
COMUNICACIÓN ESPECIAL

Pene enterrado

Concealed penis

Drs.: Germán Quevedo P*, Roberto Gámez A*, Heriberto Ramírez G*, Grecia Encina*

Introducción

En el pene oculto, embutido o enterrado es aquel falo de tamaño normal, oculto en la grasa prepucial debido a la falta de fijación de la piel del pene al cuerpo del mismo; la piel del prepucio es redundante y en muchos casos estrecha; lo que dificulta la exposición del glande.

La anormal apariencia de los genitales externos pueden ser fuente de trauma psicológico en estos niños y en algunas situaciones puede generar alteraciones en el chorro miccional, dolor miccional, infecciones prepuciales y hasta disfunción sexual en el adulto.

Cada caso debe ser individualizado, la cirugía puede no estar indicada en todas las situaciones y el tratamiento expectante puede ser una alternativa. 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.

La corrección quirúrgica del pene enterrado es un desafío para el cirujano y se han descrito diversos procedimientos, para corregir esta situación; con resultados variados.

Desde el punto de vista embriológico, el desarrollo de los genitales externos masculinos comienza a partir de la sexta semana, momento en que empieza a aparecer la bolsa escrotal a cualquier lado del plie-

gue de la uretra. En el extremo craneal del pliegue uretral está el tubérculo genital; este se alarga rápidamente y se convierte en falo, tirando el pliegue de la uretra por delante; el pliegue de la uretra se funde sobre la placa uretral para formar la uretra peneana, mientras tanto, las bolsas escrotales, que se encuentran inicialmente en la región inguinal, migran caudalmente, donde se unen a través del tabique escrotal. Si estos planos no pueden separarse, las estructuras del pene se fijan a la faja profunda, mientras que el escroto sigue siendo alto por arriba de la ingle.

Esta patología es producto de una falta de la separación de los planos migratorios en los órganos genitales externos masculinos, durante el desarrollo embrionario.

Describimos una alternativa quirúrgica para corregir el pene enterrado, basado en los principios anatómicos y nuestra experiencia en el hospital.

Técnica quirúrgica

Los pacientes se internan una noche antes de la cirugía programada y se realiza profilaxis antibiótica una hora previa al acto quirúrgico.

Bajo anestesia general, se coloca al paciente en decúbito dorsal y se efectúa asepsia y antisepsia

* Cirujano Urólogo Pediatra. Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica y Unidad de Urología Pediátrica. Hospital Municipal Universitario Japonés. Santa Cruz de la Sierra

** Residente III año de Cirugía Pediátrica. Hospital Municipal Universitario Japonés. Santa Cruz de la Sierra

*** Residente III año de Pediatría. Hospital Municipal Universitario Japonés. Santa Cruz de la Sierra

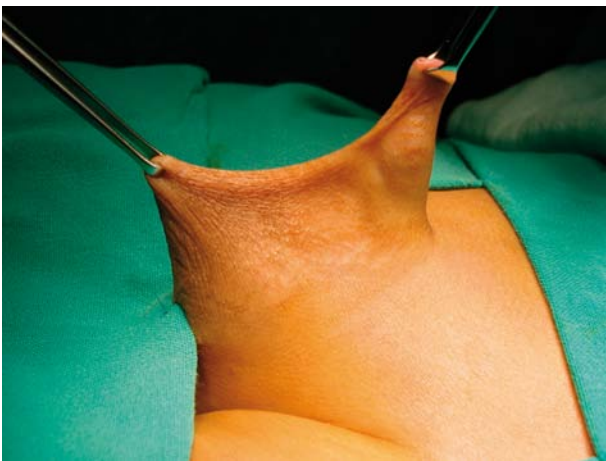
**** Interna de Cirugía Pediátrica. Hospital Municipal Universitario Japonés. Santa Cruz de la Sierra

del área genital (figura # 1). Se expone el glande aplicando presión en la base del pene y con el glande traccionado y la piel retraída, se realiza una incisión circular próxima a 0,5 cm de la corona de la piel interna del prepucio (figuras # 2 y 3); a partir de allí se inicia la disección de la piel peneana hacia la base del pene exponiendo los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso (figura # 4). La piel es entonces retraída completamente exponiendo la base del pene. Se anclan puntos de sutura con hilo Prolene 3.0 y aguja atraumática en horas 11 y 1, se fija la piel peneana a la fascia de Buck y túnica albugínea, cuidando de no incluir en los mismos al pedículo vasculo nervioso del pene (figura # 5). La sutura dérmica marca la piel asegurando una buena tensión y fijación. Llegado

Figura #1. Prequirúrgico, asepsia y antisepsia.



Figura # 2. Exposición del pene.



este punto el collar prepucial y la piel se realinean y suturan como una circuncisión seccionado el prepucio nuevamente (figura # 6). Finalmente se fija una sonda siliconada N°6 French y se deja curación para ser retirado el cuarto día de posoperatorio (figuras 7 y 8). Una vez que presente diuresis espontanea, es dado de alta hospitalaria, siendo controlado en la consulta externa.

Experiencia en el Hospital Municipal Universitario Japonés

En la Unidad de Urología Pediátrica del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Municipal Universitario Japonés de Santa Cruz de la Sierra, se operaron 13 pacientes entre el 2007 y 2010. Las edades eran:

Figura # 3. Liberación total del prepucio.

