

# Sociedad Argentina de Urología

---

9ª Sesión científica ordinaria — 18 de Diciembre de 1963

*Presidente* . . . . Dr. José Casal

*Secretario* . . . . Dr. Oscar Carreño

---

Revista Argentina de Urología y Nefrología

Volumen XXXII. N° 10, 11 y 12 Págs. 234 a 237. 1963

## PRIAPISMO

Por los Dres. I. M. BREA, R. RUIZ y V. TEIBLUM

El priapismo ocurre muy infrecuentemente. en 1914 Hinman reunió 170 casos de la literatura médica mundial, hasta la fecha se han conseguido reunir aproximadamente 350 casos.

En nuestro país se han hecho ocasionales publicaciones, debiendo mencionar entre otras las de los Dres.: Estévez, Chiappori, Ruiz Aguirre, Eyherbide y Taina, Gorodner.

Uno de los casos más interesantes ha sido la publicación del Dr. Bernardi quien trató a un enfermo afectado por este problema mediante una incisión bilateral de los cuerpos cavernosos, para 8 años después, realizar una penectomía por ulceración crónica gigante. También la publicación de los Dres. Rubi, R. Grimaldi, A. y Bentolila, José merece nuestra mención, por no ser frecuente que 2 años después, de la incisión de 10 cuerpos cavernosos, se mantenga un estado genital físico y funcional satisfactorio, pues por excepción se consiguen estos resultados.

En la mayoría de los trabajos publicados en nuestro país, y en el exterior se desconoce la etiología del priapismo, el tratamiento efectuado en casi todos, fue quirúrgico con las graves consecuencias que deja, creemos de interés presentar un caso tratado por nosotros y revisar que novedades hay en la terapéutica de este tema.

## CONSIDERACIONES

Nuestro caso se refiere a C. V. Argentino, de 49 años, profesión Militar. Historia N° 55821.

*Enfermedad actual:* El día 30-9-62 refiere que en forma repentina y sin relación con el acto sexual se presenta priapismo al que sigue 24 Hs. después dolor muy intenso. El 1-10-62 concurre a los consultorios de nuestro servicio por su priapismo y dolor, que no cedió en ningún momento se lo medica con promilene y antiespasmódicos. El 2-10-62 en vista del

fracaso del tratamiento se lo interna refiriendo haber calmado algo el dolor, pero persistiendo el priapismo.

*Antecedentes personales:* Como datos de intereses debemos consignar que aparte de enfermedades comunes de la infancia en 1937 padeció difteria que los facultativos rotularon de maligna. Hace 4 años presentó priapismo que duro 8 Hs. aproximadamente cediendo con sedantes antiespasmódicos. Se efectuó posteriormente estudio completo del aparato genito-urinario no hallando lesión orgánica.

*Antecedentes hereditarios:* S/p. Examen clínico urológico no reveló nada de interés lo mismo el estado clínico general siendo el único dato positivo a consignar su presión arterial de 17 Mx., 10 Mn.

*Evolución:* 2-10-62. Se interna. Se realiza hipnosis sin obtener ningún cambio de su priapismo, pero cede el dolor y su estado de nerviosismo. 3-10-62 se efectúa anestesia peridural no se consigue alteraciones de su priapismo el dolor ha desaparecido. 4-10-62. Viendo la incapacidad de obtener resultados curativos por métodos clínicos se lo interviene quirúrgicamente con anestesia general. En primer lugar se trata de efectuar punción con aguja gruesa aspirando e inyectando suero fisiológico, pero se fracasa en dicho tratamiento y se incide los cuerpos cavernosos en la porción media del pene evacuando sangre viscosa y negruzca consiguiendo corregir el priapismo. Se deja drenaje y se sutura piel con lino.

23-11-62. Se da el alta curado con diagnóstico de priapismo idiopático. Los exámenes complementarios de laboratorio mostraron una anemia de 3.850.000 G.R. y 6.200 G.B. Eritrosedimentación primera hora 13 mm, segunda hora 26 mm. Wassermann Kahn negativo, el informe del neurólogo no reveló nada patológico, también se efectuó punción medular esternal siendo el resultado: médula ósea activa en sus tres sectores micloides, leve plasmocitosis a elementos maduros y típicos.

