

Derivacion venosa como tratamiento del priapismo

Por los Dres. A. E. Trabucco, B. Otamendi y F. Márquez.

Hospital Rawson.
Buenos Aires.

‡

El priapismo es una de las patologías urológicas que, por lo brusco de su iniciación, el dramatismo de su evolución y la poca efectividad de los tratamientos empleados habitualmente, hacen un cuadro complejo para el médico que se ve abocado al tratamiento del paciente.

Recorriendo la bibliografía nacional y extranjera vemos la gran variedad de tratamientos pero, de su estudio comparativo deducimos que no podemos asegurar que haya uno que sea superior a otros; todos son deficientes cuando no ineficaces.

Es así que, en la última reunión de la American Association of Genito-Urinary Surgeons que tuvo lugar en Nueva Orleans, Estados Unidos, en mayo de 1965, uno de sus miembros, el Dr. Chester Winters, de Columbus, Ohio, presentó una nueva técnica de tratamiento del priapismo, mediante la anastomosis de los cuerpos cavernosos con la vena safena, con aparente muy buen éxito. No tardó mucho en presentarse la oportunidad de comprobar la efectividad de dicha técnica, lo que se realizó (caso N^o 1) con todo éxito.

Poco tiempo después fue puesta nuevamente a prueba (caso N^o 2), también con el mismo resultado.

Resueltos a presentar estas observaciones a la consideración de Uds., tratamos de encontrar si en la bibliografía mundial existían algunos trabajos anteriores al respecto y es así que en el año 1964 Grayhack Mc. Cullough, O'Connor y Trippal presentan en "Investigative Urology", un trabajo titulado "Venous bypass to control priapism" donde describen la técnica que, a continuación de nuestros dos casos, entraremos a relatar.

CASO Nº 1.- E. E., Argentino de 26 años, soltero. Antecedentes sin particularidades. Presenta un priapismo con 13 días de evolución, que inició buřcamente en horas de la madrugada. Al examen clínicu muestra un pene con erección completa de 19 cm. de largo por 4 cm. de diámetro, doloroso a la palpación, especialmente a nivel de la base. Próstata y genitales externos, normales.

Exámenes de laboratorio: la anormalidad que presentaban era: una ligera anemia de 3.700.000 glóbulos rojos y una eritrosedimentación de 76 mm la primera hora y de 112 mm la segunda hora.

Se inició el tratamiento con una infiltración de Novocaína peridural sin lograr éxito alguno, salvo la disminución del dolor. A los ocho días de internado, es decir a los 21 días del comienzo de su priapismo, resolvimos ensayar la derivación de la sangre de los cuerpos en la vena safena. Esto se llevó a cabo con la técnica que relataremos más adelante pero, es necesario dejar constancia de que el vaciamiento de los cuerpos cavernosos se hizo fácilmente y que el pasaje de la sangre del cuerpo cavernoso a la vena se estableció inmediatamente, por lo que la flacidez del pene se mantuvo sin ninguna dificultad.

A los diez días es dado de alta con pene péndulo, bien flácido. No se produjeron erecciones.

A los tres meses hemos visto al enfermo nuevamente y nos relató que recién comienzan a presentarse las erecciones en forma normal, produciéndose orgasmo y eyaculación con éxito.

CASO Nº 2.- R. C. de 29 años, argentino, oriundo de la provincia de Salta; tiene como antecedentes el haber sido operado de várices del lado izquierdo. Hace 27 días tuvo un priapismo que duró 4 horas, cediendo espontaneamente. Recidiva nuevamente el priapismo, que lleva 7 días de evolución. Pene de unos 18 cm. de largo por 4 cm. de diámetro, erecto, palpándose ambos cuerpos cavernosos indurados. Glande, blando. Dolor intenso en todo el pene y en la zona perineal. El dolor se exacerba el contacto. Próstata y genitales externos, normales.

Se procede a la derivación sanguínea de los cuerpos cavernosos en la vena safena derecha. Esta intervención fue laboriosa porque, si bien cuando se incidió la raíz del cuerpo cavernoso derecho dio salida a abundante sangre negra siruposa, produciéndose la flacidez del órgano, en cuanto se dejaba de comprimir al pene, volvía éste a ingurgitarse. Salvamos en parte el inconveniente ampliando y profundizando la brecha en el cuerpo cavernoso, hasta que se presentó en la herida sangre roja netamente arterial. La pérdida de líquido puede considerarse de 200 cc. aproximadamente. Establecida la anastomosis término-lateral entre la vena safena y el cuerpo cavernoso, cesó la salida de sangre pero, el establecimiento de la corriente sanguínea no fue claramente visible, por lo que nos vimos en la necesidad de hacer un vendaje comprensivo de todo el pene a fin de impedir la rémora circulatoria.

Pensamos, en ese momento, en hacer al poco tiempo una derivación a la izquierda si es que no se producían resultados satisfactorios pero, no fue necesario porque día a día el pene se hacía cada vez más blando, tanto que al 4º día estaba completamente flácido; sacamos entonces el vendaje comprensivo por innecesario.

La evolución fue muy satisfactoria puesto que este enfermo recuperó precozmente las erecciones normales, tanto que al mes pudo efectuar coitos sin inconvenientes.

