

Servicio de Urología del Policl. Fernández
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí.

PRIAPISMO. ESTADO ACTUAL A LOS DOS AÑOS DE LA INCISION DE LOS CUERPOS CAVERNOSOS

Por los Dres. ROBERTO A. RUBI, ALFREDO A. GRIMALDI
y JOSE BENTOLILA

"Priapismo verdadero es una condición patológica extraordinaria, de erección prolongada y persistente, sin deseo sexual, generalmente dolorosa." (*Hinman*).

Caracterizado por la ingurgitación de los cuerpos cavernosos, sin participación del cuerpo esponjoso y del glande, obedece a mecanismos variados. Se incluyen en un grupo a las *causas de naturaleza nerviosa*: Irritaciones periféricas ascendentes (tumores e inflamaciones de la uretra), descendentes (lesiones, inflamaciones o tumores espinales) y directas (irritaciones de los nervios erectores o pudendos).

En un segundo grupo se engloban los casos consecutivos a *causas mecánicas locales*, por obstrucción del retorno venoso, debida a inflamaciones, hematomas, tumores y traumatismos del pene y cambios hematológicos.

Así como las causas locales son consideradas como de naturaleza mecánica, las enfermedades de sistema (leucemia, sífilis, etc.) se hallan más ligadas a influencias nerviosas.

Por último; sin olvidar que las causas se combinan en algunas oportunidades, resta un grupo, quizás el más numeroso, cuya etiología ignorada obliga a la denominación regresiva de "*priapismo idiopático*".

El priapismo verdadero, como una regla, no responde a forma alguna de medicación (Smith), desapareciendo espontánea y gradualmente, aunque esta restitución va seguida casi siempre de impotencia (*Marion*). La cirugía es necesaria en muchas circunstancias, aunque puede ser desilusionante y motivo de invalidez.

Para muchos autores, la *incisión de los cuerpos cavernosos* es la terapéutica más simple y efectiva independientemente de su etiología. Va seguida habitualmente de rápida curación y no destruye el poder de erección (*Lowsley y Kirwin*). hecho, este último, muy discutible. Consideramos que esto se halla en relación inmediata con la precocidad de la intervención, que ofrecerá mayores posibilidades de restitución integral de la función sexual y podrá evitar, muchas veces, la esclerosis de los cuerpos cavernosos y su repercusión sobre dicha función (*Mathis*).

Juzgamos redundante extendernos sobre tema tan interesante, que ha sido objeto de amplias publicaciones. Entre ellas, remitimos a la muy completa y

amena comunicación de *Gorodner* (1946), que presenta un caso de priapismo presumiblemente traumático que constituye con el de *Bernardi* (1945) los dos últimos casos relatados a esta Sociedad.

El caso objeto de nuestra comunicación se refiere a C.M. argentino 55 años casado, empleado municipal, historia clínica 7658. Ingres: 19-XII-1950. S. VI, C. 34.

Sus antecedentes hereditarios y personales no presentan nada de particular. No ha padecido venéreas, ha sido siempre sano y tiene esposa y dos hijos en perfecta salud.

El 15 de diciembre de 1950, durante la noche, hallándose en cama, observó le erección irreductible del pene, sin deseo sexual, no dolorosa. Como único

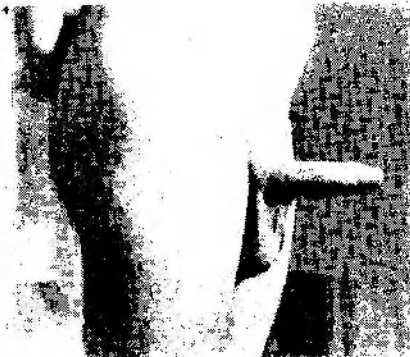


FIG. 1. --- Fotografía del priapismo obtenida al 4º día de iniciado.

FIG. 2. --- Puede observarse la erección completa y la forma cónica del pene, debida a la flaccidez del glande que no participa del proceso de ingurgitación de los cuerpos cavernosos.

dato que pueda tener relación con el proceso recuerda que esa misma mañana efectuó un salto desde una altura de 2 metros hasta el suelo, experimentando un fugaz dolor en ambas caderas de discreta intensidad. La erección persiste durante la primera noche, con ligera disminución de tensión, lo que consigue por masajes de expresión del pene. El día 16 la ingurgitación alcanza su grado máximo y es ya dolorosa, aunque no dificulta sus micciones. Mantiene estas características hasta el día de su ingreso, que se produce el 19 por la mañana, es decir, a los 3 días y algunas horas de iniciado el fenómeno.

En el momento de su internación es dable apreciar un excelente estado general. Su facies es de sufrimiento. El examen somático de los distintos aparatos no revela anormalidad alguna, siendo sus orinas límpidas y sus micciones normales.

Los exámenes de laboratorio que se practican (análisis de orina, urea en sangre, eritrosedimentación, citológico sanguíneo, serología específica) no aportan dato alguno de importancia.

