

PRIAPISMO

Por los Dres. M. A. CASTRIA; O. R. BELOSSI; E. A. RAMIREZ; A. BOTTARO;
J. M. NIGRO y P. J. KEEGAN

El término priapismo procede de la antigua religión y mitología griega correspondiente al dios Priapus, símbolo de la fertilidad. Existen publicaciones que mencionan encantamientos a este dios acompañados de ritos orgiásticos.

Se define como tal, la erección prolongada y persistente del pene, generalmente dolorosa que puede ocurrir sin estímulo sexual.

El priapismo primario, esencial o idiopático, comprende la erección patológica sin relación con enfermedad alguna detectable que lo condicione, en tanto el priapismo secundario o sintomático, dependerá de factores vinculados directa o indirectamente con la reactividad del pene frente a agentes causales de variada naturaleza. Siguiendo a Hinman se puede dividir al priapismo en 1) *de origen neurológico*, que comprende a) estímulos provenientes de la periferia (reflejo) enfermedad del segmento inferior del aparato urogenital, b) estímulos directos sobre el centro medular, sobre el nervio erector y sobre el nervio pudendo y c) estímulos provenientes del cerebro, cerebelo y médula (traumatismos, neoplasias, inflamatorios, vasculares y funcionales. 2) *Priapismo de origen mecánico local* que comprende a) de origen vascular, flebotrombosis, trombo-flebitis y gangrena de los cuerpos cavernosos b) de origen traumático, ruptura o laceración, fractura, luxación o torsión y cuerpos extraños de pene, uretra y cuerpos cavernosos, c) de origen neoplásico, tumores primitivos del pene o de la uretra, tumores metastásicos que invaden los cuerpos cavernosos y d) de origen inflamatorio. 3) *Priapismo de origen sistémico*, que comprende causas inflamatorias, tóxicas, metabólicas y del sistema hematopoyético.

Los conceptos anatómicos, fisiológicos y fisiopatológicos correspondientes han sido expuestos por algunos de nosotros al comunicar en 1971 un caso similar (Rev. Arg. Urol. Nefrol. 40:367, 1971).

HISTORIA CLINICA N° 253531. Instituto de Cirugía de Haedo . 17/III/72. A. H. Argentino de 32 años de edad, soltero, empleado.

Antecedentes: sin importancia.

Enfermedad actual: como consecuencia de accidente de tránsito sufre traumatismos múltiples, preferentemente en brazo y pierna derecha razón por el cual es trasladado a la guardia del Instituto, donde se le diagnostica fractura de tercio inferior de tibia y peroné derechos.

Se le practica reducción incruenta con valva enyesada posterior, derivándose al Servicio de Traumatología.

El 24/III/72 es intervenido quirúrgicamente realizándose osteosíntesis del maléolo tibial con tornillo maleolar y del peroné con placa tercio circular. Anestesia peridural.

Estado Actual: el día 25 es consultado el Servicio de Urología por presentar el paciente priapismo con más de 16 horas de evolución. Se le prescribe cocktail lítico (Ampliactil Fenergan, Demerol) a los efectos de reducir la función neurovegetativa; heparina intramuscular con control riguroso del tiempo de coagulación y protrombina, cloruro de etilo, spray, de acción refleja neural y bloqueo anestésico, que por inconvenientes técnicos en realizar la raquídea continua se practica peridural continua entre L5 y S1. con Xylocaina al 2 % sin epinefrina.

A las 30 horas de evolución de su priapismo el examen semiológico del pene revela cuerpos cavernosos tensos e ingurgitados, cuerpo esponjoso normal, glándula de tamaño normal, pálido, prepucio sin edema. Erección dolorosa y sostenida. Ante el fracaso del tratamiento prescripto se decide realizar intervención quirúrgica con anestesia general.

