

PENE OCULTO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

S. Polliotto, L. Adler, J. Díaz Caro, F. Valenzuela, D. Abrego

RESUMEN

El pene oculto es una patología relativamente rara caracterizada por un conjunto de anomalías que tiene en común la presencia de un pene poco aparente a la vista. Pene oculto, inconspicuo, enterrado, escondido, empalmado, atrapado, son sinónimos de la misma patología. Clínicamente se manifiesta por un eje del pene poco visible, escondido o atrapado por las capas de prepucio, escroto y pared abdominal. Puede ser congénito o adquirido, secundario a una cirugía de circuncisión, hidrocele, hernia inguinal, hipospadias o epispadias.

El objetivo de la presentación es reportar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del pene oculto con la técnica de Maizels simplificada, analizando los resultados estéticos y funcionales, e informar una revisión de la literatura.

Palabras claves: Pene oculto, escondido, enterrado, inconspicuo, atrapado.

ABSTRACT

The hidden penis is a uncommon pathology characterized as a group of the abnormalities that have in common the presence of a penis inconspicuous. Concealed penis, inconspicuous penis, buried penis, hidden penis, webbed penis or trapped penis are synonymus of the same pathology, clinically manifested by a penile shaft that is hardly visible, hidden or trapped by layers of prepuce, scrotum, and abdominal wall. It could be congenital or acquired, secondary to surgery of circumcision, hydrocele or inguinal hernia, hypospadias, epispadias.

The objective of this paper is to report our experience in the hidden penis surgery with simplified Maizels technique, analyzing the aesthetic and functional results and inform a review of the literature.

INTRODUCCIÓN

El pene oculto abarca tres variedades anatómicas y clínicas distintas: el pene membranoso, el pene oculto (enterrado o escondido) y el pene atrapado^{1,2,3}.

Pene membranoso: la uretra, el pene y el escroto son normales. Existe una anomalía en la unión de la piel escrotal y el pene. Esta variedad puede también ser adquirida en forma iatrogénica posterior a una circuncisión o a una cirugía de pene (hipospadias o epispadias) en la cual hay una excesiva resección de la piel ventral del pene².

Pene oculto: El eje del pene y la longitud son normales y está cubierto y oculto por excesiva grasa a nivel supra púbico. Existe un defecto en la elasticidad del dartos (lo que impide que

el pene se desplace con facilidad por los planos profundos de éste). Esta variedad puede ser congénita o iatrogénica posterior a una cirugía.

Pene atrapado: es una anomalía adquirida, posterior a una cirugía de circuncisión, o por la cicatrización de una cirugía de hidrocele o hernia^{1,2,3}.

Imagen 1



Imagen 1. Pene oculto o desaparecido, eje del pene cubierto por prepucio, escroto y capas de la pared abdominal. Orina por rebosamiento.

Hospital Privado de Comunidad y Clínica Colón. Mar del Plata. Argentina.

Correspondencia: Dr. Sergio Daniel Polliotto

Correo electrónico: spolliotto@intramed.net

MÉTODOS

Un total de tres pacientes fueron tratados quirúrgicamente utilizando la técnica descrita por Maizels simplificada. Todos los pacientes fueron tratados en el primer año de vida. (7 a 11 mese) en un periodo comprendido entre 2007 y 2010.

En los tres casos los pacientes fueron derivados por sus pediatras de cabecera con diagnóstico de pene oculto. En dos casos existía el antecedente de infecciones urinarias a repetición. Ningún paciente tuvo antecedentes de cirugías previas.

Clínicamente los pacientes mostraban atrapamiento y retención de orina, con abultamiento de la región genital, dermatitis amoniacal en la zona genital vecina.

Al examen físico: Abultamiento de la región genital, desaparición del ángulo peno escrotal, orina por rebosamiento y a presión. Fimosis puntiforme severa, pene no visible. Ambos testículos palpables normales en bolsa (Imagen 1).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El paciente es posicionado en decúbito dorsal. Se realiza anestesia general y bloqueo regional supra púbico para analgesia post operatoria.

