

Pene corvo congénito

Causal falogénica de disfunción sexual.

Dres. LAZZARINI, Horacio; DE MISEU, Sergio; ESQUIVEL, Jorge; IRAZU, Juan Carlos.

RESUMEN

Se presentan seis pacientes portadores de pene corvo congénito y disfunción sexual. En todos los casos esta rara patología motivó la consulta por incapacidad funcional coital y problemas estéticos.

Se realizan consideraciones sobre las pautas diagnósticas, se analizan los diagnósticos diferenciales con otras causas de incurvaciones peneanas y de disfunciones sexuales falogénicas.

Se revisan detalles de la técnica quirúrgica y se extraen conclusiones sobre el seguimiento postquirúrgico a tres años.

(Revista Argentina de Urología, 55: pág. 54, 1990)

Palabras clave: Pene corvo - Disfunción sexual

INTRODUCCION

El pene corvo congénito es una rara patología embriológica que podría corresponder a dos teorías disembrioplásticas, a saber:

a) Anormal y rápido crecimiento caudal de la fosita navicular, que se uniría con una uretra incompletamente formada desde el endodermo proximal (5).

b) Un trayecto uretral distal constituido únicamente por un conducto epitelial sin cuerpo esponjoso que lo rodee, y que actuaría como segmento inelástico (6).

Sin embargo, otros autores consideraron que el defecto no es debido a una disembrioplastia sino que la curvatura ventral peneana es un estado natural del feto masculino en una etapa de su desarrollo (3)(4).

Esta patología también es conocida como cuerda peneana sin hipospadias, curvatura peneana congénita (1), curvatura peneana longitudinal o lateral sin cuerda, hemihipertrofia del cuerpo caver-

noso o síndrome de la uretra corta.

Creemos que las distintas denominaciones se corresponden con las variadas interpretaciones en cuanto a su origen embriológico, a diferencia de lo que ocurre con otras patologías embriológicas que cursan con incurvación peneana.

El pene corvo congénito se diferencia claramente de otros tipos de incurvaciones peneanas congénitas o adquiridas, que a su vez pueden condicionar un cuadro de disfunción o no, como la cuerda ventral que acompaña al hipospadias, las curvaturas asociadas a la enfermedad de la Peyronie, las curvaturas cicatrizales, traumáticas, etc.

Lo cierto es que, en nuestra experiencia y más allá del defecto congénito causal, todos los pacientes consultaron por su incapacidad funcional peneana, que les impedía ajercer su sexualidad por la severa angulación en estado de erección, por lo que incluimos esta patología dentro del grupo de enfermedades que provocan disfunción sexual masculina falogénica.

MATERIAL Y METODOS

Presentamos seis pacientes portadores de pene corvo congénito cuyas edades oscilaron entre 18 y 26 años. Todos ellos consultaron por disfunción sexual coital. Uno de ellos además por matrimonio no consumado.

El tiempo de evolución en todos los casos fue desde su iniciación sexual, descartándose otras patologías que habitualmente se acompañan de incurvación peneana.

Para aseverar el diagnóstico se consideraron los siguientes parámetros:

1- **Antecedentes urogenitales:** no se detectaron otras malformaciones asociadas (criptorquidia, hipospadía, ectopía, etc).

2- **Desarrollo sexual:** todos presentaban un desarrollo puberal normal cronológico y somático. Las incurvaciones se presentaron desde las primeras erecciones y únicamente durante ellas.

3- **Función urinaria:** normal en cuanto a dinámica vesical, función esfinteriana y proyección o calibre del chorro miccional.

4- **Función sexual:** todos heterosexuales con libido, eyaculación y orgasmo conservados. Dos de los seis pacientes, con pareja sexual estable con la que intentaron el coito. Uno de ellos no pudo lograrlo nunca y el otro lo realizaba en forma dificultosa, modificando la posición de la compañera.

Los cuatro restantes, pese a tener diferentes parejas sexuales, presentaban idéntica dificultad.

5- **Exámen físico general:** normal.

6- **Exámen físico genital:** las características del pene en flaccidez fueron normales en los seis casos.