El examen palpatorio de cuerpo cavernoso derecho permite reconocer a nivel de raíz de

pene ligera deformidad a tensión, por lo que se inciden los planos cutáneoaponeuróticos inclusive la fascia de Buck, permitiendo la salida de sangre cianótica e hiperviscosa a gran tensión y microcoágulos. En este momento consideramos de valor la "expresión suave y sostenida de los cuerpos cavernosos" y no a manera de masaje forzado preconizado por Brody para evitar mayor deterioro del tejido areolar a los efectos de evacuar totalmente su contenido a través de la brecha quirúrgica, perpendicular al eje del órgano, hasta la salida de sangre roja, rutilante. La maniobra la realizamos tomando el miembro a manera de manguito entre sus dos extremos, raíz de pene y glande, y con expresión convergente hacia la línea de incisión, lo que permite dejar exangüe al tejido eréctil.

Mediante pequeña incisión del otro cuerpo cavernoso se constata el drenaje de sangre con caracteres normales. Se procede al cierre de las fascias con puntos de aproximación. Drenaje subcutáneo.

Al término de la intervención se observa discreta ingurgitación de los cuerpos cavernosos sin llegar al estado preoperatorio.

Post-operatorio: a las 24 horas se constata desaparición del dolor y acentuada disminución de la turgencia del órgano, que se hace más ostensible en los días subsiguientes.

A los 10 días de la intervención quirúrgica el pene recupera su flacidez normal a pesar de la dificultad de cicatrización de su herida por infección. Es dado de alta el 29 de abril en buen estado general, realizándose en su interin los exámenes solicitados.

El control posterior por consultorio externo, permitió comprobar ligera esclerosis en vías de involución a nivel de zona operatoria. El paciente refiere recuperación progresiva y total de su libido.

Duante su internación se realizaron los siguientes exámenes:

Psiquiátrico: Enfermo tranquilo, ubicado en tiempo y espacio, sin manifestaciones neuropsíquicas.

Neurológico: Reflejos conservados, sensibilidad normal.

Sangre y orina: Dentro de los límites normales. Serológico para lúes: normal.

Punción esternal: Hematología normal.

Biopsia de cuerpo cavernoso: "Esclerosis fibrosa circumscripita. Induración plástica de cuerpo cavernoso".

CONSIDERACIONES

Los tratamientos médicos efectuados son variados y de resultados inciertos como lo revelan distintas publicaciones.

Velpeau en 1852 fue el primero en incidir los cuerpos cavernosos con resultado inmediato satisfactorio.

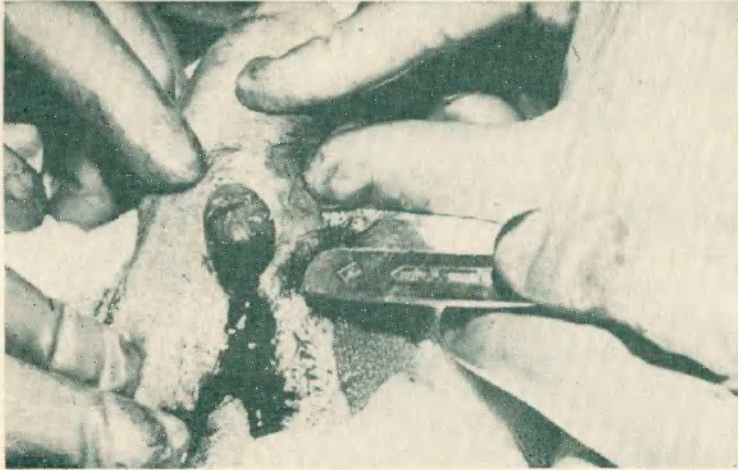
Apoyamos esta tesis preconizando realizarla lo más tempranamente posible y procurando que la expresión de los cuerpos cavernosos, cuya maniobra describimos, permita observar drenaje de sangre de caracteres normales. Lo valoramos a través de la experiencia recogida en dos casos de priapismo intervenidos quirúrgicamente con un intervalo de 10 meses, consecutivos a cirugía realizada sobre tejido óseo. La primera, mastoidectomía radical (otitis media colesteatomatosa), anestesia general, y la segunda osteosíntesis de fractura tibioperonea, anestesia peridural. Queda el interrogante de si la fibrosis circumscripita como revela la biopsia del cuerpo cavernoso constituye un factor predisponente o agravante en la génesis de esta patología.

