

PENE PALMADO

DRA. SONIA SIREBRENK COHEN

Clínica Arauco, Santiago.

RESUMEN

En la anatomía normal de los genitales externos masculinos, existe entre el pene y el escroto un ángulo de más o menos 90°. Pene Palmado (PP) es la condición en la cual hay ausencia del ángulo peno-escrotal normal.

El presente trabajo muestra 22 casos clínicos de PP corregidos durante la infancia por la autora. Se analizan los motivos de consulta, la técnica quirúrgica utilizada en su corrección, y los resultados estéticos y funcionales. Se realiza, además, revisión de la literatura. Se utilizaron 3 técnicas para corregir el PP: 1) técnica de Johnston (4 casos), 2) técnica de Smeulders (4 casos) y 3) técnica de Z-plastías múltiples propuesta por la autora (14 casos). Los resultados funcionales en toda la serie fueron satisfactorios. El resultado estético fue bueno en todos, excepto en 1 caso de un niño de 9 años, previamente circuncidado. La autora propone su técnica de Z-plastías múltiples para la corrección del PP por lo fácilmente reproducible y sus buenos resultados estéticos y funcionales.

ABSTRACT

In the normal anatomy of the male genitalia an angle of about 90° exists between the penis and the scrotum.

Webbed penis (WP) is defined when the normal peno-scrotal angle is absent. The present report shows 22 cases of WP at different ages during childhood, the reasons why they asked for an expert opinion, the surgical treatment, and the excellent cosmetic and functional results. The medical literature is also reviewed. Three techniques were used to repair the WP: 1) Johnston (4 cases), 2) Smeulders (4 cases) and 3) the technique proposed by the author (14 cases). The functional results were good in all the cases. The cosmetic results were good in all but one patient, a nine year old boy who was circumcised at age 3. The author proposes a technique of multiples Z-plasties for correction of WP because it is easily reproducible and has good cosmetic and functional results.

KEY WORDS: *Webbed Penis, Inconspicuous Penis, Buried Penis, Concealed Penis, Penoscrotal Fusion, Penoscrotal Pterygium.*

INTRODUCCIÓN

Estructuralmente, la piel normal del escroto se continúa hasta la base del pene formando un ángulo peno-escrotal de más o menos 90°, dando paso así a una cobertura dérmica peneana libre de vellos (Fig. N° 1).

El pene palmado es una condición congénita de los genitales externos masculinos, en la cual la inserción normal del escroto en la base del pene está alterada, ubicándose más arriba, a cualquier altura a lo largo de la cara ventral del pene (Fig. N° 2).

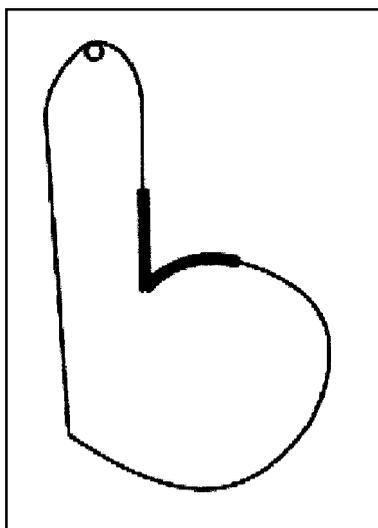


Figura 1. Angulo pene escrotal normal.

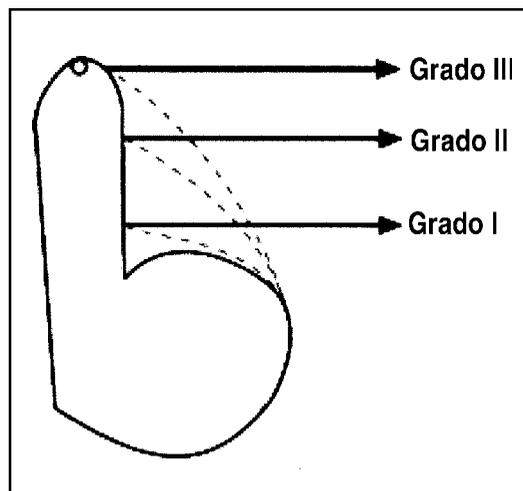


Figura 3. Pene palmado: clasificación.

