

SINDROME DEL PENE CURVO

Falsa uretra corta y sínfisis penoescrotal

Dr. GERMAN MÖLLER LEAL

Se conoce como pene curvo una malformación congénita no corriente, en que se observa una incurvación ventral del pene, que ha sido diversamente interpretada, pudiendo obedecer a distintas causas.

Es puesto en evidencia al nacimiento o poco después. Se comprueba un alargamiento de la cara dorsal y una disminución que puede ser muy marcada en la cara ventral, que a veces lleva el glande a una mínima distancia de la raíz peneana. El pene generalmente es pequeño y puede ser imposible curvarlo dorsalmente.

Para clasificar esta malformación, es muy importante precisar de entrada la situación del meato uretral. Si está ubicado en la parte ventral del pene, ya sea en situación coronal o más proximalmente, estaremos frente a una hipospadias y la incurvación ventral, casi constante, se debe a la estructura fibrosa conocida como cuerda uretral. No nos referiremos a este aspecto del síndrome de pene curvo, para limitar este trabajo al estudio de los casos en que la uretra desemboca en el sitio normal. Consideraremos en especial dos situaciones: 1º) la malformación conocida como *uretra corta*; 2º) la *sínfisis penoescrotal*.

1º) FALSA URETRA CORTA

En estos casos nos encontramos frente a un pene con el glande incurvado ventralmente, pudiendo estar junto al escroto, pero el meato ocupa una posición normal.

El prepucio toma una conformación similar a la observada en las hipospadias, muy exuberante en la parte dorsal, desaparece en el aspecto ventral del pene, donde hay escasez de piel y tejido celular, sobre todo en la parte distal.

Resulta imposible la incurvación dorsal del pene. Se ha considerado hasta ahora que esto era debido a que la uretra

es en estos casos congénitamente corta e inextensible, frenando la extensión del pene. La erección, por otra parte, exagera la incurvación ventral.

Corresponde a J. De Vecchi el mérito de haber modificado este concepto de manera neta, demostrando que en estos casos en realidad hay una lámina fibrosa suprauretral que se dirige desde el ángulo diedro que separa los cuerpos cavernosos hacia adelante, dividiéndose comúnmente en tres bandas que se dirigen al glande y lo mantienen en posición patológica.

Esta estructura fibrosa suprauretral es perfectamente diseccionable y su extirpación determina espectacular corrección de la curvatura ventral. El pene se extiende y la *uretra*, que *no es corta*, toma la dimensión normal sin ningún problema. Es decir, que se trata de una *falsa uretra corta* y esto ha podido ser perfectamente documentado.

Importancia del concepto

La importancia de esto es fundamental en lo que se refiere a la repercusión terapéutica.

Clásicamente, hasta nuestros días, el tratamiento de la llamada "uretra corta", cuando se ha efectuado, lo ha sido a través de la sección de la uretra en la parte anterior de la cara ventral del pene, a veces con sección o resección de tejidos fibrosos. Al extenderse el pene quedaba una extensa área sin uretra que, en etapas posteriores, era reconstruída con procedimientos utilizados para la reparación de la uretra en hipospadias. Los resultados postoperatorios han sido muy variables, con frecuentes fistulas que obligaban a múltiples tiempos operatorios.

En cambio, demostrado que la uretra corta verdadera no existe (al menos no la hemos comprobado en ningún caso), el tratamiento se simplifica enormemente. Es posible hacer la reparación en un solo tiempo operatorio, y los resultados, siguiendo los principios técnicos que describiremos, son uniformemente buenos.

Indicación operatoria

Creemos que esto ha cambiado también. Las dificultades técnicas que existían, determinaban que sólo se corrigieran los casos extremos de incurvación peneana, que hacían prever la imposibilidad presente o futura de realizar el coito. De acuerdo a los conceptos aquí expresados, la indicación operatoria puede extenderse a casos menos severos, con discreta incurvación, que al ser corregidos propenderán a un mejor desarrollo del pene.

Edad

Aquí, como en las hipospadias, puede ser discutible la mejor edad operatoria. Creemos que no hay inconveniente en efectuarla luego de los 6 meses de edad, aunque el ideal sea a mayor edad, entre primero y segundo año. Cuando el tratamiento quirúrgico se efectúa antes del año, es conveniente trabajar con lupa para una minuciosa extirpación de la fibrosis suprauretral.

Anestesia

Se procede bajo anestesia general.

Técnica quirúrgica

a) *Colocación de sonda vesical.*— Facilita la disección. Debe estar correctamente colocada en la vejiga, sin exagerar la introducción.

