

Cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene. Técnica NEF: resultados en 750 pacientes

Penis enlargement and thickening surgery. NEF technique: results in 750 patients



Noval Font C.

César NOVAL FONT*, Miguel PERÁN TERUEL**, Felipe ORDOÑO DOMÍNGUEZ**,
Javier JUÁREZ ESCALONA***, Sebastián RODRÍGUEZ-ÁLVAREZ***, Erasmo A. POLEO LOVERA***

Resumen

Introducción y objetivo. La cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene supone un reto técnico para el cirujano, puesto que las técnicas clásicas han demostrado resultados insuficientes para los pacientes.

Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia con una técnica reproducible que permite evitar el empleo de extensores y las complicaciones de la infiltración de grasa.

Material y método. Analizamos de forma retrospectiva 750 casos de alargamiento y engrosamiento de pene primarios realizados con la técnica NEF (*No Extenders No Fat*) – No Extensores No Grasa), analizando la técnica quirúrgica, sus resultados y complicaciones. Esta técnica se basa en la creación de un colgajo de avance cutáneo junto con un colgajo de fascia de Scarpa y un nanofat infiltrado en las fascias profundas del pene.

Resultados. La ganancia media en longitud en el grupo de pacientes estudiados fue de 4.8cm en reposo, con un espectro de 2 hasta 8.1cm. En el engrosamiento, se alcanzó un incremento medio de 1.17 cm (mínimo de 0.5 y máximo de 1.8 cm).

Conclusiones. La tasa de satisfacción de pacientes, de complicaciones y retoques en nuestro grupo de estudio nos hablan de una cirugía que mejora las técnicas previas, más invasivas y con mayor tasa de complicaciones. El apoyo psicológico y la ayuda profesional preoperatoria es imperativa, y se debe ofrecer especialmente en casos de dismorfofobia. El trabajo pre y postoperatorio es esencial en estos pacientes. Conseguir pacientes con expectativas reales es la primera barrera que debemos franquear. Solo cuando el paciente haya entendido la cirugía y sus resultados, debemos avanzar hacia ella.

Palabras clave Pene, Alargamiento pene, Engrosamiento pene.

Nivel de evidencia científica 4c Terapéutico
Recibido (esta versión) 14 abril / 2023
Aceptado 28 mayo / 2023

Abstract

Background and objective. Penis lengthening and thickening surgery is a technical challenge for the surgeon, since classical techniques have shown insufficient results for patients.

Our objective is to present our experience in the develop of a a reproducible technique that avoids the use of extensors and the complications of fat infiltration.

Methods. Retrospectiv análisis of 750 cases of primary penis enlargement and thickening performed with the NEF (*No Extenders No Fat*) technique, analyzing the surgical technique, its results and complications. This technique is based on the creation of a skin advancement flap, together with a Scarpa fascia flap and a nanofat infiltrated at the deep fascia of the penis.

Results. Mean gain in length in the group of patients studied was 4.8 cm at rest with a spectrum from 2 to 8.1 cm. In thickening, the measurement reached an average increase of 1.17 cm (minimum of 0.5 and a maximum of 1.8 cm).

Conclusions. Rates of patient satisfaction, complications and re-touching in our group tell us about a surgery that improves previous more invasive techniques with a higher rate of complications. Psychological support and professional pre-surgery help is imperative and should be offered especially in those cases of dysmorphophobia. Pre and postoperative work is essential in these patients. Getting patients with real expectations is the first barrier we must overcome. Only when the patient has understood the surgery and its results, should we move towards it.

Key words Penis, Penis enlargement, Penis thickening.

Level of evidence 4c Therapeutic
Received (this version) April 14 / 2023
Accepted May 28 / 2023

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Cirujano Plástico, Práctica privada.

** Urologo, Práctica privada.

*** Médico General, Práctica privada.

Introducción

A lo largo de la historia, el órgano genital masculino siempre ha estado ligado a la fertilidad y al rendimiento sexual, siendo el elemento fundamental para ejercer placer en la pareja y siendo considerado por ello una parte importante de la identidad masculina.⁽¹⁾ Por ello, el tamaño del pene ha sido motivo de gran preocupación y ansiedad en la población masculina y a pesar de que en la mayoría de los hombres la longitud del pene está dentro del rango normal, la preocupación con respecto a su tamaño puede conducir a una baja autoestima, disfunción sexual e incluso a trastornos psiquiátricos.⁽²⁾

Existen dos tipos de pacientes que solicitan un aumento de pene. Los primeros son aquellos que consideran su pene pequeño y que sufren por ello; los segundos simplemente desean un mayor tamaño, en una búsqueda por mejorar su cuerpo de forma análoga a una mujer que desea un aumento de pecho.