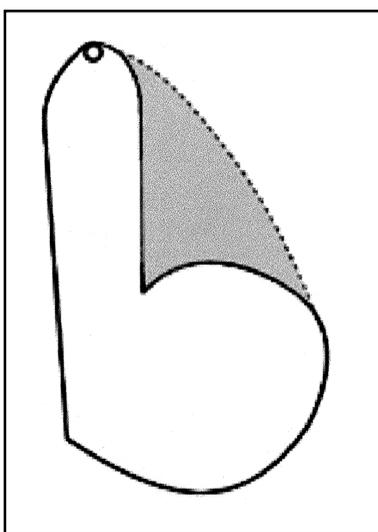


Figura 2. Pene palmado.

Se produce así, una desaparición del ángulo peno-escrotal normal^{1,2}. Existen distintos grados de PP, más o menos pronunciado, de acuerdo a la altura en donde se inserte el escroto en el pene (Fig. N° 3).

El pene queda entonces fusionado con los pliegues de la piel del escroto, produciéndose un efecto visual de un micropene³. Los grados II y III requieren de tratamiento quirúrgico, ya que la mitad o más de la mitad del pene está cubierto con la piel del escroto, en cambio el grado I no requiere tratamiento alguno. Dada esta inserción alta

del escroto en el pene, el PP siempre se asocia a una fimosis. Max Maizels (Fig. N° 4) clasificó los desórdenes que ocurren a nivel peneano, y se refirió principalmente al pene «enterrado» o «buried penis»⁴. Éste en un buen trabajo, que pretende enfatizar la necesidad de clasificar y buscar la causa anatómica en cada caso, de modo que el tratamiento sea el adecuado para cada alteración peneana. El presente trabajo se refiere exclusivamente al PP.

La literatura médica describe al PP como una condición poco común^{5,6}, que se puede presentar como una condición aislada o asociada frecuentemente a hipospadias^{1,2}.

La presencia de PP trae consigo una higiene dificultosa, la presencia de episodios de balanitis, dificultad en sostener el pene durante la micción y, consiguientemente, el mojarse los pantalones durante la micción, consecuencias psicológicas con disminución en su autoestima por vergüenza frente a sus pares por este aspecto de micropene^{3,6}, y en casos muy avanzados, disfunción sexual al interferir en la penetración durante el coito^{2,7}.

Las técnicas propuestas para la corrección de esta patología son múltiples y variadas^{1,2,4-12}. Lo esencial de todas estas técnicas es producir, de diferentes formas, un alargamiento del escroto, bajando el punto de inserción anormal de éste hasta ubicarlo en su sitio normal de inserción, es decir, en la base del pene. A la autora le parece que las técnicas que mejor logran este objetivo, conservando la anatomía de los genitales externos masculinos, son las 3 que se presentan en el presente trabajo: 1) Johnston¹², 2) Smeulders¹¹ y 3) la propuesta por la autora.

