

Fratura peniana: diagnóstico e tratamento

Penile fracture: diagnosis and treatment

Pedro Romanelli de Castro¹, Ricardo Hissashi Nishimoto¹, Raul Guilherme Ângelo Pinheiro¹, Teon Augusto N. de Oliveira², Ralph Correa de Almeida²

RESUMO

A fratura do pênis é definida como a ruptura da túnica albugínea do corpo cavernoso que ocorre exclusivamente durante a ereção. O principal mecanismo de trauma é o intercurso sexual traumático. Devido ao baixo número de casos, alguns pontos do tratamento ainda são controversos, entretanto, é recomendada a intervenção cirúrgica imediata. Este estudo retrospectivo observacional realizado entre abril de 2006 e abril de 2008 descreve os resultados da abordagem cirúrgica em 11 pacientes com fratura peniana tratados no Hospital Alberto Cavalcanti – FHEMIG. Foram avaliadas as características dos pacientes, o mecanismo do trauma, o tipo da lesão e as complicações no per e no pós-operatório imediato.

Palavras-chave: Pênis/lesões; Pênis/cirurgia; Uretra/lesões; Ruptura.

¹ Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia
² Médico-residente em Cirurgia Geral
Hospital Alberto Cavalcanti – HAC
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG
Departamento de Urologia

ABSTRACT

Objectives: To review the diagnostic and therapeutic options in patients with penile fracture and describe our experience. Patients & Methods: From April 2006 through April 2008, eleven consecutive men with diagnosis of penile fracture were treated at “Alberto Cavalcanti” Hospital. The etiology, interval from injury to presentation, presence of associated injuries and immediate postoperative complications were evaluated. Results: All patients were submitted to surgical intervention and nine had the diagnosis confirmed. None of them had per-operative complications. One patient had skin infection in the post-operative period. Conclusions: Penile fracture can be clinically diagnosed, the management should be surgical and immediate.

Key words: Penis/injuries; Penis/surgery; Urethra/injuries; Rupture.

INTRODUÇÃO

A fratura do pênis é definida como a ruptura da túnica albugínea do corpo cavernoso que ocorre exclusivamente durante a ereção. A presença de lacerações semelhantes pode ocorrer com o pênis flácido, como nas lesões por arma de fogo, entretanto, estas lesões não são descritas como fraturas.^{1,2} Durante a ereção, a túnica albugínea torna-se muito delgada e o aumento súbito da pressão dentro do corpo cavernoso, ocasionado pelo trauma, pode provocar a sua ruptura.³

O principal mecanismo de trauma é o intercurso sexual traumático, usualmente devido à compressão do pênis ereto sobre o períneo ou a sínfise púbica da mulher. No entanto, os mecanismos de trauma são variáveis com os aspectos cul-

Recebido em: 31/07/2008
Aprovado em: 01/06/2009

Endereço para correspondência:
Dr. Pedro Romanelli de Castro
Rua Levindo Lopes 333/ 906 - Savassi
CEP: 30140-170 - Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: pedroromanelli@yahoo.com.br

turais. Em alguns países, o mais comum é o hábito de estalar o pênis para atingir a detumescência.

A fratura de pênis tem apresentação clínica típica. O paciente relata ter escutado o som (estalido) gerado pela ruptura do corpo cavernoso, seguido por dor, detumescência peniana imediata, hematoma e edema, causando deformidade peniana.³⁻⁸ O exame físico é definido como deformidade em berinjela, que consiste na combinação de edema, hematoma e desvio do pênis para o lado oposto ao da fratura.^{8,9} A presença de sintomas urinários deve levantar a suspeita de lesão uretral concomitante, que ocorre em até 20% dos casos.^{4,6,9-11}

O diagnóstico quase sempre é possível apenas com a história clínica e o exame físico adequados, sendo desnecessários exames complementares. Em casos atípicos, com diagnóstico duvidoso, alguns exames de imagem podem ser utilizados (cavernografia, ultrassonografia com doppler e ressonância magnética).