Centrándonos en el primer grupo. El término psiquiátrico dismorfofobia del pene ha sido introducido para describir la percepción anormal del tamaño del pene aunque tenga dimensiones normales.^(3,4) La mayoría de los hombres que busca un aumento del tamaño de su pene tiene un pene considerado normal según los estándares clínicos.⁽⁵⁾ En los hombres que presentan dismorfofobia, la aparición de sentimientos de vergüenza en relación al tamaño de su pene puede llevar a una disminución en su calidad de vida y crear un obstáculo a la hora de relacionarse sexualmente debido a que esa ansiedad puede afectar negativamente en el funcionamiento sexual del órgano, asociándose a episodios recurrentes de disfunción eréctil.⁽⁶⁾ Así mismo, los hombres preocupados con el tamaño de su pene pueden presentar episodios de autoestima baja y disminución del estado de ánimo⁽⁷⁾ e incluso a ideas de suicidio.⁽⁸⁾ Por todas estas razones se propone que todos los hombres que desean mejorar el tamaño de su pene deberían recibir un asesoramiento psicológico adecuado antes de realizar cualquier intervención en este sentido.⁽⁹⁾ Así pues, se han desarrollado en los últimos años distintas herramientas de diagnóstico útiles para identificar, aconsejar y tratar a pacientes con dismorfofobia, entre las que se incluyen nomogramas del tamaño del pene,⁽¹⁰⁾ escalas, cuestionarios de detección, artículos o documentos de consenso.⁽¹¹⁾

Esto no es óbice para comprender que en una sociedad moderna, en la que el culto al cuerpo es norma, encontremos hombres que sin sufrir alteración alguna en la percepción de su pene desean aumentar su tamaño. Este sería el segundo grupo citado antes. De hecho, durante los últimos años se ha producido un fuerte impulso de la estética masculina, incluida la estética genital. Los

hombres han pasado a ser actores protagonistas de las cirugías, siendo el trasplante capilar y la liposucción las cirugías más demandadas por ellos.

En un estudio en el que participaron más de 25.000 hombres sanos, se comprobó que el 45% deseaba un pene más grande con el fin de dar más placer a su pareja, si bien es cierto, que generalmente el hombre consideraba el tamaño del pene más importante que la mujer a la hora de la consecución del placer sexual.^(12,13)

Están descritos multitud de procedimientos no quirúrgicos (fitoterapia, ejercicios de tracción, pesas, dispositivos extensores o bombas de vacío) y quirúrgicos (liposucción púbica, sección de ligamento suspensorio, inyección de sustancias sintéticas o material autólogo), con el fin de aumentar el tamaño del pene, sin que exista un consenso claro en cuanto a cuándo y cómo se deben de utilizar. Además, los resultados de estos procedimientos son variables, así como las tasas de satisfacción percibidas por el paciente tras los mismos.^(14,15)

En nuestra práctica diaria insistimos en la necesidad de que el paciente perciba el tamaño de su pene como normal, debiendo plantear la cirugía de aumento de pene como un procedimiento destinado a mejorar su calidad de vida, no como una solución a un complejo.

En este trabajo desarrollaremos la técnica quirúrgica que empleamos para el alargamiento y engrosamiento del pene, revisando una casuística de 750 pacientes y mostrando sus estándares, complicaciones y resultados. Pretendemos de esta forma describir una técnica quirúrgica consistente, que permita resultados reproducibles en el aumento de pene y minimice las complicaciones de los procedimientos ya conocidos.

Material y método

Presentamos, con una descripción detallada, la técnica quirúrgica que empleamos y analizamos retrospectivamente 750 casos de alargamiento y engrosamiento de pene realizados por nuestro equipo médico entre el 1 enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022. Como criterios de inclusión determinamos: varones sanos, con edades entre los 25 y 55 años, y como criterios de exclusión: obesidad, conectivopatías, cirugías simultáneas a la de aumento de pene, alteraciones o enfermedades autoinmunes, VIH, rellenos o cirugías previas en el pene. Asimismo, excluimos aquellos pacientes cuyo tamaño de pene medido en reposo fuera menor de 3 o mayor de 8 cm.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica, que denominamos NEF por sus siglas en inglés: *No Extenders No Fat* (No extensores No grasa), se basa en la creación de un colgajo de

avance cutáneo junto con un colgajo de fascia de Scarpa y un nanofat infiltrado a nivel de las fascias profundas del pene, de forma que evitamos el uso de extensores u otros dispositivos de tracción a la vez que reducimos los riesgos de las técnicas de infiltración subcutánea.

Esta técnica, si bien recoge elementos de numerosos procedimientos ya existentes, se presenta de forma independiente a las anteriores y no como una modificación técnica. Como principales elementos diferenciadores destacamos el empleo del colgajo de fascia de Scarpa como medida para tratar de evitar la pérdida de centímetros ganados de longitud; la necesidad de crear una erección forzada para comprobar la estabilidad del ligamento suspensorio; así como la infiltración del tejido procesado a modo de injerto nanofat en las fascias profundas del pene.