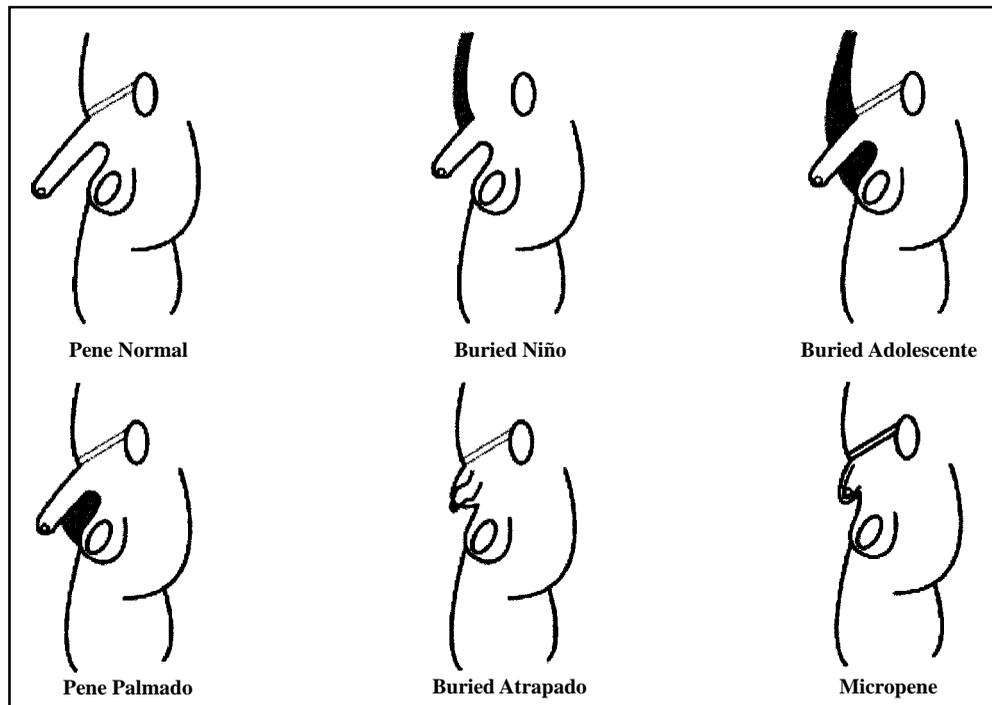


Figura 4. Max Maizels J Urol 136; 268-271, 1986.

Los resultados publicados hasta la fecha corresponden a más de 170 casos publicados en los Estados Unidos de Norteamérica, Inglaterra y Singapur^{1,2,4-12}, con resultados variables respecto al aspecto estético, y todos con buenos resultados respecto al aspecto funcional.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es presentar una serie personal con los resultados de 22 casos de PP en niños, operados con tres técnicas diferentes, una de ellas una variación propuesta por la autora. Se analizan los motivos de consulta, las edades en el momento de la intervención quirúrgica y los resultados de cada técnica utilizada. Se efectuó, además, revisión de la literatura biomédica sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta serie está compuesta por 22 casos de niños entre 3 meses y 12 años de edad, operados en forma ambulatoria por la propia autora, en el período comprendido entre no-

viembre de 1997 y junio del 2002. Se analizó la edad, el motivo de consulta, la técnica quirúrgica utilizada, las complicaciones y los resultados tanto estéticos como funcionales en las distintas técnicas. Los resultados funcionales se evaluaron por la facilidad para orinar, la dirección del chorro miccional y la erección. El resultado estético se determinó por la objetividad en la apreciación del operador al comparar el preoperatorio con el postoperatorio, considerando la liberación del pene, el aumento de largo de éste y la forma de la base del escroto, y la satisfacción del niño y sus padres en la mejoría del aspecto de sus genitales externos.

En 4 casos se utilizó la técnica descrita por Johnston JH¹², que corresponde a una incisión transversal en la parte más ancha del escroto palmado, seguida de una sutura longitudinal con puntos separados de Vicryl 5/0 (Fig. N° 5).

En 4 casos se utilizó la técnica descrita por N. Smeulders¹¹, donde se dibujan 2 puntos a ambos lados de la base del pene afrontando la piel escrotal que está palmada, como dejando la base del pene libre de piel sobrante y con el adecuado ángulo peno-escrotal. Un tercer punto es dibujado equidistante en el rafe del escroto, desde donde partirá la incisión, la cual continuará hasta los dos pun-