O tratamento cirúrgico imediato deve ser sempre realizado. Mesmo nos casos de diagnóstico tardio, até após 48 horas do trauma o tratamento cirúrgico continua preconizado.^{6,12,13} Durante a intervenção cirúrgica, o hematoma é esvaziado, identifica-se a lesão da túnica e realiza-se o fechamento do corpo cavernoso com sutura contínua com fio absorvível (Figura 1).¹⁴

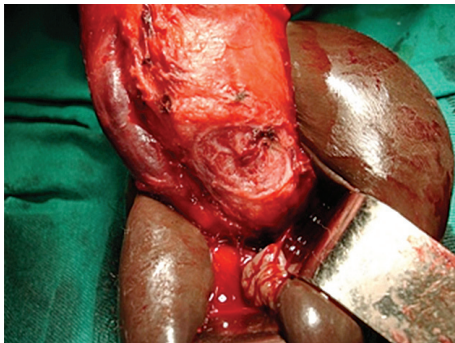


Figura 1 - Lesão do corpo cavernoso

Apesar do tratamento cirúrgico precoce ter reduzido a incidência de complicações, 6 a 25% dos pacientes apresentarão sequelas devido à fratura de pênis, tais como: curvatura peniana acentuada, dor durante a ereção, disfunção erétil, priapismo, necrose de pele, fístula arteriovenosa, estenose uretral, entre outras.³

PACIENTES E MÉTODOS

No período entre abril de 2006 e abril de 2008, no Hospital Alberto Cavalcanti - FHEMIG, 11 pacientes foram admitidos na unidade de emergência com clínica de fratura de pênis. Nenhum deles foi submetido a exame complementar, sendo todos imediatamente encaminhados para a correção cirúrgica. Foram analisadas suas características epidemiológicas e também da doença, como: idade, comorbidades, mecanismo do trauma, tempo decorrido entre o trauma e a correção cirúrgica, lesões associadas e as complicações no período pós-operatório imediato.

Todos foram submetidos à exploração cirúrgica por incisão abaixo do sulco bálano prepucial e deslucamento do pênis até a área da lesão. Após a retirada do coágulo e identificação da lesão, foi realizado o fechamento da túnica albugínea com sutura contínua de ácido poliglicólico 2-0. Os pacientes receberam antibioticoprofilaxia com cefalosporina de primeira geração na indução anestésica e sua manutenção por mais sete dias. Eles foram cateterizados durante o procedimento para facilitar a identificação da uretra e prevenir sua lesão durante o deslucamento peniano e fechamento da túnica albugínea. Foi realizada cistostomia em um paciente devido à verificação de lesão de uretra peniana.

A idade média foi de 36,5 anos, variando de 24 a 53 anos. O mecanismo de trauma foi: o intercurso sexual em sete, o hábito de estalar o pênis em três e o ato de forçar o pênis para baixo na tentativa de atingir a detumescência antes da micção em um paciente. O tempo entre a lesão e correção cirúrgica variou de 10 a 24 horas (média de 15 horas).

RESULTADOS

O diagnóstico de fratura peniana foi confirmado durante o peroperatório em nove pacientes. Em dois foi encontrado apenas hematoma no subcutâneo, sem indício de ruptura da albugínea durante a exploração cirúrgica. Esses dois pacientes apresentavam clínica frustra de fratura peniana no pré-operatório. Foi identificada lesão unilateral do corpo cavernoso em oito pacientes, em sete (87,5%) à direita e em um à esquerda. A lesão bilateral do corpo cavernoso foi encontrada em um indivíduo e a associada do corpo esponjoso foi observada em dois, entretanto, apenas em um houve ruptura da mucosa uretral. Esses danos

ocorreram nos casos com lesões mais extensas do corpo cavernoso, como lesão bilateral e lesão de 75% da circunferência do corpo cavernoso.

