

Síndrome de escape venoso: Causa vascular venosa de disfunción sexual masculina.

Dres. Lazzarini, H.; de Miseu, S; López, S.; Irazu, J.C.*

RESUMEN

Se presentan 9 pacientes portadores de síndrome de escape venoso y disfunción sexual erectiva.

Este síndrome motivó la consulta como causa exclusiva de la disfunción o acompañando a otras concausales de dicha patología.

Se extraen conclusiones sobre los métodos diagnósticos utilizados, los diagnósticos diferenciales posibles y la terapéutica empleada.

(Revista Argentina de Urología, 55: pag. 104, 1990)

Palabras clave: **Impotencia - Fuga venosa**

INTRODUCCION

Si bien el mecanismo íntimo de la erección no ha sido totalmente aclarado hasta la actualidad, se han investigado diversos aspectos del fenómeno con cierta frecuencia, como sucedió con respecto a los factores arteriales y hormonales (1), (3). Sin embargo, recién en los últimos años se comenzó a considerar que el sistema de drenaje venoso podría tener alguna responsabilidad como etiología principal o accesoria en la impotencia masculina (2).

Tradicionalmente, se consideró que el fenómeno erectivo se debía simplemente a una congestión

peneana debida al aumento de irrigación arterial, cumpliendo el sistema venoso un rol totalmente pasivo.

Los primeros estudios que trataron de reproducir la dinámica de la erección peneana, se realizaron en cadáveres, induciendo la misma en forma artificial por inyección de solución fisiológica en los cuerpos cavernosos. De allí surgió la primera observación, que no solamente el aumento de la irrigación de dichos elementos eréctiles era suficiente para provocar la erección, sino que era necesario agregar una comprensión circular en la base peneana para lograrla (5).

Desde ese momento hasta el día de hoy, muchos fueron los avances en la metodología diagnóstica. Se

* Hospital Gral. de Agudos "Dr. J.M.Ramos Mejía" (M.C.B.A.)
División de Urología.
Consultorio de Andrología y disfunciones sexuales.

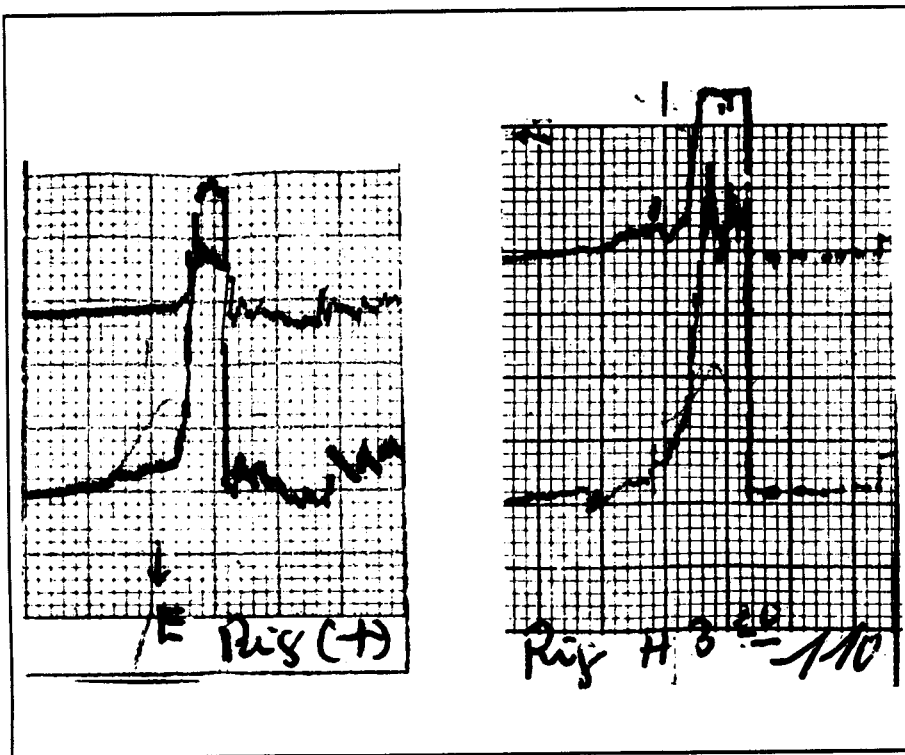


Foto N° 1: Curva típica de flaccidez precoz.

prestó más atención en la disección anatómica del sistema de drenaje venoso, ideando estudios radiológicos que permitieron observar ese sistema durante la flaccidez y durante la erección artificial, midiendo incluso las presiones intracavernosas, como sucede en la cavernosografía dinámica o en la cavernosografía post-papaverina (4).

