

zación. En aquella época, las leyes argentinas no protegían debidamente este tipo de accidentes y ese hombre recibió una magra indemnización.

*Dr. Castria.* — Con respecto a la pregunta que hiciera el doctor Pagliere, puedo decir que la ley de accidentes del trabajo contempla la situación.

La capacidad procreativa se tiene muy en cuenta cuando el paciente está en edad de procrear. Se valora en un 15 por ciento la lesión de un testículo incapacitado, pero si la lesión compromete a ambos testículos, será del 100 por ciento cuando condiciona una incapacidad total y permanente. No es así si la lesión es unilateral y parcial.

*Dr. Ghirlanda.* — Le agradezco su respuesta al doctor Muzio y quiero aclararle que la pregunta iba dirigida a los traumatismos unilaterales donde lo lógico es esperar una falta de afectación de la función testicular en el otro lado.

Sin embargo, la lesión de un testículo condicionaria lesiones en el testículo contralateral. Aún la lesión unilateral no aseguraría la función del testículo contralateral.

*Dr. Muzio.* — Agradezco al comentador, doctor Claret la benevolencia con que ha tratado nuestro trabajo y a los distintos colegas su interesante aporte.

## PRIAPISMO

Por el Dr. ALBERTO MUZIO

Hace aproximadamente cuarenta días, llegó a nuestra consulta un joven de 28 años de edad presentando priapismo de 3 días de evolución.

No tenía antecedentes hereditarios, familiares ni personales de importancia. Con excepción del priapismo, el examen físico genitourinario era normal.

Inmediatamente fue medicado con sedantes, antiespasmódicos, y se realizó una anestesia peridural continua. Esta terapia sólo logró calmar el dolor, pero la erección patológica del pene permaneció igual.

Fue consultado un colega hematólogo, quien descartó posibles causas hematológicas del proceso, incluyendo un informe sobre la normalidad de la punción esternal. El mismo facultativo instaló medicación anticoagulante con heparina, llevando el tiempo de protombina a 35 %. Se agregaron a la medicación antibióticos y corticoides. Un colega especializado en enfermedades infecciosas fue consultado, descartando este tipo de patología.

Los exámenes neurológico y psiquiátrico resultaron normales, con excepción del estado de ansiedad provocado por el padecimiento del enfermo.

No existieron antecedentes de otras enfermedades, ni de excitación sexual previa, ni de intoxicación alguna.

Por todo ello, hemos considerado que estábamos frente a un priapismo idiopático.

Este tratamiento y el estudio complementario demandaron 2 días, estábamos entonces, con la responsabilidad de un priapismo de 5 días de duración y ante el fracaso del tratamiento médico. Decidimos recurrir a la cirugía con el fin de dar alguna solución a nuestro paciente.

Influenciados por recientes buenos resultados obtenidos por distintos autores, con la anastomosis del cuerpo cavernoso al esponjoso, hemos decidido practicar este método a nuestro paciente, por vía perineal.

El enfermo es colocado en posición de la talla. Se practica una incisión en Y invertida, cuyas ramas se acercan a las tuberosidades isquiáticas. Una vez disecada la aponeurosis superficial del periné, ingresamos en la celda

peneana; el músculo bulbocavernoso es seccionado longitudinalmente y diseccionado hasta poner de manifiesto la unión esponjoso-cavernosa. Para hacer más fácil esta disección se coloca una sonda uretral. A la altura del bulbo y aproximadamente a 1 cm. de esa unión se practica una incisión en el cuerpo cavernoso del lado derecho, por donde emana la sangre retenida, por medio de una compresión digital del mismo. Pueden usarse soluciones fisiológicas en forma de lavado de la cavidad cavernosa. Luego se practica una sutura continua posterior uniendo el cuerpo esponjoso y el cuerpo cavernoso; esto se realiza antes de la apertura del cuerpo esponjoso para evitar que la sangre dificulte el cierre del borde posterior. Inmediatamente se practica una pequeña ventana en el cuerpo esponjoso, y aproximando el borde anterior de la misma al borde anterior de la incisión del cuerpo cavernoso se suturan con nylon de calibre delgado. En nuestro caso, fue necesario practicar una nueva abertura del cuerpo cavernoso en otro sitio, para completar la evacuación de la sangre, abertura que luego fue cerrada. Como ambos cuerpos cavernosos se anastomosan, esta técnica suele ser suficiente practicarla unilateralmente; nosotros la hemos realizado en forma bilateral. En este caso es necesario que la incisión contralateral se realice a distinta altura para evitar que las suturas tiendan a estenotar la uretra. Luego se procedió al cierre del músculo bulbocavernoso, al cierre de la fascia de Colles y al drenaje del celular subcutáneo.

El pene luego de la operación fue entrando lentamente en estado de flaccidez. Ésta se logró totalmente al 8º día de la operación. La potencia no se logró aún.

Ante el desconocimiento actual de la real fisiopatogenia del priapismo, consideramos que el objetivo fundamental del tratamiento debe ser: 1) evacuar la sangre coagulada, retenida en los cuerpos cavernosos y 2) asegurar una circulación de retorno, una evacuación venosa correcta, mientras duren las causas que originaron el priapismo y que desconocemos.

