

IMPOTENCIA SEXUAL POR CORTEDAD DEL LIGAMENTO SUSPENSOR.

CONDUCTO ACCESORIO DE LA VERGA

Por el Dr. JUAN IRAZU

Entre las causas de impotencia orgánica de origen congénito, las malformaciones de la verga ocupan un lugar preponderante. Pertenece a ese grupo esta observación de impotencia para el coito, por cortedad del ligamento suspensor del pene, con trayecto para uretral en su cara dorsal. Esta disposición del orificio correspondiente al canal accesorio, hizo pensar en la dislocación congénita de un resto del canal uretral hacia esa región como ocurre en el epispadias. Ellos son habitualmente conductos de escasa profundidad y longitud, sin función alguna, que terminan generalmente en forma ciega por debajo de la sínfisis del pubis. Algunas veces, pueden llegar a comunicar con la vejiga, próstata, conductos eyaculadores y espacio de Retzius; pero en nuestro caso no existía comunicación alguna, a pesar de las exploraciones de práctica. En la presente observación la erección con incurbación dorsal dolorosa del miembro era lo primordial de la dolencia que imposibilitaba a nuestro paciente practicar el coito.

Queremos, pues, en esta comunicación comentar un caso más en la caustica de las anomalías del pene, que sometemos a la consideración de los distinguidos consocios.

Observación: A. R., 18 años, ficha 2940, del Servicio de Cirugía General del profesor A. F. Landívar en el Hospital C. Argerich.

A su ingreso presentaba un pequeño orificio en la cara dorsal del pene, que segregaba escaso flujo blanquecino. Refería además que el verdadero móvil de su consulta era la forma en que se llevaba a cabo su erección, llegando el miembro a tomar contacto con el abdomen en forma dolorosa. Su deseo sexual estaba conservado y sus eyaculaciones eran normales.

Sujeto sin otras anormalidades. Sus órganos genitales de desarrollo normal. En la raíz de la verga presentaba un orificio de 5 mm. de diámetro de forma semilunar, por donde

salía flujo escaso, viscoso blanquecino. (Fig. 1). Su cateterismo con un estilete era posible en una extensión de 5 cms., en dirección y por debajo del borde inferior de la sínfisis pubiana. Por presión lateral de este orificio se observaba la salida de una porción del conducto subyacente que estaba tapizado por mucosa de aspecto liso y color rosado (Fig. 2). En ambos lados de la raíz de la verga se marcaban dos repliegues correspondientes a su ligamento suspensor, que se confundían en la línea media del abdomen. Entre éstos se formaba una depresión, más evidente durante la erección.

Un examen bacteriológico del flujo obtenido del canal accesorio, contenía: Estrepto-

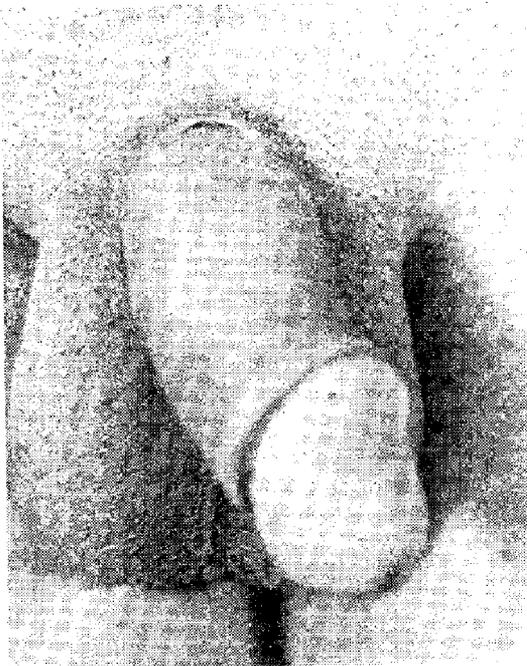


Fig. 1. — Orificio del canal accesorio dorsal

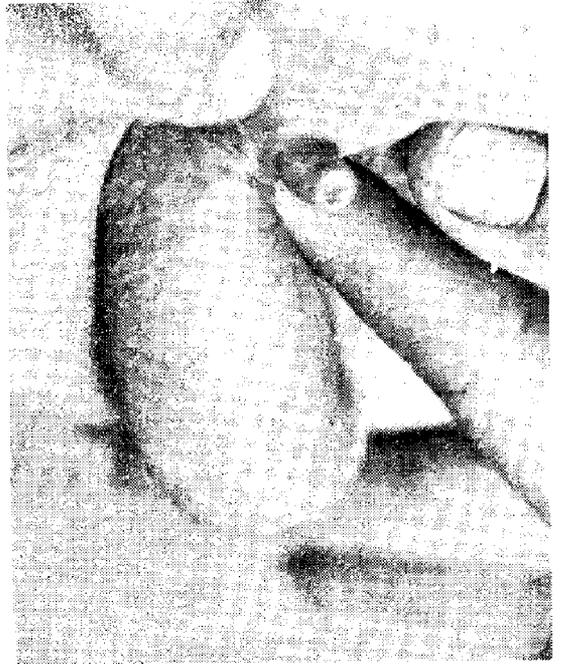


Fig. 2. — Ectropión mucoso del canal accesorio dorsal

cocos, estafilococos y células epiteliales. La radiografía con aceite yodado demostraba que este trayecto no presentaba comunicación con otros órganos del aparato genital.

