

RECONSTRUCCION DEL MUÑON PENIANO

Técnica original

Dr. Mazza, Osvaldo Néstor

Resumen

Se presenta una plástica para la reconstrucción del glande en los muñones penianos producidos por amputación parcial oncológica. Se practico con éxito en 7 pacientes que fueron seguidos por espacio de 1 a 4 años. La técnica utiliza un colgajo pediculado de escroto, que en dos tiempos quirúrgicos permite presentar un muñón peniano de aspecto normal y un neomeato con escasa tendencia a la estenosis. Se describe una complicación (necrosis parcial del colgajo) resuelta favorablemente.

Introducción

La solución quirúrgica que habitualmente ofrece la sutura anterior de la piel del pene en las penectomías parciales, no brinda una terminación estética adecuada para una cirugía mutilante como la realizada.

Con el tiempo los muñones penianos suelen retraerse, sepultando los cuerpos cavernosos en la grasa prepúbica, dando lugar a un capuchón de piel redundante y en ocasiones un meato estenótico. La implementación de una correcta terminación debe ser tenida en cuenta tanto como el empleo de una técnica adecuada y oncológica.

Material y métodos

Entre 1981 y 1984 fueron intervenidos quirúrgicamente 7 pacientes a los que se les efectuó una solución estética para el muñón peniano, utilizando un colgajo pediculado de escroto en una operación de dos tiempos. Seis pacientes fueron sometidos a penectomías parciales, realizando en el mismo acto quirúrgico el primer tiempo de la plástica. Al restante se le había efectuado una penectomía parcial 2 años antes, quedando en el muñón una cicatriz retráctil con estenosis del neomeato uretral, todas las penectomías parciales fueron indicadas por carcinomas epidermoides de pene.

Primer tiempo quirúrgico

a) Preparación del muñón

Se efectúa la penectomía parcial de acuerdo con las técnicas convencionales, con puntos hemostáticos de albugínea.

La piel del pene, a diferencia de las técnicas clásicas que indican la sutura por delante del muñón, se une directamente a la albugínea de los cuerpos cavernosos mediante puntos simples, separados de material poliglicólico 3/0, de tal forma que deje libre el extremo anterior de los mismos formando un pliegue invaginante que se asemeja al prepucial (figura 1 b y c).

El cuadrante inferior se sutura a la uretra espatulada en su cara inferior con puntos simples de igual material (figura 1 a).

b) Preparación del colgajo escrotal

Sobre la cara anterior del saco escrotal se talla un colgajo traapezoidal de base mayor inferior (figura 1 d y e). El extremo superior cubrirá el muñón descubierto de albugínea (redondeando los bordes para permitir una unión solidaria). Se efectúa un ojal vertical que habrá de coincidir con la uretra seccionada y que suturado con 3 puntos simples a su borde superior conformará parte del meato definitivo (figura 1 f). Se completa tubulizando el colgajo en su mitad proximal.

c) Formación de neomeato

De acuerdo con lo expuesto, la uretra seccionada queda unida por debajo a la piel del pene (labio inferior del neomeato) y por arriba al ojal del colgajo (labio superior) figura 2, a y b. La uretra se deja cateterizada de 5 a 7 días, cubriéndose la herida con una cura plana durante 48 horas.

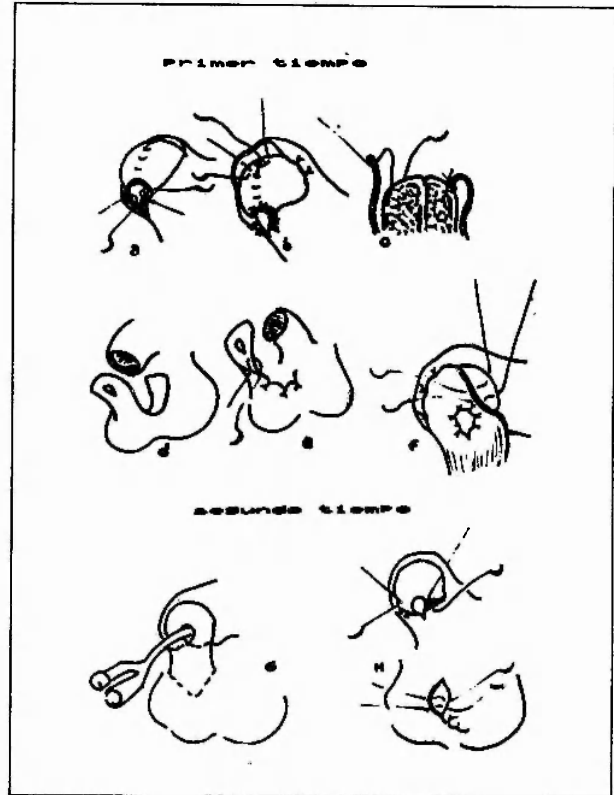


Figura 1. Desarrollo de la técnica quirúrgica. Primer tiempo quirúrgico, sutura de la piel a la albugínea y uretra (a, b, c), sutura del colgajo al muñón (d, e, f), segundo tiempo quirúrgico (g, h).

