

# RUPTURA DE CUERPOS CAVERNOSOS Y DE URETRA (FRACTURA TOTAL DEL PENE)

Por los Dres. RODOLFO I. MATHIS y ALBERTO CLARET

Las rupturas de pene, a pesar de estar descriptas en casi todos los tratados, a juzgar por la bibliografía, son de rara observación.

Apreciamos de mucho interés la publicación de estas observaciones que nos permiten formar juicio sobre la conducta terapéutica a seguir.

El 13 de mayo del corriente año fuimos requeridos con urgencia, para ver a F. R. de 43 años de edad, italiano, casado, domiciliado en esta capital. Concurrimos a un sanatorio particular a las 19 horas y vemos a un hombre de escasa estatura, muy agitado porque desde hace varias horas tiene grandes deseos de orinar y no puede; a nuestro pedido nos cuenta su breve historia.

Al mediodía, después de almorzar, decide tener relaciones con su esposa, cuyo matrimonio data de 18 años antes, y del que tiene tres hijas, la mayor de las cuales, cuenta ya 16 años.

Al realizar el coito, con la mujer en posición musulmana, hace un falso paso, y choca su pene con un cuerpo duro, (pubis); siente en ese momento dolor no muy intenso, y percibe tanto él como la mujer, un chasquito. De inmediato cesa la erección y al observarse comprueba su pene flácido y tumefacto. Poco después, nota que la tumefacción se extiende a las bolsas y raíz del pubis, tomando intenso color azulado.

Muy alarmado concurre a la consulta médica, de donde lo envían a un sanatorio. Es de hacer notar que en ningún momento notó hemorragia externa.

Como antecedentes, hombre acostumbrado a trabajos rudos, ha padecido la bronquitis asmáticas desde su infancia; tuvo una uretritis blenorragica en 1930, que trató con lavajes y curó en poco más de un mes, sin complicaciones y al parecer sin secuelas.

Al examen comprobamos que el pene ha adquirido un tamaño triple del normal, en trompa de elefante, tumefacto, de intenso color azulado, extendiéndose esta tumefacción a las bolsas y a la región suprapúbica (figuras Nos. 1 y 2).

Se trata de visualizar el meato; no se consigue porque el prepucio ha formado un fimosis cerrado, pero a este nivel no se observa secreción alguna ni derrame de sangre.

La palpación permite apreciar los cuerpos cavernosos y la uretra con toda nitidez hasta el ángulo peno-escrotal; por delante es imposible individualizar estos órganos, en medio de la tumefacción. A este nivel regular sensación dolorosa, dolor que no impide la exploración.

Bolsas infiltradas en su continente; es fácil apreciar que ambas glándulas genitales, con sus respectivos cordones espermáticos, tienen caracteres normales. La exploración del periné y el tacto rectal no revelan nada de particular. Abdomen con contractura en la zona suprapública, condicionada por la retención completa de orina.

Se decide operar al enfermo, con diagnóstico de ruptura de pene.

*Anestesia:* Raquinovocaína 0.12 grs., entre 3 y 4 lumbar.

Incisión mediana de 8 cms., cuya parte media corresponde al ángulo peno-escrotal. Pene

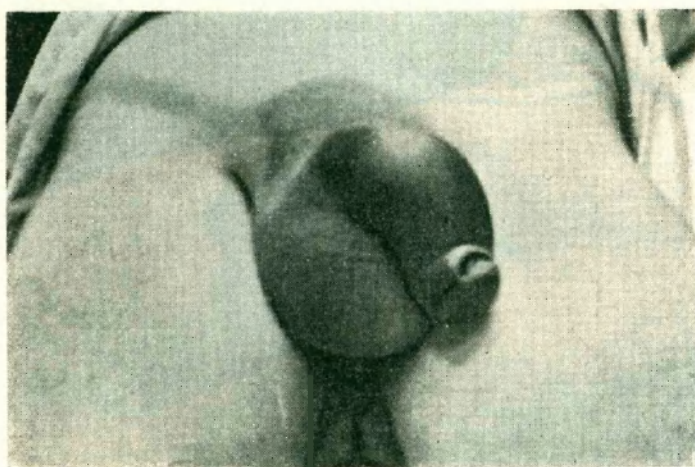


Figura 2

Fotografía tomada 6 horas después de la ruptura.

ne extensión sobre el abdomen. Se evacúan algunos coágulos del subcutáneo. Se abre la fascia de Bucks, dando salida a abundante serosidad sanguinolenta y eliminando coágulos; se debrida para aislar ambos cuerpos cavernosos y eliminando coágulos; se debrida para aislar ambos cuerpos cavernosos y uretra en amplia extensión. Conseguido esto, se toma cuenta de las lesiones.