Diagnóstico

El diagnóstico presuntivo se confirmó por:

a) Inducción de la erección con estimulación química (drogas vasoactivas) y/o sensorial (imágenes o literatura erótica y estimulación manual).

b) Fotografía en posición de pie, en dos

proyecciones, primero lateral o perfil y segundo céfalo-caudal.

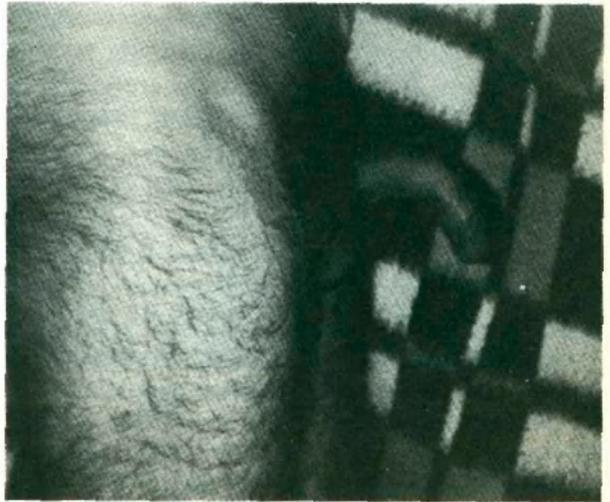


Foto N° 1. Fotografía en posición perfil.



Foto N° 2. Fotografía en posición céfalo-caudal

TRATAMIENTO

En todos los casos se realizó una cavernoplastia con la técnica de Nesbit (7), preservando el paquete neurovascular dorsal evitando así el edema y la anestesia del glande.

Técnica quirúrgica: los dos primeros casos se utilizó una incisión circular a 1 cm. por detrás del surco balanoprepucial(1) que posteriormente fue abandonada en favor de la postectomía, como

primer paso de la plástica, ya que la primera presentaba las complicaciones habituales de la cicatrización circunferencial en extremidad: edema o necrosis del prepucio.

Una vez liberada la piel, se disecaron ambos cuerpos cavernosos y el esponjoso hasta la base peneana, y se realizó una erección artificial por inyección intracavernosa de solución fisiológica, previa compresión de la base del pene con un manguito. Localizada el área del defecto, comenzamos a resear sectores ovales de albugínea de ambos cuerpos cavernosos en forma simétrica de aproximadamente 3 a 5 mm. de diámetro, comenzando a medio cm. proximal a la iniciación de la curvatura. Luego se realizó la sutura de los labios de la herida en forma transversal al eje mayor del pene, con puntos separados de ácido poliglicólico 3/0 o 4/0. Repetimos el procedimiento hacia la parte distal, tantas veces como consideramos necesario para lograr un pene erecto sin curvaturas.

Luego de cada resección y sutura de la albugínea, realizamos una erección artificial para evaluar el grado de rectificación.



Foto N° 3. Disecados los cuerpos cavernosos se provoca una erección.

Finalizada la plástica, se lleva la piel al surco balanoprepucial, suturando el borde de la misma a la mucosa balánica en forma similar a lo que se hace durante la postectomía.

Dejamos un catéter uretral fino por 24 hs. y realizamos un vendaje compresivo elástico que deja el glande a la vista para controlar la vitalidad del mismo, sujetando el pene al hipogastrio con un apósito. Se autoriza la reiniciación de la actividad

sexual entre los 45 días y los 2 meses.



Foto N° 4.



Foto N° 5.

COMENTARIOS

El diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales masculinas ha sufrido un avance alentador en los últimos años.

La inquietud en preservar la salud sexual de nuestros pacientes, nos ha llevado a diagnosticar patologías que hasta hace poco tiempo ni imaginábamos que podían alterarla.

La curvatura peneana congénita, causa falogénica de disfunción sexual, será una condición cada vez menos excepcional en la medida en que pensemos en ella.

Nuestra experiencia nos ha demostrado que si bien esta patología es congénita, motiva la consulta cuando el varón llega a una etapa de su vida en la que la actividad sexual se incrementa y/o regulariza.