Segundo tiempo quirúrgico

Se realiza entre 4 y 6 semanas de concluido el primer tiempo, bajo anestesia local, infiltrando la base del colgajo y su inserción peniana.

Se libera el puente de escroto a ambos lados del neomeato (figura 1 g), y seccionándolo se completa con la sutura del mismo (figura 1 h). De esta manera queda interrumpido el flujo sanguíneo desde la base del colgajo, recibiendo la totalidad por los vasos neoformados que se desarrollaron desde el lecho de albugínea, los bordes de la piel del pene y el extremo de la uretra seccionada. Se puede pinzar el colgajo previamente a su sección para comprobar la competencia de la neocirculación, aunque generalmente con las 4 a 6 semanas que median entre ambos tiempos quirúrgicos ésta se establece sin dificultad.

Finalmente se reseca la base tubular del colgajo sobrante y se cierra el defecto escrotal (figura 3). Se puede dejar la herida descubierta sin requerir cateterismo uretral. Este tiempo quirúrgico se puede efectuar en el momento de la linfadenectomía, cuando ésta estuviere indicada.



Figura 2. Sutura de la uretra a la piel del pene (a) y al ojal del colgajo (b).



Figura 3. Colgajo implantado (a): aspecto del pene finalizada la cirugía (b).

Complicaciones

Se registró una sola complicación, una necrosis en el extremo de un colgajo implantado, quedando unido en la zona lateral del muñón por tejido sano. Se removió el tejido necrótico hasta obtener un lecho de granulación. A las 5 semanas de la penectomía se efectuó el segundo tiempo, cubriendo el defecto con el deslizamiento de la parte sana de los 2 hemicolgajos seccionados. El defecto restante se cubrió con un injerto libre de piel extraída del pliegue inguinal, obtenida al tiempo que se efectuaba la linfadenectomía iliaca. Pasados 2 años de la operación mantiene su aspecto de neoglans.

Casos especiales

Un paciente con una cicatriz retráctil y estenosis del neomeato por urta penectomía parcial previa. Mediante una resección en losange de la epidermis defectuosa que incluía el meato, se puso a plano la albuginea y la uretra seccionada, quedando en condiciones similares a una penectomía recién efectuada, para continuar luego con la técnica descrita (figura 4).

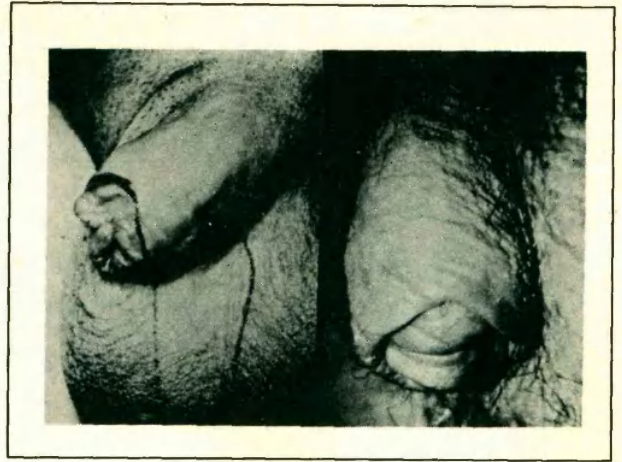


Figura 4. Pene con cicatriz retráctil posamputación de glande (a), fotografía luego de la corrección (b).

Un segundo paciente tenía un carcinoma estadio T2; el tumor asentaba en el glans y se extendía a la piel del cuerpo peniano invadiéndola superficialmente. La extirpación incluyó el glans con 2 cm de pene y casi la totalidad de la piel que lo cubría, quedando el resto del órgano denudado. Se sepultó el pene bajo un túnel de piel escrotal, dejando libre su muñón, que fue cubierto con el colgajo escrotal de acuerdo con la técnica desarrollada. En el segundo tiempo se completó el neoglans liberando el tallo peniano con su nueva piel de origen escrotal. A los 2 años y medio de la operación se encuentra libre de enfermedad y con buen resultado estético.

