

TRAUMATISMO DE LOS GENITALES EXTERNOS (*)

Dres. Fernando Lucas Gaffré, Carlos A. Bortagaray y
Carlos A. Mandione

Relataremos la siguiente observación, atendida de urgencia en el hospital de Artigas por el Dr. Carlos A. Mandione, cuyo enfermo presentaba un traumatismo de los órganos genitales externos, con avulsión de la piel del pene y arrancamiento de un testículo.

En abril 16 de 1958, ingresa de urgencia J. d. l. P., de 52 años de edad, con una grave lesión de los órganos genitales externos, provocada por una máquina en un ingenio arrocero, la que le envolvió la ropa y con ella los órganos genitales, arrancándole toda la piel del pene, desde el surco balano-prepucial hasta el pubis, y desgarrándole la piel del escroto en su totalidad. Quedan al descubierto el testículo y el cordón izquierdo, anatómicamente sanos, mientras que el testículo y el cordón derechos fueron macerados y atricionados por el traumatismo.

Con anestesia local, el doctor Mandione, ayudado por el doctor René Signorelli, lo interviene, realizando la asepsia y extirpación de todos los tejidos mortificados y macerados, haciendo una limpieza y hemostasis cuidadosa. Se hace una logia para alojar el testículo sano izquierdo subcutánea, y se sutura el surco balano-prepucial a la piel del periné, dejando solamente el glande al exterior, quedando el resto del miembro enterrado en el tejido celular subcutáneo. Se deja sonda vesical a permanencia hasta la cicatrización. Cura plana, calmantes, suero antitetánico, antibióticos, siendo dado de alta con las heridas curadas.

Este enfermo ingresa al Servicio de Vías Urinarias del hospital Salto, 45 días después del accidente, presentando sus heridas cicatrizadas, del pene asoma sólo el glande en la región pubiana, como lo demuestran las fotografías que proyectamos.

Decidimos hacer la liberación del pene sumergido en el tejido celular, y cubrir la superficie cruenta con un injerto dermoepidérmico, lo que se realiza el día 12 de junio de 1958.

Dres. Fernando Lucas Gaffré y Carlos A. Bortagaray. Anestesia ge-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 19 de noviembre de 1958.

neral, pentotal, éter, intubación traqueal. Dr. Franco. Se hace la sección de la piel suturada al glande, maniobra que deja en libertad al pene, que recupera su tamaño al exteriorizarse. Con el dermatóomo eléctrico de Brown, tomamos de la parte superior del muslo y en zona desprovista de pelo, un injerto dermoepidérmico de tipo intermediario y del tamaño

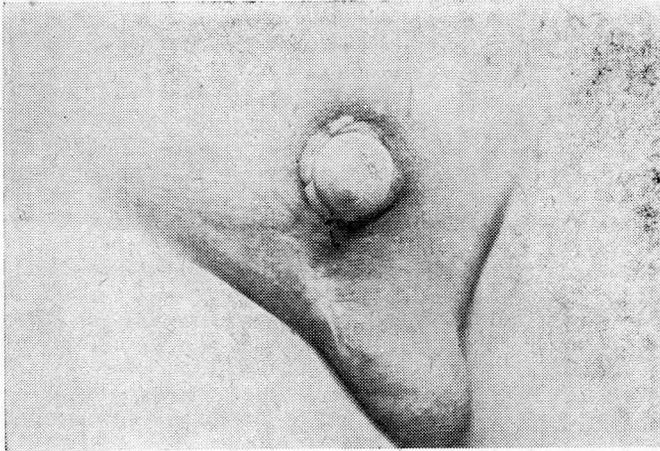


FIG. 1

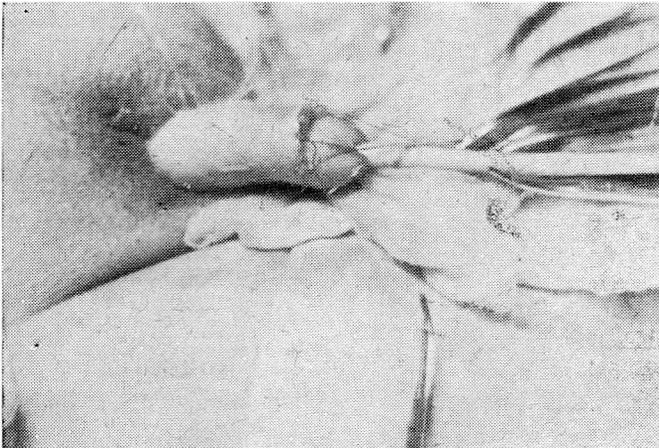


FIG. 2

necesario para recubrir el pene. Se coloca el injerto haciendo la sutura en el dorso y fijándola a la piel del pubis y al glande, como lo muestra la fotografía que proyectamos. El apósito confeccionado con gasa vaselinada y algodón, se fija a la manera de Barret-Brown con los cabos de los hilos de sutura dejados largos. Se coloca una sonda de Foley en per-

manencia. Antibióticos, sueros. Post-operatorio sin incidentes. Se vigila la curación para evitar cualquier inconveniente en el enfermo; se retiran los hilos que fijan el apósito a los ocho días, observándose que el injerto ha prendido en totalidad. El resultado final fue muy bueno, quedando solamente unas pequeñas zonas de piel, algo necrosadas. (Proyectamos las fotografías).

