

## Cirujano General

Volumen  
Volume 25

Número  
Number 1




Enero-Marzo  
January-March 2003

*Artículo:*




### Ruptura de pene: Informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

# Ruptura del pene: Informe de un paciente

## *Rupture of the penis. Report on one patient*

*Dr. Mauro Soto Granados,\**

*Dr. Javier Valencia Rosenberg,*

*Dra. Blanca E. Maldonado Palacios*

### **Resumen**

**Objetivo:** Comunicar la experiencia de un caso de ruptura del pene y su tratamiento quirúrgico.

**Sede:** Hospital de segundo nivel de atención.

**Diseño:** Descripción del caso

**Descripción del caso:** Se trató de un paciente de 25 años, con ruptura del pene de seis horas de evolución, la cual requirió tratamiento quirúrgico; con recuperación satisfactoria sin complicaciones y sin secuelas estéticas o funcionales.

**Conclusión:** La ruptura del pene es una lesión poco frecuente; no obstante, sus características anatomopatológicas y sus manifestaciones clínicas se hallan bien definidas. En las últimas décadas, el tratamiento más aceptado es la reparación quirúrgica temprana de la lesión. Esta forma de tratamiento produce excelentes resultados funcionales y acorta significativamente la estancia hospitalaria.

### **Abstract**

**Objective:** To report a case of rupture of the penis and its surgical treatment.

**Setting:** Second level health care hospital.

**Design:** Description of the case.

**Description of the case:** A 25 years old patient with rupture of the penis of 6 hours evolution that required surgical treatment. Recovery was satisfactory without complications or esthetical or functional sequelae.

**Conclusion:** Rupture of the penis is a rare lesion; notwithstanding, its anatomopathological and clinical manifestations are well defined. Early surgical repair of the penile lesion has become the most accepted treatment in the last decades, offering excellent functional results and decreasing hospital stay significantly.

**Palabras clave:** Ruptura del pene, tratamiento quirúrgico.

**Cir Gen 2003;25: 44-48**

**Key words:** Rupture of the penis, surgical treatment.

**Cir Gen 2003;25: 44-48**

Servicio de Cirugía del Hospital Militar Regional de Acapulco, Guerrero. México

Recibido para publicación: 30 de abril de 2002.

Aceptado para publicación: 10 de junio de 2002.

\* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.

Correspondencia: Dr. Mauro Soto Granados. Av. Cuauhtémoc 500 – 5, Fracc. Marroquín, 39640, Acapulco, Guerrero

Teléfono y Fax: (01744) 4 86 80 09

## Introducción

La ruptura del pene (término probablemente más apropiado que el de fractura, empleado por algunos autores) fue descrita por primera vez hace 77 años por Malis, su frecuencia es desconocida porque seguramente han existido casos no publicados; sin embargo, se considera que es una lesión urológica poco común, pero que se encuentra entre las tres principales situaciones de emergencia del pene (fractura, mutilación y priapismo).<sup>1-6</sup> Se considera de interés para el cirujano general, puesto que en nuestro país no todos los hospitales de segundo nivel cuentan con servicio de urología, y por lo tanto existe la probabilidad de que sea el cirujano general quien deba enfrentar la resolución de esta patología.

En la mayoría de los casos, la ruptura se produce a consecuencia de un traumatismo sobre el pene en erección, usualmente durante un acto sexual vigoroso. La principal característica anatomopatológica de esta lesión es un desgarro de la túnica albugínea que, por lo general, afecta a sólo uno de los cuerpos cavernosos; ocasionalmente pueden estar involucrados ambos cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso y, en el 10 al 20% de los casos, la lesión se extiende hasta la uretra.<sup>2-7-9</sup>

Las manifestaciones clínicas son dolor, edema, equimosis y desviación lateral del pene al lado opuesto del sitio de ruptura.<sup>10</sup>

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, si se sospecha lesión de la uretra debe efectuarse uretrografía retrógrada. En los casos excepcionales de duda con respecto al sitio y extensión de la ruptura de la albugínea, se recomienda practicar ultrasonografía o cavernosografía y, más recientemente, resonancia magnética.<sup>4,7,11-14</sup>

Hasta principios de la década de los años setenta, la mayoría de los pacientes con esta afección recibían tratamiento conservador; sin embargo, esta conducta se asoció con una frecuencia prohibitiva de complicaciones. Actualmente, el consenso general es efectuar la reparación quirúrgica temprana de la lesión, con lo que se han obtenido uniformemente excelentes resultados.<sup>1-3,7,13,15-23</sup>

En este trabajo se presenta un caso de ruptura del pene atendido en el servicio de Cirugía General del Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro., y se discuten los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados en la actualidad para esta lesión.

