

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (6): 501-507

CUERPOS EXTRAÑOS EN PENE

Hector Pastor Navarro, María José Donáte Moreno, Pedro Carrión López, Miguel Segura Martín, Juan Gabriel Lorenzo Romero, José María Pastor Guzmán, J. Payá Berbegal¹, Saturnino Lujan Marco², Julio Virseda Rodríguez.

Servicio de Urología, Servicio de Urgencias¹. Hospital General Universitario de Albacete.
Servicio Urología². Hospital La Fe. Valencia. España.

CORRESPONDENCIA

H. Pastor Navarro
Servicio de Urología
Hospital General Universitario de Albacete
Albacete (España)

hektorpn@hotmail.com

Trabajo recibido: 19 de octubre 2008

Resumen.- **OBJETIVO:** Mostrar 8 casos de cuerpos extraños en pene.

MÉTODOS/RESULTADOS: Realizamos una presentación fundamentalmente visual de variados artilugios o cuerpos extraños de ubicación peneana.

CONCLUSIONES: Raramente la existencia de cuerpos extraños peneanos se debe a accidentes. Los cuerpos extraños en pene son colocados por muy diversas razones, destacando principalmente dentro de actividades eróticas o autoeróticas, pudiendo tener consecuencias desde leves, a casos en los que puede acabar en amputación peneana.

Palabras clave: Pene. Cuerpo extraño. Uretra.

Summary.- **OBJECTIVE:** To describe 8 cases of penile foreign bodies.

METHODS/RESULTS: We provide an essentially visual overview of various objects or foreign bodies affecting the penis.

CONCLUSIONS: The presence of penile foreign bodies is rarely due to an accident. These objects are placed for a wide variety of reasons, but primarily for erotic or self-arousal purposes. The consequences of penile foreign bodies can be mild or very severe, resulting in penile amputation.

Keywords: Penile. Foreign body. Urethra.

INTRODUCCIÓN

Presentamos 8 casos con objetos o cuerpos extraños en pene colocados por el propio paciente, o en el caso de los piercing por personal no médico, con finalidad sexual en la mayoría de los casos; solo el caso 8 se debió a accidente. Pretendemos una comunicación fundamentalmente visual, por lo que cada caso solo se describe de forma sucinta.

CASO 1

Paciente de 28 años que acude a urgencias por imposibilidad de retirar del pene un anillo metálico que se colocó 16 horas antes. (Este caso ya fue objeto de publicación como nota clínica hace tres años por nuestro grupo (1)). El anillo de acero de 0,4 cm de grosor y 2 cm de diámetro interno, estaba situado en tercio medio del pene (Figura 1A). No quiso manifestar la finalidad de la colocación del artilugio.

El paciente fue sedado con midazolam y se aplicó anestesia local como en una postectomía. Se intentaron en primer lugar maniobras para reducir el edema pero no fueron eficaces. Utilizamos distintos instrumentos como sierras de joyero, gubias, sierra de Gigli, sin conseguir la sección del anillo (la sierra de Gigli después de 2 ó tres movimientos se rompía). El personal de talleres nos proporcionó una cizalla (Figuras 1B, 1C, 1D) y conseguimos seccionar el anillo en dos puntos, retirar un sector del mismo y así liberar el pene del anillo; produciéndose pequeñas lesiones cutáneas que solo requirieron algunos puntos de sutura. A las 24 horas el paciente fue dado de alta con aspecto del pene normal.

CASO 2

Paciente de 74 años con artrosis deformante en manos, que impide o dificulta dirigir el chorro urinario, por lo que moja con frecuencia la ropa, y una hija suya le insta a poner remedio de alguna forma, por lo que se puso una alianza y el anillo de rosca de un grifo como mecanismo de oclusión uretral (Figuras 2A, 2B, 2C).

CASO 3

Paciente de 50 años que se introdujo por uretra como maniobra sexual o masturbatoria un cable que parece corresponder a los utilizados en los frenos de las bicicletas, (Figura 3A) y que no se pudo extraer por tracción del mismo, palpándose abombamiento en uretra a nivel de ángulo penoescrotal donde parece estar fijado el cable, precisando de uretrotomía en esa zona, comprobándose entonces la existencia de una lazada o nudo que impedía su extracción (Figuras 3B y 3C). Cursó con un postoperatorio normal, comprobándose mediante uretrografía a los tres meses la ausencia de estenosis.