TECNICA OPERATORIA

A continuación relataremos con detalles la técnica de la intervención practicada.

Se realiza la investigación de la vena safena mediante una incisión longitudinal de 25 cm., sobre la cara interna del muslo, que se inicia a dos traveses de dedo por debajo del pliegue inguinal y que se dirige hacia abajo y adentro. Investigada la vena se libera y se secciona a nivel del vértice inferior de la herida, ligando las colaterales que puedan existir. A continuación, en la raíz del pene se hace una incisión tisural de 3 cm. para descubrir el cuerpo cavernoso, el cual es también incidido; se ve entonces salir por la misma, una sangre de color negruzco y de consistencia siruposa, siendo necesario ayudar a su expulsión mediante compresiones del pene.

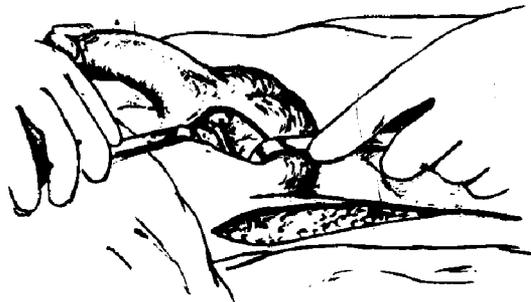
En ninguno de los dos casos fue necesario hacer lavados con sustancias anticoagulantes.

Luego se elabora un trayecto subcutáneo que comunique el vértice superior de la herida del muslo con la parte media de la herida hecha en la raíz del pene. Este trayecto se puede hacer con un pequeño clamp o cualquier pinza sin dientes.

Una vez pasada la pinza por vía subcutánea, desde la parte peneana a la zona crural, se pinza el extremo distal de la safena y se retira la pinza, presentando entonces el extremo de la vena para anastomosarlo a la incisión en el cuerpo cavernoso.

La anastomosis de la vena y de la albugínea del cuerpo cavernoso se hace mediante puntos separados, con catgut 000 en aguja atraumática, teniendo la precaución de que quede la boca de la albugínea convenientemente abierta, para que se establezca de inmediato el pasaje de la sangre a la vena receptora.

Se termina la intervención haciendo un vendaje compresivo del pene para que no haya, en lo posible, cavidad y se suturan los planos subcutáneos y cutáneos.



COMENTARIOS

En estos dos casos relatados pudimos hacer observaciones que es interesante consignar. 1º) No hemos necesitado hacer lavados con Heparina. 2º) Es muy importante el establecimiento de la circulación cavernosa-venosa por su neo-boca; de fallar ella, se ingurgitarían de nuevo los cuerpos cavernosos. 3º) De fallar una primera intervención,

es prudente esperar unos días porque puede establecerse la circulación a posteriori. 4º) No pudimos constatar el mantenimiento de la circulación en la anastomosis. Los estudios radiográficos hechos al mes, inyectando en el cuerpo cavernoso sustancia opaca, no drenaba por la safena anastomosada. 5º) En caso de no haber safena, puede utilizarse el plexo pampiniforme correspondiente o mejor la vena espermática, si es que se presentase monocanalicular. 6º) Cuanto más precoz la derivación sanguínea parece ser también mejor el resultado y, sobre todo, los resultados alejados, con evidente recuperación de las erecciones normales.

DISCUSION

SR. PRESIDENTE.- En consideración.

DR. BERNARDI.- Considero muy interesante la intervención. Claro que el doctor Trabucco ha planteado el problema que todos nos planteamos. Me parece interesante lo que se ha expresado. Probablemente se podría hacer con un tubo y ver qué pasa si se inyecta la sustancia de contraste desde la vena a los cuerpos cavernosos.

DR. GUZMAN.- Quisiera preguntar con qué material hace la sutura y si puede ser aconsejable la inyección, previa anastomosis, dentro del cuerpo cavernoso, de soluciones de heparina.

DR. TRABUCCO.- Con respecto a la viscosidad de la sangre, debo decir que es muy grande. He consultado justamente con respecto a las inyecciones de heparina, y al parecer no vale la pena, porque no varía en absoluto. Nosotros la hemos preparado, pero el tiempo de protrombina de estos enfermos no es que sea elevado, pero no se produce una coagulación mayor; tan es así que en toda la intervención, la formación de coágulos no existió. La sangre salta de los vasos en forma casi podría decir, disminuida pero no hemos tenido coágulos nunca. También se ha pensado en el lavaje del cuerpo eréctil. Ahora, yo creo que son todas maniobras que en vez de beneficiar pueden perjudicar lo poco que podría quedar de endotelio en buenas condiciones. Incluso hemos hecho eso con temor.

Debemos tratar de conservar lo poco que pueda quedar del endotelio y no agravarlo con una lesión.

La sutura que hemos empleado ha sido nylon monofilamento. No hay inconveniente en emplear catgut cuatro ceros. Pero nos ha parecido más apropiado el otro, sobre todo cuando no se está acostumbrado y uno prefiere tener la seguridad del nudo, para no pasar angustias en ese momento.



Y ...

AGUA MINERAL



Villavicencio

PEDIDOS:

32-6902 32-8647