

## FRACTURA DE PENE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Luis Alejandro Marrero Santos<sup>1</sup>, Ricardo Alejandro Quevedo Ronda<sup>2</sup>, Dr. Ángel Manuel Tundidor Bermúdez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de 6to año de Medicina. Instructor no graduado en Cirugía General. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Filial Universitaria: Isabel Hernández Mayedo. Puerto Padre.

<sup>2</sup>Interno de medicina. Instructor no graduado en Higiene y Epidemiología. Filial Universitaria: Isabel Hernández Mayedo. Puerto Padre. Hospital General Docente: Guillermo Domínguez López

<sup>3</sup>Esp. 2do grado en urología. Prof. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Hospital General Docente: Guillermo Domínguez López.

Recibido: Septiembre de 2015

Aceptado: Enero de 2016

### RESUMEN

Presentamos un caso clínico de fractura de pene no asociada a ruptura de uretra. Se trata de un paciente masculino, seropositivo al VIH, que luego de un coito vaginal, comenzó a manifestar signos y síntomas flogísticos y deformidad en el miembro viril. Hecho el examen físico, se concluye que padece una fractura de pene ante la cual se adopta una conducta adecuada a las normas del hospital.

**Palabras clave: pene, fracturas espontáneas, coito**

### ABSTRACT

We report a case of penile fracture not associated with rupture of the urethra. It is a male patient, HIV positive, who after a vaginal intercourse, began to manifest signs and symptoms of flogistics and deformity in the manly limb. After the physical examination, it is concluded that he suffers from a fractured penis before which he adopts a behavior appropriate to the hospital's standards.

**Key words: penis, spontaneous fracture, coitus**

## INTRODUCCIÓN

El pene se lesiona con mucha menor frecuencia que otras partes del cuerpo, como abdomen, piernas, brazos y cabeza. La fractura de pene se produce, casi siempre, durante una actividad sexual, y mediante la realización de movimientos intempestivos, donde resultan lastimados uno o ambos cuerpos cavernosos junto a la túnica albugínea, y en algunas ocasiones puede ocurrir la ruptura del cuerpo esponjoso y la uretra.<sup>1</sup> Con una mayor incidencia en edades entre 26 y 44 años,<sup>2,3</sup> este accidente requiere de un diagnóstico rápido y certero, y un tratamiento

quirúrgico corrector urgente; de lo contrario dejará secuelas importantes e irreversibles en el enfermo, tanto anatomofisiológicas como psicológicas. Al servicio de urgencias del Hospital General Docente Guillermo Domínguez López acudió un paciente con esta patología; lo que nos motivó a la realización de esta investigación. Aquí se exponen datos encontrados en la bibliografía, como definición, etiología, diagnóstico y tratamiento actualizado, así como también se describe el caso clínico atendido en el centro.

## CASO CLÍNICO

**Motivo de Ingreso:** "Dolor y aumento de volumen del pene"

**Historia de la Enfermedad Actual:** Paciente de 48 años de edad, fumador inveterado, con antecedente de ser seropositivo al VIH, que acude al Servicio de Urgencias porque en ocasión de un coito vaginal realizó un movimiento intempestivo e inmediatamente sintió un chasquido en el pene, luego del cual comenzó a presentar dolor de aparición brusca en todo el cuerpo peneano, muy intenso, mantenido, sin irradiación ni traslado a otra región, que no aliviaba y estuvo presente desde el momento del trauma, acompañado además por aumento de volumen, tumefacción, enrojecimiento y deformidad del miembro viril.

**Datos positivos al examen físico:** Pene edematoso, tumefacto, rubicundo, equimótico en todo el cuerpo y el prepucio, acodado en la porción distal del cuerpo y muy doloroso, sin presencia de uretrorragia. (Figura No. 1)

**ID:** Fractura de pene



**Figura No. 1:** Pene edematoso, tumefacto, acodado en la porción distal del cuerpo y muy doloroso, sin presencia de uretrorragia

Se toma como conducta la aplicación de tratamiento analgésico y la remisión al Servicio de Urología del Hospital Provincial para corrección quirúrgica urgente. El paciente continuó su atención en el hospital provincial por consulta externa luego del tratamiento quirúrgico y tuvo una recuperación completa y sin secuelas.

