

Pene oculto en hernia inguinoescrotal gigante

Hidden penis in a giant inguinoscrotal hernia

Juan de Dios Díaz-Rosales,^{*,‡} Felipe González,^{*,§} Alexsandra Castillo,^{*,§}
David Ayala-García,^{*,¶} Dante Deras-Ramos^{||}

Palabras clave:

hernia, hernia abdominal, pene, escroto, cirugía de hernia, genitales masculinos.

Keywords:

hernia, hernia abdominal, penis, scrotum, surgery hernia, genitalia male.

RESUMEN

Introducción: la hernia inguinoescrotal gigante es una entidad que puede acompañarse de un pene oculto adquirido; la combinación de estas dos entidades demanda un manejo adicional a la hernioplastia. El abordaje adecuado es trascendental debido a las complicaciones urológicas y psicológicas que conlleva el pene oculto. **Caso clínico:** paciente masculino de 43 años con una hernia inguinoescrotal gigante que llega al punto medio del muslo acompañada de un pene oculto. Se efectúa una reparación con malla de manera convencional, empleando la técnica de Lichtenstein; posteriormente, se realiza una escrotoplastia, con subsiguiente liberación del dartos y el ligamento suspensorio del pene. No se presentaron complicaciones postquirúrgicas. **Conclusiones:** la combinación de estas dos entidades tiene una repercusión psicológica significativa en los pacientes. El cirujano general que realiza la cirugía de pared abdominal debe tener el conocimiento sobre el manejo del pene oculto para su tratamiento en conjunto con la hernioplastia de hernias inguinoescrotales.

ABSTRACT

Introduction: the giant inguinoscrotal hernia is an entity that can be accompanied by an acquired hidden penis, the combination of these two entities requires additional management to hernioplasty. The adequate approach is transcendental due to the urological and psychological complications that the hidden penis entails. **Clinical case:** we present the case of a 43-year-old male patient with a giant inguinoscrotal hernia that reaches the midpoint of the thigh accompanied by a hidden penis. A mesh repair is performed in a conventional manner using the Lichtenstein technique, followed by a scrotoplasty, with subsequent release of the dartos and the suspensory ligament of the penis. There were no postoperative complications. **Conclusions:** the combination of these two entities has a significant psychological impact on patients. The general surgeon who performs abdominal wall surgery must have knowledge about the management of the hidden penis for its treatment in conjunction with hernioplasty for inguinoscrotal hernias.

* Servicio de Cirugía del Hospital General de Zona No. 35, Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

‡ Cirujano general.

§ Residente de segundo año de Cirugía General.

¶ Residente de tercer año de Cirugía General.

|| Médico interno de pregrado. Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. México.

Recibido: 13/11/2022

Aceptado: 24/11/2023



INTRODUCCIÓN

El pene oculto en el adulto es una entidad observada comúnmente en pacientes con obesidad y presencia de hernias inguinoescrotales de gran volumen. De manera general, los cuerpos cavernosos y el glande son normales (en longitud), pero el pene se encuentra oculto por un exceso de grasa suprapúbica, así como una falta de fijación de los ángulos penopúbico y penoescrotal.¹ El pene oculto se divide en: membranoso (alteración en la unión de la piel escrotal al pene), enterrado (excesiva grasa a nivel suprapúbico con defecto en la elasticidad del dartos) y atrapado (secundario a una

cicatrización posterior a un procedimiento en el área).² Debido a este atrapamiento del pene junto con la pérdida de la visibilidad, las complicaciones generadas son: micción alterada, infecciones recurrentes (bacterianas y/o micóticas), erosión o úlceras en la región y disfunción sexual.³ Esta condición produce estrés mayor, depresión e incluso ideación suicida.⁴

Las hernias inguinoescrotales gigantes son aquellas que exceden el punto medio de la cara interna del muslo en pacientes que se encuentran en bipedestación.⁵ Se clasifican acorde con la extensión del saco herniario: el tipo 1 se extiende justo hasta la porción media del muslo, el tipo 2 se extiende hasta el borde

Citar como: Díaz-Rosales JD, González F, Castillo A, Ayala-García D, Deras-Ramos D. Pene oculto en hernia inguinoescrotal gigante. Cir Gen. 2023; 45 (4): 226-228. <https://dx.doi.org/10.35366/115848>

superior de la rótula y el tipo 3 sobrepasa más allá de la rótula.⁶ Entre sus complicaciones se encuentran: dificultad para caminar (“efecto de pelota que rebota”), pene oculto, dermatitis, infección oculta y/o recurrente, y ulceración escrotal.⁵

El objetivo de este trabajo es presentar el manejo de un paciente con pene oculto secundario a hernia inguinoescrotal gigante.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 43 años que acude a consulta externa de cirugía de pared abdominal, con presencia de una masa en la región inguinal izquierda, refiere molestia e imposibilidad para la deambulaci3n (“pelotea” la masa con el muslo) y dolor ocasional (tolerable). No cuenta con antecedentes de relevancia en el interrogatorio, ni enfermedades cr3nicas.