El proceso patológico, localizado en el área genital, es característico. El pene se halla en erección completa, sin alteración concomitante apreciable de las regiones vecinas. Los cuerpos cavernosos se palpan rígidos y turgentes en toda su extensión, en marcado contraste con el cuerpo esponjoso y el glande que se hallan flácidos y confieren al vértice del órgano menor volumen y la forma cónica que se observa en las *fotografías 1 y 2*.

Considerando que no hay antecedentes claros ni alteraciones genitales o extragenitales que permitan establecer la causa de este proceso, planteamos, en principio, el diagnóstico de *priapismo agudo idiopático*. Se instituye por breves

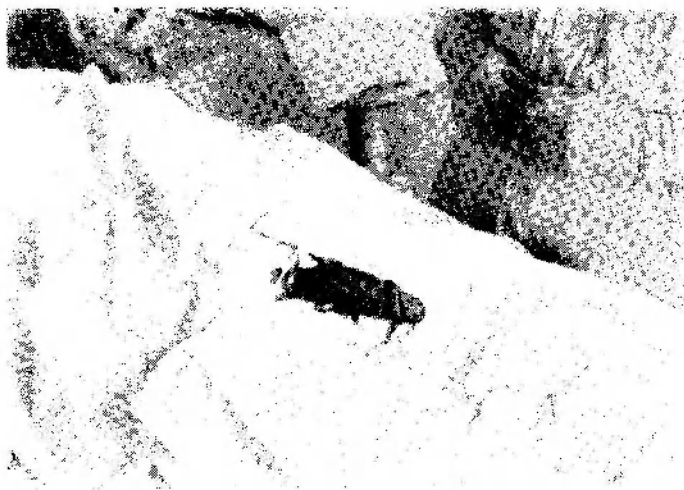


FIG. 3. --- Fotografía del acto quirúrgico. La incisión de los cuerpos cavernosos determina la inmediata flacidez del pene.

horas medicación analgésica y antiespasmódica. El 20-XII-1950, al 5º día de persistente y completa erección, se procede a la *intervención quirúrgica*.

Bajo anestesia raquídea se efectúan 2 pequeñas incisiones en la raíz del pene, en sus caras laterales, las que interesan profundamente ambos cuerpos cavernosos. Sale de inmediato, espontáneamente y por expresión, gran cantidad de sangre oscura, sin coágulos; e instantáneamente el priapismo cede y el pene cae en flacidez total (*fotografía 3*). Se reseca un trozo de cuerpo cavernoso, cuyo informe histopatológico (Nº 19398, Profesor Bianchi) dice: "masa de tejido fibroso en parte hialinizado con algunos infiltrados linfocitarios perivasculares". No se deja drenaje. Curación plana.

En el post-operatorio, el pene mantiene una discreta erección, ligeramente dolorosa, que desaparece por completo al 3er. día. Se da de alta el 28-XII-1950, a los 8 días de operado.

Dos meses después nos manifiesta el enfermo que ha intentado practicar el coito y lo ha conseguido aunque en forma esporádica y deficiente. Progresiva y gradualmente fué adquiriendo mayor capacidad, a tal punto que en octubre de 1952, a menos de dos años de la operación asegura que efectúa su función

sexual dos veces por semana y casi en las condiciones de normalidad previas a su enfermedad.

Ha quedado como secuela en la raíz del pene una virola de esclerosis, que no alcanza el tamaño de una avellana y no determina desviación del órgano durante la erección. Su ubicación nos recuerda el hematoma pre-púbico, al que Surraco atribuye capital importancia en todos los casos de priapismo.

COMENTARIOS

El priapismo, fenómeno patológico raro, no ofreció en nuestro paciente antecedentes ni lesiones concomitantes que pudieran ilustrar sobre su etiopatogenia, lo que tampoco pudo aclarar el acto quirúrgico ni el examen histopatológico. Ello nos obliga a establecer el diagnóstico de "priapismo agudo idiopático".

La experiencia recopilada sobre este interesante tema nos llevó al convencimiento de que para el priapismo verdadero no hay medicación útil sino por excepción. Por ello recurrimos a la incisión de los cuerpos cavernosos, sin pérdida de tiempo, como el medio más simple y eficaz de tratamiento. La restitución satisfactoria, física y funcional, apoya nuestra conducta y la consideramos ligada, en gran parte a la relativa precocidad de la operación.

RESUMEN

Se expone un caso de priapismo agudo idiopático de 4 días de evolución, curado con la incisión de los cuerpos cavernosos. Pasados 2 años, se mantiene un estado genital físico y funcional satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA

- Rolnick, H. C.* — La práctica de la Urología. 1949, t. I, p. 434 y t. II, p. 970.
Lowsley y Kirwin. — Urología clínica. 1944, t. I, p. 305.
Marion, G. — Tratado de Urología, t. I, p. 218.
Bernardi, R. — Priapismo agudo prolongado por trombosis cavernosa, secundaria a un absceso retrobulbar. Rev. Arg. de Urol., LXV: 1945, p. 239.
Mathis, R. I. — Discusión de la comunicación anterior, p. 242.
Gorodner, J. — Priapismo. Consideraciones clínicas y terapéuticas. Rev. Arg. de Urol., 1946, p. 493.
Surraco, L. — Discusión de la comunicación de Gorodner. Rev. Arg. de Urol., 1946, p. 507.