Fue así como Fitzpatrick demostró la presencia de válvulas en la luz de la vena dorsal profunda y circunflejas, demostrando que estas válvulas son oclusivas, no solo por un mecanismo pasivo sino también probablemente activo, relacionado con una actividad neurológica situada en las propias válvulas.

La cavernosografía dinámica (con inducción pasiva de la erección por instilación continua a flujo creciente) permite una correlación entre las presiones intracavernosas y la morfología del sistema venoso.

La cavernosografía post-papaverina permite evaluar el mecanismo pasivo como el neurológico activo.

En base a las experiencias citadas se sabe que el drenaje venoso de los cuerpos cavernosos se realiza por la vena dorsal profunda y dorsal superficial prin-

cipalmente, y por las venas cavernosas secundariamente.

Las venas circunflejas comunican la dorsal superficial con la profunda, situándose entre la albugínea de los cuerpos cavernosos y la fascia profunda de Buck, siendo comprimidas (mecanismo pasivo) entre estas dos cuando la erección es normal.

MATERIAL Y METODOS

De la totalidad de consultas que se efectuaron por impotencia, se seleccionaron 29 casos en los cuales la disfunción sexual era del tipo flaccidez precoz.

A todos estos pacientes se les realizó fluxometría arterial peneana por efecto Doppler, siendo el mismo normal en 16 casos.

Posteriormente se les realizó un monitoreo de las tumescencias peneanas nocturnas, con un equipo de registro de 2 canales, durante 2 noches. Este estudio reveló una curva típica de flaccidez peneana anormalmente precoz en 10 pacientes. (Foto N°1). En