Existe una ruptura total y completa de uretra con separación entre los cabos de unos 4 cms.; la superficie de sección se ha hecho en forma nítida, como si fuera por instrumento cortante, sin zonas mortificadas.

Ambos cuerpos cavernosos están rotos en forma simétrica, en casi todo su espesor. Sólo queda un puente de albugínea de unos 3 cms. de ancho en la parte superior. (Figs Nos. 3 y 4).

Se aísla cada cabo uretral en una extensión de 3 cms. y se procede a la reconstrucción primero del septum y luego de la albugínea de ambos cuerpos cavernosos, previa "toilette" meticulosa y hemostasia, con puntos separados de catgut crómico N° 00, y aguja atraumática.

Reconstrucción de la uretra con 5 puntos de catgut crómico de afrontamiento. Tres

puntos de catgut simple Nº 2 en U, aproximan ambos cabos uretrales. Se tiene buen cuidado de no cateterizar el cabo distal de uretra, para evitar la infección.

Reconstrucción de la fascia penis; piel con puntos de Donati de algodón.

Talla hipogástrica; se evacúa orina clara. Sonda Pezzer acodada.

Curación con el pene en extensión forzada sobre el abdomen.

Post-operatorio normal los dos primeros días.

El día 16 de mayo: Intensa bronquitis asmátiforme. Temperatura 38°. penicilina.

Día 19: Discreta secreción serosa en la parte media de la herida. Se retira un punto. Se continúa con penicilina.

Día 21: Se retiran los puntos. Continúa discreta secreción seropurulenta.

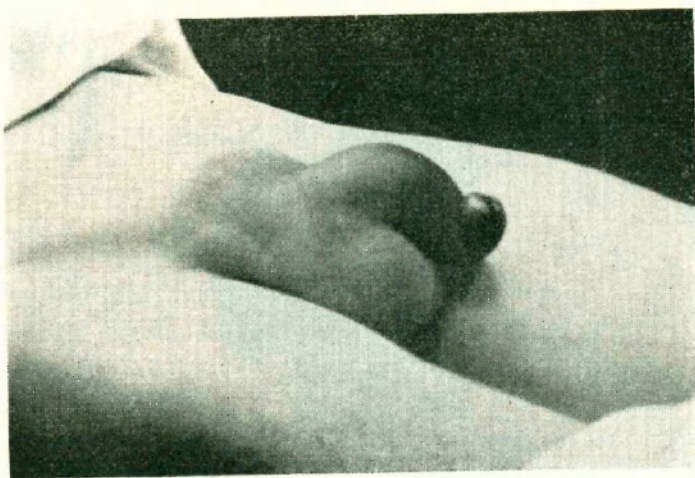


Figura 1

Puede observarse la infiltración sanguínea que se extiende a las bolsas y región púbica.

Día 10 de junio: Cicatrización perfecta; resta zona de infiltración peri-uretral.

Día 12 de junio: Se explora la uretra comprobándose el pasaje amplio de bujía Nº 12.

Desde entonces se practican dilataciones día por medio hasta el Nº 20 Charrière, con bujías.

Día 21: Sonda permanente Nelaton. Se retira drenaje hipogástrico.

Día 27: Fístula hipopástrica cerrada. Se retira sonda permanente.

Día 28: El enfermo orina normalmente; durante los últimos días se producen buenas erecciones, algo dolorosas en el ángulo peno-escrotal.

Día 15 de julio: Se continúa calibrando la uretra; la zona operada se ha desinfiltrado; a este nivel se palpa la cicatriz dura en un espesor de dos o tres milímetros. El enfermo insiste en tener buenas erecciones en forma total, aunque con discreta desviación del miembro hacia abajo.