CASO 4

Paciente de 32 años que acude a urgencias por un dolor abdominal inespecífico y a la exploración se aprecian unas peculiares nodulaciones en la piel peneana. Interrogado el paciente nos confiesa se trata de bolas de silicona autoimplantadas progresivamente, mediante pequeñas incisiones, con ánimo de mejorar el rendimiento sexual (Figura 4).

CASO 5

Paciente de 30 años que consultó por sintomatología miccional e infección urinaria. Portador de múltiples piercings en distintas partes del cuerpo, uno de ellos perforando uretra a nivel de fosa navicular y saliendo por meato, creando una fístula uretral a nivel coronal (Figuras 5A y 5B). Fue colocado con anestesia local,

por profesional dedicado a estas actividades, no sanitario.

CASO 6

Varón de 25 años que consulta por disfunción eréctil, y en la exploración vemos el piercing que porta en el frenillo (Figura 6). Fue colocado por un amigo.

CASO 7

No podemos resistirnos a incluir este caso a pesar de no disponer de material fotográfico, pero lo sustituiremos por unos dibujos (Figuras 7A, 7B y 7C). Paciente de 24 años sin ningún antecedente de interés. Es asistido en el servicio de urgencias por herida anfractuosa en zona media dorsolateral de pene, de 3-4 cm de longitud. No nos aclara el mecanismo de lesión en un primer momento. Se explora la herida en el mismo servicio de urgencias bajo anestesia local, comprobándose que es profunda afectando a todas las cubiertas peneanas, con apertura del cuerpo cavernoso en aproximadamente 2 cm.

Durante la limpieza de la herida apreciamos que existen pequeños fragmentos de algo semejante a barro o loza, pero que no somos capaces de determinar en esos momentos. Se sutura el cuerpo cavernoso, resto de cubiertas y la piel. Cursó con un postoperatorio normal excepto hematoma peneano moderado.

Tres semanas después y en la primera visita en consulta externa se le volvió a interrogar respecto al mecanismo que produjo la lesión, y entonces nos confesó que introdujo el pene como maniobra masturbatoria en una vasija de cerámica de cuello estrecho, quedó atrapado y no podía retirarlo, por lo que rompió la vasija con un martillo, y los fragmentos produjeron la lesión. En control posterior manifiesta no tener problemas de disfunción eréctil.

CASO 8

Paciente de 65 años que sufrió accidente cinagético con perdigonada e incrustación de múltiples perdigones en tejido subcutáneo, en distintas regiones corporales, uno de ellos alojado en glande que produjo profusa hemorragia aunque cesó pronto con compresión. Lo vemos en consulta, donde acude para estudio de prostatismo leve años después de producido el accidente, manifestando el paciente que nunca le molestó (Figuras 8A y 8B).

DISCUSIÓN

En adultos se han descrito multitud de objetos o artilugios colocados en pene, cuya finalidad en la mayoría



FIGURA 1A. Incarceración de pene por anillo metálico.



FIGURA 1B. Seccionando el anillo.



FIGURA 1C. Cizalla utilizada.

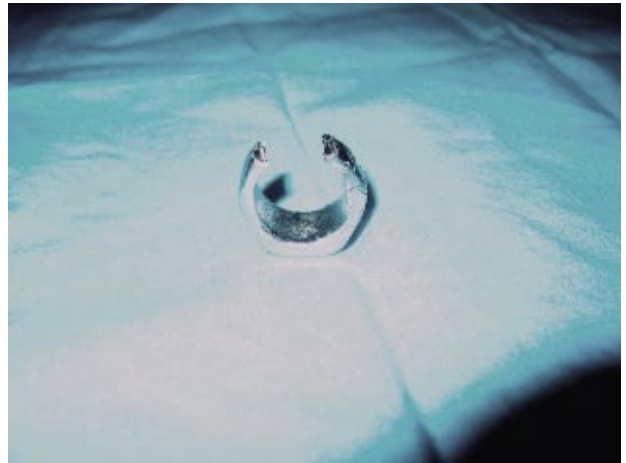


FIGURA 1D. Anillo seccionado.



