

# PRIAPISMO

## CONSIDERACIONES CLINICAS Y TERAPEUTICAS

Por el Dr. JOSE GORODNER

*Priapo* es el miembro en erección; mas bien en generosa erección. Nació Priapo (mitológicamente hablando) en Lámpsaco, ciudad de la Misia en Asia Menor, sobre el Helesponto (Dardanelos), hijo de Dionisos (Baco) y de Afrodita (Venus). En su origen dios de la abundancia, de las ovejas, cabras y de los productos de los jardines, al pasar su culto a las islas y a Italia, representa como Baco la energía productiva de la Naturaleza, de la generación por medio del amor. Era pues pariente de Eros en su sentido físico, uniendo a los seres para perpetuar las especies. De consiguiente se le representa como un dios fálico al igual de Pan y d Hermes Nomios. El aspecto lascivo de sus imágenes contribuyó en la antigüedad a hacerle muy popular, conservándose gran cantidad de ellas en los diferentes museos modernos. Existen dos tipos de representaciones de Priapo; el más antiguo consta de un pilar en cuyo frente se halla representado el miembro viril grande y erecto y lleva por coronación el busto del dios juvenil e imberbe. El otro tipo muestra la figura entera del dios vestido, cuya túnica está levantada por delante y como sostenida por el pene que se vislumbra a su través, grande y en erección amplia.

Es de recordar la consagración que en Roma se hacía de las futuras esposas previa a la realización del matrimonio para asegurar la fecundidad del mismo y las ofrendas de aquellos griegos o romanos para obtener del dios la vuelta al estado activo de sus "fallus" decadentes. En todo caso Priapo representa el miembro en erección, pero en erección amplia, parecida en cierto modo a los penes que se muestran a la curiosa mirada de los estudiantes de anatomía, inyectados a presión con sebo o parafina.

Los médicos de antaño eran ante todo buenos humanistas y la observación de vergas en hipererección prolongada trajo de inmediato a sus mentes la

asociación de ideas y por consiguiente la denominación de ese aspecto morboso con el nombre de priapismo que consagró el uso.

Podemos definir el priapismo por sus características fundamentales diciendo que "consiste en una erección máxima permanente del pene que no se acompaña de "libido sexualis" ni de eyaculación, siendo a menudo muy dolorosa". La micción en general no se halla dificultada como ocurre en la erección normal. El coito buscado por algunos pacientes no sólo no produce la depleción de la verga, sino que a menudo exacerba los dolores.

Como característica del priapismo verdadero debe señalarse en la mayoría de los casos que únicamente *los cuerpos cavernosos se hallan distendidos*, en tanto que el cuerpo esponjoso y el glande permanecen blandos y flácidos. Esto último explica la falta de inhibición miccional. Sin embargo existen casos de excepción en los cuales los tres cuerpos eréctiles se hallan participando del síndrome y aún se cita un paciente de Scheidegger en el cual sólo el cuerpo esponjoso y el glande se hallaban tumefactos.

Estos hechos son de por sí curiosos pues varios investigadores, entre ellos Sieve, por medio de inyecciones han demostrado que las cavidades sanguíneas del cuerpo esponjoso de la uretra se hallan en comunicación con las de los cuerpos cavernosos del pene.

El priapismo verdadero no debe confundirse con las erecciones pasajeras observadas a menudo en las inflamaciones de los órganos sexuales, de la hipertrofia de la próstata, estrecheces de la uretra, etc.

Dejando de lado los consecutivos a una lesión, el priapismo se manifiesta casi siempre de una manera aguda, durante la noche o hacia la madrugada, en forma espontánea mientras el enfermo duerme o después del coito. Los esfuerzos del paciente para ablandar el pene por el masaje forzado o la repetición del acto sexual agravan la situación. Se puede deducir que el priapismo no es otra cosa que la modificación patológica de la erección; esta última se produce por un aflujo abundante de sangre por las arterias profunda y dorsal del pene y de otra parte por la dificultad del reflujo sanguíneo en las venas, ocasionada por la contracción espasmódica del músculo transverso profundo del periné. Las venas profundas del pene por las cuales vuelve la sangre de los cuerpos cavernosos sufren la presión del músculo en tanto que las venas dorsales que conducen la del cuerpo esponjoso escapan a la misma durante la erección.

Los estudios de François Frank atribuyen gran importancia al abundante aflujo de sangre que las venas no pueden transportar. El hecho de que en el priapismo no se observa la gangrega, demuestra que durante la erección sólo se realiza una hemostasia relativa y no absoluta y es por el grado de dicha hemostasia que se determina la importancia de la erección. Esta última es producida por la irritación del centro erector localizado en la parte más baja de la

médula lumbar. La irritación puede también ser de origen central o periférico y se trasmite por vía refleja por los nervios erectores vasodilatadores de los cuerpos cavernosos del pene. Todo factor capaz de influenciar de una manera u otra el curso de la erección normal, puede en las condiciones patológicas producir el priapismo. Por tal circunstancia la etiología del proceso es tan múltiple.