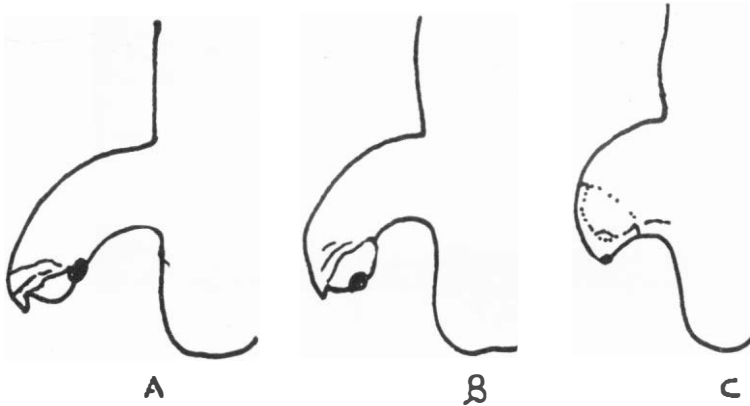


Fig. 1.— Se esquematizan los tres tipos fundamentales que comprende el síndrome de pene curvo. A) Hipospadias. B) Falsa uretra corta. C) Sínfisis penoescretal.

b) Facilita mucho la disección el operar bajo *campo exangüe*, colocando una banda elástica en la base del pene al comienzo de la operación, que suprime temporariamente la circulación. Antes de efectuar la sutura, se retira la banda elástica para realizar la hemostasis.

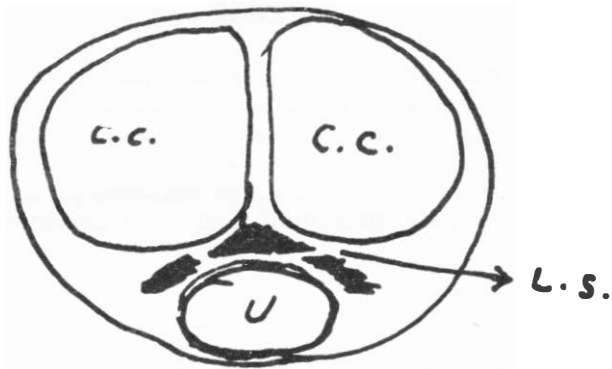


Fig. 2. Esquematación a través de un corte transversal de pene de la topografía frecuente de la lámina fibrosa supra y periuretral dividida en tres sectores: uno mediano y dos laterales (L.S.).
U: Uretra penéana. C.C.: Cuerpos cavernosos.

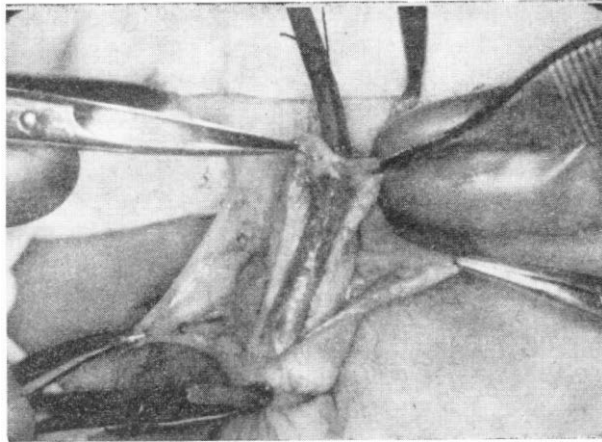


Fig. 3.—Se muestra la disección llevada a cabo en un caso de síndrome de falsa uretra corta para obtener una correcta extensión del pene. El área cruenta residual se cubre con un colgajo de piel prepucial.

c) *Incisión.*—Esta difiere, según se trate de un caso de incurvación leve o de una forma grave.

En los casos leves, se efectúa una incisión transversa inmediatamente detrás del surco coronal, que permite descubrir fácilmente la uretra levantada por la sonda.

