

# Pene oculto: manejo quirúrgico

Espinosa-Ch Giordano,<sup>1</sup> Castro-D Juan Carlos,<sup>2</sup> Abril Rodríguez-B<sup>3</sup>

## ■ RESUMEN

El pene oculto, inospicuo, enterrado, escondido, empalmado, atrapado, son sinónimos de una misma patología descrita o manifiesta clínicamente por un eje del pene poco visible, escondido o atrapado por las capas de prepucio, escroto y pared abdominal.

**Objetivo:** Informar la experiencia en 10 casos tratados quirúrgicamente en nuestro servicio de urología pediátrica HGZ 33, que incluyen siete pediátricos y tres adultos. Utilizando la técnica de Maizels modificada por nosotros.

**Métodos:** En este reporte de 10 pacientes con pene escondido, tratados quirúrgicamente con técnica descrita por Maizels modificada, de siete pacientes niños y tres adultos. Se describe la técnica empleada con modificación por los autores con resultados funcionales y estéticos.

**Palabras clave:** Pene oculto, escondido, enterrado, inospicuo, atrapado, México.

## ■ ABSTRACT

*Concealed penis, inconspicuous penis, buried penis, hidden penis, webbed penis, or trapped penis are synonyms of the same pathology described or clinically manifested by a penile shaft that is hardly visible, hidden or trapped by layers of prepuce, scrotum, and abdominal wall.*

**Objective:** To report on ten cases of concealed penis that were surgically treated at the Pediatric Urology Department of the Hospital General de Zona N° 33, utilizing the Maizels technique modified by the authors.

**Methods:** Ten patients (seven children and three adults) with concealed penis were surgically treated with modified version of Maizels technique. The modified technique is described along with its functional and aesthetic results.

**Keywords:** Concealed penis, hidden, buried, inconspicuous, trapped, Mexico.

1 Cirujano Urólogo Pediatra

2 Cirujano Urólogo en adiestramiento

3 Médico Pasante

Departamento de Cirugía Pediátrica. Servicio de Urología Pediátrica  
Hospital General de Zona N° 33, IMSS. Monterrey, Nuevo León.

Correspondencia: Dr. Giordano B. Espinosa Chávez. Calle Hidalgo 2532 Poniente, Despacho 409, Col. Obispado, 64060, Monterrey, Nuevo León, México. Teléfono: 81 83 33 44 29. Correo electrónico: juancarloscd@hotmail.com

## ■ INTRODUCCIÓN

El fenómeno llamado pene oculto tiene diversos orígenes y descripciones.<sup>1</sup> Esta patología abarca tres variedades clínicas distintas: el pene membranoso, el pene oculto (enterrado o escondido) y el pene atrapado.<sup>2,3</sup>

En el pene membranoso, la uretra, el pene y el escroto son normales; hay una anormalidad en la unión de la piel escrotal al pene. Esta condición también puede ser causada de manera iatrogénica posterior a una circuncisión o a una cirugía de pene en la cual hay una excesiva resección de la piel ventral del pene.<sup>2</sup>

En el pene oculto hay un eje del pene de longitud normal que es cubierto y oculto por excesiva grasa a nivel suprapúbico; puede ser congénito o iatrogénico y existe un defecto en la elasticidad del *dartos*, (lo que impide que el pene se desplace con facilidad por los planos profundos de éste).

El pene atrapado es una anormalidad adquirida, la mayoría de las veces posterior a una circuncisión, atrapado por la cicatrización de la cirugía por algún hidrocele o hernia posterior a cirugía.<sup>2-4</sup>

## ■ MÉTODOS

Un total de 10 pacientes fueron sometidos a procedimiento quirúrgico de Maizels modificado por los autores, de los cuales siete fueron niños y tres adultos, con edades desde dos meses hasta 27 años, en un periodo comprendido entre 2006 y 2010.

Los siete niños mostraban atrapamiento de orina y se caracterizaban clínicamente por abultamiento de orina en la región genital, con pérdida del ángulo penoescrotal y un pene poco visible (**Imagen 1**).

