
PENE CORVO CONGENITO. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON TECNICA DE NESBIT MODIFICADA (Informe sobre 11 casos)

Dres. Vázquez, J.; Alvarez, G.; Rosenfeld, C.; Kusnetzoff, J.C.; Rizzi, A.; Toro, J.

RESUMEN: Se presentan 11 pacientes con diagnóstico de pene corvo congénito, en quienes se realizó tratamiento quirúrgico con técnica de Nesbit modificada, logrando buenos resultados terapéuticos. Efectuamos una revisión de las características clínicas de esta patología, cuya frecuencia parece ser mayor de lo sospechado. Se analizan la metodología diagnóstica y modificaciones introducidas a la técnica original de Nesbit, que creemos, simplifica y facilita el acto operatorio.

(Revista Argentina de Urología Vol.59, Nº 2, Pág. 91, 1994)

Palabras Clave: Pene corvo congénito; Técnica de Nesbit modificada.

INTRODUCCION

El pene corvo congénito es una afección caracterizada por "la desviación del eje peneano, cuando se encuentra en situación erecta". Generalmente describe curvaturas ventrales y con menor frecuencia laterales o dorsales.

Es una patología congénita detectada en pacientes jóvenes, que consultan en el inicio de su vida sexual activa, motivados por la dificultad coital mecánica o inhibiciones psíquicas de índole estética.

El examen físico de estos pacientes (con pene flácido) no evidencia alteraciones anatómicas genitales ni del aparato urinario.

La primera referencia fue realizada por Reed M. Nesbit en el año 1965, quien la describió como "una patología inusual", debido a la falta de antecedentes en la literatura médica; y también publicó la técnica quirúrgica para su corrección (1).

Desde entonces, muchos trabajos han sido comunicados en la bibliografía internacional (2-9), lo que parece indicar que esta patología es más frecuente de lo que se

sospechaba. En nuestro país, Lazzarini y colaboradores (10) presentaron una casuística personal de 6 pacientes operados.

No existe un criterio uniforme que interprete su etiología; para algunos autores es una anomalía en el desarrollo embriológico de la uretra y el cuerpo esponjoso (11-12). Otros refieren que la curvatura ventral del pene es una característica fisiológica del embrión, y su persistencia después del nacimiento representa una detención en esta etapa del desarrollo (13).

La mayoría de las publicaciones coinciden en las manifestaciones clínicas y los buenos resultados terapéuticos logrados, con la técnica de Nesbit original o con algunas modificaciones introducidas por distintos autores.

MATERIAL Y METODOS

En los últimos 5 años fueron estudiados 11 pacientes, que consultaron por incurvación del pene durante las erecciones.

En todos los casos se trató de varones solteros cuyas edades oscilaron entre 17 y 25 años, con un promedio de 20,8 años. La metodología de estudio consistió en: a) confección de la historia clínica, b) objetivación de la curvatura peneana y c) evaluación sexológica.

Para poner de manifiesto esta anomalía se emplearon dis-

*Facultad de Medicina -U B A.
Hospital de Clínicas "José de San Martín".
División Urología -Sección Andrología-Sexología.
Av. Córdoba 2351 (1120) Buenos Aires. Argentina*

tintas técnicas, adoptando la más conveniente para cada caso en particular:

1) Registro fotográfico del pene en erección:

- a) Autofotografía con técnica de Kelami (14). (Fig. 1 y Foto 1, a y b)
- b) Fotografía tomada por un acompañante (generalmente quienes tienen pareja).

c) Autofotografía tomada frente a un espejo (técnica original utilizada por uno de nuestros pacientes). (Foto 2, a y b)

2) Objetivación realizada por el médico:

- a) Con autoestimulación realizada por el paciente.
- b) Erección inducida con dispositivos de vacío.
- c) Erección inducida con drogas vaso-activas. (Foto 3, a y b)