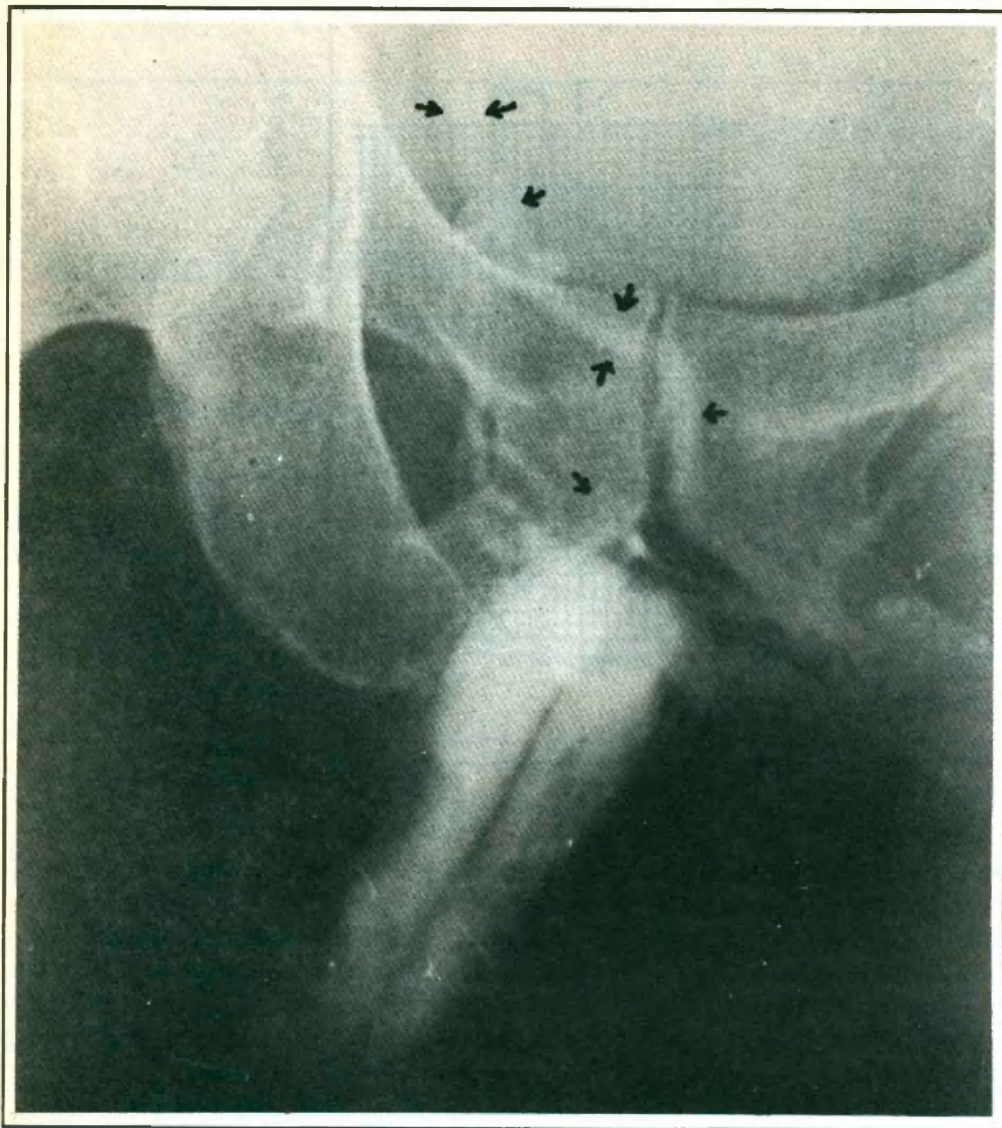


Foto N° 2: Cavernosografía dinámica

base a estos dos estudios preliminares (Fluxometría por efecto Doppler y Monitoreo de las Tumescencias Peneanas Nocturnas) se realizaron 7 cavernosografías post-papaverina y 3 cavernosografías dinámicas. (Foto N°2). Se detectaron antecedentes quirúrgicos relacionados con la aparición del cuadro en 8 casos (adenomectomía a cielo abierto o por vía endoscópica y antecedente de traumatismo peneano).

TRATAMIENTO

Se realizó resección y ligadura de la vena dorsal profunda del pene y las ramas circunflejas en 9 pacientes, 8 de los cuales presentaban Doppler normal y monitoreo típico de escape venoso; en el noveno caso el Doppler era anormal (Fotos N° 3 y 4). La evolución fue muy buena en 7 casos y no se observó mejoría en 2 (uno con Doppler normal y otro con Doppler anormal, pero ambos con escape venoso diagnosticado radiológicamente).

