

PROTESIS DE PENE: MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

La estandarización de la técnica en los implantes de prótesis de pene (IPP) y las mejoras en su construcción han reducido las complicaciones a menos del 5%. No obstante, éstas pueden afectar significativamente a la morbilidad y la calidad de vida. Los urólogos protésicos deben conocer la constelación de complicaciones que pueden surgir durante o después de la colocación del IPP.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

SELECCIÓN DEL PACIENTE

1. Optimizar la **HbA1c** en diabéticos
2. Optimización **cardiológica/médica**
3. Estudiar las **variables psicosociales** que pueden afectar negativamente el éxito quirúrgico y los resultados del paciente
4. Obtener un **cultivo de orina**
5. **Suspender antiagregantes** 7 días pre-IQ

SELECCIÓN DEL DISPOSITIVO

1. Determinar preferencias del paciente: prótesis **inflables frente a las maleables**.
2. **Enfermedad de Peyronie**: Boston Scientific CX o Coloplast Titan
3. **Fibrosis grave**: dispositivos "narrow" de Coloplast o Boston Scientific
4. **Pene grande y ancho**: Coloplast Titan o Boston LGX

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Asesorar adecuadamente al paciente para establecer expectativas realistas sobre:

1. **Tamaño del pene erecto**
2. **Cambios sensoriales**
3. **Alteraciones eyaculatorias**
4. **Dolor postoperatorio**
5. **Posibilidad de reintervención** debido a fallo mecánico, infección o erosión

COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

Scherzer N.S, et al: 2019 J Sex Med

HEMATOMA

Incidencia: 0.2% - 3.6%.

Prevención:

- **Vendaje compresivo** + inflado parcial del dispositivo.
- **Drenaje** aspirativo cerrado.
- Suspender la terapia de anticoagulación.
- Interrumpir antiagregantes 7 días pre-IQ.
- Limitar la actividad física 1-2 semanas.

Manejo:

- **Conservador** con vendaje y baños de agua tibia si la herida está cerrada.
- **Drenaje quirúrgico** solo si es demasiado grande y doloroso.

"CROSSOVER" Y PERFORACIÓN DE LOS CAVERNOSOS

Incidencia: 25-31% en cuerpos cavernosos fibróticos que requieren el uso de cavernotomos.

Diagnóstico: - **Proximal:** "field goal" test (portería de fútbol americano).

- **Distal:** "distal fluid challenge test." (prueba de fuga distal de fluido)

Prevención: **Aguja de Keith** a través del glande antes de colocar los cilindros. Dilatación inicial gradual y dirigida lateralmente. Si hay fibrosis se pueden utilizar cavernotomos.

Manejo:

- **Proximal:** **Suturas de corporotomía** por encima y por debajo del tubo de salida, además de un cabestrillo extensor de punta posterior o parche de manga de viento ("**windsock patch**") para evitar la migración proximal del implante.
- **Distal:** Realizar una "distal fluid challenge test." para evaluar la lesión de la uretra.

LESIÓN URETRAL

Incidencia: 0.1-4.0%

Prevención: Manténgase lo más lateral posible al dilatar los cuerpos cavernosos

Manejo:

- Distal:** **Detener la cirugía.** (Solo en circunstancias especiales se repara la lesión + cistostomía suprapúbica 4-8 sem. antes de activar el implante)
- Proximal:** **Cerrar la lesión de la uretra proximal o media** directamente y proceder con el implante.

LESIÓN VESICAL

Incidencia: <1%

Prevención: **Vaciar siempre la vejiga** antes de colocar el depósito.

- Si existe fibrosis pélvica, injerto de malla o trasplante, se puede considerar la colocación de un **reservorio submuscular o una PP de 2 piezas**.

Manejo: Si la vejiga está lesionada: reparación inmediata en dos capas. Se recomienda la colocación contralateral o ectópica del reservorio.

GLANDE HIPERMÓVIL ("Floppy")

Incidencia: 1% - 5%.

Prevención: Cilindro de **tamaño adecuado**.

Manejo:

- Habitualmente autocorrección debido a la curación normal y formación de cápsula.
- Corrección quirúrgica (pexia de glande).

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

INFECCIÓN

Incidencia: 1- 4%.

Prevención:

- 1 **Correcta selección del paciente**
2. Limitar la **duración de la cirugía** y el **tráfico en el quirófano**
3. Emplear el concepto "**no tocar la piel**" tanto como sea posible
4. Use IPP recubrimiento **hidrófilo impregnados con antibióticos**
5. Realizar **riego frecuente** del campo con solución antibiótica.

Manejo:

- Al comienzo de una infección clínica, administrar antibióticos
- Si la cirugía está indicada: **Quitar la PP o realizar procedimiento de rescate de Mulcahy**

EROSIÓN

Incidencia: 1- 6%.

Factores de riesgo: Más probable cuando **se daña la uretra** en la cirugía y en pacientes con **lesión de la médula espinal**.

Manejo:

Si **Erosión + infección:** explantar PP.

Si **Ventrolateral/ventrodistal:** **Corporoplastia de Mulcahy:**

Volver a colocar el cilindro en una posición más medial y segura debajo del glande del pene creando una nueva cavidad para el cilindro detrás de la pared posterior de la vaina fibrótica.

EXPLANTE TRADICIONAL

- Reimplantar en 2-6 meses
- **Fibrosis** cavernosa
- **Acortamiento pene** (4-6 cm)
- Reimplante muy difícil

REIMPLANTE INMEDIATO

- El paciente se mantiene con prótesis de pene
- **Evita acortamiento** del pene
- Evita reimplantes difíciles

ISQUEMIA DE GLANDE

Incidencia: <0.5%.

Factores de riesgo: Enfermedad aterosclerótica, diabetes mellitus, tabaquismo, explante protésico previo, radioterapia, vendajes de pene elásticos oclusivos.

Manejo:

- Vigilar la aparición de "glande oscuro" en el día 1 postoperatorio
- Tratar con: **extracción inmediata de la prótesis de pene**

Scherzer N.S, et al: 2019 J Sex Med.
 Levine L.A, et al: 2016 J Sex Med.
 Krzastek SC, et al: 2019 Ther Adv Urol.
 Sharma D, et al: 2017 Transl Androl Urol.