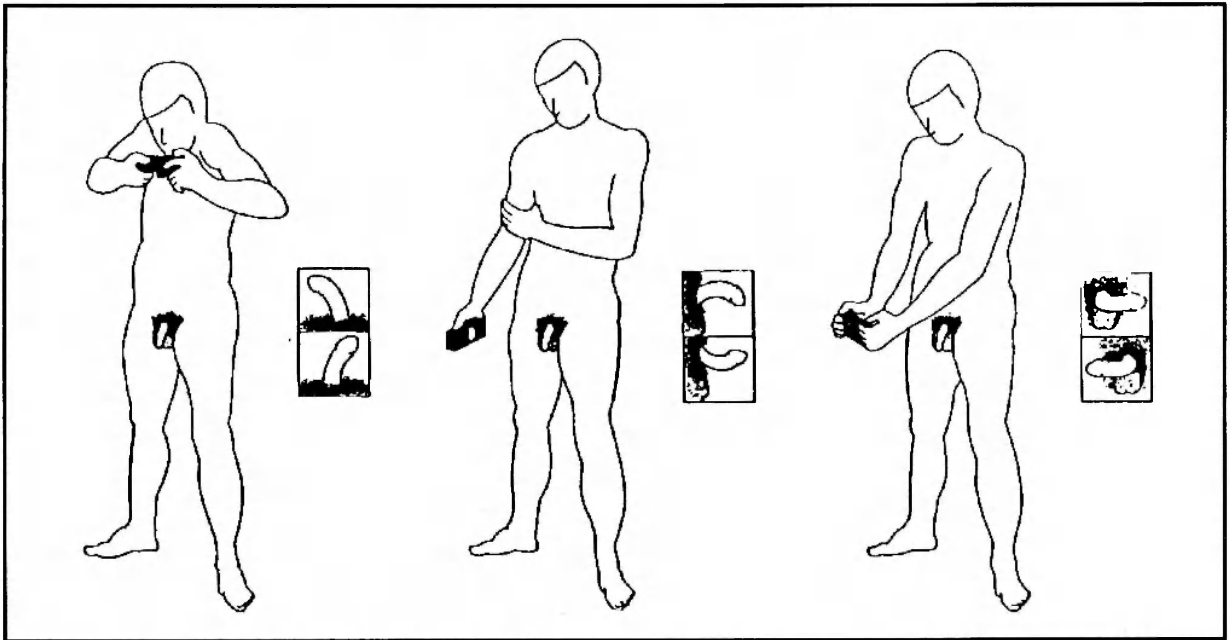


Figura 1. Autofotografía con técnica de Alpay Kelami

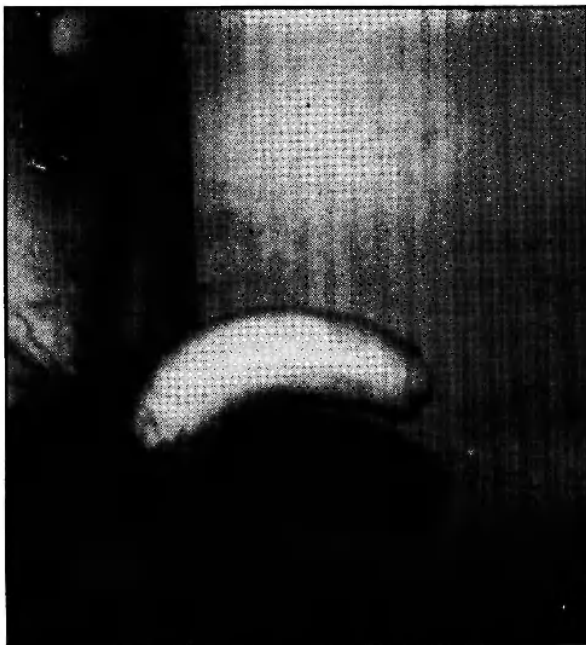


Foto 1. a y b: Autofotografía con vista lateral y cefálica a.

b.

LA INCONTINENCIA URINARIA
ES UN SINTOMA
SIEMPRE CONTROLABLE



Antiespasmódico y anticolinérgico vesical

DITROPAN[®]

OXIBUTININA

Controla el síntoma, posibilita la curación



PARA CÁNCER AVANZADO DE PRÓSTATA

LUPRON

DEPOT 7,5 mg

Acetato de Leuprolide
para Suspensión Depot



*La terapia con la que
es más fácil convivir*

- *Aplicación Intramuscular Mensual*
- *Eficaz Control de la Enfermedad*
- *Excelente Tolerancia*

ABBOTT

DIVISION PRODUCTOS FARMACEUTICOS

UROTEM

○ **MAXIMO ESPECTRO ANTIBACTERIANO**

○ **EXCELENTE EFICACIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS**

○ **ESCASA RESISTENCIA BACTERIANA**

○ **COMODA POSOLOGIA**

○ **BUENA TOLERANCIA GENERAL**

FORMULA:

Cada comprimido de UROTEM contiene:

Norfloxacina 400 mg
Excipientes, c.s.p. 550 mg

POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:

Se sugiere una posología de 400 mg, dos veces al día durante 7 días.