O tamanho da lesão variou de 0,5 a 3,5 cm. Todas foram proximais, ventral e lateral do pênis. Não houve complicações peroperatórias. No pós-operatório, o paciente com lesão de uretra evoluiu com infecção da ferida e necrose de parte da pele do pênis. O tempo operatório variou entre 30 e 90 minutos (média de 60 minutos). A permanência hospitalar foi de dois dias para todos os pacientes. Nenhum deles recebeu medicação para prevenir ereções, apesar de serem orientados a evitar qualquer atividade sexual por 30 dias.

DISCUSSÃO

A fratura peniana representa tipo de trauma urológico relativamente incomum e, por isso, muitas vezes desconhecido pela população e pelos próprios profissionais da saúde, o que acaba retardando o tratamento adequado. Apesar do desconhecimento de sua real incidência, devido aos poucos relatos na literatura, há grande variação de sua prevalência em diferentes populações.

A fratura do pênis se dá somente quando de sua ereção. Decorre de aumento súbito da pressão dentro do corpo cavernoso, excedendo a força de resistência da túnica albugínea durante a ereção. No estado de flacidez peniana, a túnica albugínea tem cerca de 2 mm de espessura, enquanto durante a ereção tem 0,25 a 0,5 mm.⁸

Nos países ocidentais, o intercuro sexual traumático é o principal mecanismo de trauma, entretanto, o mesmo não se verifica em alguns países asiáticos e do leste europeu. No Japão e no Irã, 19 e 8% das lesões, respectivamente, acontecem durante o intercuro sexual. Os demais casos são atribuídos a masturbação, estalar o pênis e rolar na cama sobre o pênis ereto. Há relatos quase anedóticos de fratura devido a queda de altura, queda de tijolo sobre o pênis, masturbação utilizando uma coqueteleira, tentativa de colocar o pênis dentro da calça apertada e até um caso devido à mordedura de animal.^{4-6,15,16}

O seu diagnóstico é eminentemente clínico, sendo os exames de imagem reservados para casos especiais, quando a história clínica e o exame físico são duvidosos. A uretrografia retrógrada deve ser realizada na suspeita de lesão uretral, ou

seja, presença de queixas urinárias como hematúria, uretrorragia e lesões bilaterais dos corpos cavernosos.^{17,18} A cavernografia eventualmente é utilizada diante de dúvida diagnóstica, pode fornecer resultados falso-negativos e não é isenta de complicações como reações alérgicas, fibrose do corpo cavernoso e priapismo.^{12,19,20} A ultrassonografia exerce papel limitado no diagnóstico da fratura de pênis, pois possui baixa acurácia, difícil interpretação dos achados e é operador-dependente. A ressonância magnética revela-se de grande acurácia diagnóstica, mas suas desvantagens são o difícil acesso e o alto custo.^{8,21}

A terapêutica da fratura de pênis em seus primórdios consistia em conduta conservadora, utilizando-se curativo compressivo, compressas de gelo, drogas fibrinolíticas, antibiótico e inibição farmacológica da ereção. O tratamento cirúrgico precoce passou a ser usado devido às taxas acima de 30% de complicações tardias da abordagem conservadora. Observou-se, em consequência, considerável redução dessas complicações.^{5,22} A correção cirúrgica imediata oferece mais chance de completa recuperação, mesmo no advento de lesões uretrais concomitantes, e consiste na melhor maneira de se obter bom prognóstico funcional.

