

## PNECTOMIA TOTAL POR ULCERACION CRONICA GIGANTE EN UN PRIAPISMO AGUDO PROLONGADO OPERADO HACE OCHO AÑOS

Por el Dr. RICARDO BERNARDI

Si el priapismo es una afección extraordinariamente rara, llegando a una decena el número de observaciones descriptas en nuestro país, el examen anatómo-patológico del miembro afectado por aquella enfermedad y amputado ocho años después por una afección crónica y dolorosa como la que presentó el mismo enfermo, lo es mucho más.

Trátase de un enfermo de 54 años de edad actualmente, a quien hace 8 años le practicamos una incisión bilateral de los cuerpos cavernosos, a los 8 días de la iniciación de un *priapismo agudo prolongado* (véase fotografía Nº 1) rebelde a todo tratamiento médico y que fué motivo de una publicación, en el año 1938.

El enfermo quedó con una *abstención absoluta y definitiva* de sus erecciones, y un pene en tapón de goma a la presión digital, por la esclerosis secundaria de los cuerpos cavernosos.

6 1/2 años de pués de su primera afección le apareció una pequeña ulceración en la porción dorsal del prepucio que fué extendiéndose paulatinamente en superficie y profundidad hasta alcanzar, al año de evolución, todo el *plano cutáneo peneano, desde el surco balano-prepucial hasta la raíz del miembro*, en longitud, y casi toda su *circunferencia* respetando exclusivamente una faja de piel a nivel del rafe de 3 milímetros de ancho (véase fotografías Nos. 2 y 3): en cuanto a la profundidad, *llegaba alabugínea de los cuerpos cavernosos*.

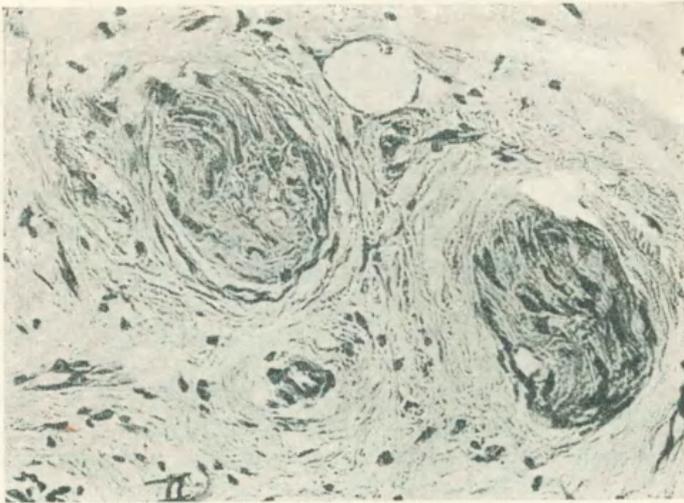
Esta lesión de tipo ulceroso, que desde el punto de vista macroscópico simulaba un cáncer cutáneo por su progresión más bien superficial, de estructura desconocida, *sumamente doloroso* al que se le había instituido numerosos tratamientos incluso radioterapia, sin ningún resultado.

En estas condiciones recurre a nosotros por segunda vez, hace 10 meses aproximadamente, observando además de esa ulceración, una adenopatía inguinal bilateral.

El examen anatómo-patológico de los ganglios inguinales y de la lesión peneana acusó:

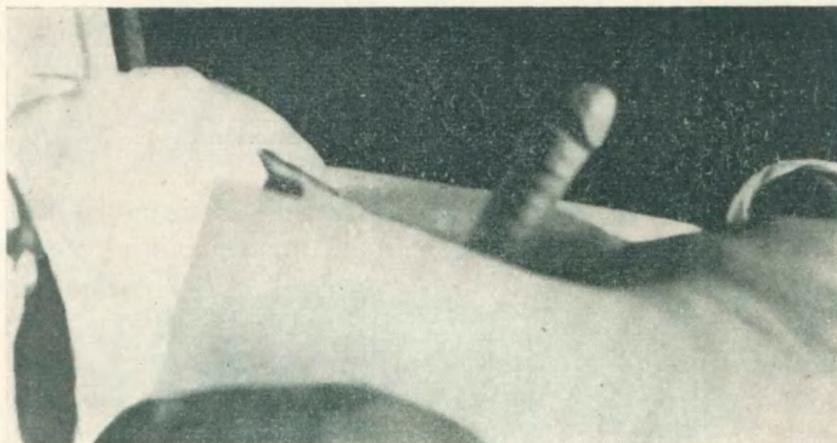


Microfotografía N° I  
Fondo de la ulceración con necrobiosis superficial e intensa infiltración linfoplasmocitaria de las capas más profundas.



Microfotografía N° II  
Filetes nerviosos con espesamiento del perineuro.

una hiperplasia linfoidea simple y un proceso ulcerativo crónico con exudado purulento, respectivamente.



Fotografía N° 1  
Fotografía en posición lateral a los 8 días del priapismo agudo prolongado, hace 8 años.

En vista del diagnóstico de ulceración crónica, insistimos en el tratamiento local y general aconsejado por el Dr. Borda, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital P. Fiorito, durante



Fotografía N° 2  
Enfermo en decúbito dorsal con las piernas flexionadas, a los 10 días de la amputación del pene; el escroto se ve por su cara anterior.



Fotografía N° 3  
Enfermo en la misma posición con el escroto levantado y la sonda de Pezzer por la uretrotomía perineal.

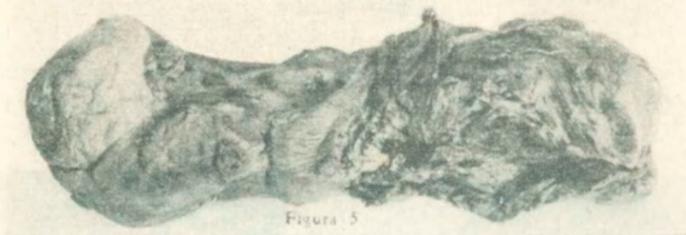
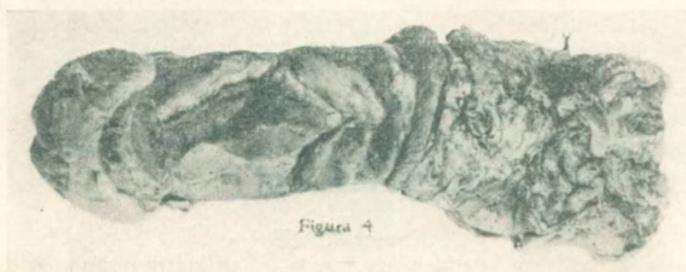
4 meses (desde Julio a Octubre ppdo.) *sin resultado* alguno, dada la progresión del proceso y la persistencia de los dolores que obligaban a inyectarle diariamente morfina, en los últimos tiempos.

Un nuevo examen anátomo-patológico de la ulceración, extraído de otra zona una semana antes de la operación, y 4 meses después del primero, acusó el mismo tipo de lesión.

Ante la intensidad de los dolores y el crecimiento de la ulceración, a pesar del tratamiento, decidimos intervenirlo.

Le practicamos en el mes de Octubre del año ppdo. la penectomía total, respetando parte de la uretra peneana, para poder abocarla con comodidad a la porción perineal (Fotografías Nos. 2 y 3).

En las fotografías Nos. 4 y 5 puede observarse la extensión en que ha sido amputado el órgano, visto por su cara inferior (Nº 4) y lateral (Nº 5).



Fotografía Nº 4

Pene amputado visto por su cara inferior en la que se observa una *pequeña superficie losángica de piel sana* todavía respetada.

Fotografía Nº 5

Pene visto por una cara lateral.