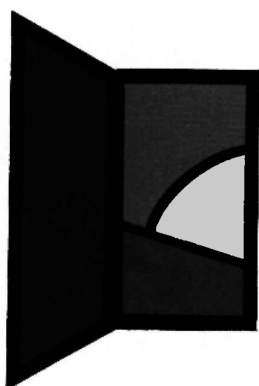
PRESENTACION:

Envases por 14 comprimidos.

Laboratorios *Temis* **Losaló**



Cuando la hormonoterapia inicial
para el cáncer prostático está fracasando...



ESTRACYT[®]

FOSFATO DE ESTRAMUSTINA

Actividad terapéutica
comprobada



MEDICAMENTO ORIGINAL
APOYE LA INVESTIGACION
Aval y Respaldo Científico

Presentación:
Envases conteniendo 100 cápsulas
con 140 mg de Estramustina fosfato, cada una.


Pharmacia
Farmitalia Oncology



Foto 2, a y b. *Autofotografía frente a un espejo.* a.

b.



Foto 3, a y b. *Fotografía con erección inducida.* a.

b.

La técnica quirúrgica utilizada en todos los pacientes, siguió los lineamientos generales propuestos por Nesbit: a) vía de abordaje subcoronal, b) desplazamiento de las cubiertas cutáneas del pene hacia la base y c) acortamiento de la albugínea en su cara convexa.

En todos los casos se suministró anestesia general y se realizó erección hidráulica, mediante punción lateral de un cuerpo cavernoso con aguja tipo butterfly nº 16, para

objetivar la curvatura del pene. (Foto 4)

Fueron abordados por una incisión subcoronal en la mucosa prepucial (Foto 5), y mediante maniobras digitales con la ayuda de una gasa, se deslizaron las cubiertas cutáneas del pene hasta su base. Quedando denudados los cuerpos cavernosos y esponjoso del pene, con toda su vascularización e inervación intactas (Foto 6).

Una nueva erección hidráulica fue practicada para mar-

SAU

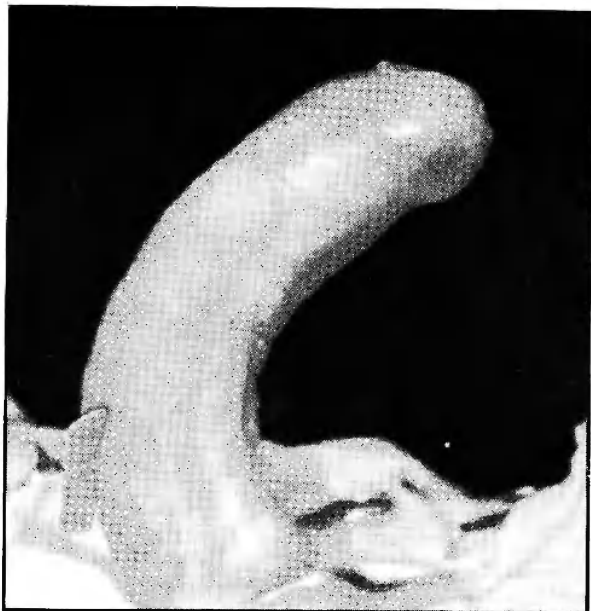


Foto 4. Erección hidráulica.



Foto 5. Incisión subcoronal.



Foto 6. Deslizamiento de las cubiertas cutáneas.

car el lugar de las plicaturas en la superficie convexa de la albugínea cavernosa. (Foto 7)

Al despojar al pene de sus cubiertas cutáneas, se pudo comprobar, en todos los casos, la integridad anatómica del cuerpo esponjoso. (Foto 8)

En 5 pacientes se realizó la técnica de Nesbit original (1), procediendo a la resección de fragmentos ovales de albugínea y sutura transversal con nylon monofilamento nº 3/0 ó 4/0.