17-7-63. Es visto nuevamente refiriendo que no ha habido erecciones desde que fué intervenido quirúrgicamente.

El priapismo es una erección máxima permanente del pene que no se acompaña de libido sexual ni de eyaculación siendo a menudo muy doloroso.

Casi siempre los cuerpos cavernosos se hallan distendidos en tanto que el cuerpo esponjoso y glande permanecen flácidos.

Se puede deducir que el priapismo no es otra cosa que la modificación patológica de la erección: esta última se produce por un aflujo abundante de sangre por las arterias profundas y dorsal del pene y por otra parte por la dificultad del reflujo sanguíneo.

Conti (1952), ha clasificado la morfología del tejido eréctil, demostrando que la erección está controlada primariamente por una serie de pilares musculares en la luz de las arteriolas, vénulas y canales anastomóticos.

A. V. Estos pilares están bajo control nervioso y sirven para abrir y cerrar los vasos. En el estado flácido las arterias están parcialmente cerradas mientras las vénulas y anastomosis A-V permanecen abiertas, mientras esto permite un pequeño flujo de sangre al cuerpo cavernoso y determina un buen drenaje venoso. En el estado eréctil las arterias están llenas y abiertas, mientras las vénulas y los canales anastomóticos A-V están parcialmente cerrados.

Así el flujo está aumentado y el drenaje está limitado.

Hinman Jr. (1959), dice que una erección, desde que es el resultado de diversos reflejos y de sangre retenida en el cuerpo cavernoso puede perpetuarse, si es prolongada. Esto es provocado por un espesamiento local de la sangre por diálisis. La sangre espesada por consiguiente provoca un daño permanente.

Se han hecho varias clasificaciones pero casi todos encuadran dentro de la de Hinman y Scheuer.

El primero descarta muchos casos de priapismo descripto como tales: las denomina erecciones agudas reflejas pasajeras. Difiere del priapismo verdadero por el hecho que el cuerpo esponjoso participa en el proceso. Ocurre en la hipertrofia de próstata, en la estrechez o inflamación de la uretra, neurastenia sexual, etc.

Scheuer basa su clasificación más en factores etiológicos agrupando los casos de la siguiente manera:

1º *Casos originados por causas locales periféricas:*

- Por influencias nerviosas reflejas.
- Inflamaciones de la uretra y de las glándulas vecinas.
- Tumores de la uretra.
- Por causas mecánicas.
- Afección local del pene (inflamaciones, lesión).

*Centrales:*

- 1) Afecciones del cerebro o de la medula espinal.
  - Lesiones.
  - Tumores.
  - Inflamaciones.

- 2) Afecciones funcionales del sistema nervioso central (Neurast, Sex.).

2º *Casos originados por enfermedades generales:*

- Enfermedades infecciosas (tales sífilis, etc.).
- Intoxicaciones.
- Enfermedades de la sangre y constitucionales (anemia deprimocítica, leucemia).

*Hinman* hace la siguiente clasificación:

- 1) Casos resultantes de causas nerviosas.
- 2) Casos resultantes de causas mecánicas locales.
  - 1) a) de estímulos ascendentes periféricos como:
    - Inflamación, irritación o tumores de la uretra.
  - b) de estímulos directos de los centros de la medula espinal, de los nervios erectores y pudendos
  - c) estímulos descendentes cerebrales directos e indirectos: traumáticos neoplásicos, inflamatorios y enfermedades funcionales del cerebro y medula espinal.
- 2) a) hemorragia y hematoma.
- b) trombosis o pseudo trombosis.
- c) nuevas cavidades (growths).
- d) inflamación creciente y edema.

Estas clasificaciones son esquemáticas y a menudo un caso presentará combinaciones de varios factores.

El priapismo representaría uno de los estadios primarios de la leucemia.

Muchos casos pese a las más cuidadosas investigaciones resultarían inexplicables y para los mismos se usa el término de priapismo idiopático.