El examen microscópico de los preparados acusó, a *nivel de la ulceración* una solución de continuidad del epitelio epidérmico que se halla sustituido por una capa fibrino-leucocitaria y necrobiosis por debajo de la misma existe una marcada esclerosis fibrosa, entre cuyas fibras se dispone un intenso infiltrado linfo-plasma-histiocitario, acompañado por leucocitos en los estratos más superficiales.

Los vasos sanguíneos que surcan esta zona se encuentran dilatados y rodeados de manguitos inflamatorios parvicelulares.

Los filetes nerviosos abundantes, se encuentran rodeados por un perineuro espesado, y éste a su vez por linfocitos y plasmacellen.

El proceso inflamatorio tiene tendencia a disminuir en la profundidad, manteniéndose, sin embargo, una discreta reacción histiocitaria y el infiltrado perivascular.

A nivel de la *zona de los cuerpos cavernosos*, se evidencia una intensa esclerosis, más mar-

cada por otra parte alrededor de los abundantes filetes y terminaciones nerviosas que recorren esa zona.

## COMENTARIOS

Dos hechos caben destacarse en esta observación:

1º) El tipo raro de lesión ulcerativa peneana, gigante, crónica y dolorosa, rebelde a todo tratamiento, que obligó a la extirpación del órgano, y

2º) Que el miembro hubiera sido intervenido ocho años antes por un priapismo agudo prolongado, feliz circunstancia para nosotros que brindó la excepcional oportunidad de estudiarlo desde el punto de vista anátomo-patológico.

En cuanto a esto último, diremos que solamente los priapismos sobrevenidos en el período final de las enfermedades productoras, han podido ser estudiados en la mesa de autopsias tales como los de Jodioux, Tanszky, Neidhorst, Mathias, Salzer, etc.

Kast, realizó en el año 1895, un estudio anátomo-patológico muy completo en un enfermo portador de una priapismo idiopático fallecido dos años después, observando una marcada esclerosis de la albugínea y cuerpos cavernosos con dilatación de los vasos y gran reflujo leucocitario. En cuanto al cuerpo esponjoso presentaba una marcada vasodilatación con gran cantidad de leucocitos y hematies.

## DISCUSIÓN

Dr. Rebaudi. — *Quisiera saber qué tratamiento usa el Dr. Bernardi. Quisiera preguntarle si ha utilizado el clorhidrato de emetina.*

*Hace muchos años, antes de la era sulfamídica, cuando me encontraba con ulceraciones chancrosas y aun en el caso del chanero blando, con la aplicación de clorhidrato de emetina he encontrado una curación de esas ulceraciones. Con su aplicación, he hallado en especial, una acción contra el dolor.*

Dr. Bernardi. — *A este enfermo no se le hizo tratamiento, por no tratarse de una lesión de tipo específico.*

*No sé cuál será la acción del clorhidrato de emetina con respecto a esta clase de tejidos, pero nos llamó la atención el dolor que sentía este enfermo. Primeramente, lo tratamos con las pomadas habituales a base de sulfamida y de vitaminas, lo que no dió resultado.*

*El enfermo desapareció; concurrió después al Instituto del Cáncer donde fué tratado unos meses; al final, le hicieron radioterapia. Como siguiera en las mismas condiciones, deambuló por varios servicios, entre ellos por el del Hospital Rawson, pero sin ningún resultado.*

*Al volver el enfermo a mi Servicio lo puse en manos del Dr. Borda, distinguido dermatólogo, quien lo trató varios meses sin ningún resultado.*

*En consecuencia, como el enfermo estuvo internado varios meses preso de grandes dolores, practicamos dos biopsias en distintos tiempos y zonas, lo que nos demostró que se trataba de una ulceración crónica. Ese cuadro no podía prolongarse y entonces, decidimos con gran pena, practicarle casi al año o año y medio de su afección, la extirpación total del pene.*