En un paciente (el primero), utilizamos la variante de Nesbit Kelami (15), realizando plicaturas en los cuerpos cavernosos, sin resecar la albugínea, y luego suturamos con ácido poliglicólico nº 2/0.

En los últimos 5 pacientes utilizamos la técnica de Nesbit, con modificaciones en el sistema de la plicatura. La variante consistió en reemplazar la resección de los fragmentos ovales de albugínea, por dos incisiones paralelas y

transversales, separadas entre sí por una distancia de 7 u 8 mm. Los bordes externos de las mismas fueron aproximados con puntos en "U" de nylon monofilamento nº 3/0 ó 4/0, a nudo interno o externo, de manera que el fragmento de albugínea quede sepultado debajo de la sutura. (Fotos 9 y 10)

Para determinar el grado de corrección de la curvatura, y la eventual necesidad de nuevas plicaturas, se practicaron tantas erecciones hidráulicas como fue necesario, hasta lograr un buen resultado estético. (Fotos 11 y 12)

Finalmente se repusieron las cubiertas cutáneas en situación normal y la incisión fue cerrada con sutura de ácido poliglicólico nº 4/0 ó 5/0. Se colocó una sonda tipo Foley y se realizó un vendaje ligeramente compresivo sobre el cuerpo del pene. (Fotos 13 y 14)

Los resultados fueron evaluados como:

a) Buenos: cuando se logró buen aspecto estético y el paciente quedó satisfecho.

b) Malos: cuando la corrección no fue completa o aparecieron nuevas alteraciones que obligaron a la reintervención.

RESULTADOS

El motivo de consulta puso en evidencia los dos problemas más importantes de esta patología: a) la dificultad o imposibilidad mecánica para lograr una penetración vaginal (en pacientes con experiencia coital), y b) un importante complejo de inferioridad (en quienes nunca habían realizado el coito).

La libido y eyaculación fueron normales en todos los pacientes. Ninguno refirió dolor o molestias durante las



Foto 7. Erección hidráulica.



Foto 8: *Cuerpo esponjoso normal.*



Foto 9. *Incisión de la albugínea y sutura con punto en U.*

erecciones y tampoco antecedentes urogenitales relacionados con su patología de base.

El examen físico, con pene flácido, y su elongación por estiramiento no demostraron alteraciones en la anatomía, ni en la elasticidad de los tejidos. (Fotos 15 y 16)

La observación del pene erecto ("in vivo" o mediante fotografías) objetivó las curvaturas, que proyectaron una angulación entre 45° y 90°. Las incurvaciones más acen-



Foto 10. *Incisión con sutura completa*

tuadas se observaron en los pacientes con desviación ventral.

La orientación fue ventral en 8 pacientes, lateral en 1, ventro-lateral en 1 y dorso-lateral en 1. (Fotos 17, 18 y 19)

Nos llamó la atención, que en la mayoría de los pacientes, las dimensiones del pene fueron "generosas".

La evaluación sexológica puso en evidencia el complejo de inferioridad padecido por estos pacientes, al extremo que en algunos casos eran evitados los encuentros sexuales. Todos manifestaron una gran ansiedad y urgencia por resolver su problema estético y funcional.



Foto 11. *Corrección de la curvatura completa.*



Foto 12. *Corrección de la curvatura completa*



Foto 13. *Síntesis de la incisión quirúrgica.*



Foto 14. *Vendaje compresivo del pene*

El desarrollo de la cirugía resultó relativamente sencillo en todas las intervenciones. Se lograron resultados buenos en 9 casos y malos en 2.

No se produjeron complicaciones intraoperatorias. En el posoperatorio inmediato ocurrieron algunos hematomas leves y un caso de uretritis, solucionado con tratamiento antibiótico. La convalecencia no fue dolorosa, aunque algunos pacientes manifestaron despertarse con erección y molestias locales, en las primeras noches.

En dos casos se presentaron complicaciones alejadas, en

uno (con plicatura según técnica de Nesbit- Kelami) se reinstaló parcialmente la curvatura ventral, al reabsorberse las suturas. El otro paciente debió ser reoperado por presentar una fibrosis cicatrizal de la albugínea.