**Técnica:** Bajo anestesia general (niños) y regional (adultos) previa asepsia y antisepsia en decúbito dorsal se procedió a:

1. Retracción de prepucio exponiendo el glande para colocar punto de fijación con seda 3-0 en éste, para facilitar la manipulación quirúrgica (**Imágenes 2 y 3**).
2. Se realizó incisión subcoronal a 3 mm del surco balano-prepuclial y se deglovó el pene hasta su base, se liberan las adherencias, incluyendo ligamento suspensorio (**Imágenes 4 y 5**).
3. Se colocaron puntos de fijación que van desde el *dartos* o aponeurosis de la pared abdominal, hasta la albugínea de la cara dorsal del pene, y posteriormente puntos ventrales y laterales a la uretra, con monocryl 5-0, del *dartos* a la túnica albugínea del pene (**Imagen 6**).
4. En los adultos, se realizó además resección de la grasa del área pélvica e inguinal.
5. Se cubrió el eje del pene con colgajo tipo Byar's y se suturó a la piel en la línea media y sub coronal con puntos simples con polidioxanona 6-0.



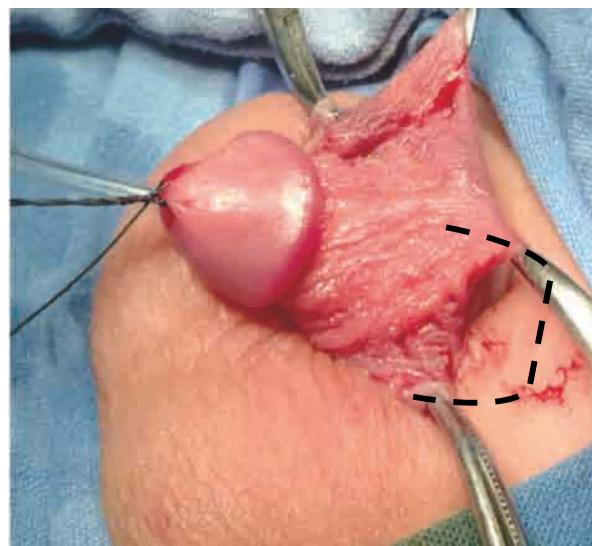
**Imagen 1.** Pene oculto, eje del pene cubierto por prepucio, escroto y capas de la pared abdominal.



**Imagen 2.** Exposición del glande.



**Imagen 3.** Colocación de sutura en la punta del glande, para manipulación quirúrgica.



**Imagen 4.** Trazo de la incisión a 3 mm del surco balanoprepucial.



**Imagen 5.** Deglovamiento del prepucio para exponer eje peneano.



**Imagen 6.** Colocación de punto de sutura para fijar darts a albugínea del eje del pene.

6. Se colocó vendaje compresivo con gasas o película auto adherible (tegaderm).

## ■ RESULTADOS

De los 10 pacientes operados con la técnica descrita, el eje del pene mostró un alargamiento y rectificación comparado con el tamaño y curvatura del preoperatorio,

(**Imágenes 7 y 8**), además la columna miccional fue adecuada y emitida por la punta del pene sin atrapamiento de orina.

En todos los pacientes se obtuvieron unas erecciones rectas con ángulo pene escrotal normal, y se dio seguimiento por la consulta externa hasta la actualidad, no hemos tenido reporte de complicaciones utilizando esta técnica.



**Imagen 7.** Estado postoperatorio inmediato, cara lateral del pene.



**Imagen 8.** Postoperatorio inmediato, vista ventral.

## ■ DISCUSIÓN

El pene oculto es una patología poco común, aún en centros de concentración se llegan a reportar de dos a ocho casos por año. Incluso el diagnóstico pasa desapercibido en algunos hospitales. Llegando a realizar procedimientos no indicados como la circuncisión y provocando complicaciones complejas y difíciles de reparar.

El actual artículo reporta nuestra experiencia en 10 pacientes operados en nuestra institución utilizando la técnica ya descrita, dándoles un seguimiento continuo a través de la consulta externa.

Las indicaciones para cirugía van desde el aspecto funcional, estético, dificultad para la micción, llegando incluso a eventos de retención urinaria, dificultad para

realizar higiene e infección de vías urinarias recurrentes.

Hay una diversidad de técnicas que pueden ser empleadas para la corrección de esta patología sin embargo todas tienen el mismo principio que es el de unir el eje del pene a las capas de la piel escrotal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alter GJ, Ehrlich RM. A New Technique for Correction of The Hidden penis in children and adults. *J Urol* 1999;161:455-9.
2. Wein J, Kavousi R, et.al. Campbell-Walsh Urology, Abnormalities of the Genitalia in Boys and their Surgical Management. Ch 126. 9th Edition, Ed. Panamericana 2007;pp:3745-3760.
3. Maizels M, Zaontz M, Donovan J. Surgical correction of the buried penis: Description of a classification system and a technique to correct the disorder. *J Urol* 1986;136(1Pt2):268-71.
4. Crawford BS. Buried penis. *Brit J Plast Surg* 1977;30:96-9.