Se autoriza a practicar el acto sexual, realizándose normalmente pero persistiendo la discreta incurvación peneana, que no perturba mayormente la función.

Desde entonces el enfermo ha mantenido sus funciones urinarias y genital, en forma prácticamente normal.

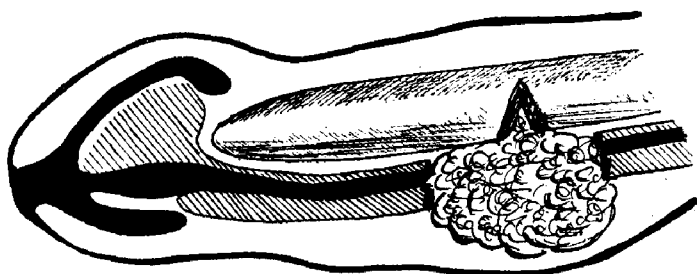


Figura 3  
Corte esquemático de las lesiones. Ruptura de uretra con separación de los cabos. Ruptura sub-total de cuerpos cavernosos.

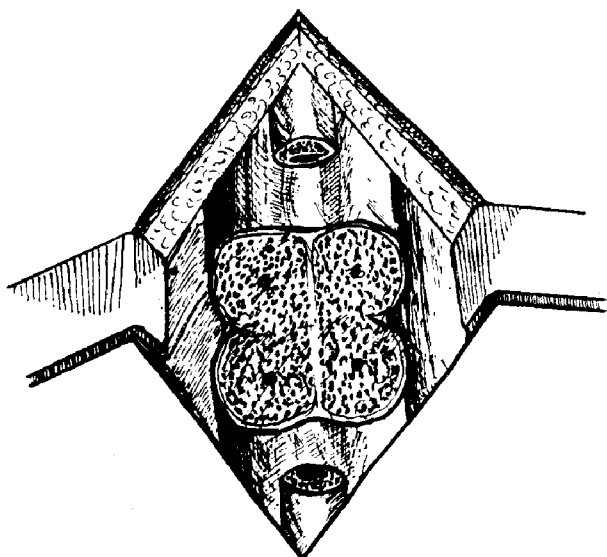


Figura 4  
Esquema de las lesiones encontradas en el acto quirúrgico.

A pesar de ser la verga un órgano no protegido, no es frecuente su traumatismo; ello se debe esencialmente a la extraordinaria movilidad es estado de flacidez, y a que instintivamente el hombre trata de defender este órgano de la generación.

El pene puede sufrir distintos tipos de traumatismos:

- 1° — Heridas; lo más frecuente.
- 2° — Contusiones.
- 3° — Luxaciones.
- 4° — Estrangulación (por anillos, ligaduras, etc.).
- 5° — Rupturas (también llamadas fracturas).

De acuerdo con la bibliografía, estas últimas lesiones serían muy poco frecuentes.

Desde la definición de Reclus, ruptura del pene es la lesión traumática de los cuerpos cavernosos, constituída por desgarró más o menos extenso de la albugínea y del tejido eréctil sin solución de continuidad con los tegumentos, producida con el pene en erección.

Desde Demarquay se acostumbra a denominarla "fractura del pene" analogando el pene en erección a un hueso. En nuestro sentir, no entrando en la constitución del pene el tejido óseo normalmente, como sucede en algunos animales (toro, foca), nos parece impropio este término.

Se ha querido dar como causa predisponente de esta lesión algunas afecciones como: induratio penis plastica, calcificaciones y osificaciones de la albugínea, estudiadas por Lenhossek y Kaufmann, esclerosis y estrecheces de la uretra (Guyon), afecciones que al disminuir la resistencia del órgano, facilitarían su ruptura. Sin querer negar esta posibilidad, es lo cierto que la mayoría de las veces nos encontramos con sujetos sin antecedentes y en plena juventud.

Se da como causa condicionante el estado de erección del órgano. En efecto, la pérdida de la movilidad y elasticidad y el considerable adelgazamiento de la albugínea, explican la mayor labilidad en este estado. Según las mediciones de Bramamm el espesor de la albugínea en estado de flaccidez es de 2 milímetros, adelgazándose en estado de erección a 0,25 milímetros.