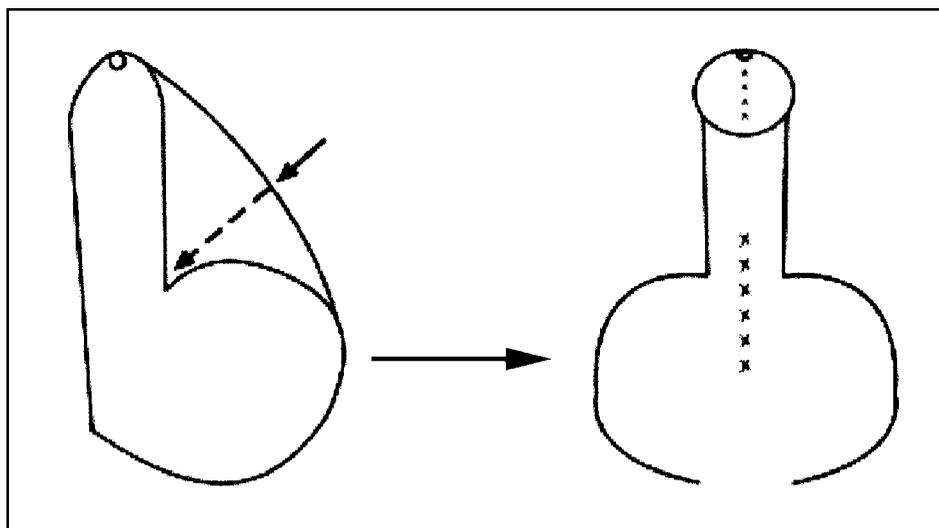


Figura 5. Johnston J. H. BR J Urol 1974, Dec 46 (6): 685-8.

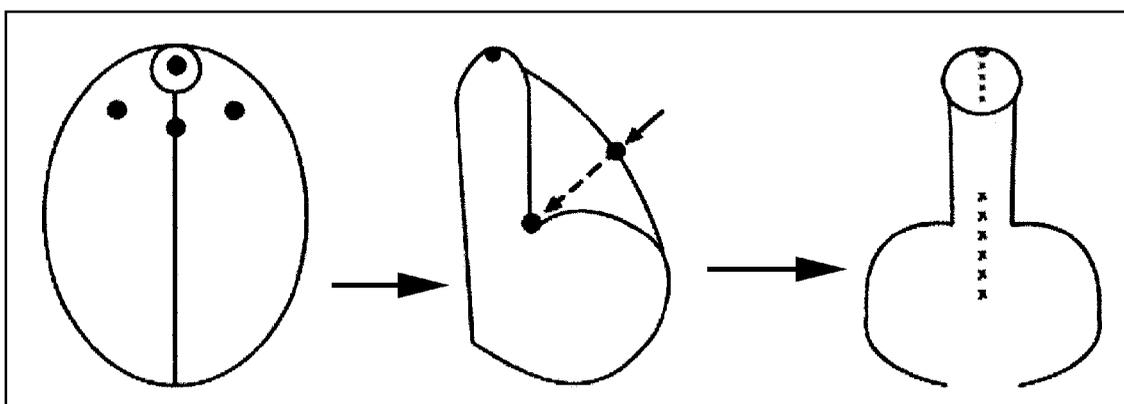


Figura 6. Smeulders D. T. Br J Urol International, 2000, 86, 523-52.

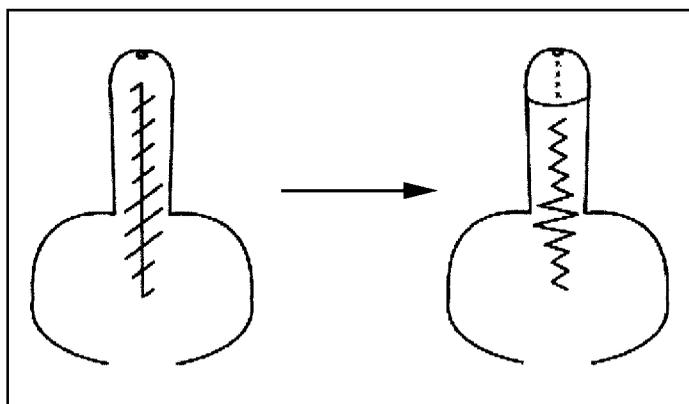


Figura 7. Sirebrenik S. 1990-2002.

tos inicialmente marcados. Se disecciona muy bien el celular subcutáneo liberando el pene, hasta ver claramente la fascia de Buck. La sutura se realiza en dos planos utilizando catgut simple 5/0 con puntos separados, procurando poner el primer punto en la base del pene para asegurar, de este modo, un buen ángulo peno-escrotal (Fig. N° 6).

