



# Necrosis de pene en un paciente diabético en hemodiálisis

M. Picazo\*, M. Cuxart\*, J. Vesa\*\* y M.<sup>a</sup> L. Urcelay\*\*\*

\*Servicio de Nefrología. \*\*Urología. \*\*\*Dermatología. Hospital de Figueres.

Sr. Director:

La necrosis de pene es una entidad rara de la cual se han descrito pocos casos en enfermos en diálisis. En estos puede estar asociada a diabetes mellitus (DM) poco controlada, a calcifilaxia y muy raramente a embolismos de colesterol<sup>1-9</sup>.

El diagnóstico es clínico tras examinar los antecedentes patológicos, la exploración física y realización de otros estudios como la biopsia de piel<sup>1,3,6,8</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 77 años portador de marcapasos con DM II, retinopatía y nefropatía diabéticas, arteriopatía periférica, hipertensión arterial y fibrilación auricular que 3 meses antes de iniciar hemodiálisis, presentó exacerbación de las lesiones por arteriopatía en extremidades inferiores (EELI), evolucionando a necrosis seca en dedos de pie izquierdo y úlceras en cara externa de ambas piernas. Se realizó una arteriografía que objetivó obliteración arterial distal en ambas EELI no revascularizable, aconsejándose curas tópicas e intensificación del tratamiento analgésico. A los dos meses del inicio de la diálisis, la evolución de las lesiones en pierna izquierda fue más tórpida, existiendo además signos de robo en mano izquierda por fístula arteriovenosa humeral y aparición de lesión en glándula de aspecto necrótico, no supurativa y dolorosa (fig. 1). Existía un buen control de la tensión arterial y analíticamente un óptimo control del perfil lipídico, productos fosfo-cálcico de 42 mg<sup>2</sup>/dl<sup>2</sup>, PTH de 187 pg/ml y HbA1c del 7%. Se realizó biopsia cutánea de lesión peneana y de úlcera en cara anterior de pie derecho. Se estableció el diagnóstico diferencial entre calcifilaxia (pero la ausencia de otras lesiones sugestivas de esta patología y el correcto producto fosfo-cálcico así como de las cifras de PTH la hacían poco probable), con lesión vasculítica (aunque tampoco existía clínica sistémica compatible), con embolismos de colesterol y ya más probablemente con lesión isquémica en el contexto de angiopatía aterosclerótica. El estudio anatomopatológico en ambas regiones mostró lesiones de necrosis isquémica sin calcificaciones arteriales ni signos de embolismos de colesterol. Dada la precariedad clínica del paciente, se descartó una posible limpieza quirúrgica de las úlceras de pierna izquierda o la amputación de ésta. Por ello se establecieron curas paliativas, siendo éxitos a los pocos días.

El tratamiento de la necrosis de pene puede ser conservador, controlando la posibilidad de infección median-



Fig. 1.—Lesión de aspecto necrótico en glándula.

te desbridamiento de las áreas necróticas, antibióticos, oxígeno hiperbárico etc<sup>1,3</sup>. En los casos asociados a calcifilaxia es imperativa la normalización del calcio y fósforo séricos, inclusive la realización de paratiroidectomía si es necesaria<sup>4</sup>. Algunos autores sugieren un manejo quirúrgico temprano como la penectomía subtotal o total<sup>5,6</sup>.

Existe una alta mortalidad cuando la necrosis de pene se presenta en personas con DM e insuficiencia renal siendo de más del 50% a los 6 meses<sup>1,7,8</sup>.

A diferencia de los casos descritos y revisados por Stein y cols.<sup>7</sup> en enfermos en tratamiento renal sustitutivo en los cuales la necrosis de pene se asoció a calcificación arterial ante productos fosfo-cálcicos superiores a 70 mg<sup>2</sup>/dl<sup>2</sup> por hiperparatiroidismo secundario, en nuestro caso no se evidenciaron estas alteraciones. Aunque la muerte de este paciente no se debió a la lesión peneana por sí sola, es de interés su descripción ya que puede ser de gran ayuda el conocimiento de esta entidad. Además el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno pueden ser determinantes en la evolución y pronóstico de estos enfermos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Montoya G, Otero JM, López V, Santibáñez JJ, González J, Serrano E: Necrosis de pene: experiencia en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. *Boletín Col. Mexicano* 20: 10-14, 2005.

**Correspondencia:** Dra. Montserrat Picazo  
Servicio de Nefrología. Hospital de Figueres  
Ronda Rector Arolas s/n. 17600 Figueres (Girona)  
E-mail: montserratpicazo@yahoo.es

M. PICAZO SÁNCHEZ y cols.

- Liao H, Lin T, Chen T, Wang Ch, Sue Y: Penile gangrene in a chronic dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 20: 1503-4, 2005.
- Harris CF, Mydlo JH: Ischemia and gangrene of the penis. *J Urol* 169: 1795, 2003.
- Karpman E, Das S, Kurzrock EA: Penile calciphylaxis: Analysis of risk factors and mortality. *J Urol* 169: 2206-9, 2003.
- Verde E, Gómez FJ, Vozmediano MC, Tejedor A, Valderrábano F: Penectomy in a diabetic patient on haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 11: 1487-8, 1996.
- Weiner DM, Lowe FC: Surgical management of ischemic penile gangrene in diabetics with end stage atherosclerosis. *J Urol* 155: 926-9, 1996.
- Stein M, Anderson C, Ricciardi R, Chamberlin JW, Lerner SE, Glicklich D: Penile gangrene associated with chronic renal failure: report of 7 cases and review of the literature. *J Urol* 152: 2014-6, 1994.
- Bour J, Steinhardt G: Penile necrosis in patients with diabetes mellitus and end stage renal disease. *J Urol* 132: 560-2, 1984.
- Mondragón P, Descombes E, Bollmann J, Fellay G: Penile necrosis in a haemodialysis patient: a rare manifestation of cholesterol crystal embolism. *Nephrol Dial Transplant* 13: 3233-5, 1998.



## NECROLOGICA

Alicante, 30 de octubre de 2006

ANTONIO LUNA MORALES  
Ciudad Real 22-11-1945  
Nefrólogo

Distribuyó su ejercicio profesional entre la práctica de la Nefrología y la Gestión Sanitaria, con especial atención a su especialidad, siendo el responsable de la confección del Libro Blanco de Nefrología en la provincia de Alicante, que impulsó la dotación de servicios de Nefrología y de Unidades de Hemodiálisis en los Hospitales Comarcales que se inauguraron durante su responsabilidad como Director Provincial del Insalud en Alicante, así como de la promoción y creación de la Unidad de Trasplantes del Hospital.

Fue luego el primer Director del Servicio Valenciano de Salud tras las transferencias autonómicas.

Asesor en el Gabinete del Subsecretario del Ministro de Sanidad con Ernest Lluç y Julián García Vargas.

Director de Atención Primaria en el área de Elda.

Subdirector del Hospital General Universitario de Alicante.

Finaliza su vida profesional como responsable de la consulta de prediálisis, donde con su trato humano y profesional de siempre se gana el cariño y respeto de sus pacientes.

Falleció el 29 de octubre de 2006

*Gracias Antonio*