A pesar de que como acabamos de describir, usamos nanofat, empleamos la terminología “no fat” dado que en el procesamiento para obtención del nanofat el objetivo es eliminar los adipocitos viables en el contenido inyectado, mientras que las células madre derivadas de tejido adiposo (ADSC) mantienen sus propiedades funcionales, tal y como describe Tonnard y presenta Planas en sus trabajos.^(16,17)

Además, en la técnica NEF, ambas cirugías (alargamiento y engrosamiento) deben realizarse de forma simultánea, no estando indicado realizar sólo una de ellas ya que el nanofat contribuye a evitar retracciones, del mismo modo que el alargamiento es imperativo ya que debemos soltar en primer lugar una porción del ligamento suspensorio para poder acceder a las fascias profundas del pene. Sin este gesto técnico se hace complicado asegurar una correcta infiltración del nanofat.

Alargamiento de pene

Antes del inicio del procedimiento se procede a marcaje de la zona quirúrgica dibujando un triángulo en el pubis, de base orientada hacia el dorso del pene (Fig. 1) y vértice superior centrado en el eje del pene, a 4-4 cm de la base del mismo.

La anestesia puede realizarse de diferentes maneras en función de la idiosincrasia del paciente. Nosotros preferimos la sedación mediante propofol y bloqueo directo de las ramas nerviosas de la base del pene y del ligamento suspensorio, si bien también realizamos 56 casos (7.5%) mediante anestesia epidural.

Antes de iniciar la cirugía, se procede a infiltración con adrenalina 1:1.000.000 de los laterales del triángulo marcado en la base del pene. Seguidamente, se inciden los laterales del triángulo de la base del pene, con extremo cuidado en la punta del colgajo, y se avanza hasta el ligamento suspensorio.



Fig. 1. Marcaje preoperatorio.

Con el pene en erección artificial mediante la instilación directa de suero en los cuerpos cavernosos o realizando tracción forzada del glande, se libera parcialmente el ligamento suspensorio. La disección debe ser subperióstica para minimizar el riesgo de retracción cicatricial, pudiendo realizarse mediante despegador romo o mediante bisturí eléctrico. Durante la disección, se debe comprobar en todo momento la suficiente unión del pene al pubis para que el ángulo de erección se mantenga ascendente, este punto determina la cantidad de centímetros ganados al finalizar la cirugía. En pacientes con ángulo descendido originalmente se anclará en la nueva posición.

La cantidad de ligamento suspensorio a liberar (Fig. 2) dependerá de las condiciones anatómicas de cada paciente, debiendo limitarse en caso de que aparezcan vasos sanguíneos de entidad en la disección o de que la unión al pubis se vea comprometida (Fig. 3).

Una vez liberado, debemos interponer algún elemento entre el ligamento y la zona ósea para evitar la aparición de retracciones internas que limiten la ganancia o que incluso puedan producir una pérdida de longitud. En nuestra técnica, realizamos una disección del plano fascial del recto abdominal hasta el ombligo. Una vez



Fig. 2. Diseción del ligamento suspensorio.

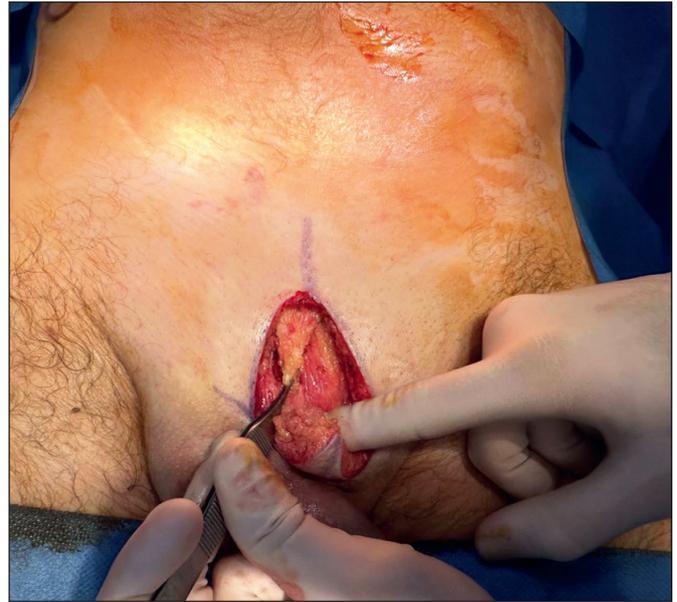


Fig. 4. Colgajo de fascia de Scarpa.

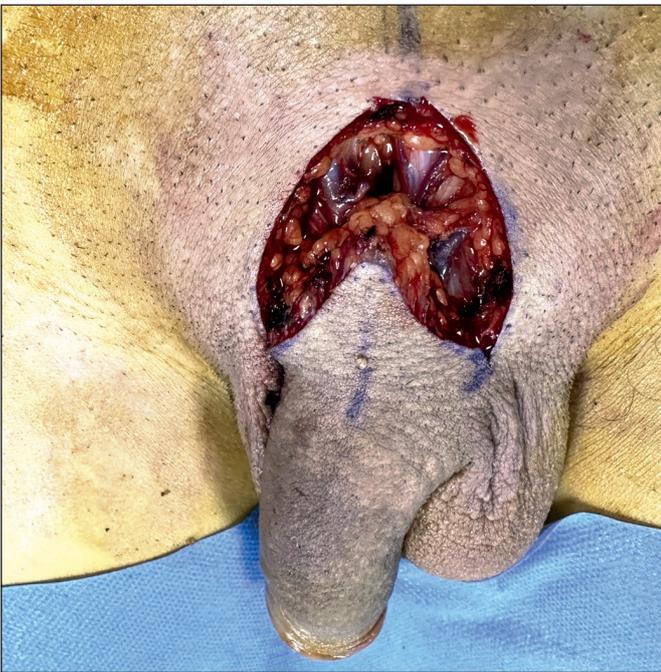


Fig. 3. Vasos sanguíneos que limitan la disección.

