

PRESENTACION DE UN CASO DE PRIAPISMO

Dr. Bernstein-Han, L. - Dr. Mosso, F. - Dr. Sember, M.

Resumen

Se presentó un caso de priapismo en un paciente de 69 años, aparentemente idiopático, con 48 horas de evolución, al que se le practicó anestesia peridural continua de 18 horas, de duración, drenaje quirúrgico posterior, ambos de resultado insatisfactorio; practicándosele con posterioridad shunt caverno-esponjoso con resultado satisfactorio. A causa de infección sobreagregada el paciente fallece por septicemia a gramnegativo.

El priapismo es una situación clínica poco frecuente, de etiología variada y muchas veces desconocida, que se caracteriza por la erección prolongada de duración variable, habitualmente dolorosa, no acompañada de deseo sexual y que en alto porcentaje de los casos ocasiona impotencia definitiva. La frecuencia mayor es entre los 20 y 50 años y en 10 % de los casos están comprometidos los cuerpos esponjosos, produciendo disuria.

Los factores etiológicos son: neurógenos, químicos, tóxicos, infecciosos, inflamatorios, mecánicos y hematológicos; correspondiéndole a estos últimos el 20 %.

El priapismo puede ser:

- a) *primario*: son aquellos casos que siguen a una actividad sexual;
- b) *secundario*: cuando hay afecciones patológicas subyacentes que lo condicionan;
- c) *idiopático*: es el que aparece sin estímulo sexual psíquico o físico, ni factores secundarios que contribuyan a su presentación.

Se presenta un caso de priapismo

Paciente J. W. H. C. nº 10.122. Hospital Israelita "Ezrah". Edad, 69 años. Sexo, masculino. Internación 4/6/77.

Motivo de internación: priapismo.

Enfermedad actual. Paciente que consulta por priapismo de 48 horas de evolución, el cual tuvo lugar en momentos en que se hallaba en reposo en cama. El paciente relata que en forma súbita notó erección del pene, la que se prolongó hasta el momento de su internación.

La micción la efectúa con alguna dificultad, sin disminución de la fuerza del chorro miccional.

Mantén relaciones sexuales aparentemente satisfactorias hasta 3 meses previos a su ingreso.

Presentó pérdida de peso (5 kg) en los últimos 3 meses, así como astenia y adinamia. No recuerda los hechos en forma fidedigna y por momentos hay pérdida de la ubicación témporo-espacial.

Antecedentes personales. Niega enfermedades venéreas. Relata que tuvo enfermedades comunes de la infancia y actualmente arteriosclerosis cerebral.

Enfermedades quirúrgicas. Adenomectomía prostática (1975). Operado de cadera derecha hace 6 meses.

Hábitos. No fuma, no bebe alcohol, no toma otros medicamentos más que los indicados para su arteriosclerosis; no se automedica; no efectúa ejercicios físicos prolongados.

Estado actual (examen físico pertinente). Decúbito activo indiferente con buen estado de nutrición. Piel y faneras con buen estado trófico. Psiquismo por momentos desubicado en tiempo y espacio.

Pulsos arteriales del cuello, normales. Sistema venoso del cuello, normal. Presión arterial, 180/100. Pulso regular tenso amplio de 90 por minuto. Abdomen excavado blanco, depresible, indoloro a la palpación superficial y profunda. Percusión normal.

Hígado y bazo se palpan dentro de límites normales.

Tacto rectal. Lodge prostática con tamaño conservado, así como su forma, consistencia aumentada, grado II.

Aparato urogenital. Pene edematizado, erecto, no presenta lesiones de piel y mucosa. Escroto normal, testículo derecho aumentado, de tamaño de caracteres normales.

Análisis. G. R.: 4.200.000. G. B.: 9.200. Hto.: 38 %. N.: 70 %. E.: 4 %. L.: 21 %. M.: 5 %. Eritro: 60 mm. F. A. C.: 9,0 mU/ml. F. A. L.: 2,8 UB.

Tratamiento

4/6/77. Se practica anestesia peridural continua con catéter durante 18 horas.

9/6/77. Se solicita consulta hematológica para descartar hemopatía.

10/6/77. El hematólogo, luego de realizar punción, informa que no presenta evidencia de hemopatía.

14/6/77. Se efectúa bajo anestesia peridural drenaje quirúrgico de cuerpo cavernoso según técnica de incisión, lavado y compresión, siendo el mismo de escasos resultados.

27/6/77. Presenta retención urinaria, colocándose sonda que se retira a las 24 horas. El paciente continúa con pene erecto.

28/6/77. Se practica shunt caverno-esponjoso según técnica descrita por Sacher y colaboradores. Se colocó el paciente en posición de litotomía y se efectuó incisión en Y invertida, a continuación se disecciona la fascia de Coles, así como el periné, y se exponen músculos bulbocavernoso e istiocavernoso. El bulbo cavernoso se incide longitudinalmente en la línea media y se disecciona lateralmente exponiendo el cuerpo esponjoso y cavernoso. La fascia de Buck se libera del borde lateral del cuerpo esponjoso a través de la línea media. Se cateteriza la uretra para facilitar la disección de los cuerpos cavernosos y esponjosos. Se practica incisión a 2 cm de su extremo en cada uno de los cuerpos cavernosos y esponjosos, respectivamente, y se completa el shunt con sutura continua de material reabsorbible. Se dejan drenajes cierre por planos.

1/7/77. Leve mejoría del priapismo.

8/7/77. Mejoría notoria del priapismo, curación con secreción purulenta. Al tacto el pene presenta discreta crepitación. Se solicita cultivo. Enfermo con regular estado general, febril.

11/7/77. Enfermo que presenta marcada mejoría de su priapismo, con mal estado general, febril, obnubilado.

13/7/77. Cultivo de secreción herida quirúrgica positiva a gérmenes gramnegativos. *E. coli* anaeróbica. Se instituye tratamiento antibiótico según antibiograma.

18/7/77. Curación mojada con secreción purulenta, disminución de la hipertermia.

25/7/77. Paciente obnubilado y febril.

28/7/77. Pérdida de la conciencia, disminución de la temperatura a valores normales. Pene flácido.

3/8/77. El paciente fallece a causa de septicemia a gérmenes gramnegativos.

Comentario

Según Nelson y Winter, en 25 pacientes de una serie de 48 el estado febril acompañaba al priapismo; no se pudo encontrar gérmenes y la misma disminuyó con el priapismo, no pudiendo encontrarse explicación a este fenómeno.

Bibliografía

Sacher, Sayegh, Frensilli, Crum y Akers: "Shunt cavernus spongyosum in the treatment of priapism". *Journal of Urology*, 108:97, 1972.
Castri, M. A.; Belossi, R.; Salwa, J.: "Priapismo". *Rev. Arg. de Urología*, nº 40; 367-370, 1971.

El shunt caverno-esponjoso debe ser reservado a casos que no pasan de los 7 a 10 días, entendiéndose que el mismo puede repetirse.

El priapismo idiopático bien tratado con infiltración, drenaje y compresión alternada, presentándose la resolución en las 36 primeras horas. Según informan los mencionados autores la mitad de los pacientes quedan impotentes y en los adultos la causa sería idiopática.

Klein, R. A.; Hall, R. L.; Smith, R. B.: "Surgical Treatment of Priapism". *J. Urol.*