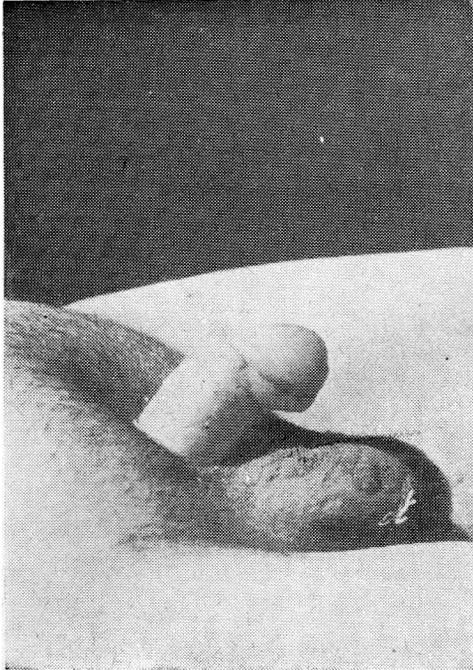


FIG. 3

CONSIDERACIONES

No es una lesión frecuente, el mecanismo por lo general es el mismo que produjo la avulsión de la piel en nuestro enfermo; es el arrollamiento de las ropas, tomadas con un engranaje de maquinaria en movimiento la que, a su vez, traba y arranca la piel de los órganos genitales. Se han publicado casos de lesiones semejantes, producidas por quemaduras, elefantiasis, enfermedades infecciosas y procedimientos quirúrgicos, como la circuncisión; el error de inyectar sustancias cáusticas en lugar de anestesia, como un caso de Borges, de La Habana, en que se inyectó alcohol en lugar de novocaína.

Pueden existir diversas lesiones: desde la avulsión simple de la piel del pene, del escroto y del periné, a las lesiones asociadas a traumatismos del testículo uni o bilaterales, y lesiones de los cuerpos cavernosos. Estas heridas producen grandes trastornos físicos y psíquicos en los pacientes que las tienen. La conducta a seguir frente a estos casos, varían de acuerdo a las circunstancias y a la forma de producirse. Si es en un enfermo examinado en los primeros momentos del accidente, una vez tratado el shock y si los tejidos no están muy atriccionados, se debe hacer el injerto inmediato, para recubrir el pene. Y si la piel de la región escrotal está también lesionada, se debe tratar de cubrir los testículos, aprovechando la piel remanente, o si no hacer colgajos de vecindad, o colocar los testículos en bolsillos fabricados en el periné, como lo hizo el Dr. Mandione, o en los muslos.

También se puede colocar el pene debajo de un colgajo de piel del abdomen, con el que se moldea luego la cobertura cutánea del órgano. Se han publicado algunas observaciones en que se apróvecha la piel del escroto para practicar dicho recubrimiento. Si la avulsión es producida por otros mecanismos que el traumático, infecciones, quemaduras, etc., debe tratarse primero el estado inflamatorio local, para proceder luego al injerto cutáneo. El injerto debe ser tomado en las zonas sin pelo y tiene que ser intermediario, un tercio a tres cuartos de espesor, calculándose bien su tamaño para que no haya ni demasiada ni poca tensión. La inmovilización se consigue colocando la sonda de Foley en permanencia y un apósito que se puede hacer de distintas maneras, habiéndonos dado buen resultado el procedimiento Barret-Brown.

BIBLIOGRAFIA

- HUFFMAN, W. C., CULP, D. A. y otros. — Injuries to the male genitalia; "Plastic and Reconstructive Surgery", 1956, XVIII, 344.
- BRUNER, J. — Traumatic avulsion of the skin the external male genitalia. "Plastic and Reconstructive Surgery", VI, 334, 1950.
- PFEIFFER, D. and MILLER, D. — Traumatic avulsion of skin of penis and Scrotum. "Plastic and Reconstructive Surgery", V, 520, 1950.
- THORECK, P. y EGEL, P. — Reconstruction of the penis vith aplit thickness skin graft. "Plastic and Reconst. Surg.", IV, 469, 1949.
- MAY, H. — Reconstruction of scrotum and skin of penis. "Plastic and Reconst. Surgery", IV, 134, 1950.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- DELLEPIANE Y RAWSON, R., KIRSCHBAUM, S. Sandwich method for immobilization of skin graft for loss of penile skin. "Plastic Recons. Surg.", VI, 235, 1950.
- BORGES, A. — Reconstrucción del pene con piel del escroto. "Revista Latinoamericana de Cirugía Plástica", I, 3, 43.
- PICK, J. F. — Surgery of repairs. Lippincot 1949, 642, 645.
- MAY, H. — Reconstructive and reparative surgery. F. A. Davis Co., 1947, 425, 426.