alcanza esta zona, realizamos un colgajo que incluya la fascia de Scarpa y la grasa subyacente, que voltearemos para interponerlo entre el ligamento suspensorio y el pubis (Fig. 4). Este colgajo, permite que la fascia de Scarpa se una al periostio, de forma que la nutre como si se tratara de un injerto, haciendo que la supervivencia del tejido de este colgajo, endoble en su descripción, sea óptima, ya que su única función es evitar la unión del ligamento suspensorio al pubis. En los casos que han requerido revisión de cicatriz, hemos observado que, en el lado en que contacta la grasa con el ligamento suspensorio, no se llega a producir unión entre ambos, quedando entre ellos un tejido de granulación, por lo que el pene queda libre en su nueva posición aportando por tanto mayor tamaño en erección.

Una vez finalizada la disección se interponen puntos reabsorbibles de calibre 2/00 que obliteran el espacio creando y que mantienen el colgajo realizado pegado al periostio. En el cierre realizaremos 4 capas de puntos invertidos hasta alcanzar las fascias superficiales.

En cuanto a la zona cutánea, avanzamos el colgajo V-Y hasta conseguir que la porción recta de la Y ocupe dos tercios de su longitud. Inicialmente es normal, y así se le debe explicar al paciente, que aparezca un exceso de tejido en la base del colgajo, pero desaparecerá con el tiempo al readaptarse el tejido, si bien en casos concretos puede requerir revisión quirúrgica.

Respecto al postoperatorio, el grueso de los pacientes comienza tolerancia oral líquida 1 hora después del procedimiento quirúrgico; luego, tras pasar a dieta sólida y en función de la aceptación y tolerancia, les invitamos a pasear. Antes del alta hospitalaria se les muestra su pene que ya estará algo edematizado y se insiste en que durante las siguientes horas su aspecto puede parecer deformado por la inflamación de los tejidos ligada a la irregular elasticidad de la piel de las diferentes zonas del pene. La estancia media hospitalaria tras cirugía en el grupo estudiado fue de 3 horas y 10 minutos. Ninguno de los pacientes requirió ingreso. Ya en el domicilio deben realizar masajes y masturbaciones diarias para estimular la creación de tejido y la compliancia de las fascias del pene.

Engrosamiento de pene

Realizamos el engrosamiento peneano de forma paralela al alargamiento. Se inicia mediante infiltración con adrenalina 1:1.000.000 en el tejido graso abdominal, en plano intermedio y realizando un amplio abanico. En nuestra experiencia, la infiltración de 150 cc debe ser suficiente para la extracción de tejido adiposo abdomi-

nal. Tras un reposo de 10 a 20 minutos procedemos a la extracción de la grasa con cánula Coleman de 2 mm de diámetro y jeringas *luer-lock* de 10 cc de capacidad.

Posteriormente, realizaremos lavado del tejido obtenido, para pasar al procesamiento mediante protocolo Coleman o similar. Finalmente realizamos evolución a nanofat. El punto clave de esta fase es la infiltración del tejido obtenido a nivel de la túnica albugínea. Para ello durante el alargamiento creamos 2 pequeñas incisiones en la base del pene en posición a las 3 y a las 9 horas, que permiten acceder a las fascias y evitan la infiltración subcutánea, tan relacionada con complicaciones postquirúrgicas. Las cánulas empleadas para la infiltración deben ser del calibre mínimo que nos permita trabajar con facilidad sin obstrucciones demasiado frecuentes; en nuestra práctica el calibre medio empleado para nanofat es de 0.5 mm y, dependiendo del paciente, utilizamos desde cánulas faciales a las que se usan en mama; así mismo, dependiendo de la preferencia del cirujano, pueden ser cánulas cortas o largas. En cuanto a las jeringas, utilizamos las de 1 cc.

En este punto, debemos recordar que no estamos realizando un relleno, sino un injerto; es por ello que infiltrar grandes volúmenes puede ser contraproducente. El volumen ideal es variable entre pacientes debido a la distensibilidad de las fascias, que varía de unas personas a otras. En general, infiltramos hasta que existe dificultad en la entrada de más volumen o hasta que se produce reflujo. La media de infiltración en nuestros casos fue de 18 cc, pero el espectro es tan amplio como diverso, ya que dependiendo de la calidad y densidad del tejido que vamos a infiltrar debemos decidir, en cada paciente, el volumen de infiltrado.

Es vital explicar al paciente este paradigma, según el cual no siempre colocar más volumen es mejor ya que podemos estar impidiendo la supervivencia de las células infiltradas si nos excedemos en el volumen. Tanto es así, que cuando realizamos algún retoque de engrosamiento limitamos a un máximo de 5 cc la infiltración para asegurar la supervivencia del tejido injertado.