La aspiración de los cuerpos cavernosos, como la incisión de los mismos seguida de perfusión de soluciones de heparina, han sido comunicadas frecuentemente. A este procedimiento, en 1964 Grayhak agrega la sugerencia de realizar el cortocircuito cuerpo cavernoso a la vena safena. Garret y Rhany son entusiastas partidarios de este método; en nuestro país en 1968, Mathis y Berri, comunican un caso tratado con la desviación cavernoso-safena con muy buen resultado, recuperando el paciente su potencia. Kandel en 1968 describe la embolia pulmonar como complicación de este tratamiento. Hasta hace poco tiempo, compartíamos el concepto de que la recuperación de la potencia sexual, se realizaba en base a la posterior trombosis de la anastomosis safena, pero recientemente Subrini y Dufou del Servicio de Couvelaire, presentan 3 casos tratados con este método en forma bilateral, sus pacientes han recuperado la erección y la cavernografía postoperatoria demostró la permeabilidad de la anastomosis bilateral. Nos preguntamos entonces, cómo es posible que existiendo una importante vía de retorno —safena bilateral— se logre la ingurgitación de los cuerpos cavernosos y una correcta erección. En base a esta demostración piensan los citados autores, que el mecanismo de la erección normal es un fenómeno activo, por aumento del flujo arterial, más que la resultante de un mecanismo pasivo; y suponen que en el priapismo existe un trastorno de la evacuación venosa por trombosis, distinguiendo así, la enfermedad de la erección fisiológica.

Donald Grace en 1968, comunica el tratamiento realizado a 23 pacientes afectados de priapismo y sostiene que la anastomosis caverno-safena en base a su experiencia, no es necesaria.

La observación de que el cuerpo esponjoso en general no participa del proceso —según Rubí, si lo hace en el 10 %— ha sugerido la idea de la anas-

tomosis del cuerpo cavernoso al cuerpo esponjoso. Esta técnica fue descrita por Quackels y Sakatoku en 1964.

La razón por la cual el cuerpo esponjoso muy rara vez participa en el priapismo, se encuentra en la disposición vascular distinta a la del cuerpo cavernoso.

Bloom y Fawcett explican con bases histológicas el mecanismo de la erección. Ellos afirman que los espacios cavernosos son más amplios en la profundidad del cuerpo cavernoso, en situación axil que en la superficie. En la profundidad llegan a 1 mm. de diámetro. Antes de entrar en el tejido eréctil, la íntima de los vasos arteriales presentan una serie de espesamientos alargados, —crestas— que se proyectan dentro de la luz, estas crestas son longitudinales y están constituidas por fibras colágenas y elásticas y por fibras musculares lisas. Las arterias helicíneas cuando alcanzan un diámetro de 65 a 80 micrones corren en las trabéculas de los cuerpos cavernosos y se abren en los espacios sanguíneos. La irrigación del cuerpo esponjoso es similar.

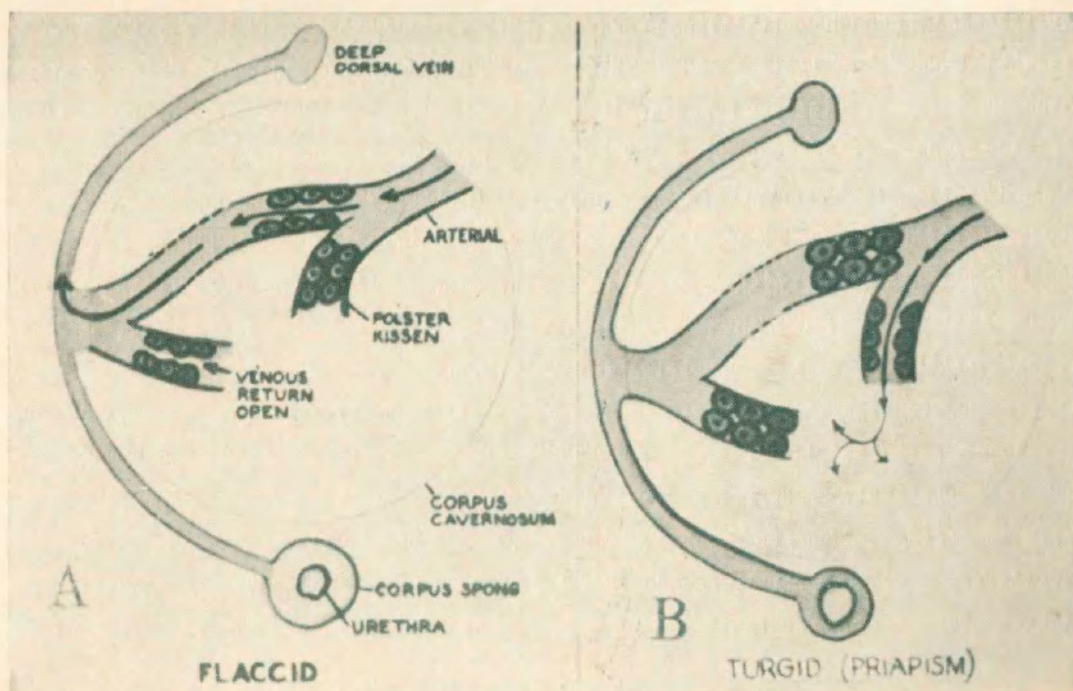
En cambio, es distinta la forma en que la sangre abandona el cuerpo cavernoso y el cuerpo esponjoso.