Con la técnica propuesta por la autora se operaron 14 casos, consistente en una técnica de Z-plastías múltiples desde la punta del prepucio hasta la mitad del escroto (Fig. N°7).

Se dibujan las Z-plastías con azul de metileno a lo largo de todo el rafe del escroto

mal inserto, en lo alto del pene y hasta el escroto bajo. Se utilizan pequeñas Z- plastías en el cuerpo del pene y Z - plastías más amplias desde la base del pene hacia abajo, liberándolas cuidadosamente y efectuando una rigurosa hemostasia con diatermia. La sutura usada en los primeros casos fue Monocryl 5/0 y los casos posteriores, Catgut simple 5/0.

En todos los casos se efectuó, complementariamente, una circuncisión con una sutura corrida con Catgut simple 5/0. No se utilizó vendaje ni derivación urinaria en todos los casos de PP, sin otra malformación asociada.

A un paciente, que presentó además una epispadias, se le realizó además la corrección de ésta con la técnica de Ransley¹³. En los dos casos que presentaron una hipospadias; en un caso se le realizó una operación tipo MAGPI¹⁴ y en el otro paciente, previamente circuncidado, se decidió no realizar una uretroplastía, por lo leve de su defecto (meato a nivel glandular).

El período de seguimiento de esta serie fue de 2 meses a 5 años.

RESULTADOS

El análisis retrospectivo de esta serie demostró una distribución por edad al momento de la cirugía descrita en la Tabla N° 1, donde vemos que el 22% de los casos eran menores de 1 año y que el 50% fue operado en edad escolar, de los cuales dos pacientes eran mayores de 10 años.

Tabla N° 1. Grupos etarios

Grupos etarios	N°
Menores de 1 año	5
Entre 1 y 5 año	7
Mayores de 5 años	10

Al considerar el motivo de consulta de estos 22 niños con PP encontramos que: siete niños consultaron con el urólogo infantil por micropene, 6 casos por fimosis, 2 recién nacidos con la sospecha de ausencia del pene, 1 niño porque «se mojaba los pantalones» al orinar, 1 por hipospadias y 5 niños consultaron por dificultad al orinar: De este último grupo, dos pacientes tenían el antecedente de infecciones urinarias previas, y un lactante de 3 meses tuvo como hallazgo intraoperatorio una vejiga prepucial.

Un niño de 9 años, que consultó por micropene, tenía el antecedente de haber sido circuncidado a los 3 años de edad y un niño de 7 años, que consultó por fimosis, tenía el antecedente de balanitis a repetición.

Entre las malformaciones asociadas encontramos en esta serie una epispadias con prepucio completo, que fue hallazgo intraoperatorio y dos hipospadias, una descubierta al momento de la consulta, quien además estaba circuncidado por razones religiosas al nacer. El otro paciente con hipospadias tenía el diagnóstico hecho al momento de la consulta.

Todos los pacientes fueron operados sin incidentes, en forma ambulatoria, con un tiempo quirúrgico de la plastía de escroto más la circuncisión entre 60 y 90 minutos, dependiendo de la técnica elegida, siendo la Z-plastías múltiples la que requiere de mayor tiempo quirúrgico.

Ningún paciente presentó complicaciones infecciosas ni hemorrágicas en el postoperatorio.

Con respecto al resultado funcional, ninguno presentó dificultad para orinar, ni incurvación peneana por retracción cicatricial, durante el seguimiento.