1. **Retracción de prepucio** que muestra una fimosis puntiforme e implantación ectópica del escroto (Imagen 2)
2. Apertura y resección del anillo fimótico para exponer el glande (Imagen 3).
3. **Se coloca un punto en el glande para facilitar la manipulación quirúrgica.** Se realiza incisión sub coronal a 3 mm del surco balano prepucial y se esqueletiza el pene hasta su base, liberando las adherencias que incluyen el ligamento suspensorio para lograr una adecuada exposición del eje peneano (Imagen 4).
4. **Resección de la grasa pre púbica e inguinal.** Fijación desde el dartos o aponeurosis de la pared abdominal, hasta la albugínea de la cara dorsal, laterales y ventrales del pene. En este paso evitamos tocar la uretra a diferencia de las técnicas anteriormente descritas.
5. **Se afrontan los bordes para realizar colgajo ventral** y se sutura a la piel en la línea media y sub coronal con puntos simples con polidioxanona 6-0. (Imagen 5)
6. **Se realiza la reconstrucción del colgajo ventral** con escroto plastia a puntos separados simples reabsorbibles 6-0, aspecto estético de la reconstrucción (Imagen 6)
7. **Vendaje compresivo.**

RESULTADOS

Todos los pacientes recibieron antibiótico profilaxis preoperatoria la cual fue mantenida durante siete días en post operatorio. La cirugía fue realizada en forma ambulatoria.

En ningún paciente se movilizó la uretra.

En todos los pacientes se logró un adecuado resultado estético con alargamiento y rectificación del eje del pene comparado con el tamaño y curvatura del preoperatorio.

No tuvimos complicaciones intra operatorias ni post operatorias inmediatas.

El alta médica fue otorgada en el día tras comprobar la adecuada tolerancia oral y la primera micción, con vendaje, antibiótico profilaxis y analgésicos orales.

El primer control post operatorio fue a las 48 hs. donde se realizó curación local.

Funcionalmente el chorro miccional fue adecuado y

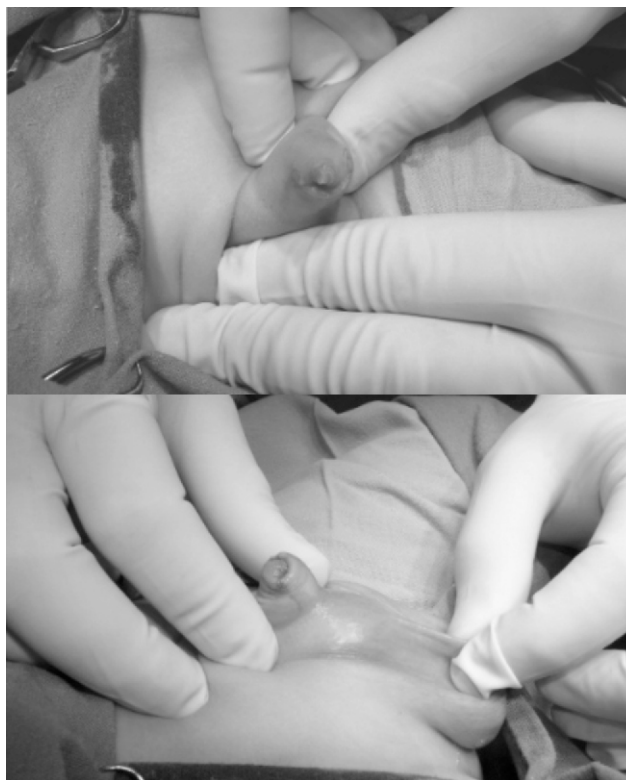


Imagen 2. Retracción de prepucio que muestra una fimosis puntiforme e implantación ectópica del escroto.