Dada la diferencia etiológica del priapismo se explicaría la multiplicidad de tratamientos para curarlo.

Así vemos desfilar a través de los años, diferentes tratamientos médicos, con éxitos muy dudosos, como entre otros: la radioterapia, el yodo, la diatermia prolongada por vía rectal, el benzol en casos de leucemia mieloide.

Se utiliza el Dicumarol y otros anticoagulantes sin éxito en general. Por lo común todos los tratamientos médicos son inoperantes aunque deben tratarse todas las afecciones concomitantes.

Se pensó, intervenir en una forma más efectiva, y fue Velpeau en 1852 quien incindió por vez primera los cuerpos cavernosos con un resultado terminante.

Este tratamiento lleva (aunque eficaz) casi siempre a una impotencia prolongada o definitiva.

En 1928 Mac Kay y Colston consiguieron la depleción de los órganos eréctiles distendidos por medio de la punción con aguja gruesa, aspirando la sangre e inyectando suero fisiológico templado realizando un verdadero lavaje de los cuerpos cavernosos, dada la inocuidad del método se puede repetir la maniobra sin inconvenientes.

Brodey y colaboradores en 1957 efectuaron bajo anestesia general, masaje forzado del pene, desde el glande hacia la base para procurar la evacuación de trombos de la vena dorsal del pene hacia la intrincada red venosa pelviana donde ya no molestan.

J. F. Farrer y W. S. Goodwin (1961) de una recopilación de 10 casos de priapismo, demuestran que el tratamiento con más éxito, ha sido la punción evacuadora e irrigación de cuerpos cavernosos con soluciones anticoagulantes en conjunción con hipotensión controlada usando un agente bloqueador gangliopléjico como el Arfonad. También el uso local y general de enzimas fibrinolíticas tienen un papel en la ayuda para restaurar el normal funcionamiento del tejido eréctil.

La revisión y actualización terapéutica de este tema dejan como tratamiento más efectivo a nuestro criterio, la incisión de los cuerpos cavernosos y la punción evacuadora de los mismos, esperando descartar en un día no muy lejano este tratamiento por sus casi siempre graves consecuencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Priapismo*. El Día Médico, 1947, XIX, 389.
- Tratamiento del priapismo primario. El Día Médico, 1960, 32, N° 63. 1778.
- Sobre un caso de priapismo prolongado. La Prensa Médica Argentina, 1936, XXIII, 1724.
- Bernardi, R.*: Priapismo. La Semana Médica, 1938, I, 1465.
- A propósito de priapismo: Consideraciones clínicas y terapéuticas. Rev. Argentina de Urología, 1946, XV, 506.
- Rubi, C.*: Priapismo: Consideraciones clínicas p terapéuticas. Revista Argentina de Urología, 1946, XV, 507.
- Rubi, C.; Crihusldi, L.; Bontolila, R.*: Estado actual a los 2 años de la incisión de los cuerpos cavernosos. Revista Argentina de Urología, 1953, XXII, 237.
- Gorodner*: Priapismo: Consideraciones clínicas y terapéuticas. Revista Argentina de Urología, 1947, T. 187.
- Bernardi, R.*: A propósito de priapismo: Consideraciones clínicas y terapéuticas. Revista Argentina de Urología, 1946, XV, 506.
- Farrer, J. F. and Goodwin, W. E.*: Treatment of priapism: Comparison of Methods in 15 cases S. Urology, December 1961.
- Davson, G. R.*: Priapism. J. Urol. 42:821, 1939.
- Conti, G. L.*: L'erection du penis humain et ces bases morphologicovasculaires. Acta Anat. 14:217, 1952.
- Brody, H. S.; Lahr, P. A. and Carroll, W. A.*: Primary priapism; a new tratment. J. Urol. 78: 153, 1957.
- McKay, R. W. and Colston, J. A. C.*: Priapism a new method of treatment. J. Urology 19:121, 1928.
- Hinman, F. Jr.*: Priapism: reasons for failure of therapy. Trans. Amer. Assn. heruto-urin. Surg., 51:82, 1959 and J. Urol. 83:420, 1960.