## Descripción del paciente

Hombre de 25 años de edad, ingresó al hospital seis horas después de haber sufrido caída de superficie cuando se encontraba en el baño, golpeándose el pene en erección contra el borde del retrete. Como consecuencia del traumatismo presentó dolor, edema y deformidad del pene. En la exploración se palpó una solución de continuidad transversal de 1.3 cm de longitud aproximadamente en la albugínea del cuerpo cavernoso derecho. El segmento del pene distal a la lesión se encontraba edematoso, equimótico y desviado lateralmente hacia la izquierda (**Figuras 1 y 2**). El

paciente no presentaba dificultades con la micción, no había hematuria macroscópica y su examen general de orina fue normal.

Durante 24 horas el paciente fue tratado mediante reposo absoluto en cama, antiinflamatorios, fibrinolíticos y hielo local. No se efectuaron estudios diagnósticos de gabinete. Una vez que disminuyó el edema del pene, se efectuó reparación quirúrgica de la lesión; para el efecto, se utilizó una incisión transversal de 1.5 cm de longitud sobre el sitio de ruptura, se evacuó el hematoma y se suturó la laceración de la albugínea con surgete continuo de poliglaquina 910 de calibre 4/0, la piel se cerró con puntos separados de catgut crómico 4/0, no se utilizó ningún tipo de drenaje (**Figura 3**). El tratamiento postoperatorio incluyó analgésicos y antiinflamatorios comunes, así como el empleo de una cefalosporina. No hubo necesidad de utilizar sedantes ni otros medicamentos para inhibir la erección, ya que cuando ésta se presentaba, ocasionaba mínimas molestias al paciente. La evolución fue satisfactoria y sin complicaciones, el alta hospitalaria se determinó al quinto día postoperatorio.

La última revisión del paciente se efectuó después de haber transcurrido 18 meses de la lesión. El paciente se encuentra asintomático, su erección es normal y manifiesta no tener ninguna dificultad durante sus relaciones sexuales, no existen retracciones cicatriciales ni deformidad residual del pene.

## Discusión

En el 30 a 60% de los pacientes, la ruptura del pene se produce durante una relación sexual, cuando el pene se desliza accidentalmente fuera de la vagina y choca contra el periné o la sínfisis del pubis. En los demás casos, se han implicado diversas formas de traumatismos prácticamente siempre con el pene en erección; excepcionalmente esta lesión ha ocurrido con el pene flácido.<sup>2,4,11,19</sup>

Una vez que se produce el desgarro en la albugínea, se forma un hematoma de dimensiones variables que permanece confinado si no hay un desgarro concomitante de la fascia de Buck; en caso contrario, el hematoma se extiende hacia la región perineal, inguinal e infraumbilical.<sup>7,11</sup>

En la mayor parte de los pacientes, es factible precisar el sitio y magnitud de la lesión a través de una palpación cuidadosa, de tal forma que no es necesario efectuar rutinariamente estudios de gabinete.<sup>2-4,13</sup> Anteriormente, en casos dudosos, se recurría a la cavernosografía.<sup>3,14,17</sup> Actualmente, el procedimiento recomendado en estas situaciones es la ultrasonografía, ya que es un estudio no invasor, sencillo y confiable.<sup>9,11</sup> Más recientemente, el empleo de la resonancia magnética, como herramienta diagnóstica en este tipo de lesiones, ha demostrado ser de utilidad debido al tipo de estructuras laminares del pene que generan un excelente contraste, definiendo en forma exacta el desgarro de la albugínea manifestada como una falta de continuidad de la misma, en especial en aquellos pacientes con mucho dolor y edema.<sup>12,14,21</sup>



Fig. 1. El segmento del pene distal a la lesión se encuentra edematoso y equimótico.



