

PRIAPISMO EN EL NIÑO

Dres. Juan A. Goldaracena y Héctor Gustavo Berri

Dada la poca frecuencia con que se observan enfermos afectados de priapismo, consideramos de especial interés, la presentación del caso observado por nosotros, ya que se trata de un adolescente que luego de los tratamientos instituidos, experimenta una mejoría evidente.

J. L., Italiano, 15 años.

Padres sanos. Nacido de parto normal. Evolución psicomotriz normal. Intervenido en dos oportunidades de ptosis palpebral izquierda que presentara desde su nacimiento. Enfermedades comunes de la infancia. A partir de los 13 años, fiebre reumática con carditis reumática. Operado de amígdalas.

Enfermedad actual: Diez días antes de someterse a la consulta, sufre un traumatismo en región sacro-coxígea, que no le impide la deambulacion. Tres días después sus familiares notan la presencia de un pene eréctil, que se hace permanente y doloroso, aunque sin dificultar sus micciones.

Consulta de inmediato facultativo, que lo medica durante cuatro días a base de calmantes y sedantes, no experimentando mejoría alguna.

En este estado es internado, siendo entonces examinado por nosotros.

Se presenta con regular estado general, talla 1,55, peso 55 kg. Facies de sufrimiento. Panículo adiposo aumentado en abdomen y mamas.

El examen somático de los distintos aparatos revela: aparato circulatorio: soplo diastólico aspirativo de base y borde izquierdo del esternón. Pulso saltón. Pr. Mx. 160, Mn. 70. Electrocardiograma compatible con carditis reumática y compromiso mitral.

El examen neurológico practicado por un especializado, no reveló nada digno de mención.

El informe sobre su aparato glandular, permite encasillar al paciente dentro del síndrome adiposo genital de Frohlich.

Los exámenes de laboratorio practicados: Dosaje de urea 0,40%, glucemia 0,84% o, eritrosedimentación: 1ra. hora 130 mm., 2da. hora 135 mm., glóbulos rojos 3.590.000, glóbulos blancos 13.900, hematocrito 34%, neutrófilos 86%, basófilos 0%, eosinófilo 0%, linfocitos 13%, monocitos 1%. Tiempo de coagulación 7', tiempo de sangría: 1', tiempo de protombina 100% del valor del plasma normal. Reacción de Migliano negativa, Reacción de Kahn negativa.

Orina: normal. 17 cetosteroides neutros urinarios (método Reviello Mora) 6.70 mgs. en 24 horas. Gonadotrofinas urinarias (método Klinefelter, Albricht, Griswold) 6 U. R. Metabolismo basal 22%. Determinación de yodo Proteico Serico (técnica de Sachs): 7 gamma %. Reacción de Machado Guerreiro: negativa.

El proceso patológico en el área genital es característico. El pene en erección completa con notable infiltración de colorido azulado (foto 1). Los cuerpos cavernosos se palpan rígidos, turgentes, percibiéndose las raíces de los mismos a través del periné.

En marcado contraste el cuerpo esponjoso y el glande se presentan flácidos, dando al vértice del órgano un menor volumen y adaptando una forma cónica como se vé en la foto 2.

Habiendo sido tratado el paciente con anterioridad con sedantes y analgésicos comunes, resolvimos comenzar con los medios más simples, para llegar paso a paso a los más complejos.

Como primera medida efectuamos la vaporización o spray con cloruro de etilo, pensando que podía tener resultado satisfactorio por acción refleja neural. Concomitantemente con ella, nos iniciamos con el cocktail lítico, con drogas diferentes (ampliactil, fenergan, etc.), intentando de esa manera una reducción de la función neuro-vegetativa hormonal y en particular de la presión arterial, de por sí elevada en este enfermo y que desempeña un rol importante, en el papel de mantener la turgencia de los cuerpos cavernosos.

No logrando beneficio manifiesto al segundo día de estar en nuestras manos, decidimos se le practicase, "un bloqueo medular", recurriendo a la anestesia peridural efectuada por el Dr. Luci, quien le inyectó 10 cc. de xilocaína al 2% entre 5º lumbar y 1ra. sacra; notándose una aparente mejoría, pues el miembro entra en un estado de semi-erectación. Debido a esta circunstancia es que al día siguiente, se le efectúa por el mismo profesional una anestesia raquídea (1½ c.c. de xilocaína), con lo que se logra llegar paulatinamente a una flacidez completa. Así permanece en ese estado y con observación permanente y al no repetir, la afección que provocara nuestra consulta es enviado a su domicilio a los 7 días (fotos 3 y 4).

Se deja constancia que, concomitantemente con el tratamiento urológico, el paciente realizaba el tratamiento instituido por los cardiólogos, por la afección ya descrita. Los análisis practicados con anterioridad al ser dado de alta, no revelaron ninguna anormalidad.