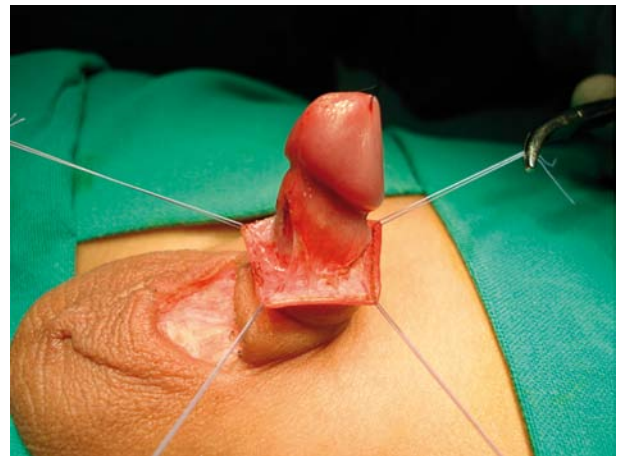


Figura # 4. Exposición del cuerpo del pene.

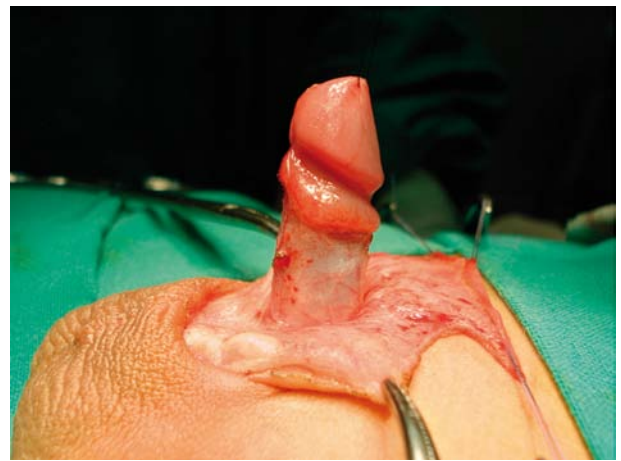


Figura 5. Punto de fijación Prolene 3.0, hrs.

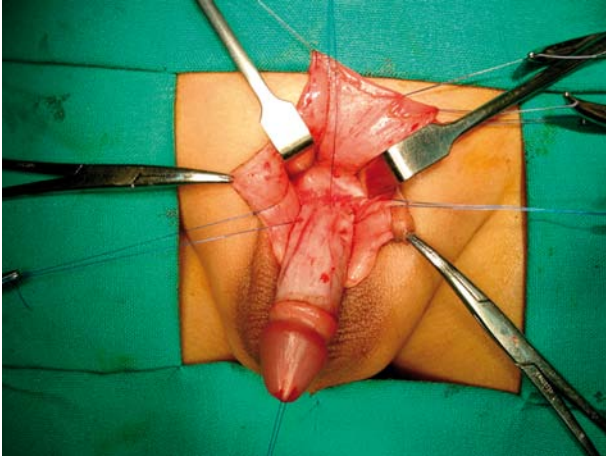


Figura # 6. Postoplastia.

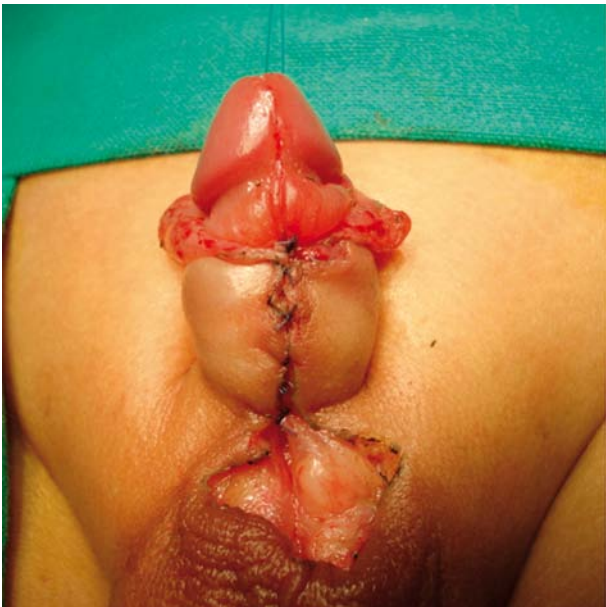


Figura # 7. Fijación de sonda siliconada.



Figura # 8. Curativo



5 menores de 1 año, 6 entre 2 a 4 años, 1 de 8 años y 1 de 13 años. Solo en un niño se realizó orquidopexia bilateral en el mismo tiempo. Los resultados fueron excelentes en los 13 pacientes quienes mostraron un aspecto estético muy satisfactorio con el pene en reposo y en erección y al 4º día fueron dados de alta, con controles por la consulta externa de urología pediátrica.

En suma, la reparación del pene enterrado es un procedimiento eficaz y simple con pocas complicaciones. El resultado es un excelente aspecto cosmético y quedando satisfechos los padres y el paciente.

Referencias

1. Borsellino U, Spagnoli A, Vallasciani S, Ferro F. Abordaje quirúrgico de pene oculto: mejoras técnicas y los resultados. *Urología* 2007;69:1195-8.
2. Brisson P, Patel H, Chan M. Penoplasty for buried penis in children: report of 50 cases. *J Pediatr Surg* 2001;36:421-4.
3. Chappero L, Torsiglieri L, Villalba K. Pene oculto. *Rev Arg Urol* 2010;75:96-8.
4. Mazzi E. Pene oculto. *Rev Soc Bol Ped* 2009;48:175.