Fig. 2. Desviación lateral del pene al lado opuesto del sitio de ruptura.

La presencia de sangre en el meato uretral es un signo inequívoco de lesión uretral asociada. Cuando existe dificultad para la micción y hematuria macro o microscópica, debe sospecharse lesión uretral. En todas estas circunstancias, es obligado efectuar una uretrografía retrógrada.<sup>2,3,7,20</sup>

El tratamiento conservador para esta entidad consiste en reposo en cama, colocación de sonda de Foley, aplicación de apósitos compresivos, hielo local, antiinflamatorios, fibrinolíticos y medicamentos para inhibir la erección (diazepam, nitrato de amilo, dietiltilbestrol).<sup>8,10,15</sup>

Las complicaciones más frecuentes derivadas de esta lesión son la deformidad residual del pene, el desarrollo de abscesos y pseudodivertículos, así como la presencia de erecciones dolorosas. Históricamente, estas complicaciones se han presentado con mayor frecuencia (53%) en los pacientes que recibieron tratamiento conservador; que en los que fueron intervenidos quirúrgicamente (10%); por otra parte, el promedio de estancia hospitalaria ha sido significativamente más prolongado para los pacientes no operados.<sup>10,15,16,24,25</sup> En virtud de los anterior, la tendencia actual es efectuar

una reparación quirúrgica temprana de la lesión, definiéndose ésta como la realizada dentro de las 48 horas posteriores al traumatismo.<sup>1-4, 7,11,14,18,20,26</sup>

El tratamiento quirúrgico comprende: 1) evacuación inmediata del hematoma, 2) sutura del desgarro de la albugínea y 3) reparación plástica de la uretra cuando está lesionada.<sup>1,2,4,7,8,17,21,22,26</sup> Se recomienda una incisión subcoronal con retracción de las capas del pene hasta su base, para los casos con lesión distal, lesión asociada de uretra y sospecha de bilateralidad; este abordaje permite exponer ampliamente la lesión y evaluar correctamente el cuerpo esponjoso y el cuerpo cavernoso contralateral (es prudente emplear Penrose). La incisión local es adecuada para lesiones proximales y sin sospecha de lesión uretral, ya que en estas circunstancias no es necesaria una disección extensa.<sup>1</sup> El caso motivo de este informe correspondió a esta última situación. El material de sutura apropiado para la albugínea es la poligactina 910 calibre 4-0 en surgete continuo, y para la piel el catgut crómico 4-0 en puntos separados.

La colocación de sonda de Foley es innecesaria y potencialmente riesgosa, ya que puede transformar una