En la exploraci3n f3sica, el paciente ten3a un peso de 102 kg, talla de 1.72 m, 3ndice de masa corporal (IMC) de 35.2 kg/m². Presentaba una masa inguinoescrotal de grandes dimensiones, no reducible, que llegaba hasta la porci3n media del muslo, con ruidos perist3lticos y sin translucidez. Adem3s, se observ3 un pene oculto en la totalidad de su longitud y la presencia de dermatitis en la regi3n inguinal y el pliegue abdomino p3bico (*Figura 1A*). Se program3 para reparaci3n de hernia inguinal, faloplast3a y escrotoplast3a.

Previa administraci3n de antibi3tico (cefalexina un gramo intravenoso, una hora antes del procedimiento), se realiz3 la intervenci3n bajo anestesia regional con cat3ter epidural, se posicion3 al paciente en dec3bito dorsal, se le coloc3 una sonda vesical para vaciar la vejiga y ferulizar la uretra, posibilitando su identificaci3n durante el procedimiento para as3 evitar su lesi3n. Se repar3 la hernia inguinal de manera convencional con la t3cnica de Lichtenstein (modificada), reduciendo el colon sigmoide y el epipl3n que conten3a la hernia. Se coloc3 una malla de polipropileno ligero macroporoso, anclada al ligamento inguinal, el ligamento de Cooper y el tend3n conjunto (poliglactina 910, calibre 2-0). Una vez reparada la hernia, se cerr3 la herida inguinal con puntos simples y separados (poliglactina 910, calibre 2-0) en el tejido celular subcut3neo y

puntos simples en la piel (polipropileno, calibre 3-0). Posteriormente, se procedi3 a realizar escrotoplast3a, resecaando un huso de tejido escrotal (sentido longitudinal) y dando acceso al pene desde un abordaje inferior. A trav3s de la incisi3n realizada en la escrotoplast3a, se liberaron las adherencias laxas hasta llegar a la base del pene, liberando el ligamento suspensorio en la regi3n dorsal y el pubis, se colocaron puntos de fijaci3n (simples y separados) desde el dartos hasta la albug3nea de la cara dorsal y laterales del pene (poliglactina 910, calibre 3-0), creando los 3ngulos penoescrotal y peno-p3bico. Tras haber fijado los 3ngulos y con la liberaci3n del ligamento suspensorio, el pene mostr3 un aspecto similar al de circuncisi3n (debido al d3ficit de piel peneana), dejando descubierto el glande. Se obtuvo de manera inmediata un pene y alargamiento evidente (*Figura 1B*). Luego se fij3 el test3culo ipsilateral al escroto en dos puntos (lateral y el fondo) con puntos simples (poliglactina 910, calibre 3-0), se cerr3 la incisi3n de la escrotoplast3a con puntos invertidos (catgut cr3mico, calibre 3-0), dejando un drenaje abierto tipo Penrose localizado en la bolsa escrotal.

El procedimiento dur3 145 minutos; no ocurrieron complicaciones durante el mismo ni en el postoperatorio inmediato. Se obtuvo una adecuada analgesia del paciente con ketorolaco intravenoso 30 mg cada ocho horas. El egreso se realiz3 a las 24 horas postquir3rgicas. El paciente se mantuvo con sondaje uretral hasta su egreso. El tiempo de seguimiento fue de seis meses, con buen aspecto est3tico y funcional.

COMENTARIOS

Las hernias inguinoescrotales gigantes tienen una prevalencia de 2.8-5% de todos los casos de hernia inguinal,⁷ aunque en M3xico esta cifra podr3a ser m3s alta. Este padecimiento se asocia con poblaciones de pa3ses en desarrollo que tienen un bajo nivel educativo, social y econ3mico, lo que condiciona que los pacientes con este tipo de hernias tengan un retraso en la b3squeda de atenci3n m3dica y, con esto, aumento de la gravedad en la condici3n.⁸ Las hernias inguinoescrotales son capaces de ser tan grandes que llegan a tener p3rdida de domicilio⁹ y pueden traer consigo

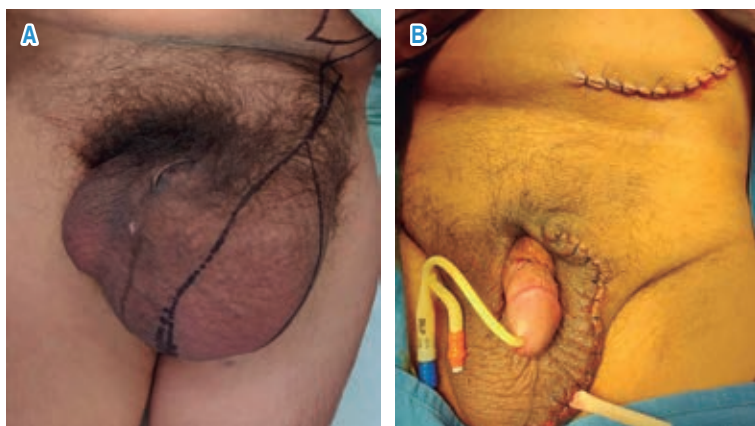


Figura 1: A) Se muestra la hernia inguinoescrotal y el marcaje de la escrotoplastía, observándose además el pene totalmente oculto por la laxitud del tejido escrotal, así como la masa escrotal condicionada por la hernia. B) Se muestra el resultado inmediato de la hernioplastía convencional, la escrotoplastía y la faloplastía.