Las derivaciones de una incapacidad coital del varón, como el discomfort vaginal en su mujer son de tal trascendencia que pueden llevar a la interrupción de la vida sexual de la pareja. En este sentido, de los 6 casos por nosotros diagnosticados y tratados, 3 de ellos se referían además a la dificultad a la penetración vaginal, una incomodidad genital de sus parejas.

En un caso, la patología motivó un matrimonio no consumado que determinó un divorcio reiniciando el individuo su actividad sexual normalmente con su segunda pareja luego de la cirugía plástica.

Los resultados funcionales fueron muy satisfactorios en todos los pacientes, aún en aquellos casos en los que desde el punto de vista estético no logramos la total desincurvación del pene en erección.

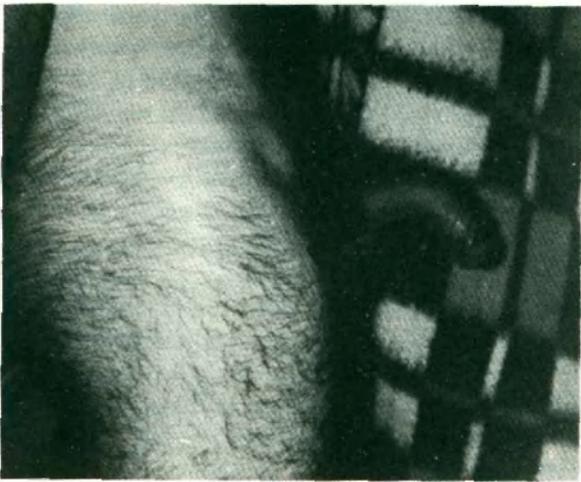


Foto Nº 6. Fotografía de perfil, anterior a la cirugía.

Los 6 pacientes reiniciaron su vida sexual pudiendo relacionarse en forma cómoda con sus parejas. En dos de ellos persistió cierto grado de incurvación durante la erección, pero que no dificultaba la penetración vaginal.

Las dos complicaciones que se presentaron, ocurrieron en los casos en que se realizó una incisión circuncferencial sin postectomía.

En 1 caso se produjo una necrosis aséptica del prepucio por delante de la cicatriz que derivó en una auto-postectomía.

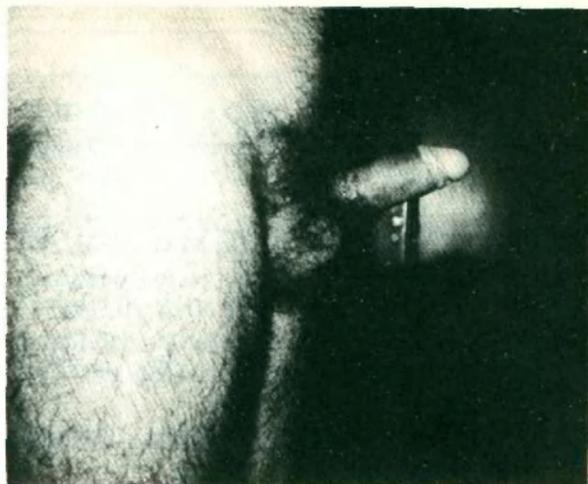


Foto Nº 7. Fotografía de perfil post-quirúrgica.

En el otro caso, se produjo una induración en una zona similar al caso anterior, que impedía rebatir el prepucio y requirió una postectomía aproximadamente al mes de la plástica.

CONCLUSIONES

1- Consideramos de extrema importancia diferenciar el pene corvo congénito de las curvaturas peneanas asociadas a hipospadias, induración plástica de los cuerpos cavernosos, cicatrices post-quirúrgicas, etc., ya que el método quirúrgico aquí señalado no daría solución satisfactoria a esos cuadros.

2- Creemos conveniente realizar una postectomía para evitar las complicaciones señaladas, debiéndosele advertir al paciente previamente esta condición como necesaria.

3- Este tipo de solución plástica debe realizarse en individuos portadores de pene corvo congénito que hayan llegado a su madurez sexual y somática, evitándola en niños y pre-púberes hasta que desarrollan su pene con caracteres definitivos.

4- La preservación del paquete neurovascular dorsal es primordial para evitar el edema o la anestesia iatrogénica del glande.