Casi la totalidad de los niños y sus padres manifestaron en el postoperatorio satisfacción por el resultado estético obtenido, indistintamente de la técnica utilizada. Sólo el niño de 9 años, previamente circuncidado, tuvo un resultado, tanto para la autora como para el paciente y sus padres no satisfactorio, obteniendo una corrección insuficiente de su aspecto de micropene. Este PP fue corregido con la técnica de Z-plastía múltiples, requiriendo en un futuro una nueva corrección. El niño que consultó por que «se mojaba los pantalones» al orinar, nunca más volvió a hacerlo. De los cinco niños que consultaron por dificultad para orinar, a todos se les corrigió el problema.

Los resultados estéticos en el paciente con epispadias y los dos pacientes con hipospadias (uno circuncidado previamente) fueron buenos, al igual que sus resultados funcionales.

Al considerar la forma final de la base del escroto, la técnica propuesta por la autora de Z-plastías múltiples, confecciona un aspecto anatómico más adecuado al compararla con las otras dos técnicas utilizadas, lo que se puede evidenciar al comparar las 3 técnicas entre sí, las 2 primeras producen una separación más abrupta entre el pene y el escroto, en cambio la técnica propuesta por la autora deja una separación entre pene y escroto más armónica. Sin embargo, con las 3 técnicas utilizadas en esta serie se logra un muy buen ángulo peno-escrotal.

DISCUSIÓN

Para una función normal, la piel que envuelve al cuerpo del pene debe tener una movilidad libre y absoluta, sin uniones patológicas al escroto para permitir así una buena y completa erección, obteniendo como resultado una vida sexual y psicológica normales. Con la presencia de pene palmado se puede lograr un embarazo de la pareja, pero la gratificación sexual y la autoestima del hombre están fuertemente disminuidas⁷, y a pesar de que el PP no es un problema de vida o muerte, merece una corrección quirúrgica a edad temprana, para evitar frustraciones y traumas psicológicos. Esperar a que la pubertad, con sus cambios hormonales, arregle este problema, no tiene ninguna base científica, y por otro lado, los niños tienen conciencia de su problema anatómico mucho antes que lleguen a ella, por lo que corregirlo más temprano que tarde, puede hacer la diferencia entre un niño contento y con una buena autoestima; con un niño primero y hombre después psicológicamente dañado^{4-6,8,9}.

La literatura biomédica dice que el PP se asocia frecuentemente a otras patologías, principalmente a hipospadias^{1,2,8} y hay un caso descrito asociado a sindactilia del pie izquierdo⁸. En la presente serie no sucede así, sólo se encontraron dos hipospadias y una epispadias, presentándose la mayoría de los casos como una patología aislada. Por otro lado, se describe al PP como una patología poco común^{5,6}, pero la impresión de la autora es que ésta es una patología sub-diagnosticada, ya que de esta serie, 7 niños consultaron por micropene y 6 por fimosis, 2 recién nacidos por sospecha de ausencia de pene, 1 por que se mojaba los pantalones, 1 por hipospadias, y 5 niños por dificultad para orinar, y en todos ellos no se tenía el diagnóstico de PP, y sólo el hallazgo al examen físico por la autora, detectó esta condición.

El PP produce dificultad para realizar una buena higiene prepucial⁶, y en esta serie encontramos 2 pacientes con el antecedente de infecciones urinarias previas y uno tenía el antecedente de balanitis a repetición. El PP se asocia siempre a fimosis y en algunos casos, cuando la inserción del escroto en el pene está alta, la fimosis es extremadamente puntiforme produciendo gran dolor y dificultad para orinar. En esta serie, 5 niños consultaron alarmados por este motivo, a uno de los cuales (lactante de 3 meses) se le encontró una vejiga prepucial, al momento de efectuar la circuncisión.

La literatura biomédica describe la importancia de diagnosticar un PP antes de efectuar una circuncisión¹⁵, ya que

esta cirugía agravaría aún más la condición de PP y su corrección, aumentando así el aspecto de micropene. En esta serie, existe un niño de 9 años portador de un PP con el antecedente de haber sido circuncidado a los 3 años de edad, y es el único de esta serie con malos resultados estéticos, tanto para el niño y sus padres, como para la autora.