O local e o tipo de incisão para o acesso cirúrgico variam com a experiência do cirurgião, sendo mais utilizada a incisão circunferencial distal, que é mais estética, permite a exposição ampla dos corpos cavernosos e a abordagem de possível lesão uretral associada.^{4,8,19,23} É recomendado, após identificado o local da lesão da túnica vaginal, o seu fechamento com sutura contínua ou com pontos separado, com fio absorvível¹⁴. O uso de fios inabsorvíveis (*nylon*) com nó invertido permite ótimos resultados e custo mais baixo.⁴

CONCLUSÃO

O diagnóstico e o tratamento da fratura de pênis são controversos devido, especialmente, ao baixo número de estudos com casuísticas extensas. O conhecimento de como ocorre, a compreensão de sua relação com questões culturais potencialmente modificáveis e o seu reconhecimento precoce podem evitar lesões, possibilitar rapidez em seu diagnóstico e tratamento adequado, com redução das sequelas.

REFERÊNCIAS

1. Jallu A, Wani NA, Rashid PA. Fracture of the penis. *J Urol.* 1980; 123:285-6.
2. Godec CJ, Reiser R, Logush AZ. The erect penis-injury prone organ. *J Trauma.* 1988; 28:124-6.
3. Eke N. Fracture of the penis. *Br J Surg.* 2002; 89:555-65
4. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. *J Urol.* 2000; 164:364-6.
5. Nicoliasen GS, Melamud A, McAninch JW. Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. *J Urol.* 1983; 130:917-9.
6. Ishikawa T, Fujisawa M, Tamada H, Inoue T, Shimatani N. Fracture of the penis: nine cases with evaluation of reported cases in Japan. *Int J Urol.* 2003; 10:257-60.
7. Ghanem AN. Re: penile fractures in Kermanshah. *Br J Urol.* 2002; 89:890.
8. Miller S, McAninch JW. Penile fracture and soft tissue injury. In: McAninch JW, editor. *Traumatic and reconstructive urology.* Philadelphia: WB. Saunders; 1996. p. 693-8.
9. Fergany AF, Angermeier KW, Montague DK. Review of Cleveland Clinic experience with penile fracture. *Urology.* 1999; 54:352-5.
10. Asgari MA, Hosseini SY, Safarinejad MR. Penile fractures: evaluation, therapeutic approaches and long long-term results. *J Urol.* 1996; 155:148-9.
11. Cendron M, Whitmore KE, Carpinello V, Kurzweil SJ, Hanno PM, Snyder HM, Duckett JW. Traumatic rupture of the corpus cavernosum: evaluation and management. *J Urol.* 1990; 144:987-91.
12. Pruthi RS, Petrus CD, Nidess R, Venable DD. Penile fracture of the proximal corporeal body. *J Urol.* 2000; 164:447-8.
13. Hinev A. Fracture of the penis: treatment and complications. *Acta Med Okayama.* 2000; 54:211-6.
14. Naraynsingh V, Raju GC. Fracture of the penis. *Br J Surg.* 1985; 72:305-6.
15. Klein FA, Smith V, Miller N. Penile fracture: diagnosis and management. *J Trauma.* 1985; 25:1090-2.
16. Fetter TR, Gartman E. Traumatic rupture of penis. Case report. *Am J Surg.* 1936; 32: 371.
17. Tsang T, Demby AM. Penile fracture with urethral injury. *J Urol.* 1992; 147:466-8.
18. Cumming J, Jenkins J. Fracture of the corpora cavernosa and urethral rupture during sexual intercourse. *Br J Urol.* 1991; 67:327.
19. Mydlo JH. Surgeon experience with penile fracture. *J Urol.* 2001; 166:526-9.
20. Pliskow RJ, Ohme RK. Corpus cavernosography in acute 'fracture' of the penis. *AJR Am J Roentgenol.* 1979; 133:331-2.
21. Fedel M, Venz S, Andreessen R. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of suspected penile fracture. *J Urol.* 1996; 155:1924-7.
22. Wespes E, Libert M, Simon J, Schulman CC. Fracture of the penis: conservative versus surgical treatment. *Eur Urol.* 1987; 13:166-8.
23. Agrawal SK, Morgan BE, Shafique M. Experience with penile fracture in Saudi Arabia. *Br J Urol.* 1991; 67:644-6.