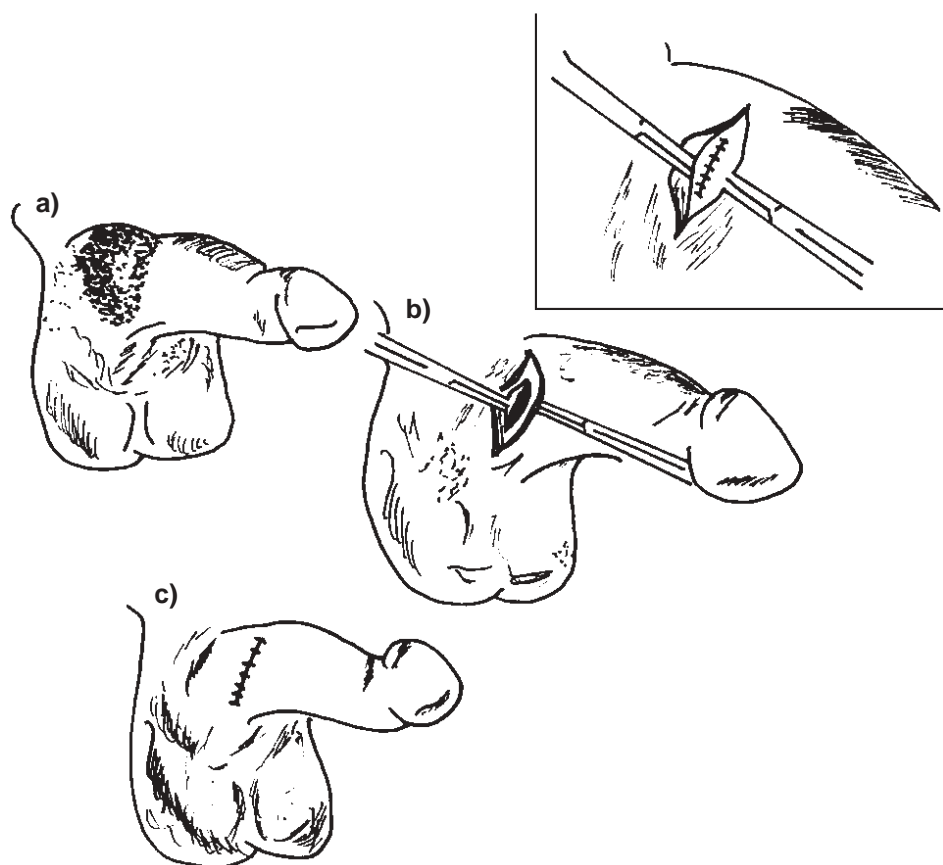


Fig. 3. a) Localización del hematoma, b) lesión de la albugínea (en el recuadro reparación de la misma) y c) aspecto final al concluir la cirugía.

lesión uretral simple en una lesión uretral compleja, además de ser una posible fuente de contaminación para el foco de ruptura.<sup>10,11</sup> En los pacientes con lesión uretral asociada, el tratamiento quirúrgico incluye uretroplastía apoyada o ferulizada con una sonda de Foley; algunos autores recomiendan además la desfuncionalización por medio de cistostomía suprapúbica.<sup>2,7,10</sup>

En general no se recomienda el empleo de antibióticos en forma rutinaria, deben emplearse en los pacientes con lesión uretral asociada y en aquellos que presentan grandes hematomas o acuden a recibir atención médica en forma tardía.<sup>2,11</sup>

Se ha confirmado que la presencia de erecciones en el postoperatorio no afecta adversamente la evolución de la cirugía, por lo que no es indispensable administrar medicamentos para inhibirla. En caso de que éstas fueran dolorosas, es suficiente la aplicación de sedantes y/o analgésicos comunes.<sup>4,11</sup>

Los pacientes tratados quirúrgicamente pueden ser dados de alta entre el segundo y cuarto día postoperatorio. Si se efectuó uretroplastía, la sonda de Foley debe permanecer dos semanas. En todos se recomienda la abstención de relaciones sexuales durante seis semanas.<sup>2,4,7,10</sup>

En este artículo hemos presentado un caso de ruptura proximal del pene, cuyo mecanismo de producción fue un traumatismo indirecto sobre el pene en erección por caída de superficie. Las manifestaciones

clínicas fueron las clásicamente descritas para esta lesión, el diagnóstico se realizó sobre bases clínicas y no fue necesario efectuar estudios de gabinete para corroborarlo. Inicialmente se aplicaron medidas para controlar la inflamación y enseguida se efectuó la reparación quirúrgica temprana de la albugínea. El resultado inmediato fue excelente y en el seguimiento que comprende 18 meses no se ha presentado ninguna secuela del traumatismo.

### Conclusión

La ruptura del pene es una entidad poco frecuente, su principal característica anatomopatológica es un desgarramiento de la albugínea. El diagnóstico es eminentemente clínico y la reparación quirúrgica temprana de la lesión es la mejor forma de tratamiento, ya que produce excelentes resultados funcionales y reduce significativamente el tiempo de estancia hospitalaria.

### Referencias

1. Jaspersen GJ, García IC, Martínez PL, Soria FG. Tratamiento de la ruptura del pene en el Hospital General de México. *Rev Mex Urol* 1997; 57: 166-72.
2. Tsang T, Dendy AM. Penile fracture with urethral injury. *J Urol* 1992; 147: 466-8.