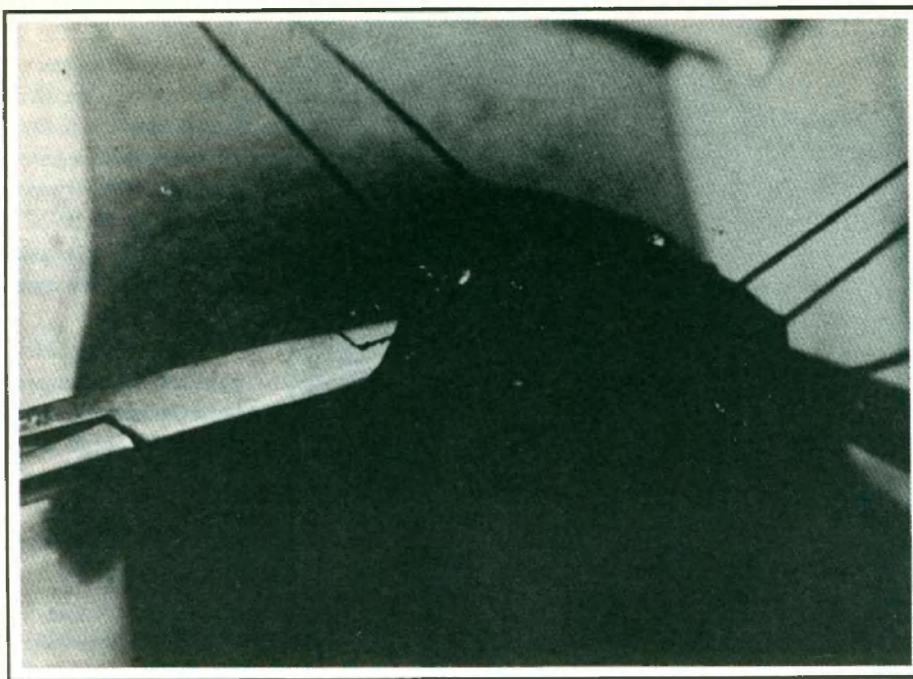


Foto Nº 3: Reparación del paquete neurovascular dorsal.

Se realizó control con cavernosografía post-papaverina en 6 pacientes, obteniéndose una erección duradera, no observándose el sistema venoso tras la inyección del material de contraste diluído. El 7to caso solamente fue controlado por la observación directa de la erección inducida por papaverina (sin control radiológico), más la referencia del propio paciente en cuanto a la superación de su problema.

COMENTARIOS

Creemos que el síndrome de escape venoso como causa de disfunción sexual masculina es un cuadro que se puede comenzar a sospechar desde el momento mismo de la primera consulta en base a algunos datos que aparecen como frecuentes, como ser:

a- el paciente diferencia bien que su dificultad no reside al comenzar la erección sino en mantenerla el tiempo necesario para lograr la penetración o por un lapso satisfactorio;

b- coinciden en general en que las erecciones son más prolongadas a la mañana al despertarse o cuando en la relación sexual adopta la posición supina;

c- no encontramos, a nuestro entender, ventajas por uno u otro método diagnóstico, ya sea por cavernosografía post-papaverina o dinámica;

d- en los casos presentados el escape venoso se produjo por la vena dorsal profunda, reconociendo que en los dos casos en que no hubo mejoría podría haberse producido por otra vía venosa no detectada radiológicamente en 1 caso, o por un terreno arterial no adecuado en el otro;

e- la curva del MTPN es un elemento de orientación válido para el diagnóstico, ya que se presenta como una patente característica de esta patología;

f- la necesidad de extremar las precauciones para evitar confundir una erección de escasa duración por escape venoso, con una erección incompleta de causa arterial (pene tumesciente) o con una impotencia situacional psicogénica.

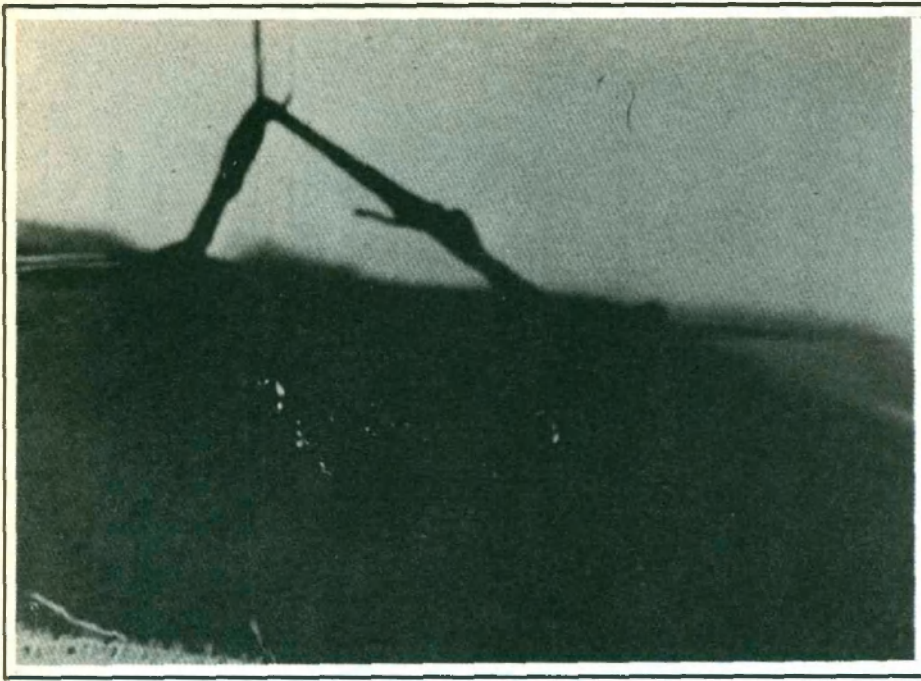


Foto Nº 4: Disección de la vena dorsal profunda y las ramas comunicantes de las circunflejas.