## DISCUSIÓN

La fractura de pene es una lesión infrecuente debido a que la gran movilidad del órgano flácido se convierte en un mecanismo protector frente a los traumas. La etiología de este daño puede ser dividida en dos grupos: causas sexuales y no sexuales. El mecanismo primario es un trauma abrupto, rudo, por flexión enérgica del pene erecto sobre el hueso púbico o perineo. Como causas sexuales se pueden mencionar: coito vigoroso y masturbación; y como causas no sexuales: accidentes (recurren las caídas fuera de la cama), erección del pene en la ropa interior, y fractura espontánea durante la micción.

La rotura implica un desgarramiento en la túnica albugínea, que en estado de flacidez mide 2,4 mm, pero durante la erección disminuye su espesor hasta 0,25 mm. Esto, unido al aumento de la presión intracavernosa, hace que el pene pierda elasticidad y resistencia a la angulación. El cuadro se produce al aplicar una fuerza excesiva y tangencial al pene en erección, y compromete a un solo cuerpo cavernoso en el 75% de casos.<sup>1-10</sup> La clínica se caracteriza por la percepción de un chasquido o crujido, seguido de pérdida inmediata de la erección, dolor y formación de un hematoma

genital, exclusivamente peniano si la fascia de Buck está íntegra, o inguinoescrotal cuando es contenido por la fascia de Colles.<sup>4-6</sup> Si la uretra está afectada (lo que ocurre entre el 10 y 38% de los casos), puede evidenciarse uretrorragia, dificultad miccional o retención urinaria.<sup>2-3</sup>

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque existen algunos exámenes complementarios a los que puede acudir en los casos dudosos, tales como: cavernosografía, ecografía de partes blandas, ecografía Doppler a color, resonancia magnética, e incluso uretrografía retrógrada ante una posible lesión uretral.<sup>2-3</sup> El principal diagnóstico diferencial es con la ruptura de la vena dorsal superficial del pene, que se caracteriza por la presencia de hemorragia dentro de los tejidos blandos del miembro, con la túnica albugínea intacta. Estos pacientes típicamente no describen haber oído el chasquido, y mantienen la capacidad para continuar con el acto sexual.<sup>5-7</sup> Las secuelas más frecuentes son: fibrosis en el sitio de la lesión con incurvación del pene, dolor al realizar el coito, disfunción sexual eréctil, desarrollo de placas semejando la enfermedad de La Peyronie, fístula uretro-cavernosa o uretro-cutánea, formación de absceso, o estrechez uretral,<sup>8,10,11</sup> que por lo general tienen lugar en 53 % de los pacientes tratados de forma conservadora.<sup>3-11</sup>

El tratamiento quirúrgico temprano es el más recomendado debido a la posibilidad de obtener resultados excelentes, garantía de una hospitalización más corta, menor morbilidad, y un retorno más temprano a la actividad sexual. Consiste en evacuar el hematoma subcutáneo y suturar el desgarramiento de la túnica albugínea.<sup>9-12</sup> A los efectos, la técnica quirúrgica más ampliamente utilizada y eficaz se basa en la incisión circunferencial subcoronal, con denudación del pene hasta su base, después de lo cual debe mantenerse una vía de drenaje por 2 días cuando menos, e insertar sonda vesical para evitar erecciones durante el sueño. En caso de ruptura uretral también se requiere anastomosis término-terminal de la uretra.<sup>9,12</sup> Entre los cuidados posoperatorios figuran: uso de antibióticos, analgésicos y sedantes para evitar erección, así como suspensión de la actividad sexual durante 6 meses.<sup>3</sup> La variante no quirúrgica depende fundamentalmente del tiempo transcurrido entre la ocurrencia del traumatismo y la presentación del paciente ante el especialista.<sup>3</sup>