complicaciones que impactan en la calidad de vida del paciente. Entre las complicaciones graves destacan: obstrucción intestinal, peritonitis, perforación intestinal, sepsis e incluso la muerte.¹⁰

La corrección del pene oculto en el adulto se logra liberando la fijación anormal del dartos, haciendo nuevos ángulos penoescrotales y penopúbicos.¹¹ Recomendamos realizar en conjunto la liberación del ligamento suspensorio del pene (que le da la apariencia de mayor longitud), la cual también puede emplearse por sí misma como alternativa en casos inusuales donde el dartos no puede ser liberado.¹² Se podrá realizar además lipoaspiración de la grasa púbica, dermolipsectomía púbica,¹³ Z-plastía suprapúbica¹ e incluso injertos de espesor parcial.¹⁴

Dentro de los cuidados postoperatorios se aconseja a los pacientes evitar tener relaciones sexuales; sin embargo, se recomienda no evitar las erecciones, ya que la incapacidad para tenerlas es indicativa de una falla del procedimiento y resultados insatisfactorios.

En los pacientes con hernia inguinoescrotal gigante y pene oculto se produce una repercusión psicológica, por lo que al tratar estos casos en la unidad de cirugía de hernias y pared abdominal es necesario ofrecer el mejor tratamiento integral para el paciente (la corrección de la hernia y la faloplastía). La complejidad de

la patología de pared abdominal obliga al cirujano general a especializarse en procedimientos de reconstrucción tanto funcional como estética, lo que va a repercutir en mejorar la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS

1. Angulo JM, Fernández-Bautista B, Burgos L, Ortiz R, Parente A. Faloplastía suprapúbica: nueva técnica quirúrgica para el pene enterrado. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2020; 46: 73-78.
2. Espinosa-Chávez G, Castro-D JC, Rodríguez-B A. Pene oculto: manejo quirúrgico. *Rev Mex Urol.* 2011; 71: 128-131.
3. Ho TS, Gelman J. Evaluation and management of adult acquired buried penis. *Transl Androl Urol.* 2018; 7: 618-627.
4. Rybak J, Larsen S, Yu M, Levine LA. Single center outcomes after reconstructive surgical correction of adult acquired buried penis: measurements of erectile function, depression, and quality of life. *J Sex Med.* 2014; 11: 1086-1091.
5. Marin Castro P, Bermeo JC. Hernia inguinal gigante en un adulto. *MEDISAN.* 2021; 25: 907-915.
6. Trakarnsagna A, Chinswangwatanakul V, Methasate A, Swangsri J, Phalanusitthepha C, Parakonthon T, et al. Giant inguinal hernia: Report of a case and reviews of surgical techniques. *Int J Surg Case Rep.* 2014; 5: 868-872.
7. Akpo EE. Bilateral giant inguinoscrotal Hernia: psychosocial issues and a new classification. *Afr Health Sci.* 2013; 13: 166-170.
8. Karthikeyan VS, Sistla SC, Ram D, Ali SM, Rajkumar N. Giant inguinoscrotal hernia-report of a rare case with literature review. *Int Surg.* 2014; 99: 560-564.
9. Begliardo FL, Arias PM, Corpacci M, Albornoz PD, Lerda AF. Tratamiento de la hernia inguinoescrotal gigante con pérdida de domicilio: un desafío quirúrgico. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018; 6: 96-99.
10. Basukala S, Rijal S, Pathak BD, Gupta RK, Thapa N, Mishra R. Bilateral giant inguinoscrotal hernia: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2021; 88: 106467.
11. Domínguez-Chicas A. Principales enfermedades en urología pediátrica: manifestaciones clínicas, abordaje, diagnóstico y tratamiento. *Rev CONAMED.* 2018; 23: 132-140.
12. Anandan L, Mohammed A. Surgical management of buried penis in adults. *Cent European J Urol.* 2018; 71: 346-352.
13. Juárez Calvi R, Ahualli PE, Achával Rodríguez J, Prezzavento G. Reconstrucción del pene oculto del adulto: experiencia en un mismo centro. *Rev Argent Cir Plast.* 2021; 27: 40-43.
14. Strother MC, Skokan AJ, Sterling ME, Butler P, Kovell RC. Adult buried penis repair with escutcheonectomy and split-thickness skin grafting. *J Sex Med.* 2018; 15: 1198-1204.

Correspondencia:

Juan de Dios Díaz-Rosales

E-mail: jdedios.diaz@uacj.mx