BIBLIOGRAFIA

1. MICHAL V., POSPICHAL J. Phalloarteriography in the diagnosis of erectile impotence. *World of Surg.* 1977; 2: 233-248.
2. EBBEHOJ J., WAGNER G., Insufficient penile erection due to abnormal drainage of cavernous bodies. *Urology* 1979; 13: 507-510.
3. WEIDERMAN C.L., NORTH CUTT R.C., Endocrine aspects of impotence. *Urol. Clin. North Am.* 1981; 8: 143-151.
4. CHANDER M. MALHOTRA, M.D., ALEXANDER BALKO, M.D., JHON P. WINCZE, PH.D. Cavemosography in Conjunction with Artificial Erection for Evaluation of Venous Leakage in Impotent Men. *Radiology* 1986; 161:799-802.
5. ASHDOWN R.R., GILANPOOR H., "Venous drainage of the corpus cavernosum penis in impotent and normal bulls." *J. Anat.* 1974; 117: 159-170.

COMENTARIO

En primer término quiero agradecer a la Comisión Directiva de la SAU el haberme designado para comentar este trabajo.

Resulta muy interesante la experiencia volcada en el trabajo por los Dres. Lazzarini y Col., realizado en un medio hospitalario como el nuestro, donde las condiciones económicas reducidas dificultan el estudio y tratamiento de estos problemas.

Quisiera sin embargo hacer algunas consideraciones puntuales que creo podrían ayudar a aclarar algunos conceptos.

1) Fisiopatología;

Basado en los últimos trabajos de Lue y Goldstein (*Cl. Urol. Nort. Febrero 88*), creo importante mencionar que el sistema venoso juega un rol pasivo durante la erección.

La liberación de neurotransmisores provoca relajación activa del músculo liso de las arteriolas helicinas y del músculo liso del espacio lacunar que aumenta su capacidad llevando a la compresión de

las vénulas emisarias contra la albugínea (mecanismo venoso pasivo). Al metabolizarse los neurotransmisores se restablece el tono adrenérgico basal con contracciones del músculo liso de los espacios lacunares y arteriolas helicinas lo que permite el libre drenaje por las vénulas emisarias.

Consideramos poco probable el mecanismo propuesto por los autores: mecanismo activo valvular y compresión de circunflejas contra la fascia de Buck.

2) Material y Métodos:

No queda claro el criterio de inclusión y exclusión en el grupo seleccionado para el trabajo, por ejemplo: edad, tipo de traumatismo y tratamiento peneano, etc.

3) Método:

Con respecto a este no hay descripción del mismo por lo que es difícil con la lectura del trabajo establecer cuales fueron los criterios empleados para diagnosticar escape venoso, (dosis de Papaverina registro de Presiones, Flujo de instilación, dilución del contraste, etc.)

4) Resultados:

no están suficientemente explicitados en trabajo

los resultados de cavernosografías, cavernosometrías y diferencias entre los 7 y 2 (buenos y malos).

5) Comentarios:

a) Difícil de entender las consideraciones
b) al no explicar los métodos difícil interpretación de lo que es dinámico y post PAP. El tema de la impotencia en constante revisión en los últimos tres años debería involucrar una exhaustiva revisión de la bibliografía a la fecha por lo que creo que la considerada en este trabajo es de escaso valor para el análisis actual del problema.

Sin embargo considero de gran valor la presentación de este trabajo en el seno de la Sociedad ya que este tipo de estudios deberían ser realizados en todos los centros hospitalarios dado que la disfunción sexual es un capítulo de la urología y como tal debería ser encarado y resuelto por urólogos por lo que la presentación genera la posibilidad de intercambio y análisis de esta problemática.

Por lo que felicito a los autores y espero que en un plazo no muy lejano se convierta en rutina de nuestra práctica.

Dr. Isidoro Davidzon