Con diagnóstico de cortedad congénita del ligamento suspensor del pene y conducto parauretral, abordamos quirúrgicamente al paciente.

Operación: Anestesia local. Incisión vertical losángica de 3 centímetros que circunda el orificio del conducto mencionado; con liberación total del mismo, hasta su inserción subpubiana. Bajo el control de un estilete introducido previamente, localizamos el fondo de saco, que éste formaba y a ese nivel fué ligado. Posteriormente, se aislaron por disección ambos bordes del ligamento suspensor, que fueron puestos tensos por tracción de la verga. En la parte anterior y media de los mismos se practicaron incisiones transversales, extirpando pequeños segmentos y cuneiformes, consiguiendo así una suficiente elongación (Fig. 3).

El paciente curó sin incidencias, corrigiendo así su erección, lo que le ha permitido realizar el coito normalmente.

En el examen anatómopatológico del trayecto accesorio practicado por gentileza del doctor Colillas, se encontraron los siguientes elementos: Estrecho conducto (Fig. 4), donde his-

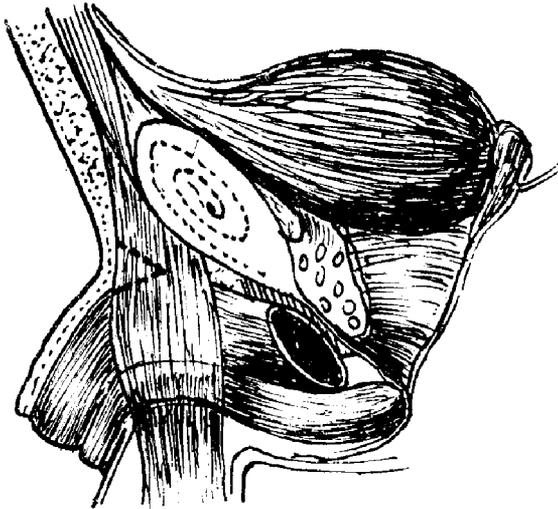


Fig. 3. — Diagrama de la sección cuneiforme del ligamento suspensor de la verga



Fig. 4. — Conducto accesorio extirpado

tológicamente y en cortes transversales está tapizado por un epitelio pavimentoso, con características semejantes, pero no completamente a los revestimientos malpighianos: una capa basal, a la que sigue un cuerpo mucoso, cuyas hileras más superficiales muestran una marcada tendencia a Keratinizarse, con o sin persistencia de núcleos celulares. Por debajo de la

basal se nota un corión fibroso, denso, acompañado más profundamente por una serie de haces musculares lisos, separados entre sí por un tejido conjuntivo rico en fibrillas; de tanto en tanto se observan algunos acúmulos inflamatorios. Este conjunto es acompañado exteriormente por un tejido conjuntivo adiposo, irrigado por vasos o paredes bien conformadas (Fig. 5 y 6).



Fig. 5. — A) Conducto revestido por
B) epitelio pavimentoso.
C) haces de fibras



Fig. 6. — Detalles del epitelio.
a) capa keratósica. B) capa basal

COMENTARIOS

Las impotencias por anomalías del pene se observan en las ausencias y detenciones del desarrollo como ocurre en el hipospadias y en el epispadias. En esta variedad de malformación suele acompañarse de desviación del órgano exagerando así la incurvación dorsal. En cambio, las desviaciones orgánicas adquiridas son frecuentes en la induración plástica del pene.

En nuestro caso era evidente la cortedad del ligamento suspensor, el cual fué elongado quirúrgicamente, corrigiéndose la incurbación patológica y la sensación dolorosa.

La existencia del conducto accesorio nos la explicamos por la falta de mesodermización del tubérculo genital a ese nivel. Su estructura anatómopatológica formada por un epitelio malpighiano distinto del epitelio de la uretra, explica la falta de relación entre ambos conductos.

Síntesis : Se presenta una observación en un joven de 18 años que manifiesta tener impotencia para el coito por presentar erección dolorosa con incur-

bación dorsal exagerada. El pene presentaba un ligamento suspensor corto, que fué necesario seccionar. Existía también un canal accesorio dorsal ciego.

DISCUSION

Sr. Presidente Dr. Surra Canard. — *Evidentemente, no son muy frecuentes los conductos accesorios de la verga.*

Nosotros hemos tenido oportunidad de ver en el año 1930, en el Hospital Salaberry, un enfermo con un conducto dorsal de la verga, pero que se extendía desde el glande hasta la región retro-pubiana. El único inconveniente que tenía era haber contagiado blenorragia; una vez curada esa blenorragia de la uretra, mantenía su infección crónica recidivante del conducto. Se le propuso el acto quirúrgico para suprimir el conducto, pero el enfermo se negó y no apareció más por el hospital.

Dr. Irazu. — *No tengo sino que agradecer la interesante contribución del Dr. Surra Canard.*