Se han descrito muchas técnicas quirúrgicas para resolver esta patología^{1,2,4-9,11,12,19}, todas con un resultado estético variable. A juicio de la autora, los mejores resultados descritos son los de Johnston¹² y los de Smeulders¹¹ produciendo un muy buen ángulo peno-escrotal. Sin embargo, el aspecto de la base del escroto no queda muy anatómico con estas técnicas, por lo que se propone como mejor resultado estético final la técnica propuesta por la autora, consistente en Z-plastías múltiples dibujadas desde la punta del pene hasta lo más bajo en el escroto, lográndose un buen resultado funcional y estético global.

Las edades de los pacientes de esta serie son variadas y comprometen a todas las etapas de la niñez, desde recién nacidos, lactantes, hasta escolares al momento de su consulta y desde lactantes hasta escolares, al momento de su corrección quirúrgica. Llama la atención, que casi la mitad de los niños corresponden a niños en edad escolar (10 casos), etapa tardía, en la cual ya deberían tener su problema solucionado para no tener problemas psicológicos frente a sus pares.

CONCLUSIÓN

El PP es una patología que no debe ser subestimada, ya que para el niño y para el adulto representa una disminución importante de su autoestima y de su gratificación sexual. Por esto, se hace necesario reconocer esta entidad en edad temprana de la niñez, asegurando así que la entrada al colegio será con la anatomía de sus genitales externos absolutamente normalizado, evitándole al niño problemas psicológicos por mala autoestima.

El PP es más frecuente de lo pensado, sólo falta detectarlo, realizando un acucioso examen físico a los pacientes. Por esto, la autora afirma que ésta es una patología frecuente, sólo que está subdiagnosticada.

Las patologías asociadas no son frecuentes, como lo describe la literatura, más bien corresponden a una entidad aislada. En la serie, hubo 2 hipospadias y 1 epispadias, ésta última muy infrecuente, pues se presentó con prepucio completo, cubriéndola completamente, lo que no fue encontrado en la revisión de la literatura.

Los resultados son estética y funcionalmente satisfactorios con las 3 técnicas empleadas, sólo que el aspecto escrotal final es superior con la técnica que propone la autora. Mención especial merece el recalcar que se debe evitar efectuar una circuncisión a todo paciente portador de PP, resolviendo primero esa afección y a continuación, la fimosis para no agravar la condición de PP, ni dificultar su corrección ulterior.

Finalmente, el PP es una patología de fácil diagnóstico y tratamiento a temprana edad, la cual puede realizarse en forma ambulatoria y sin complicaciones. En general, es una patología cuyos resultados quirúrgicos otorgan mucha satisfacción, tanto para el urólogo infantil, como para el niño y sus padres. La técnica de Z-plastías múltiples propuesta en este trabajo por la autora es fácil, segura y ofrece excelentes resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. SHEPARD GH: Webbed Penis Plas and Recons. *Surg* 1980; Sep, 453-54.
2. DILLEY AV. Webbed Penis. *Ped. Surg Int* 1999; 15: 446-48.
3. LEE PA. Micropenis. I. Criteria, Etiologies and Clasification, *The Johns Hopkins Med J* 1980; 146: 156-63.
4. MAIZELS M. Surgical Correction of The Buried Penis: Description of a Classification System and a Technique to Correct the Disorder. *J. Urol* 1986; 136: 258-71.
5. JOSEPH VT. A new approach to the surgical correction of buried penis. *J Ped Surg* 1995; 30: 727-29.
6. CASALE AJ: Concealed Penis in Childhood: A spectrum of etiology and treatment. *J Urol* 1999; 162: 1165-68.
7. GLANZ S. Adult congenital penile deformity. Plast and recons. *Surg* 1968; 41: 579-80.
8. MASIH BK. Webbed Penis. *J Urol* 1974; 111: 690-92.
9. SHAPIRO SS. Surgical treatment of the buried penis. *Urol* 1987; 30: 554-59.
10. ALTER G. Augmentation Phalloplasty. *Urol Clin North Amer*; 1995 22: 887-902.
11. SMEULDERS S. The buried penis - an anatomical approach. *BJU Int*; 2000 86: 523-26.
12. JOHNSTON JH. Lengthening of the congenital or acquired short penis. *Br J Urol*; 1974 46: 685-88.
13. RANSLEY PG. *Epispadias repair, operative surgery* 4th Edn. Butter Worth, London, pp 627-32; 1988.
14. Duckett JW. MAGPI: a procedure for subcoronal hypospadias. *Urol Clin Noth Am*; 1981 8: 513-9.
15. WILLIAMS CP. Importance of identifying the inconspicuous penis. Prevention of Circumcision Complications. *Urol*; 2000 56: 140-3.