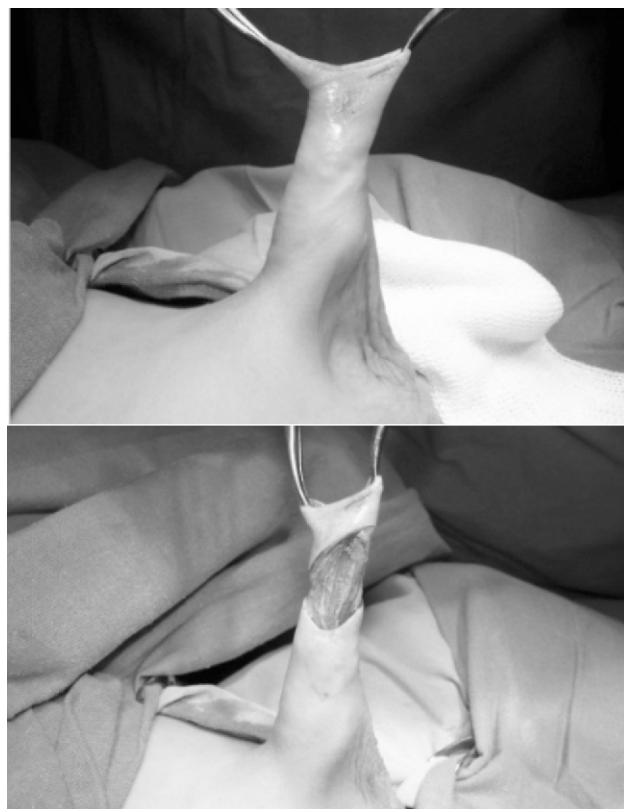


Imagen 3. Apertura y resección del anillo fimótico para exponer el glande

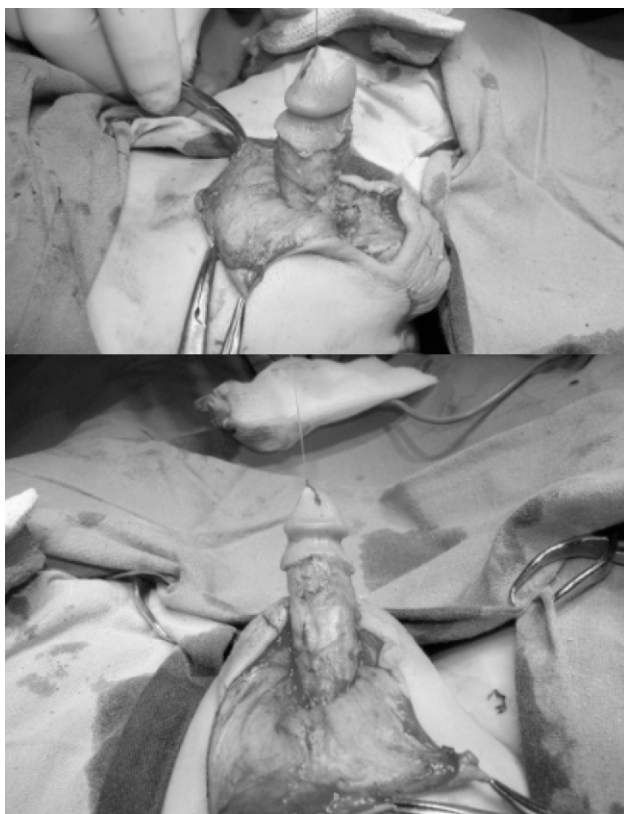


Imagen 4. Resección de la grasa pre púbrica e inguinal. Fijación desde el dartos o aponeurosis de la pared abdominal, hasta la albugínea de la cara dorsal, laterales y ventrales del pene. En este paso evitamos tocar la uretra a diferencia de las técnicas anteriormente descritas.

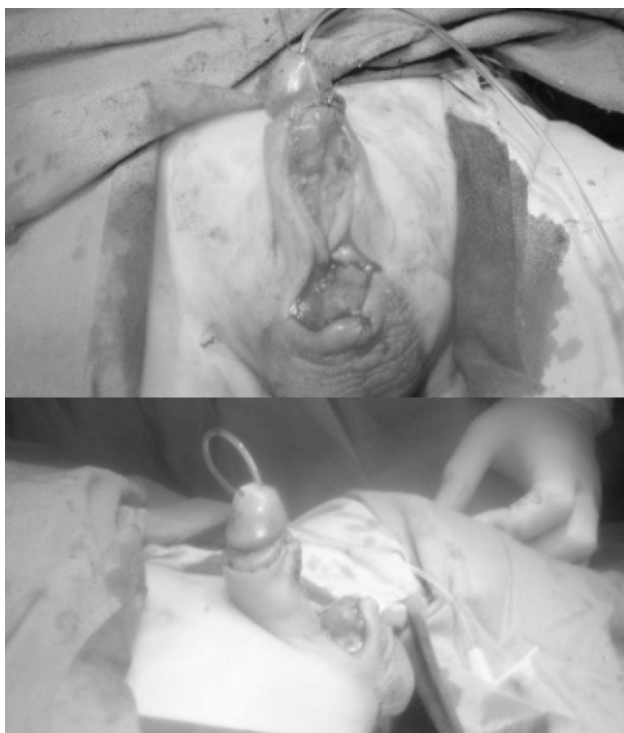


Imagen 5. Se afronta los bordes para realizar colgajo ventral y se suturó a la piel en la línea media y sub coronal con puntos simples con polidioxanona 6-0.

