

# Necrosis y extrusión de cuerpo cavernoso

## *Corpora cavernosa, necrosis and extrusion*

G. Rodríguez Baigorri, G. Valdivia Garrón, D. Antola

*Sector de Medicina Sexual - Servicio de Urología. Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú - Buenos Aires.*

### INTRODUCCIÓN

La necrosis de cuerpo cavernoso es un proceso usualmente vinculado al priapismo de bajo flujo resistente al tratamiento y a las intervenciones implicadas en la resolución, como las fístulas cavernoso-esponjosas (Al-Ghorab Shunt) y sus complicaciones.

Son causa de necrosis también los abscesos de los cuerpos cavernosos, los cuales son raros, con pocos casos idiopáticos. Los factores desencadenantes y de riesgo más frecuentemente identificados incluyen instrumentación del pene, administración de drogas vasoactivas intracavernosas, inmunosupresión, infecciones en sitios adyacentes y traumatismos.

Respecto de la extrusión de cuerpo cavernoso, no hemos hallado datos en la revisión bibliográfica.

### CASO CLÍNICO

A la guardia de nuestro hospital acude un varón de 29 años que presenta dolor en región inguinoescrotal de 20 días de evolución asociado a registros febriles.

Como antecedentes, el paciente refiere haber sido intervenido quirúrgicamente en otro nosocomio por un cuadro de priapismo de 24 horas de evolución, por lo cual le fue realizado en primera instancia un shunt cavernoso-esponjoso (Al-Ghorab) y que posteriormente debió ser reintervenido por recidiva del priapismo.

Una semana después de la segunda intervención, presentó un absceso penoescrotal que requirió toilette quirúrgica y derivación urinaria suprapúbica, auto-externándose de esa institución sin el alta hospitalaria. Como antecedentes personales patológicos, el paciente

presenta tabaquismo, consumo de marihuana y cocaína y trastorno psicótico no especificado.

Al momento del examen físico se evidencia una incisión en unión penoescrotal con evidentes signos de flogosis e infección con secreción purulenta y extrusión por herida de tejido fibroso de forma tubular de 10 cm de largo por 1,5 cm de diámetro, de aspecto necrótico. Al ingreso presentaba leucocitosis y eritrosedimentación elevada.

Se realiza cistouretrografía por talla vesical, en la cual se observa fuga de contraste a nivel de tercio distal de uretra posterior, y ecodoppler peneano, en el cual se visualiza una imagen heterogénea donde no se logra identificar elementos anatómicos compatibles con la estructura de los cuerpos cavernosos. Con el doppler se identifica latido arterial solo en ramas isquiopúbicas de ambos cuerpos cavernosos.

Se inicia tratamiento antibiótico y se realiza exploración y toilette quirúrgica, con abordaje por vía penoescrotal, resecano el tejido desvitalizado y necrótico que abarcaba hasta la base del periné y extrayéndose el tejido tubular fibrótico de color blanquecino que protruía por la unión penoescrotal.

Se evidencia sección completa a la altura de la uretra posterior con sección completa de ambos cabos. Se tutoriza con sonda Foley el cabo proximal de la uretra hasta la vejiga.

Se deja herida quirúrgica abierta para cierre por segunda intención. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

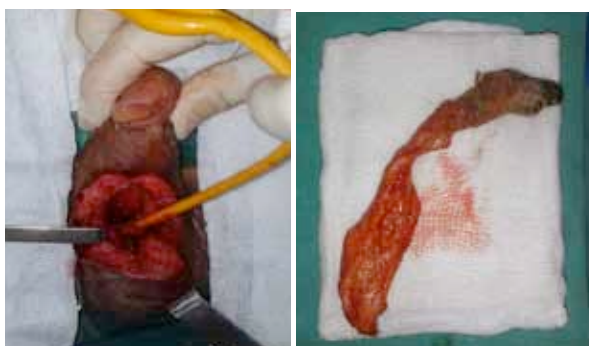
El resultado anatomopatológico fue necrosis total de cuerpos cavernosos y presencia de exudado leucocitario.



## DISCUSIÓN

La necrosis de cuerpo cavernoso es un cuadro poco frecuente derivado generalmente de una complicación del priapismo de bajo flujo.

La extrusión de cuerpo cavernoso secundario a absceso que presenta el paciente de referencia no ha sido reportada en la literatura revisada. Consideramos que en el caso de este paciente la extrusión fue una consecuencia de la discontinuidad de los tratamientos que se le instituían. Es de destacar que el paciente se presentó deambulando con una patología avanzada, de intenso nivel algésico. Consideramos posible adjudicar el bajo registro de la gravedad del cuadro urológico, las reiteradas interrupciones de los tratamientos previos, y la consulta tardía, al cuadro psiquiátrico del paciente.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Dempster NJ, Maitra NU, McAuley L, Brown M, Hendry D. A Unique Case of Penile Necrotizing Fasciitis Secondary to Spontaneous Corpus Cavernosal Abscess. *Case Rep Urol.* 2013; 2013: 576146.
2. Palacios A, Massó P, Versos R, Osorio L, La Fuente Carvalho, Soares J, Filinto M. Absceso del pene. A propósito de un caso. Editorial Inies-

tares S.A. *Archivos Españoles de Urología* 2006; 59(8):809-811.

3. Faydaci G, Ozgul A, Kuyumcuoglu U, Aktöz T, Oder M. Dorsal vein rupture after practice of taqaandan, necrotising cavernositis, penile reconstruction, urethroplasty and penile prosthesis implantation. *Andrologia* 2012; 44 Suppl 1:851-5.
4. Sagar J, Sagar B, Shah DK. Spontaneous Penile (Cavernosal) Abscess: Case Report with Discussion of Aetiology, Diagnosis, and Management with Review of Literature. *Scientific World Journal* 2005 Jan 21; 5:39-41.
5. Martínez JÁ, Ramírez-Pérez EA, Camacho-Castro AJ, Osornio-Sánchez V, Ahumada-Tamayo S, Fernández-Noyola G, García-Salcido FJ, Muñoz-Ibarra EL, Mayorga-Gómez E, Garza-Sainz G, Cantellano-Orozco M, Morales-Montor JG, Martínez-Arroyo C, Pacheco-Gahbler C. Técnica de Blandy para el manejo de la estenosis recurrente de meato perineal, posterior a falectomía secundaria a absceso de cuerpos cavernosos. *Rev Mex Urol.* 2013; 73(4):212-215.
6. Campos-Salcedo JG, Terrazas-Rios JL, Sedano-Lozano A, Castro-Marin M, Flores-Terrazas JE, López-Silvestre JC, Zapata-Villalba MA, Mendoza-Alvarez L, Estrada-Carrasco CE, Paredes-Calva C, Rosas-Hernandez H. Absceso de cuerpos cavernosos. *Rev Mex Urol.* 2012; 72(2):79-83.
7. Zacharakis E, Raheem AA, Freeman A, Skolarikos A, Garaffa G, Christopher AN, Muneer A, Ralph DJ. The efficacy of the T-shunt procedure and intracavernous tunneling (snake maneuver) for refractory ischemic priapism. *J Urol.* 2014; 191(1):164-8.