FIGURA 2A. Incarceración de pene por doble anillo.



FIGURA 2B. Instrumento con el que se cortaron los anillos.



FIGURA 2C. Anillos y pene liberado de los mismos.



FIGURA 3A. Cable saliendo por uretra.

de los casos es el aumento de la satisfacción sexual, fundamentalmente tratando de prolongar la erección. Entre estos se han descrito anillos, bandas de goma, tuercas metálicas, cojinetes, dispositivos de autocircun-

cisión e incluso cabellos (2). Así mismo hay algunos casos publicados de lesiones del pene en tratamientos de disfunción eréctil con los sistemas de vacío-constricción, por uso defectuoso y prolongado de los mismos (3).



FIGURA 3B. Maniobras para extracción del cable mediante uretrotomía.



FIGURA 3C. Cierre de uretrotomía.



FIGURA 4. Bolas de silicona en pene.



FIGURA 5A. Piercing perforando fosa navicular. Visión frontal.



FIGURA 5B. Visión lateral del piercing.



FIGURA 6. Perforación del frenillo por piercing.

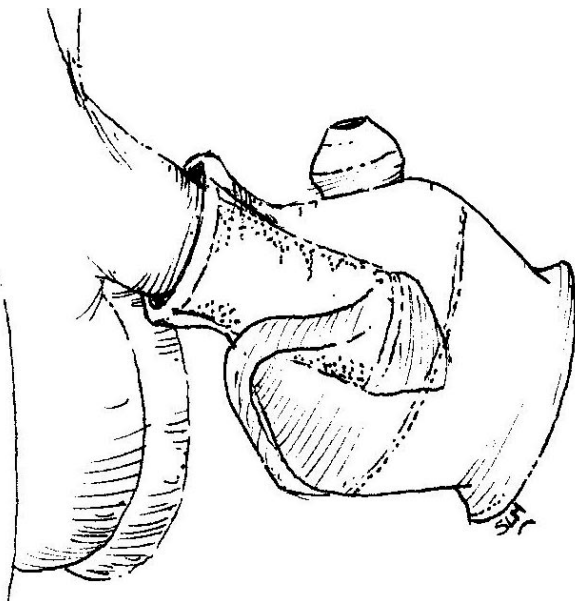


FIGURA 7A. Pene introducido en vasija.

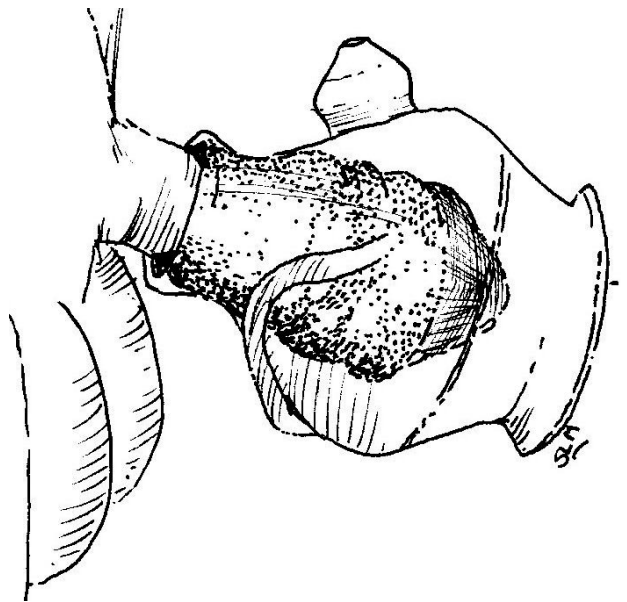


FIGURA 7B. Incarceración del pene por el estrecho cuello de la vasija.