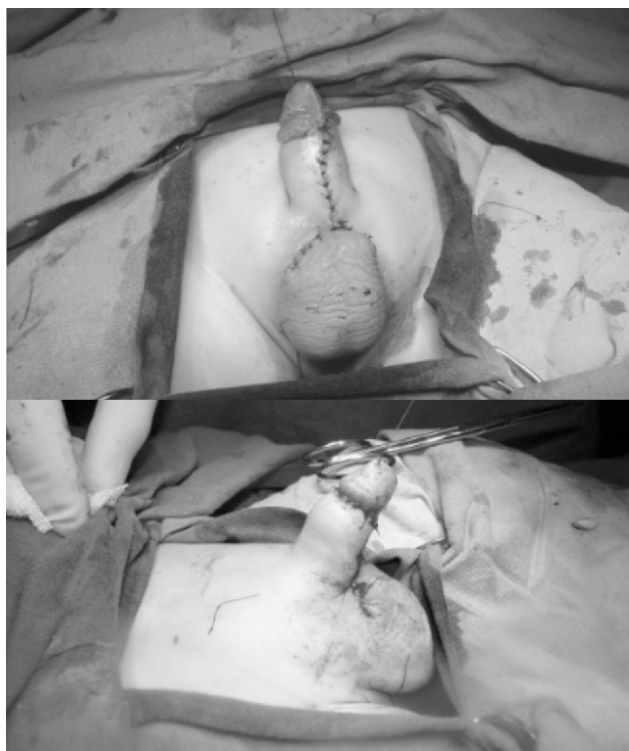


Imagen 6. Se realiza la reconstrucción del colgajo ventral con escroto plastia a puntos separados simples reabsorbibles 6-0, aspecto estético de la reconstrucción (imagen 6)

emitido por el meato uretral normalmente posicionado sin atrapa miento de orina

Todos los pacientes tuvieron erecciones rectas con ángulo peno escrotal normal (dato obtenido de la anamnesis con los padres en dos pacientes y uno verificado en la consulta).

Un paciente tuvo una dehiscencia parcial de dos puntos a nivel de la neo unión peno escrotal, la cual fue tratada con medidas locales no teniendo repercusión en el aspecto estético final.

A todos los pacientes de les realizo un análisis de orina en la segunda semana de post operatorio siendo todos normales.

No tuvimos reporte de complicaciones en el post operatorio alejado.

DISCUSIÓN

El pene oculto, indiscernible, inconspicuo, son sinónimos de una misma patología que es muy poco común. En centros de referencia con alto reclutamiento de patología se llegan a reportar de dos a ocho casos por año.

Esta patología comprende tres variedades anatómicas y clínicas distintas que son: pene membranoso, pene oculto y pene atrapado^{1,2}.

En la primera de estas alteraciones hay una anomalía en la piel escrotal redundante con una implantación alta sobre el eje ventral del pene, el cual es apenas visible. Se trata de una malformación congénita donde dónde no hay una fijación adecuada de la piel de la base del pene a los tejidos fasciales profundos de la base del falo. Esto permite que la piel se deslice

fácilmente haciendo poco visible el pene. Los cuerpos cavernosos, esponjosos y la uretra son normales^{4,7}.

En el pene oculto el defecto existente es el exceso de grasa a nivel supra púbico, lo cual no permite que el pene se vea de un tamaño adecuado^{8,9}.

El pene atrapado es una anomalía adquirida, posterior a una circuncisión donde se corta excesivamente la piel ventral 10-13, en ese caso el pene se retrae hacia el escroto y la piel de su base puede formar una cicatriz sobre el falo retraído quedando la base del glande pegada al escroto, esta variedad siempre requiere un tratamiento quirúrgico^{14,15}. Esta patología también fue descrita secundaria a la cicatrización de una cirugía de hidrocele, hernia, hipospadias y epispadias¹⁻³.

En los pacientes adultos otros procedimientos que pueden causar esta deformidad son la abdominoplastia, liposucción abdominal, y procedimientos para alargamiento de pene^{16,17}.

El diagnóstico puede pasar desapercibido o interpretarse como una simple fimosis, llevando a realizar procedimientos no indicados como la circuncisión y provocando complicaciones complejas y difíciles de reparar.

Las indicaciones para corrección quirúrgica son: El aspecto estético, funcional, dificultad para la micción, retención urinaria, globo prepucial, orina por desbordamiento a presión, dificultad para realizar higiene, balanopostitis e infección de vías urinarias recurrentes¹⁷.