En casos graves, con deformidad acentuada, es preferible complementar la incisión transversa con un trazo vertical en sentido proximal, que permite una más adecuada exposición.

d) La etapa siguiente consiste en disecar y separar la uretra en su parte distal, exponiendo los tejidos suprauretrales. Aquí es que se comprueba la existencia de una lámina fibrosa que se insinúa entre los campos cavernosos y se extiende distalmente hasta el glande en tres sectores: uno mediano y dos laterales. Al seccionar y extirpar esta formación fibrosa, el pene se extiende completamente, ganando en longitud, sin que la

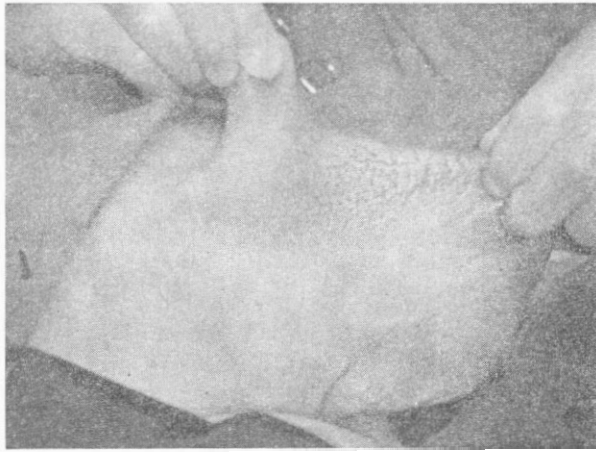


Fig. 4. Síufisis penoescrotal.
El tamaño aparente del pene es muy pequeño.

uretra signifique ningún obstáculo. También resulta posible la incurvación dorsal. Es posible, como en la hipospadias, liberar hasta el extremo de los cuerpos cavernosos.

e) Al extender el pene, resulta evidente la falta de piel en la parte ventral del mismo y la falta de tegumentos será más amplia cuanto mayor sea el defecto previo. Para cubrir el área cruenta quirúrgica deberá efectuarse una plastia, utilizando para ello la piel del prepucio, redundante en la parte dorsal del pene, siguiendo cualquiera de las técnicas conocidas que se utilizan en los casos de hipospadias. Nos resulta adecuada la técnica de Byars con alguna modificación.

Se colocan pinzas o puntos de hilo tractores en la parte media del limbo prepucial, así como en las zonas laterales a igual distancia de la parte central.

Se hace una incisión que sigue el surco coronal a unos 3 ó 4 mm. del mismo y que se extiende en la parte lateral y ventral hasta unirla a la incisión transversa descrita al principio para abordar la región.

Se separa el tegumento recurrente prepucial de aspecto mucoso de la piel propiamente dicha, cuidando de respetar la vascularización de esta última y se elimina este sector mucoso, más frágil y no necesario para la reparación. En el dorso de este

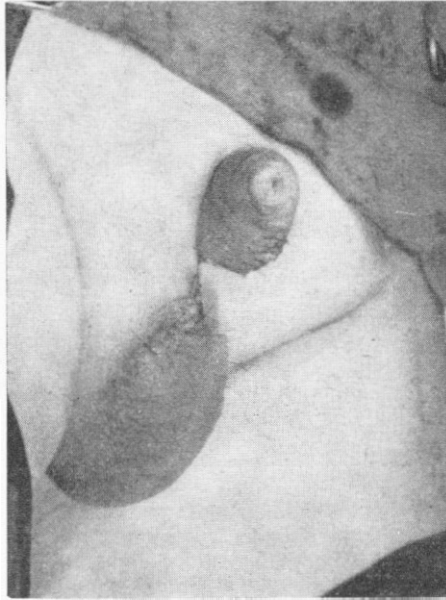


Fig. 5.— Corrección quirúrgica al término de la operación.

colgajo extenso prepucial que se mantiene traccionado distalmente, se hace una incisión longitudinal que llega exactamente sin tensión frente al surco coronal, de modo que se crean dos colgajos laterales de piel prepucial.

f) *Hemostasis*.— En este momento, antes de iniciar la sutura de los colgajos, se procede a la hemostasis que debe ser muy cuidadosa, para ponerse al cubierto de hemorragias postoperatorias o hematomas que puedan comprometer la vitalidad de los colgajos o hacer peligrar las suturas.

Para ello se saca la banda elástica de la base del pene y se aplica una compresa con suero tibio y luego de unos minutos se ligan todos los vasos que continúan sangrando, utilizando para ello catgut 5 ceros, o si es posible, por razones anestésicas, electrocoagulación.

g) *Sutura*.— Se aplica el punto dorsal mediano entre la piel del extremo de la incisión longitudinal y el tegumento de la parte mediana del surco coronal. Se continúa suturando lateralmente para realizar finalmente la sutura de la zona ventral, pudiéndose extirpar previamente la piel redundante y lograr un mejor resultado estético. Como material de sutura se prefiere, en niños pequeños, catgut cromado 4 ceros o 5 ceros, para evitar las dificultades que implica a esta edad el retiro de los puntos. Si el paciente está en condiciones de colaborar, se utilizará seda 5 ó 6 ceros, que es mejor tolerada por los tejidos.

h) *Apósito*.— En esto se puede seguir dos conductas: una es la de no colocar ningún apósito o una gasa simple o vaselinada suelta, que se cambia toda las veces que sea necesario.