Los 9 pacientes restantes se mostraron muy complacidos por los resultados estéticos, anatómicos y funcionales.

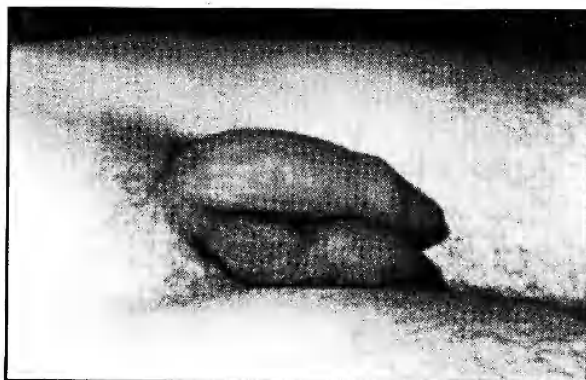


Foto 15. *Pene flácido de aspecto normal.*

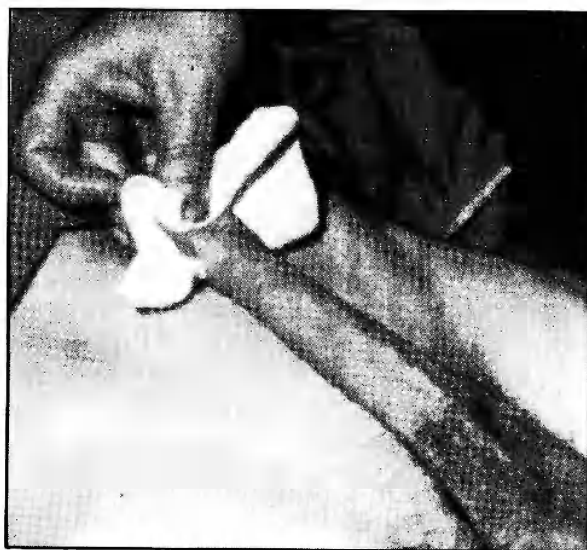


Foto 16. *Elasticidad del pene normal.*



Foto 17. *Incurvación lateral (vista cefálica)*



Foto 18. Preoperatorio (autofotografía)



Foto 19. Posoperatorio (autofotografía)

CONCLUSIONES

Esta anomalía ha sido descrita con distintas denominaciones: curvatura congénita (1-16), curvatura congénita sin hipospadias (17-18), cordée sin hipospadias (19), hemihipertrofia de cuerpos cavernosos (20), etc.

Las interpretaciones etiológicas realizadas por diversos autores, coinciden en señalar su origen congénito por defectos en el desarrollo embriológico. Sin embargo, no hay acuerdo en la explicación de los mecanismos responsables.

Pero el aspecto más importante consiste en reconocer que ésta es una patología propia de los cuerpos cavernosos, con características evolutivas, clínicas y anatómicas específicas. El problema se debe a una diferencia de longitud en las caras opuestas de la albugínea cavernosa (de uno o ambos cuerpos), y que sólo se pone de manifiesto cuando el pene está erecto.

Es posible diferenciarla de otras alteraciones congénitas similares, producidas por la presencia de tractos fibrosos o displasias de uretra y/o cuerpos cavernosos, que limitan el normal enderezamiento del pene en estado de erección.

El motivo de consulta es coincidente con la alteración mecánica para realizar el coito y las repercusiones psíquicas por el aspecto estético. Es por ello que los pacientes concurren en demanda de soluciones al iniciar su vida sexual activa.

El diagnóstico de esta patología es sencillo si se tiene presente su existencia, y para confirmarla existen distintos recursos (autofotografía, dispositivos de succión, erección inducida, etc.) adaptables a cada situación en particular.

En todos los casos operados, el grado de desviación del

eje peneano justificó la intervención. En los pacientes que consultaron por curvaturas menos acentuadas y sin manifestaciones de complejo psíquico, no aconsejamos la cirugía.

Los resultados logrados con la variante descrita fueron satisfactorios en general y no hubo complicaciones importantes. De los dos fracasos, uno ocurrió con el uso de una técnica en la que no teníamos experiencia (plicatura de Nesbit- Kelami), y que luego abandonamos; el otro se debió al desarrollo de un queloide en la sutura cavernosa.