Las complicaciones post operatorias descritas son: recidiva, linfedema post operatorio, hipertrofia y retracción de las cicatrices^{18,19}.

Las infecciones locales son poco frecuentes y responden adecuadamente al tratamiento antibiótico, aunque fueron reportadas revisiones quirúrgicas en 4% de los pacientes operados^{20,21}.

La recurrencia fue reportada en 5,3%²².

Hay una diversidad de técnicas propuestas para pacientes pediátricos y adultos que pueden ser empleadas para la corrección de esta patología; sin embargo todas tienen el mismo principio que es el de unir el eje del pene a las capas de la piel escrotal¹⁸⁻²³.

BIBLIOGRAFÍA

- Wein J, Kavousi R, et al. Campbell-Walsh Urology, Abnormalities of the Genitalia in Boys and their Surgical Management. Ch 126. 9th Edition, Ed. Panamericana 2007; p.3745-3760.
- Maizels M, Zaonts M, Donovan J. Surgical correction of the buried penis: Description of a classification system and a technique to correct the disorder. J Urol 1986;136(1Pt2):268-71.
- Crawford BS. Buried penis. Brit J Plast Surg 1977;30:96-9.
- Casale A, Beck S, Cain M, et al. Concealed penis in childhood: a spectrum of etiology and treatment. J Urol 1999; 162: 1165-8.
- Devine C, Jordan G, Horton C. Concealed penis. Soc Ped Urol Newslett 1984; Nov. 14:115.
- Shepard G, Wilson C, Sallade R. Webbed penis. Plast reconstruct Surg 1980; 66: 453.
- Johnson J, Other penile abnormalities. In: surgical Pediatric Urology. Edited by H.B. Eckstein, R. Hohenfellner, D.J. Williams. Philadelphia: W.B. Saunders Co, Chap. 7.2, 1977; 406-9
- Alter G, Horton C, Horton C jr. Buried penis as a contraindication for the circumcision. J Amer Coll Surg 1994; 178:487.
- Horton C, Vertsman B, Teasley D. Hidden penis release: adjunctive suprapubic lipectomy. Ann Plast Surg 1987; 19:31.
- Cromi W, Ritchey M, Smith R et al. Anatomical alignment for the correction of buried penis. J Urol 1998; 160: 1482-4.
- Pieretti RV, Goldstein AM, Pieretti-Vanmarcke R. Late complications of newborn circumcision: a common and avoidable problem. Pediatr Surg Int. 2010 May;26:515-8.
- Kon M, A rare complication following circumcision: the Concealed penis. Jour Urol 1983: 130: 573.
- Eroğlu E, Bastian OW, Ozkan HC. Et al. Buried penis after newborn circumcision. J Urol. 2009 Apr;181:1841-3.
- Redhakrishnan J, Reys H. Penoplasty for buried penis secondary to radical circumcision. J Ped Surg 1984; 19: 629
- Sapiro S. Surgical treatment of the buried penis. Urology 1987; 30: 554.
- Alter GJ, Ehrlich RM. A New Technique for Correction of The Hidden penis in children and adults. J Urol 1999;161:455-9.
- Espinosa C, Castro J, Abril Rodriguez B. Pene Oculto: manejo quirúrgico. Rev Mex Uro, 2011; 71: 128-131.
- Shaeer O, Shaeer K. Revealing the buried penis in adults. J Sex Med. 2009 Mar; 6:876-85.
- Rivas S, Romero R, Parente A, Fanjul M et al. Simplification of the surgical treatment of a hidden penis. Actas Urol Esp. 2011 ; 35(5):310-4. Pediatr Surg Int. 2009 Feb; 25:175-80.
- Perger L, Hanley RS, Feins NR. Penoplasty for buried penis in infants and children: report of 100 cases. Pediatr Surg Int. 2009 Feb;25:175-80.
- Wang TM, Chen HW, Chiang YJ, et coll. A simplified preputial covering technique to correct buried penis. Urol Int 2010; 84:10-3.
- Yu W, Cheng F, Zhang X, et coll. Minimally invasive technique for the concealed penis lead to longer penile length. Pediatr Surg Int 2010 Apr; 26:433-7.
- Borsellino A, Spagnoli A, Vallasciani S. Surgical approach to concealed penis: technical refinements and outcome. Urology 2007 Jun; 69:1195-8.