La otra, es aplicar un apósito suavemente compresivo que puede ser elástico, con la finalidad de evitar hematomas. Si este tipo de curación no es bien aplicado, puede tener efectos exactamente opuestos a los buscados, por dificultar el retorno venoso.

i) *Cuidados postoperatorios*.— La sonda vesical, en lo posible, se mantiene durante dos a cuatro días, permitiendo mantener seca la zona operatoria. En lactantes es importante, luego de retirada la sonda, no utilizar pañales hasta que se complete la cicatrización, pues éstos, al empaparse de orina, pueden macerar la herida.

Si se utilizó material de sutura no absorbible, éste será retirado alrededor del noveno día.

Resultados

Los resultados son buenos en todos los casos, a condición de que se cumplan las dos principales premisas: resección de todo el tejido fibroso suprauretral responsable de la malformación y, en segundo lugar, de que se proporcione adecuada cobertura tegumentaria al área cruenta determinada por la corrección de la curvatura.

2º) SINFISIS PENOESCROTAL

Esta es una malformación congénita que resulta poco frecuente en su forma grave, pero que es relativamente más común en su forma leve.

Se trata de niños que son llevados a la consulta por sus padres con la queja de que el pene es muy pequeño, casi no se ve. Esto motiva una grave preocupación familiar.

Al examen se presenta el pene con un prepucio normal o más comúnmente de tipo fimótico, con el meato uretral en posición normal. No hay carencia tegumentaria en la parte distal de la cara ventral del pene. El frenillo es corto casi siempre y puede tender a incurvar el glande en sentido ventral. El ángulo penoescrotal ha desaparecido y la piel escrotal pasa directamente a la parte distal de la cara inferior peneana, llegando en algunos casos a la altura del prepucio, lo que determina, por tracción, una apariencia incurvada del pene.

En ciertos casos estos hechos se ven acompañados por un acortamiento marcado del ligamento suspensor del pene que tracciona marcadamente hacia arriba la base del mismo. El tamaño del pene puede ser realmente más pequeño que lo normal, lo que hace más dramático el problema.

Tratamiento

Este se emprende habitualmente después del año, pero puede efectuarse antes. La consulta al cirujano casi siempre es precoz y hay presión de parte de los familiares para rápida solución del problema, al igual que en cualquier otro tipo de malformación.

Bajo anestesia general se efectúa una incisión transversal amplia en la zona del futuro ángulo penoescrotal. En los casos más simples puede bastar la sutura longitudinal de la piel, interrumpida con alguna plastia en Z. Esto soluciona la malformación, aumentando el tamaño aparente del pene de manera notable.

Cuando existe una marcada tracción superior por parte del ligamento suspensor del pene, éste debe ser expuesto por una incisión transversa adecuada. El ligamento suspensor tiene tres hojas verticales: una mediana compuesta de fibras elásticas predominantemente y dos laterales de estructura fibrosa. Por medio de una plastia en Z se procede a alargar el ligamento, con lo que se descende la base del pene y contribuye a aumentar su tamaño aparente. No conviene efectuar la sección simple del ligamento, pues esto puede significar problemas futuros en relación con la erección.

De manera simple pues, queda solucionado un problema de gran repercusión psíquica familiar.

En la misma intervención se trata, si existen, la fimosis y frenillo corto concomitantes.

RESUMEN

Se estudia el síndrome del pene curvo, sin considerar la malformación que más frecuentemente lo determina: la hipospadias. Se estudian los casos en que el meato uretral tiene ubicación normal, o sea la llamada uretra corta y la sínfisis penoescrotal.

Con respecto a la primera, se concluye que no existe en realidad uretra corta. Esta es normal y una fibrosis suprauretral es la que determina la incurvación ventral del pene. Se expone la técnica operatoria.

Se estudia en segundo lugar la sínfisis penoescrotal, malformación poco frecuente, que tiene una solución quirúrgica simple una vez diagnosticada.

BIBLIOGRAFIA

1. DE VECCHI, Jorge.— Síndrome del pene curvo. "Revista de Cirugía Plástica del Uruguay", Vol. IV, N° 4, pág. 16; diciembre 1963.
2. WELCK KENETH, J.— Hipospadias. "Pediatric Surgery". Vol. II. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1962.
3. MONTI, J.— "Hipospadias en el niño".