Comentarios

Los intentos de efectuar algún procedimiento reconstructivo en las amputaciones quirúrgicas del pene deben ser tenidas en cuenta desde el momento mismo de la cirugía ablativa. La técnica descrita ofrece una aceptable solución estética en las penectomías parciales, logrando una apariencia de indemnidad peniana por la presencia de un neoglans y un correcto neomeato uretral. Los resultados son tanto más satisfactorios cuanto mayor sea la longitud del pene remanente y menor la adiposidad pubiana. No se observaron entosis del neomeato en ninguno de los 7 casos efectuados y seguidos de 2 a 4 años, posiblemente debido a que el extremo libre de la uretra no queda rodeado por un solo tejido, sino por dos, con diferentes líneas de tracción y vascularización (piel de pene y escroto). Al efectuarse en 2 tiempos, el segundo permite corregir eventuales vicios de cicatrización del primero.

La necrosis distal del colgajo fue la única complicación observada (1/7: 14,2%), resuelta favorablemente sin aumentar los tiempos quirúrgicos preestablecidos.

La técnica puede practicarse en pacientes con penectomía parcial oncológica con mayor o menor grado de extensión tumoral no infiltrante, ampliándose con otros colgajos como en uno de los casos descritos o bien practicarse en reconstrucciones penianas postraumáticas.

Con una técnica relativamente simple, el paciente recupera la recomposición de su esquema corporal, alterado por la amputación parcial, con la presencia de un pene remanente que aunque de menor longitud conserva un aspecto normal. La mayoría de los casos expuestos fueron efectuados por médicos residentes de la Cátedra de Urología con la asistencia del autor; algunos de ellos ya egresados de la misma la han repetido con éxito.

Agradecimiento

Al Profesor Titular de la Cátedra de Urología de la Universidad de Buenos Aires Dr. Carlos A. Sáenz, en cuyo servicio se efectuaron las intervenciones, por su apoyo y oportunos consejos.

VOCACION

El desarrollo de un nuevo medicamento exige la tarea mancomunada de: químicos, físicos, biólogos, médicos, farmacólogos, farmacéuticos, bioquímicos, inmunólogos, expertos en genética, ingenieros, técnicos en laboratorio...

Y además, una sólida y experimentada organización estructurada en:

- Una férrea disciplina.
- Una voluntad creativa que no repara en costos.
- Una confianza permanente que continúa ante 10.000 fracasos previos antes de lograr un nuevo y original medicamento.

Productos Roche en la esencia de su organización tiene vocación de futuro, optimismo, responsabilidad y conciencia en tensión hacia el porvenir

Y cuando está en juego la vida, tan sólo es bueno, lo mejor.



UNA CONCIENCIA

Productos Roche S.A.Q. e I. es una empresa autónoma vinculada tecnológicamente a F. Hoffmann - La Roche & Cía., Basilea, Suiza.

Roche Buenos Aires, consciente de su responsabilidad, conserva inmutables las rígidas normas de calidad y seguridad en la fabricación de medicamentos que son patrimonio de todas las sociedades Roche del mundo.

Y cuando está en juego la vida, tan sólo es bueno, lo mejor.



CIENCIA Y
CONCIENCIA
DE INVESTIGACION

Bibliografía

Bergman, R.; Howard, A. H., y Barnes, R. W.: "Reconstruction of penis". *J. Urol.*, 59:1174, 1948.

Culp, D. A.: "Heridas genitales: etiología y tratamiento inicial". Simposio sobre Traumatismos Genitourinarios. *Clinicas Urológicas de Norteamérica*, vol. 4, nº 1, págs. 135-143. Editorial Panamericana. Buenos Aires, 1977.

Ekstrom, T., y Spratt, J. S., Jr.: "Cancer of the penis". *Acta Chir. Scan.*, 115:25-45 1958.

Horton, Ch. E., Mc Craw, J. B., Devine, Ch. J. (h.), y Devine, P. C.: "Reconstrucción secundaria del área genital". Simposio sobre traumatismos genitourinarios *Clinicas Urológicas de Norteamérica*, vol. 4, nº 1, págs. 135-143. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1977.

Porsky, L., y de Kernion, J.: "Carcinoma of the penis". *CA - A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 26, nº 3.8, 1976.