3. Agrawal SK, Morgan BE, Shafique M, Shazely M. Experience with penile fractures in Saudi Arabia. *Br J Urol* 1991; 67: 644-6.
4. Ruckle HC, Hadley HR, Lui PD. Fracture of penis: diagnosis and management. *Urology* 1992; 40: 33-5.
5. Sylla C, Ba M, Ndoye A, Fall PA, Thiam O, Bobo Diallo A, et al. Penile emergencies. *Ann Urol* 2000; 34: 203-7.
6. Aguilar PS, Saucedo MJ, Velásquez MR, Mendoza PF. ¿Cuáles son las urgencias urológicas más frecuentes? Informe de 1,000 en el HRLALM, ISSSTE. *Rev Mex Urol* 1999; 59: 247-53.
7. Anselmo G, Fandella A, Faggiano L, Merlo F, Maccatrozzo L. Fractures of the penis: therapeutic approach and long-term results. *Br J Urol* 1991; 67: 509-11.
8. Gross M, Arnold TL, Waterhouse K. Fracture of the penis: rationale of surgical management. *J Urol* 1971; 106: 708-10.
9. Forman HP, Rosenberg HK, Snyder HM 3<sup>rd</sup>. Fractured penis: sonographic aid to diagnosis. *AJR Am J Roentgend* 1989; 153: 1009-10.
10. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, McAninch JW. Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. *J Urol* 1983; 130: 917-9.
11. el-Sherif AE, Dauleh M, Allowneh N, Vijayan P. Management of fracture of the penis in Qatar. *Br J Urol* 1991; 68: 622-5.
12. Choi MH, Kim B, Ryu JA, Lee SW, Lee KS. MR imaging of acute penile fracture. *Radiographics* 2000; 20: 1397-1405.
13. Tejido SA, Martín MMP, Villacampa AF, de la Morena GJM, Suárez ChA, Leiva GO. Tratamiento quirúrgico de la fractura de pene. Nuestra experiencia. *Actas Urol Esp* 1999; 23: 784-8.
14. Martínez PE, Arnaiz EF, Pérez Arbej JA, Noguera GMA, Crespo MV, Espuela OR. Fractura de pene: dos nuevos casos. Revisión de la literatura. Utilidad de la ecografía. *Arch Esp Urol* 1997; 50: 1099-102.
15. Meares EM Jr. Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *J Urol* 1971; 105: 407-8.
16. Tan LB, Chiang CP, Huang CH, Chou YH, Wang CJ. Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *Br J Urol* 1991; 68: 626-8.
17. Klein FA, Smith MJ, Miller N. Penile fracture: diagnosis and management. *J Trauma* 1985; 25: 1090-2.
18. Mydlo JH, Gershbein AB, Macchia RJ. Nonoperative treatment of patients with presumed penile fracture. *J Urol* 2001; 165: 424-5.
19. Fergany AF, Angermeier KW, Montague DK. Review of Cleveland Clinic experience with penile fracture. *Urology* 1999; 54: 352-5.
20. Mydlo JH. Surgeon experience with penile fracture. *J Urol* 2001; 166: 526-8; discussion 528-9.
21. El-Bahnasawy MS, Gomha MA. Penile fractures: the successful outcome of immediate surgical intervention. *Int J Import Res* 2000; 12: 273-7.
22. Rodríguez EM, Ricardez EAA, Toledo FR, Pérez MR, Torres SJJ, Reyes CF, et al. Fracturas del pene. Experiencia en el Hospital Central Militar. *Rev Mex Urol* 1998; 58: 73-9.
23. Castro GA, Figueroa GR. Fractura de pene: tratamiento quirúrgico inmediato. *Bol Col Mex Urol* 1988; 5: 98-100.
24. Kalash SS, Young JD Jr. Fracture of penis: controversy of surgical versus conservative treatment. *Urology* 1984; 24: 21-4.
25. Hinev A. Fracture of the penis: treatment and complications. *Acta Med Okayama* 2000; 54: 211-6.
26. Asgari MA, Hosseini SY, Safarinejad MR, Samadzadeh B, Bardideh AR. Penile fracture: evaluation, therapeutic approaches and long term results. *J Urol* 1996; 155: 148-9.