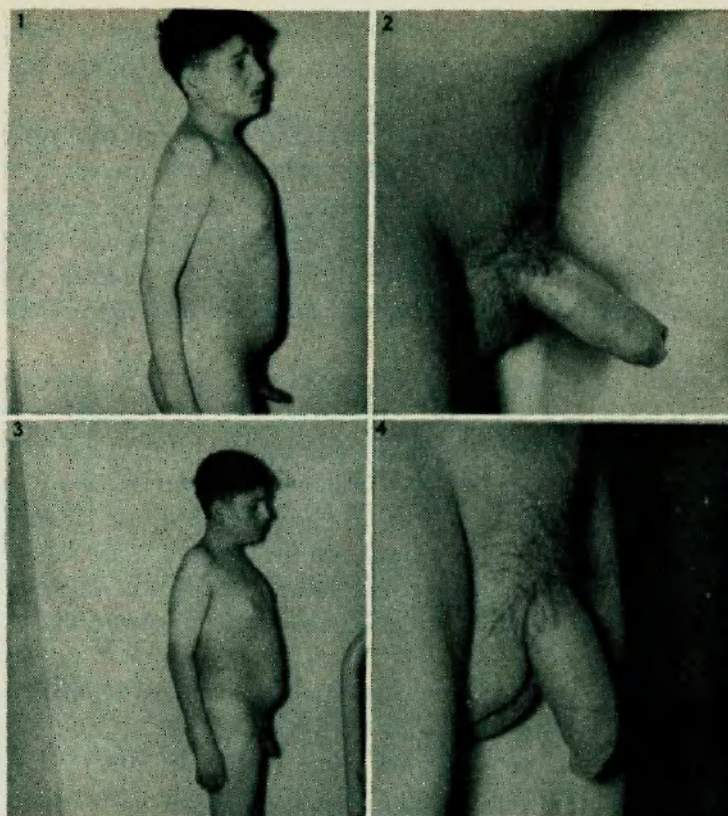
El paciente es controlado periódicamente, manifestándonos que actualmente, presenta una discreta erección indolora. A la palpación no hay secuelas de esclerosis y las raíces de los cuerpos cavernosos no presentan alteraciones.

Considerando la existencia anterior de carditis reumática, que permite encuadrar esta afección, dentro de la clasificación mencionada por los Dres. Rubí y Fish en las Segundas Jornadas Rioplatenses de Urología, como priapismo de origen sistémico (inflamatorio: fiebre reumática, trastornos metabólicos, etc.) y presentando además nuestro enfermo una posible etiología traumática, creemos que el presente caso, al no existir una absoluta certeza en cuanto a su etiología y teniendo en cuenta, que en muchas oportunidades las causas se combinan; podría encuadrarse dentro de los priapismos idiopáticos.

RESUMEN

Se presenta un caso de priapismo idiopático, en un adolescente de 12 días de evolución, curado con bloqueo medular.

Pasados 20 meses se mantiene un estado genital, físico y funcional satisfactorio.



BIBLIOGRAFIA

- Bernardi R. - Priapismo prolongado por trombosis cavernoide secundaria a un absceso re-trobulbar, caso Rev. Arg. de Urología, 14: 239; 244, sept.-octubre 1945.
- Brea L. M., Ruiz R. y Teiblum V. - Priapismo. Soc. Arg. Urol. dic. 1963.
- Fisch E. - Priapismo, su tratamiento. Rev. Arg. Urol. 1963. Número especial. Segundas Jornadas Rioplatenses de Urología.
- Gorodner J. - Estudio terapéutico y clínico del priapismo. Rev. Arg. Urol. 15:493-508, enero-diciembre 1946.
- Hinman F. - Priapism, reasons for failure of therapy. J. Urol. 83: 420-428, abril 1960.
- Macciotta, - Priapismo (leucemia mieloide). Pediatría 42: 1093. 1934.
- Marquez Busto J. A. - Priapismo de once días de evolución. Rev. Arg. de Urol. Vol. XXVI, Nº 7-9, Julio-octubre 1957.
- Quackels R. - Cure d'un cas de priapisme par anastomose cavernosponguese. Acta Urol. Bel. 32: 5-13, 1964.
- Rubi R. A. - Priapismo fisiopatología. Rev. Arg. Urol. 1963. Número especial Segundas Jornadas Rioplatenses de Urología, 239-251.
- Rubi R. A., Grimaldi A. A. y Betolila J. - Priapismo, estado actual a los dos años de la incisión de los cuerpos cavernosos. Rev. Arg. Urol. 237, 1953.
- Sousa C. M., Catol B. C. y Scott R. B. - Studico in sickle cell anemia, priapism as a complication in children. J. Pediat. 60: 52-54, enero 1962.
- Trabucco A., Otamendi B. y Marquez F. - Derivación venosa como tratamiento de los cuerpos cavernosos. Rev. Arg. Urol. 1965.