La variante introducida en algunos de nuestros pacientes nos pareció fácil de realizar, menos sangrante que cuando se reseco una pastilla de albugínea cavernosa, y la sutura con puntos en "U" dejó una buena sensación de seguridad. En algunos casos practicamos la sutura con nudo interno, que quedó sepultado debajo de la albugínea y evitó su posterior percepción a través de la piel.

La efectividad de la operación de Nesbit para corregir estas anomalías es bien conocida. Con el paso de los años se han introducido algunas modificaciones a la técnica original, y con todas se refieren buenos resultados terapéuticos. El cirujano debe elegir aquella que le resulte más sencilla y ofrezca los mejores resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Nesbit, R. M.: Congenital curvature of the Fallus: Report of Three Cases with Description of Corrective Operation. *J. Urol.* 93: 230, 1965.
2. Viladoms, J. M.; Martínez, E. y Garat, J. M.: Incurvación Peneana. *Ac. Fund. Puigvert*, 4: 79, 1985.
3. Martínez-Sapina LLanas, I.; Lamas Cedrón, P.; Marques, A.; Ríos, L. y Cimadevila Covelo, A.: Incurvación congénita del Pene sin Hipospadias. Aportación de Tres Nuevos

- Casos. Arch. Esp. Urol. 42: 317, 1989.
4. Rodríguez Netto, N.; Claro, J. F. A. y Guidi, H. G. C.: Nesbit Procedure in the Treatment of Congenital Penile Deviation. Arch. Esp. de Urol. 42: 386, 1989.
 5. Serrate Aguilera, R. G.; Rius Spina, G. y Regue Aldosa, R.: Modificación Técnica en el Tratamiento Quirúrgico de la Curvatura de Pene. Arch. Esp. de Urol. 42: 313, 1989.
 6. Erpenbach, K.: Penile Plication for the Treatment of Severe Penile Deviations. Dtsch. Med. Wochenschr, 115: 1746, 1990.
 7. Yachia, D.: Modified Corporoplasty for the Treatment of Penile Curvature. J. Urol. 143: 80, 1990.
 8. Sislow, J. G.; Ireton, R. C. y Ansell, J. S.: Treatment of Penile Curvature Due to Disparate Corpora Caverosa by Nesbit Technique: a Rule of Thumb for the Number of Wedges of Tunica Required to Achieve Correction. J. Urol. 141: 92, 1989.
 9. Cicin-Sain, D.; Marekovic, Z.; Vukinovac, M.; Pasini, J. y Klinsanin-Grba, M.: Kongenitalna Ventralna Kurvatura Penisa. Lijec, Vjese, 113: 77, 1991.
 10. Lazzarini, H.; De Miseu, S.; Esquivel, J. y Irazu, J. C.: Pene Corvo Congénito. Rev. Argent. Urol. 55: 54, 1990.
 11. Persky, L.; Hoffman, A. y Desprez, J.: The Repair of Chordae without Hypospadias. J. Urol. 98: 216, 1967.
 12. Nesbit, R. M.: Operation for Correction of Distal Penile Ventral Curvature with or without Hypospadias. J. Urol. 97: 720, 1967.
 13. Kaplan, G. W. y Lamm, D. L.: Embryogenesis of Chordee. J. Urol. 114: 769, 1975.
 14. Kelami, A.: Autophotography in Evaluation of Functional Penile Curvature. Urology, 21: 628, 1983.
 15. Kelami, A.: Congenital Penile Deviation and Straightening of the Penis Using the Nesbit-Kelami Technique. Urol. Int 40: 267, 1985.
 16. Correa, R. J.: Congenital Curvature of the Penis. J. Urol. 106: 881, 1971.
 17. Aboulker, P. D. y Boccon-Gibod, L.: Courdure Congenitale de la Verge Sans Hypospade. Ann. Urol. 10: 109, 1976.
 18. Bennet, A. H. y Gittes, R. F.: Congenital Penile Curvature Without Hypospadias. Urology, 16: 364, 1980.
 19. Devine, Che. y Horton, Che.: Chordee without Hypospadias. J. Urol. 110: 264, 1973.