Resultados

En nuestro grupo de estudio, compuesto por 750 pacientes con edad media de 47 años y 6 meses, (rango de 25 a 55 años), los resultados del empleo de la técnica NEF para alargamiento y engrosamiento de pene fueron los siguientes.

En cuanto a los resultados postquirúrgicos inmediatos, la ganancia media en el grupo de pacientes estudiados fue de 4.8 cm en reposo, con un espectro desde 2 hasta 8.1 cm. En el largo plazo y repetida la medida a los

6 meses en condiciones similares, la ganancia media fue de 4.3 cm en reposo, con un espectro desde los 1.2 hasta los 7.1 cm. Estas medidas fueron tomadas en consulta con el paciente tumbado (Fig. 5-10).



Fig. 5. Caso 1. Paciente de 52 años de edad: resultado a los 12 meses tras cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene con la técnica NEF. Infiltración de 42 cc de nanofat.



Fig. 6. Caso 2. Paciente de 46 años de edad: resultado a los 12 meses tras cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene con la técnica NEF. Infiltración de 35 cc de nanofat.



Fig. 7. Caso 3. Paciente de 28 años de edad: resultado a los 12 meses tras cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene con la técnica NEF. Infiltración de 50 cc de nanofat.



Fig. 8. Caso 4. Paciente de 53 años de edad: resultado a los 12 meses tras cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene con la técnica NEF. Infiltración de 35 cc de nanofat.



Fig. 9. Caso 5. Paciente de 37 años de edad. Resultado a los 12 meses tras cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene con la técnica NEF. Infiltración de 28 cc de nanofat.

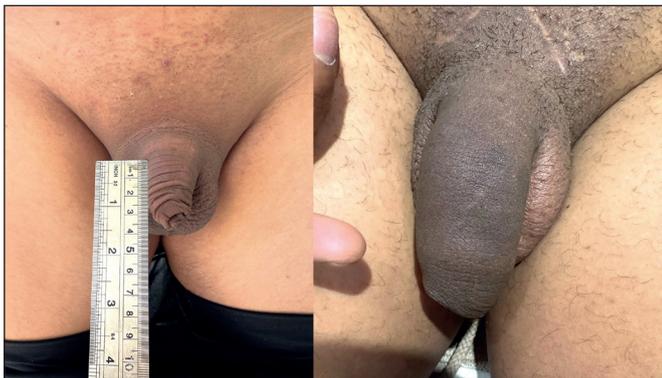


Fig. 10. Caso 6. Paciente de 41 años de edad: resultado a los 12 meses tras cirugía de alargamiento y engrosamiento de pene con la técnica NEF. Infiltración de 52 cc de nanofat.

Por lo que se refiere al engrosamiento, la medida postcirugía inmediata carece de interés puesto que el componente inflamatorio es inevitable. A los 6 meses, la medida de la circunferencia medida en el tercio medio del pene alcanzó un incremento de 1.17 cm, con un mínimo de 0.5 y un máximo de 1.8 cm.

Mediante esta técnica, no es posible modificar la forma del pene, puesto que no es un relleno como tal: en pacientes con parafimosis y otras alteraciones basales no conseguiremos cambios de morfología del pene.

El parámetro de satisfacción medido indirectamente a través de la tasa de retoques realizados nos ayuda a entender la realidad de esta cirugía. Un total de 64 pacientes (8.5%) del grupo de pacientes estudiado, solicitaron retoques de la cirugía con el objetivo de tratar de ganar más tamaño; la mayor parte de ellos deseaba tratar de conseguir una mayor ganancia, tanto en longitud como en grosor. Este dato es importante, ya que con independencia de los centímetros ganados, un paciente puede estar satisfecho con una ganancia que no provoque igual satisfacción en otro paciente. Hablamos de una cirugía en la que la ganancia final depende de cómo cicatriza el paciente y de su anatomía, sin poder garantizar un sólo centímetro de ganancia.

Los retoques finalmente realizados a nuestros pacientes fueron en 35 casos (4.6%). En 28 de ellos repetimos la técnica de engrosamiento y sólo en 4 hicimos libera-

ción de la zona cicatricial del ligamento suspensorio. En los 3 restantes realizamos ambas técnicas. Esto se debe a que sí que podemos maximizar la ganancia de grosor repitiendo el procedimiento, pero por el contrario, no podemos liberar más allá de un punto el ligamento suspensorio ya que en tal caso podríamos perjudicar la erección del pene, de modo que sólo se realiza retoque del ligamento suspensorio si a la exploración se evidencia exceso cicatricial en la zona intervenida.