## CONCLUSIONES

La fractura de pene es una afección infrecuente, dada por lesiones traumáticas en dicho órgano en estado completo de erección. El diagnóstico es eminentemente clínico, aunque se pueden realizar algunos complementarios cuando el caso es dudoso. Este trauma hay que diferenciarlo de otras afecciones vasculares del órgano, que se asemejan en gran medida a la anteriormente expuesta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zevallos MC, González FM, Ruiz MJ, Alarcón F. Fracturas del pene. Rev Chil Cir [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2015 Feb 24]; 66(4):364-6. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071840262014000400012&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262014000400012&lng=es).
2. Núñez Roca A, Rodríguez Collar TL, García Monzón JA, Carrillo González S, Martínez Ramos G. Fractura de pene. Estudio de 10 años. [revista en la Internet]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol39\\_3-4\\_10/mil04310.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol39_3-4_10/mil04310.htm)
3. Guerra Macías I, Rizo Revé R, Hernández Cobos S. Tratamiento quirúrgico de la fractura de pene. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2015 Feb 24]; 15(2):252-255. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192011000200017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000200017&lng=es).
4. Darves-Bornoz A, De Bartolo MM, Mishail AM. Proximal corpus cavernosum tear presenting as scrotal hematoma. Case Rep Urol. [revista en la Internet] 2013. [citado 2015 Mar 12] Published online 2013 May 23. doi: 10.1155. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3676978/>.
5. Kurkar A, Ahmad A, Orabi E. False fracture of the penis: different pathology but similar clinical presentation and management. Urol Ann. [revista en la Internet]. 2014 Jan-Mar. [citado 2015 Mar 12]; 6(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=False+fracture+of+the+penis%3A+Different+pathology+but+similar+clinical+presentation+and+management>.
6. Rafiei A, Hakky TS, Martinez D, Parker J, Carrion R. Superficial dorsal vein injury/thrombosis presenting as false penile fracture requiring dorsal venous ligation. Sex Med. [revista en la Internet] 2014 [citado 2015 Mar 12] Dec; 2(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272250/>.
7. Baran C, Topsakal M, Kavukcu E, Karadeniz T. Superficial dorsal vein rupture imitating penile fracture. Korean J Urol. [revista en la Internet] 2011 Apr [citado 2015 Mar 12]; 52(4). Published online 2011 Apr 22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3085625/>.
8. Song W, Ko KJ, Shin SJ, Ryu DS. Penile Abscess Secondary to Neglected Penile Fracture after Intracavernosal Vasoactive Drug Injection. World J Mens Health. . [revista en la Internet] 2012 [citado 2015 Mar 12] Dec; 30(3) Published online 2012 Dec 27. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623536/>.

9. Martínez Portillo FJ, Seif C, Braun PM, Spahn M, Alken P, Jünemann KP. Penile fractures: controversy of surgical vs. conservative treatment. *Aktuelle Urol.* [revista en la Internet] 2003 [citado 2015 Mar 12] Jan;34(1), Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Penile+fractures%3A+controversy+of+surgical+vs.+conservative+treatment>.
10. Grima F, Paparel P, Devonec M, Perrin P, Caillot JL, Ruffion A. Management of corpus cavernosum trauma. *Prog Urol.* [revista en la Internet] 2006 [citado 2015 Mar 12] Feb;16(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16526533>.
11. Kim JH, Park JY, Song YS.: Traumatic penile Injury: from circumcision injury to penile amputation. *Biomed Res Int.* [revista en la Internet] 2014. [citado 2015 Mar 12] Published online 2014 Aug 28. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164514/>.
12. Wani I. Management of penile fracture. *Oman Med J.* [revista en la Internet] 2008 Jul [citado 2015 Mar 12]; 23(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282318/>.