La causa ocasional es muy variada: maniobras de masturbación en el caso de Alivazatos; choque del miembro contra el suelo en el caso de Bértoia; los falsos pasos del coito descritos por Guyon, como en nuestro enfermo y en el caso de Petri; intentos de violación, etc.

Hinman divide este tipo de lesiones en simples rupturas (de cuerpos cavernosos) y rupturas con participación de uretra, lo que hace mucho más

grave la lesión. Por otra parte, la integridad o el desgarró de las fascia de Bucks, hará más o menos extensivo el derrame sanguíneo.

En la observación de Huguier, único caso seguido de muerte, por infiltración urinaria, existía un desgarró de cuerpos cavernosos y uretra con gran extravasación sanguínea.

Los síntomas suelen ser suficientemente claros como para hacer el diagnóstico fácilmente:

1° — DOLOR — que se produce con el miembro en erección y en forma brusca, de intensidad variable, pero a menudo violento; este dolor de la ruptura no debe ser confundido con la sensación dolorosa de la distensión de los tejidos por el derrame sanguíneo.

2° — La percepción por parte del enfermo y a veces de la mujer cuando ha sucedido en el coito, como nuestro caso, de un chasquido que Redi lo ha comparado a la ruptura de una varilla de vidrio.

3° — La pérdida inmediata de la erección; hay descripto sin embargo algún caso que a pesar del trauma, continuó la erección hasta permitir terminar el acto.

4° — Tumefacción grande que sigue de inmediato al trauma y que se debe a la rápida infiltración sanguínea por la herida del órgano eréctil. Esto va seguido poco después de sufusiones sanguíneas extensivas a las regiones vecinas.

5° — Cuando se acompaña de ruptura de uretra, la uretrorragia es la regla. En nuestro caso, sin embargo, a pesar de la grave lesión de uretra, en ningún momento hubo pérdida sanguínea, lo que atribuimos a la retracción y compresión del cabo uretral. En este último caso la retención de orina es la regla por poco que la lesión uretral sea importante.

Cuando el enfermo viene por las consecuencias tardías, los antecedentes son tan claros que permiten hacer con facilidad el diagnóstico retrospectivo. (Casos de Blanc y Bértola).

En cuanto al pronóstico: puede considerarse benigno "quad vitam". Hemos referido un solo caso de muerte por ruptura de uretra e infiltración de orina (Huguier).

Pero se debe ser muy reservado en cuanto a la función sexual.

En lo que se refiere a la función urinaria depende del compromiso de la uretra (Mc. Kay), y sigue las reglas de las lesiones de este órgano.

En cuanto a las consecuencias tardías que comprometen la erección existen

desde desviaciones insignificantes de la verga que no perturban el acto sexual, hasta la imposibilidad del coito condicionado por las deformidades más curiosas.

Así lo que se ha llamado la "Pseudo artrosis" por Le Dentu y Delbet: torsiones, acodaduras, o bien esa rara consecuencia observada en el caso de M. Papin a la que le da el nombre de fenómeno de "la branche cassée" (rama rota), en que el pene queda en estado de flaccidez por delante del sitio de la lesión (Battantdún fleau).

En cuanto al tratamiento, insistimos que por poco que temamos que la lesión sea importante, la intervención quirúrgica debe indicarse. De la misma opinión es Marion, porque en estos casos es preferible una buena limpieza del foco de ruptura seguido de una sutura con reconstrucción anatómica y por lo tanto con cicatriz mínima, a dejar la reparación espontánea con organización de coágulos, etc., que conducirán a cicatrificaciones viciosas con las consecuencias previsibles.

En nuestra observación, a pesar de su gravedad por la lesión uretral y la sección casi total de los cuerpos cavernosos, llama la atención los buenos resultados obtenidos, demostrando cuánto se puede esperar de la reparación de estos órganos.

Esta observación por la lesión anatómica puede ser comparado al caso de Huguier y al de Schwartz (1885), el primero seguido de muerte, y el segundo en quien se hace la abertura del foco de ruptura para prevenir la temida infiltración de orina, descubriéndose la sección de la uretra. Se hace sutura de uretra sobre sonda pero el enfermo queda con una fístula urinaria.

En caso de lesión uretral concomitante la talla hipogástrica debe ser indicación absoluta.