En la medición de resultados, tanto en el antes como en el después, es importante tratar de reproducir las mismas condiciones de temperatura, personal, etc. Del mismo modo es importante que en la medición del antes el paciente se desnude delante del profesional, ya que es muy frecuente que el paciente traccione su pene conforme se descubre haciéndolo parecer más grande. En pacientes que por cercanía geográfica pueden acudir sin dificultad a consulta, probamos a realizar medidas en varios días consecutivos, encontrando diferencias de hasta 2 cm en el tamaño del pene atribuibles a los cambios fisiológicos que se producen en el cuerpo en función del estrés, temperatura ambiente, etc. Debemos recordar que el pene es una parte anatómica que responde de forma abrupta a emociones, cambios de temperatura, hora del día, cercanía de actividad física o sexual, y que por ello es tan importante que sea el mismo médico y en condiciones reproducibles el que realice la toma de medidas.

Somos conscientes de que la problemática principal a la que nos enfrentamos es la medida correcta del pene como pene y no de la piel originaria del pene. El paciente muchas veces no mide correctamente el pene puesto que coloca la regla donde empieza la piel sin vello, cuando tras la realización de la cirugía parte del pene se encuentra bajo piel con vello.

En cuanto a las complicaciones registradas en nuestra serie (Tabla I), la más frecuente fue la presencia de equimosis en pene y pubis acaecidos en un total de 126 pacientes (16.8%), tratados todos ellos de manera conservadora. La segunda en frecuencia fueron las alteraciones en la cicatrización, relacionadas con apertura de puntos, cicatriz hipertrófica, dehiscente o queloidea, presentes en un total de 46 pacientes (6.1%) (Fig. 11), cuyo retoque mediante anestesia local se realiza por lo general a los 6 meses. En tercer lugar, la reabsorción parcial o total del injerto empleado para el engrosamiento, que se produjo en 35 pacientes (4.6%) y que manejamos con repetición del procedimiento al año de postoperatorio. En cuarto lugar aparecen las complicaciones relacionadas con la retracción cicatricial, que se produjeron en un total de 32 pacientes (4.2%), siempre asociada a cicatriz hipertrófica o queloidea, y que tratamos con infiltración profunda de corticoide en un primer tiempo, requiriendo



Fig. 11. Alteraciones cicatriciales.

revisión quirúrgica únicamente 4 de los casos. Asociado a esto, en quinto lugar evidenciamos un total de 7 (1%) pacientes con necrosis parcial del colgajo V-Y (Fig. 12). En sexto lugar el seroma, aparecido en un total de 6 pacientes (0.8%) que manejamos siempre de forma conservadora.

Tabla I. Complicaciones recogidas en los pacientes de nuestro grupo de estudio.

EQUIMOSIS	126	16.8%
ALTERACIONES de la CICATRIZ	46	6.1%
REABSORCIÓN INJERTO	35	4.6%
RETRACCIÓN CICATRICIAL	32	4.2%
NECROSIS PARCIAL del COLGAJO	7	1%
SEROMA	6	0.8%

De forma excepcional y más en relación con la anestesia epidural que con la cirugía en sí, registramos 2 pacientes con retención urinaria en el postoperatorio inmediato que requirieron sondaje transuretral. Como complicación mayor incluimos 1 paciente con un sangrado importante en sábana durante la cirugía relacionado con la disección del ligamento suspensorio, que requirió 2 concentrados de hemáties y 2 cirugías de revisión.

En otro orden de cosas, pero también en nuestra opinión en relación con las complicaciones, incluimos la dificultad que encontramos para que el paciente se adhiera al tratamiento postoperatorio, que incluye una serie de masajes tanto de tracción, como masturbaciones periódicas que facilitan la nutrición del tejido injertado. También incluimos aquí la dificultad que presentan los pacientes para poder medir su pene en reposo en condiciones reproducibles. Es frecuente que nos refieran fotografías preoperatorias con mediciones que nada tiene que ver con la que nosotros mismos hemos tomado de



Fig. 12. Necrosis parcial del colgajo V-Y.

forma previa a la intervención. En este sentido, resulta imperativa la selección de pacientes.

Discusión

En nuestra opinión, la técnica NEF supone un avance importante en el alargamiento y engrosamiento de pene. Entendemos que alcanza el objetivo buscado ya que las tasas de éxito y los resultados presentados en nuestro grupo de estudio así lo validan. Conviene reseñar que la técnica aislada carece de valor, siendo necesario unir alargamiento y engrosamiento de pene para obtener los resultados buscados y que es capital una correcta elección de los pacientes, creando en ellos expectativas realistas y haciéndoles comprender que cada caso es diferente y que la aplicación de esta técnica o de cualquier otra no puede garantizar un resultado.

En lo que concierne al alargamiento, las técnicas clásicas, incluso las de los libros más modernos, sugieren liberaciones completas del ligamento suspensorio, algo que desaconsejamos después de tratar pacientes con erecciones descendentes e importantes problemas para conseguir la penetración después de haberse sometido a cirugías con liberación completa del ligamento.⁽¹²⁻¹⁴⁾ Menos es más debe ser una forma correcta de explicarle al paciente nuestro proceder, ya que en la cirugía, intentar conseguir más centímetros llegados al punto limitante puede llevar a complicaciones totalmente evitables.