La mayor parte de la sangre del cuerpo cavernoso lo hace por las venas profundas del pene. Las raíces de estas venas nacen de la afluencia de gran cantidad de vénulas que corren por debajo de la albugínea. Estas vénulas se comunican con los pequeños espacios periféricos que a la vez reciben la sangre de los espacios más grandes axiles.

La sangre del cuerpo eréctil es recogida por la vena dorsal del pene, las raíces de estas venas salen directamente de los espacios cavernosos y atraviesan la albugínea.

Al iniciarse la erección, las crestas longitudinales permiten con su relajación un ensanchamiento rápido de la luz arterial. Al llenarse los espacios cavernosos más grandes, éstos comprimen a los más pequeños ubicados en la superficie y al plexo venoso que corre por debajo de la albugínea impidiendo el retorno venoso por el mismo.

Luego de la eyaculación se restablece el tono arterial. El exceso de



sangre es expulsado lentamente por la acción de los músculos lisos de las trabéculas y por la retracción de las redes elásticas.

Conti en 1952 describe un sistema valvular en los vasos de los cuerpos cavernosos constituido por células endoteliales llamadas "polsters-kissen".

El esquema adjunto se tomó de un trabajo publicado por David Falk. En él se demuestra la función valvular de las células "polsters". En estado de flacidez estas células ubicadas en la unión venosa con las cavidades del cuerpo cavernoso mantienen el sistema venoso abierto, lo mismo que las anastomosis arteriovenosas, mientras que las arteriolas están parcialmente cerradas; en este caso existe una pequeña entrada de sangre y un buen drenaje venoso. Durante la erección las arteriolas están totalmente abiertas, las comunicaciones arteriovenosas están cerradas, al igual que las venas; el cuerpo cavernoso comienza a ingurgitarse de lo cual resulta la erección. El priapismo se produce cuando las células polsters-kissen de la unión venoso-sinusoidal están cerradas, impidiendo el flujo venoso.

Hinman, en base al trabajo de Conti, ha elaborado una hipótesis sobre la etiología del priapismo. Piensa que el origen del mismo es una erección prolongada por factores excitantes; esto ocasiona un aumento de la viscosidad de la sangre produciendo una obstrucción venosa en el sitio de unión de los espacios cavernosos con las venas colectoras. El edema aumenta aún más la obstrucción al flujo venoso. Sobre esto se desarrolla posteriormente la fibrosis.

Los vasos del cuerpo esponjoso no están provistos de este sistema valvular, por eso presentan ingurgitación y no rigidez durante la erección. Además la evacuación del cuerpo esponjoso a través de las venas bulbouretrales es independiente de la de los cuerpos cavernosos. Por lo tanto la anastomosis caverno-esponjosa tiene una base lógica de sustentación.

Consideramos que el priapismo idiopático debe ser tratado como una urgencia. Ante el fracaso del tratamiento médico, recurrir a la evacuación quirúrgica de los cuerpos cavernosos combinada con alguna de las técnicas de desviación venosa; ya sea la anastomosis cavernoso-safena o la desviación caverno-esponjosa.

Con este doble tratamiento quirúrgico creemos que podemos acercarnos algo más al ideal de evitar dos clásicas secuelas:

- 1) la recidiva del priapismo;
- 2) la impotencia por la fibrosis intracavernosa.

Por supuesto, no podemos hablar de experiencia personal con este único caso; pero los buenos resultados obtenidos por distintos autores, nos decidieron a practicar este método. Es de desear también que otros colegas, con mayor experiencia y con mayor dominio de la vía perineal, practiquen este método quirúrgico, con el fin de mejorar los resultados.

## DISCUSION

*Dr. Rocchi.* — Yo quisiera contribuir con el relato de un caso de priapismo de 7 días de evolución, que operamos hace dos meses practicándole anastomosis cavernoesponjosa. El priapismo cedió pero el enfermo no recuperó hasta la fecha la erección. Se trataba de un hombre joven que había sido intervenido de un carcinoma de vesícula biliar. No encontramos relación alguna entre la enfermedad de las vías biliares y el priapismo.

La serie grande de trabajos de autores americanos refieren buenos resultados en las operaciones practicadas con precocidad, antes de las 72 horas.

*Dr. Muzio.* — Agradezco la contribución del doctor Rocchi y quisiera agregar también que existen casos en que la potencia sexual recién la recuperan estos pacientes a los 3 ó 4 meses del postoperatorio.

*Dr. Castria.* — Quiero recordar que en dos sesiones realizadas en esta Sociedad presentamos