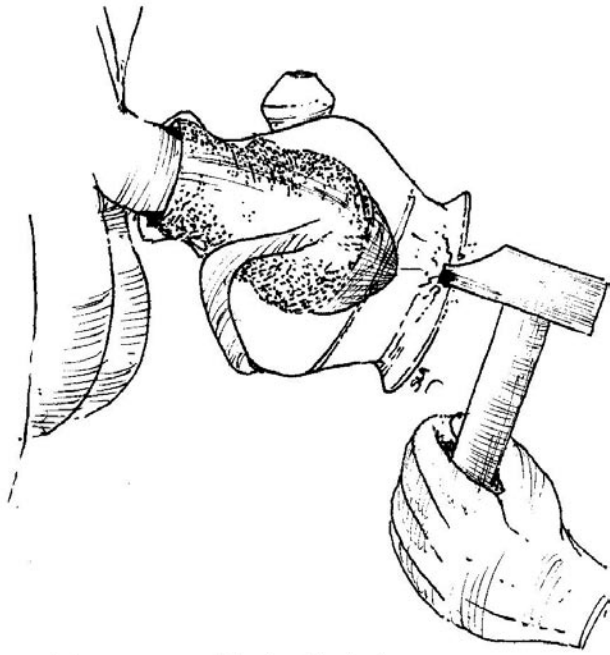


FIGURA 7C. Rotura de la vasija y lesiones por los fragmentos.

También se han descrito casos con introducción en uretra de variados cuerpos extraños, (bolígrafos, raíces de plantas, alambres, tubos de plástico etc..) con intención onanista (4). En niños es menos frecuente, y pueden ocurrir lesiones por encarceración peneana por el mal uso de dispositivos utilizados para tratar la enuresis y la incontinencia (2,5), y también autointroducirse cuerpos extraños en uretra movidos por la curiosidad y con fines autoexploratorios (6).

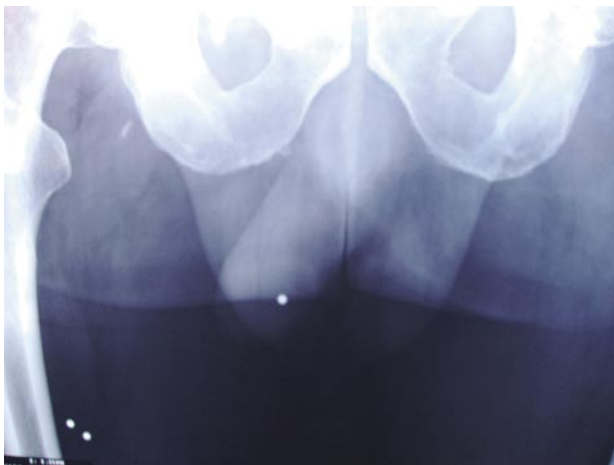


FIGURA 8A. Rx Simple de genitales observándose perdigón en glande.

Algunos de estos objetos dan lugar a estrangulamiento del pene y dependiendo del tiempo de evolución pueden convertirse en una urgencia vascular, pues inicialmente se produce una dificultad de drenaje venoso, y posteriormente afectación arterial, variando las manifestaciones clínicas desde un simple edema, hasta necrosis y gangrena, pudiendo requerir complicadas intervenciones quirúrgicas y en algún caso amputación del miembro (7,8).

El tratamiento en los casos de encarceración, requiere una actuación urgente, para evitar lesiones mayores; su severidad aumentará cuanto más tiempo permanezca el objeto constrictor.

En algunos casos se actúa sobre el pene, con maniobras para reducir el edema (1,9-11), y si no existe resultado satisfactorio hay que cortar el objeto, dependiendo del material y del grosor del mismo se emplearán unos instrumentos u otros, algunos de estos empleados en traumatología e incluso en los talleres del hospital, como taladros, martillos, cinceles, sierras, sierras radiales (10-13), gubias, cizallas...etc. En este grupo estarían incluidos nuestros casos 1 y 2.

Otros requieren otros tipos de tratamiento quirúrgico como el cuerpo extraño intrauretral que constituye nuestro tercer caso, que precisó de una uretrotomía para su extracción.