Otro tratamiento quirúrgico que últimamente ha cobrado relevancia es el preconizado por Grayhack y colaboradores que realizan por vez primera en 1964. Según Subrini y Dufour, de la escuela de Couvelaire, han sido publicados catorce casos en la literatura médica mundial hasta el presente. En nuestro país en 1969 Mathis y Berri presentan un caso tratado con dicha técnica. El principio de la intervención está basado en el drenaje de los cuerpos cavernosos gracias a la transposición de la vena safena interna, realizando un "by-pass" safeno cavernoso uni o bilateral según las circunstancias. La cavernografía post operatoria revelará el resultado de la anastomosis.

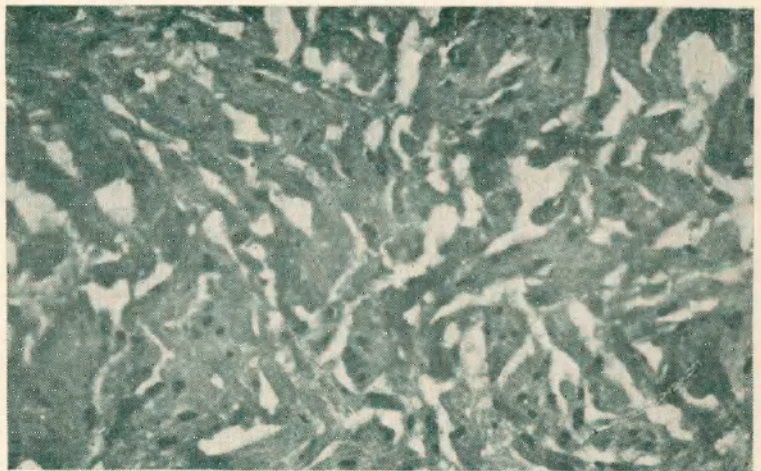
RESUMEN

Se presenta un paciente de 32 años de edad con cuadro de priapismo, en el post-operatorio inmediato, consecutivo a intervención quirúrgica por fractura ósea.

Realizada la incisión de cuerpos cavernosos y expresión de los mismos se constata evolución favorable y conservación de su libido.



Drenaje por la herida de sangre cianótica y viscosa



Tejido fibroso denso con intensa proliferación de fibras de colágeno.

BIBLIOGRAFIA

- Lowsley y Kirwin*: Urología Clínica. 1944. Pág. 305.
Marion G.: Tratado de Urología. Pág. 218.
Bernardi R.: Priapismo agudo prolongado por trombosis cavernosa secundaria a un absceso retrobulbar. Rev. Arg. Urol. L.X.V. 1945. Pág. 239.
Mathis R. J.: Discusión de la comunicación anterior Pág. 242.
Gorcder J.: Priapismo: Consideraciones clínicas y terapéuticas. Rev. Arg. Urol. 1946. Pág. 493.
Goldaracena J., Berri H.: Priapismo en el niño. Rev. Arg. Urol. XXXV. 1066.
Márquez Bustos J.: Priapismo de once días de evolución. Rev. Arg. Urol. XXVI. 1957. Pág. 90.
Brea J., Ruiz R., Teiblum V.: Priapismo. Rev. Arg. Urol. XXXII. 1963. Pág. 234.
Pagliere H. Soldano E. Scorticati: Priapismo de más de un año de evolución. Rev. Arg. Urol. XXXIII. Pág. 242.
Mathis R., Berri H.: Priapismo. Tratamiento quirúrgico. Rev. Arg. Urol. XXVIII. 1969. Pág. 76.
Fish E.: Priapism. Su tratamiento. Rev. Arg. Urol. Jor. Riop. Uro Num. Esp. 1963.
Rubi R. A.: Fisiopatología del priapismo. Jor. Riop. Urol. 1963.
Castría M. A., Belossi O. R., Ramírez E. A.: Rev. Arg. Urol. T. 4. pag. 367, 1971