001; (166):618.
11. R.M. Kimber, J.K. Mellon. The Role of Special Cutting Equipment and Corporeal Aspiration in the Treatment of Penile Incarceration With a Barbell Retaining Collar. *The Journal of Urology.* 2004; (172):975.
12. Héctor Pastor Navarro, María José Donáte Moreno, y cols. Cuerpos Extraños en Pene. *Arch Esp Urol.* 2009; 62 (6):501-507.
13. Chirag Patel, Richard Kim y cols. Prolongued Penile Strangulation With Metal Clamps. *Asian J Andrology.* 2006; 8(1):105-106.
14. Ooi C K, Goh H K y cols. Penile Strangulation: Report of Two Unusual Cases. *Singapore Med J.* 2009; 50(2):c50.
15. Ali Nuhu, S.T. Edino y cols. Penile Gangrene Due To Strangulation By a Metallic Nut: A case report and review of the literature. *The Internet Journal of Surgery* 2009 Volume 21 Number 2.
16. Deidre Mary Fanning. Penile Incarceration Secondary To a Penile Ring Device. *BMJ Case Reports* 2011; doi:10.1136/bcr.05.2011.4174.
17. Apostolos P. Labanaris, Vahurin Zugor y cols. Dry Gangrene Of The Penis Induced By a Bullring for Sexual Stimulation Proposes. *The Scientific World Journal* 2008; (8):896-900.
18. Linus Ikechukwu Okeke. Thread Embedded Into Penile Tissue Over Time As An Unusual Hair Tread Tourniquet Injury to the Penis: A case Report. *Journal of Medical Case Reports* 2008; (2):230.