En algún caso será preciso tratar las lesiones producidas por el cuerpo extraño, como en el séptimo caso que mostramos, que produjo rotura de cuerpo cavernoso.

Otros no requieren ningún tratamiento, son mera curiosidad, a no ser que produzcan infecciones, como los casos 4, 5, 6 y 8.



FIGURA 8B. Perdigón en glande (flecha)

Algunos pacientes presentan patología psiquiátrica (4, 6,8,12); ninguno de nuestros casos tenía antecedentes psíquicos evidentes, solamente el paciente del segundo caso parecía tener una demencia leve.

CONCLUSIONES

Raramente la existencia de cuerpos extraños peneanos se debe a accidentes. Algunos pacientes presentan patología psiquiátrica.

Los cuerpos extraños en pene son colocados por muy diversas razones, destacando principalmente dentro de actividades eróticas o autoeróticas, pudiendo tener consecuencias desde leves, a casos en los que puede acabar en amputación peneana.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. Donáte Moreno MJ, Giménez Bachs JM, Pastor Guzmán JM, Lorenzo Romero JG, Salinas Sánchez AS, Virseda Rodríguez JA. Incarceración de pene por anillo de acero. Arch Esp Urol 2004; 57(6): 655-657.
- **2. Van Ophoven A, De Kernion JB. Clinical management of foreign bodies of the genitourinary tract. J Urol 2000;164:274-287.
3. Ganem JP, Lucey DT, Janosco EO, Carson CC. Unusual complications of the vacuum erection device. Urology 1998; 51(4):627-631.
4. Navarro Gil J, Regojo Zapata O, Elizalde Benito A, Sánchez Salabardo JM, Timón García A, Ramírez Fabián M, Valdivia Uria JG. Cuerpos extraños intrauretrales. Arch Esp Urol 2004; 57(6): 650-652.
5. Alonso Fernandez D, Rodriguez Toves LA, Amo Garcia JA, Santos Largo J, DE Castro Olmedo CJ, Camacho Parejo JJ, Martinez-Sagarra Oveja JM. Incarceración peneana por anillos metálicos. Actas Urol Esp 2000; 24(3): 262-264.
- *6. Bosquet Sanz M, Gimeno Argente V, Palmero Martí JL, Bonillo Garcia MA, Arlandis Guzmán S, Jimenez Cruz JF. Cuerpos extraños uretrovesicales: Nuestra experiencia. Actas Urol Esp 2005; 29(6): 572-577.
7. Gonzalez Satué C, Riera Canals L, Fondevila J, Estrada J, Arbelaez Arango S, Trilla Herrera E, Marco Pérez LM, Serrallach Milan. Lesión peneana y uretral por anillo metálico. Reconstrucción con colgajo radial libre. Actas Urol Esp 2001;25(10):746-749.
8. Bart S, Culty T, Pizzoferrato AC, Thibault F, Girault N, Chartier-kastler E, Richard F. Complete necrosis of the penis and testes by strangulation in a psychotic patient. Prog Urol 2008; 18(7):483-485.
9. Noh J, Kang TW, Heo T, Kwon DD, Ryu SB. Penile strangulation treated with the the modified string method. Urology 2004; 64(3):591.
10. Kimber RM, Mellon JK. The role of special cutting equipment and corporeal aspiration in the treatment of penile incarceration with a barbell retaining. J Urol 2004; 172(3):975.
- **11. Silberstein J, Grabowski J, Lakin C, Goldstein I. Penile constriction devices: a case report, review of the literature, and recommendations for extrication. J Sex Med 2008;5(7): 1747-1757.
- *12. Alonso Gracia N, Bielsa Gali O, Arango Toro O, De Leon Morales E, Cañís Sánchez D, Gelabert-Mas A. Manejo de la incarceration del pene y escroto por anillo metálico. Actas Urol Esp 2003;27(8): 633.
13. Rodriguez Gomez I, Alvarez Castello L, Rodriguez-Rivera Garcia J, Chantada Abal V, Lopez Garcia D, Gonzalez Martin M. Atrapamiento peneano por anillos. Arch Esp Urol 2007; 60(9): 1144-1145.