

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXVI

JULIO - OCTUBRE 1957

Números 7-9

Sociedad Argentina de Urología

Presidente:.... Dr. Constante Comotto

Vicepresidente: Dr. José S. Dotta

Secretario:.... Dr. Raúl J. Borzone

4ª. Sesión científica ordinaria - 25 de julio de 1957.

PLASTICA REPARADORA DEL PENE

Por los Dres. H. D. HOLDHEIM y F. E. ARESPACOHAGA

A la Sección de Cirugía Plástica y Reparadora que uno de nosotros atiende en el Servicio de Urología del Hospital Fiorito que dirige el Prof. Bernardi concurre un enfermo al que una desafortunada operación de fimosis había producido con el correr de los años una deformidad peneana que dificultaba grandemente la erección, estéticamente era deplorable y reducía la micción pues había una estrechez concomitante del meato uretral. La fotografía ilustrará mejor que nuestras palabras sobre los elementos objetivos de la deformidad.

Informaremos a título de comunicación sobre el tratamiento quirúrgico realizado y mostraremos el resultado obtenido creyendo con eso aportar una solución a casos similares que pudieran presentarse.

Como puede apreciarse en la fotografía, la piel del prepucio estaba totalmente adherida al glande recubriéndolo casi totalmente, encerrándolo sin espacio real ni virtual entre ambas formaciones anatómicas, por supuesto sin surco balano-prepucial ni con la mecánica de poder, al correr el prepucio, descubrir el glande, e impidiendo asimismo la elongación en sentido axial necesaria a la erección.

Previo anestesia local se disecó toda la piel prepucial adherida al glande, hasta la altura de lo que debía ser surco balano-prepucial normal, se liberó

todo alrededor hasta constituir el espacio virtual que habitualmente existe y luego tomando con dermatomo de Padgett un injerto libre dermo-epidérmico de tres décimas de milímetro de espesor de la región del antebrazo izquierdo, se colocó doblado con la cara cruenta hacia afuera en forma de ángulo diedro o sea de manera que de un lado recubriera al glande desprovisto de mucosa y del otro lado forrara la cara profunda del prepucio. Se recubrió así con facilidad ambas superficies recortando lo sobrante y se colocaron varios puntos profundos que marcarían el futuro surco balano-prepucial; se saturó el injerto al nuevo prepucio en el que podemos llamar su borde libre y prolijamente en la zona del glande a todo el perímetro del mismo. Se colocaron algunos puntos de anclaje para evitar levantamientos del injerto en "tienda de campaña" corriendo hacia atrás el prepucio como en un pene normal colocando un apósito en sándwich a la manera de Dellepiane Rawson, o sea entre las dos capas de una esponja de goma labrada al efecto, lo que tuvo la virtud de inmovilizar perfectamente. El requisito de la inmovilización es, como Uds. saben, imprescindible en la mecánica del prendimiento del injerto al par que evita por la compresión los hematomas subyacentes, así como el acumulo de líquido que podría poner en peligro la vida tan de por sí frágil del injerto.

A los ocho días se retiró el apósito con el resultado que Uds. pueden ver. La parte de estrechez meática fué resuelta con meatotomías sucesivas según la técnica habitual.