BIBLIOGRAFIA

- 1- BENNETTE, A.H., M.D.; GITTES, R.F., M.D.: "Congenital penile curvature without hypospadias". Urology. Vol. XIV: 364, 1980.
- 2- Dr. VILADOMS, J.M.; Dr. MARTINEZ, E.; Dr. GARAT, J.M.: "Incurvación peneana". Ac.Fund. Puigvert. Vol. 4 N° 2: 79, 1985.
- 3- CLEMISTEV, T.W.: "The origin and fate of the urethral plate in male". J. Anat., 88Ñ 413, 1954.
- 4- KAPLAN, G.W.Ñ LAMM, D.L.: "Embriogenesis of chordee" J. Urol. 114Ñ 769, 1975.
- 5- PERSKY, L.; HOFFMAN, A.; DESPREZ, J.: "The repair of chordes without hypospadias." J. Urol., 98, 216, 1967.
- 6- NESBIT, R.M.: "Operation for correction of distal penile ventral curvature with or without hypospadias". J. Urol., 97: 720, 1967.
- 7- NESBIT, R.M.: "Congenital curvature of the phallus.": Report of three cases with description of corrective operation. J. Urol., 93, 230, 1965.
- 8- LAZZARINI, H.; IRAZU, J.C.; PIETRA-SANTA, L.; RODRIGUEZ, H.; RAYMUND, A.; NIVOLI, M.: "Disfunciones sexuales masculinas" Leído en el Congreso Argentino de Urología, 1986.

COMENTARIO

El trabajo presentado por el Servicio de Urología del Hospital Ramos Mejía, sobre "Pene corvo congénito: causal falogénica de disfunción sexual" trata sobre una patología en la cual no existe en la actualidad un acuerdo universal sobre su definición, etiología y tratamiento, pero no por ello deja de ser un tema más que interesante.

Los autores efectúan consideraciones sobre distintas hipótesis embriológicas, para explicar esta entidad, luego exponen la metodología diagnóstica utilizada en éste grupo de pacientes, cuyo motivo de consulta común fue la disfunción sexual de origen fálico, por curvatura ventral congénita del pene. Se mencionan los diagnósticos diferenciales y la técnica quirúrgica empleada en la totalidad de los casos, para su corrección es la

descrita por Nesbit. El trabajo analiza los resultados y complicaciones de la cirugía y se exponen finalmente las conclusiones. Quiero subrayar la importancia de la erección artificial intraoperatoria (Gittes y Mc Laughin Urology 4: 473, 1974), para el éxito de la corrección del pene corvo, al igual, que la movilización adecuada de el paquete neurovascular dorsal, antes de efectuar la técnica secciones ovales de la albugínea para lograr el acortamiento de la cara dorsal de los cuerpos cavernosos. Esto se logra igualmente con puntos que plican la túnica. Los doctores Denive y Horton (J. Urol. 110: 264-271, 1973) describieron 3 tipos de cuerda, que angulan el pene ventralmente y que deben ser agregadas a las de la asimetría de las caras dorsal y ventral de los cuerpos cavernosos y finalmente considerar la posibilidad de la existencia de una uretra corta congénita.

La corrección quirúrgica del pene corvo ventral congénito es técnicamente delicada y el urólogo debe conocer todas las posibles anomalías anatómicas responsables de ésta patología y estar preparado a emplear distintas técnicas quirúrgicas, que se adecuen a cada situación particular, como por ejemplo: si se debe preservar, seccionar o reemplazar un segmento anormal de uretra.

Los pacientes de este trabajo, presentaron un pene de dimensiones normales, pero ante la eventualidad de pacientes con pene pequeño, la técnica de Nesbit acentuará la disminución de su longitud, debiendo procederse en estos casos, cuando se agotaron las indicaciones de otros procedimientos quirúrgicos, a efectuar una incisión transversal ventral en la túnica albugínea y cubrir el defecto creado con un injerto libre de piel (Kogan, J.Urol.130:952, 1983).

Finalmente esta patología congénita debe ser diagnosticada y corregida en los primeros años de vida y evitar que los pacientes lleguen a la adolescencia y adultez sin tratamiento, con las consecuencias psicológicas que acarrearán.

Dr. Miguel Podestá

SAU