En cuanto a la inclusión del colgajo de fascia de Scarpa y la creación de un colgajo estandarizado V-Y, creemos que son opciones necesarias y correctas para conseguir reproducibilidad en los resultados,⁽¹²⁻¹⁴⁾ que si bien no pueden preverse antes de la cirugía puesto que dependen de la anatomía del paciente, deben ser lo más consistentes posibles.

En cuanto al empleo de dispositivos de tracción post-cirugía, entendemos que pueden ocasionar complicaciones así como alteraciones de la propia intervención, y que con el correcto empleo de las técnicas descritas y los masajes postoperatorios, podemos lidiar de forma exitosa con las retracciones internas del pene.^(12,15)

En cuanto al engrosamiento, consideramos, en base a nuestra experiencia y al incremento exponencial de casos secundarios que recibimos de forma diaria, que debe evitarse en toda circunstancia el empleo de rellenos, bien sean de ácido hialurónico, grasa, silicona, u otros derivados, ya que todos ellos se infiltran a nivel subcutáneo por lo que es inevitable la aparición de granulomas en un elevado porcentaje de pacientes.

El empleo de mallas, tan en boga en los últimos años, bien pueden incrementar el grosor de forma notable, pero con frecuencia conlleva alteraciones en la erección ya que se crea una importante cicatriz entre el pene y la piel del mismo, impidiendo con ello que el cuerpo peneano pueda expandirse de forma completa.⁽¹⁸⁾ Es importante entender la complejidad anatómica existente a nivel de la piel del pene y cómo esta se relaciona con la capacidad de erección. Cuando se realiza un *degloving* (deguantamiento) del pene, es inevitable la creación de una cicatriz entre el pene y la piel; si además colocamos una malla cuyo objeto es la creación de tejido cicatricial, estamos condenando a un menor tamaño del pene en erección, así como a erecciones incompletas.

Los dispositivos implantables de silicona, tipo prótesis, pueden ser una herramienta interesante, si bien se requieren estudios a largo plazo ya que de igual modo que con las prótesis mamarias, portar elementos exógenos puede generar problemas complejos de resolver.

El empleo de injerto de tejido adiposo supone una alternativa correcta bajo nuestro punto de vista, pero tanto las tasas de prendimiento, como las complicaciones frecuentes, nos hicieron modificar esa técnica hasta decidir la aplicación del nanofat, reiterando la especial importancia técnica de infiltrar el tejido en el plano correcto para maximizar el resultado y minimizar las complicaciones.⁽¹⁹⁾

Un aspecto importante a trabajar por nuestra parte y en generar por la comunidad médica es la educación del paciente.⁽²⁰⁻²²⁾ En esta cirugía existe un primer momento, en el postoperatorio inmediato, en que el paciente observa que la longitud ganada es escasa o nula mientras que el grosor es incluso exagerado. Es muy importante y estrictamente necesaria la explicación insistente de los procesos, antes, durante y tras la cirugía, ya que el pene es un órgano que reacciona de forma importante a los estímulos físicos y mentales. Por ello, conforme el efecto de la anestesia cesa, el pene se retrae en longitud mientras que el grosor se maximiza por la inflamación. Los pacientes poco colaboradores, con ansiedad, o expectativas irreales deben ser rechazados de forma absoluta para la realización de esta intervención, ya que su propia inseguridad hará que no consigan ver ganancia alguna.^(21,22) El resultado de la cirugía comienza a observarse de for-

ma definitiva en torno a los 6 meses de postoperatorio, si bien se recomienda esperar al año para valorar el resultado definitivo.

En esta cirugía, igual que ocurre con el pecho o el aumento de labios en las mujeres, el paciente se acostumbra a su nuevo pene y con el tiempo pierde percepción del aumento logrado, asume que es suyo y que ya era de ese tamaño. Pacientes satisfechos al año en ocasiones no lo están más tarde, puesto que quieren más tamaño. Dentro de esto se incluye el autoengaño: algunos nos dicen que nuestras mediciones registradas con fotografía antes de la cirugía no corresponden a su pene real, sino que era ese día puntual el que se veía de ese tamaño menor. Todos estos aspectos deben tenerse en cuenta a la hora de la selección de los pacientes a fin de evitar aquellos propensos a la frustración e insistir en la comprensión de que el resultado depende de sus características, sin poder garantizar en caso alguno una ganancia mínima.

Conclusiones

El hombre debe reclamar también su espacio y su derecho a disfrutar de los beneficios de la cirugía. Debe hacerlo desde una postura realista y entendiendo la complejidad de los procedimientos y la nula garantía que existe cuando se realiza una intervención en la que lo ganado no se crea, sino que ya existe en su propio cuerpo, siendo el objeto de la cirugía hacerlo visible.

La técnica NEF para alargamiento y engrosamiento del pene busca evitar, en la medida de lo posible, el empleo de extensores así como de rellenos, que en muchas ocasiones generan tantas complicaciones en los pacientes.

En la serie que presentamos, las tasas de satisfacción de los pacientes, de complicaciones y retoques, nos hablan de una cirugía que mejora las técnicas previas, más invasivas y con mayor tasa de complicaciones.