INFORME TRABAJO DE INGRESO «PENE PALMADO»

La Dra. Sirebrenik nos presenta su experiencia y resultados en el manejo quirúrgico del pene palmado, patología frecuente y poco reconocida en el campo de la urología pediátrica. Esta patología representa una de las malformaciones de la fijación prepucial al pene y que requiere una correcta solución, especialmente si se asocia a fimosis, en cuyo caso la circuncisión tradicional puede ser perjudicial para el enfermo.

La Dra. Sirebrenik nos presenta la correcta definición de pene palmado o webbed penis y su diagnóstico diferencial con otras anomalías similares. El pene palmado

corresponde a la más simple de ellas, en que la fijación de la fascia del Dartos a la fascia de Buck está generalmente conservada y al corregir la piel, ésta se alinea en la posición correcta. Describe y realiza 3 técnicas quirúrgicas diferentes, la última de las cuales corresponde a múltiples zeto-plastías para corregir el defecto de piel, modificación propuesta por ella.

Sus resultados son excelentes y la autora se sorprende de la edad de consulta de los pacientes (alrededor de los 10 años), lo cual no es de extrañar, ya que es una patología poco reconocida y que tiene un valor más estético y



psicológico, que funcional. En el mundo de hoy, hay una evidente mayor preocupación en este aspecto y perfectamente esta patología, al no ser reconocida, puede generar sentimientos de subvalorización en el niño. Siempre cuento que habiendo corregido un pene sumergido satisfactoriamente a un niño, el día del alta el padre, de alrededor de 40 años, me pregunta: ¿Y cuándo me puede operar a mí, doctor?

La Dra. Sirebrenik fue becada destacada del Dr. Ricardo Zubieta en el Hospital Exequiel González Cortés. Posteriormente, siguiendo una carrera universitaria, trabajó 9 años en mi servicio del Hospital San Juan de Dios, con dedicación y profesionalismo en el campo de la urología pediátrica. En este período, hizo una estadía en el servicio de urología pediátrica de la Clínica Mayo, en Rochester, USA. Su pasantía fue muy bien evaluada y simpática es la anécdota con su tutor en dicho centro, en que la Dra. Sirebrenik cuando opinaba siempre partía dicien-

do, y refiriéndose a mi persona: «My boss says etc., etc.» Un día, caminando por los pasillos, ante un nuevo comentario de la Dra. Sirebrenik, el jefe detuvo su andar y le preguntó en público y con cierta ironía: «And who the hell is your boss?». Por supuesto, que la respuesta no iluminó en absoluto, de quién podía ser ese personaje.

Tengo el agrado y orgullo de proponer y recomendar a la Dra. Sonia Sirebrenik Cohen, para que sea incorporada a la Sociedad Chilena de Urología. Su calidad profesional, docente, simpatía y cariño es algo que siempre hemos llevado adentro y que mejor, que podamos todos los miembros de esta Sociedad, disfrutar de esta gran uróloga pediátrica.

Dr. Francisco Ossandón Correa
Santiago, 23 de octubre del 2002