Es imperativo el apoyo psicológico y la ayuda profesional preoperatorios y así se deben ofrecer especialmente en aquellos casos de dismorfofobia. El trabajo pre y postoperatorio es esencial en estos casos. Conseguir pacientes con expectativas reales es la primera barrera que debemos franquear. Solo cuando el paciente haya entendido la cirugía y sus resultados, debemos avanzar hacia su realización.

La mujer ha conseguido que hablar de aumento de pecho, de labioplastia, o de toxina botulínica sea algo normal; debemos permitir a nuestros pacientes que accedan a la información de su pene con normalidad, con naturalidad, que el deseo de tener un pene de mayor tamaño deje de ser un tabú. Es necesario ayudarles a entender los resultados del proceso, pero también a entender que la cirugía no cura complejos.

Dirección del autor

Dr. César Noval Font
 Plaza Cánovas 12
 Valencia 46005, España.
 Correo electrónico: cesarfont@gmail.com

Bibliografía

1. **Manfredi C, Romero Otero J, Djinovic R.** Penile girth enhancement procedures for aesthetic purposes. *Int J Impot Res.* 2022;34(4):337-342.
2. **Veale D, Miles S, Read J, et al.** Sexual function in girth behavior of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared with men anxious about penis size and with controls: A cohort study. *Sex Med* 2015;3:147-155.
3. **Austoni E, Guarneri A, Cazzaniga A.** A new technique for augmentation phalloplasty: albuginea surgery with bilateral saphenous grafts. *Eur Urol* 2002; 42: 245-253.
4. **Mondaini N, Ponchietti R, Gontero P, Muir GH, Natali A et al.** Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res* 2002; 14: 283-286.
5. **Ghanem H, Glina S, Assalian P, et al.** Position paper: Management of men complaining of a small penis despite an actually normal size. *J Sex Med* 2013;10:294-303.
6. **Veale D, Miles S, Read J, et al.** Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: A cohort study. *Body Image* 2015;13:53-61.
7. **Sanches BC, Laranja WW, Alonso JC, et al.** Does underestimated penile size impact erectile function in healthy men? *Int J Impot Res* 2018;30:158-162.
8. **Phillips KA, Coles ME, Menard W, et al.** Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:717-725.
9. **Veale D, Miles S, Bramley S, et al.** Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15,521 men. *BJU Int* 2015;115:978-986.
10. **Habous M, Tealab A, Williamson B, et al.** Erect penile dimensions in a cohort of 778 Middle Eastern men: establishment of a nomogram. *J Sex Med* 2015;12:1402-1406.
11. **Veale D, Miles S, Read J, et al.** Penile Dysmorphic Disorder: Development of a Screening Scale. *Arch Sex Behav* 2015; 44:2311-2321.
12. **Furr J, Hebert K, Wisenbaugh E, Gelman J.** Complications of Genital Enlargement Surgery. *J Sex Med.* 2018;15(12):1811-1817.
13. **Littara A, Melone R, Morales-Medina JC, Iannitti T, Palmieri B.** Cosmetic penile enhancement surgery: a 3-year single-centre retrospective clinical evaluation of 355 cases. *Sci Rep.* 2019;9(1):6323.
14. **Panfilov DE.** Augmentative phalloplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(2):183-197.
15. **Sukop A, Heracek J, Mestak O, Borský J, Bayer J, Schwarzmannová K.** Penis augmentation by application of silicone material: complications and surgical treatment. *Acta Chir Plast.* 2013;55(2):31-33.
16. **Tonnard P, Verpaele A, Peeters G, et al.** Nanofat Grafting: Basic Research and Clinical Applications. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(4):1017-2106.
17. **Planas J, Muñoz J, Gonzalez D.** Descripción de un nuevo sistema cerrado de procesamiento de grasa para la obtención de nanofat: análisis de resultados clínicos y citométricos. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2017;43(1):23-32.
18. **Parodi PC, Dominici M, Moro U.** Penis invalidating cicatricial outcomes in an enlargement phalloplasty case with polyacrylamide gel (Formacryl). *Int J Impot Res.* 2006;8(3):318-321.
19. **Bettocchi C, Checchia AA, Falagarino UG, Ricapito A, Busetto GM, Cormio L, Carrieri G.** Male esthetic genital surgery: recommendations and gaps to be filled. *Int J Impot Res.* 2022;34(4):392-403.
20. **Deskoulidi PI, Caminer D.** Lengthening Phalloplasty with division of the suspensory ligament and distally based fat flaps in Penis Enlargement operations. *Plast Reconstr Surg.* 2023 Mar 22. doi: 10.1097/PRS.0000000000010313. Epub ahead of print. PMID: 36943707.
21. **Alter GJ, Salgado CJ, Chim H.** Aesthetic surgery of the male genitalia. *Semin Plast Surg.* 2011;25(3):189-195.
22. **Spyropoulos E, Christoforidis C, Borousas D, Mavrikos S, Bourounis M, Athanasiadis S.** Augmentation phalloplasty surgery for penile dysmorphism in young adults: considerations regarding patient selection, outcome evaluation and techniques applied. *Eur Urol.* 2005;48(1):121-127; discussion 127-128.