Se han hecho varias clasificaciones etiopatogénicas del priapismo, pero casi todas encuadran dentro de la de Hinman o la de Scheuer.

Hinman toma una base patogénica para su clasificación que formula así:

### 1º: CASOS DE NATURALEZA NERVIOSA

a) Las irritaciones ascendentes originadas en la periferia como la inflamación o un tumor de la uretra.

b) Las irritaciones directas de la médula espinal, de los nervios erectores o de los pudendos.

c) Las irritaciones descendentes, directas o indirectas provenientes del cerebro: lesiones, inflamaciones, tumores, etc.

### 2º) Casos consecutivos a causas mecánicas locales.

a) Trombosis

b) Hemorragia, hematoma.

c) Tumores del pene.

d) Inflamaciones del pene.

Con razón Hinman descarta como priapismos numerosos casos descriptos como tales; los denomina erecciones agudas pasajeras reflejas. Sólo predisponen al priapismo verdadero, del que difieren por el hecho de que en ellos el cuerpo esponjoso de la uretra participa del proceso. Ocurren en la hipertrofia de la próstata, en la estrechez o inflamación de la uretra, neurastenia sexual, etc.

Scheuer basa su clasificación mas bien en factores etiológicos agrupando los casos de priapismo de la siguiente manera:

### I: CASOS ORIGINADOS POR CAUSAS LOCALES

#### A) Periféricas.

1º) Por influencias nerviosas (reflejas).

a) Inflamaciones de la uretra y de las glándulas vecinas.

b) Tumores de la uretra.

2º) Por causas mecánicas.

a) Afección independiente local del pene (inflamaciones, lesión).

## B) Centrales.

- 1º) Afecciones anatómicas del cerebro o de la médula espinal.
  - a) Lesiones.
  - b) Tumores.
  - c) Inflamaciones.
- 2º) Afecciones funcionales del sistema nervioso central.

## II: CASOS ORIGINADOS POR ENFERMEDADES GENERALES.

## A) Periféricas.

- 1º) Enfermedades infecciosas (tabes, sífilis, etc.).
- 2º) Intoxicaciones.
- 3º) Enfermedades de la sangre y constitucionales.

## B): Centrales (intoxicaciones).

Estas clasificaciones son esquemáticas y a menudo un caso presentará combinaciones de varios factores como por ejemplo el priapismo traumático que puede colocarse en varias secciones de las mismas

El *origen nervioso* del priapismo puede explicar satisfactoriamente los casos en que existen enfermedades funcionales u orgánicas de la médula y del encéfalo o cuando existen irritaciones reflejas nerviosas transmitidas por tumores de la uretra o de las glándulas anexas, pero cuando tales causas se hallan ausentes esta teoría no puede sostenerse dado que no explica la continuación del priapismo durante la anestesia completa.

En ausencia de todo trastorno nervioso se ha invocado la teoría trombótica, por ejemplo de un trombo blanco en las leucemias que padece un 40 % de los enfermos de priapismo. Pero ¿cómo los trombos se producirían solamente en los cuerpos cavernosos y no en el cuerpo esponjoso? ¿Y los casos de priapismo que duran pocas horas? Según Rotenberg no debe admitirse que en el curso de breve tiempo pueda reabsorberse un trombo ni tampoco explicarse los casos de curación y conservación funcional sin vestigios de induración ni "chorda veneris" durante el coito. Además la teoría trombótica según dicho autor, comprobado en nuestro caso se desvirtúa por los numerosos hechos quirúrgicos que no han permitido descubrir los tales trombos, ya que como lo habían enunciado Terrier y Dujarier, "todos los autores que han abierto los cuerpos cavernosos de enfermos de priapismo han quedado asombrados al no encontrar trombos. El tejido esponjoso se halla conservado y distendido por una sangre espesa, siruposa y negruzca".

Sin embargo algunos autores como Müller y otros que los encontraron en ocasiones la admiten diciendo: "sí bien es cierto que en el más amplio sentido anatómopatológico no existen verdaderos trombos conteniendo fibrina, se trata de verdaderas *seudotrombosis* en las que el examen permite descubrir la falta de la red fibrinosa, en tanto que los elementos formados se hallan vivos y se colorean fácilmente. Por ello explica Della Favera el origen del priapismo en la leucemia, no por la trombosis sino por la éstasis de leucocitos en los cuerpos cavernosos.

El priapismo representaría uno de los síntomas primarios de la leucemia y en algunos en que no se encontraron formas anormales en la sangre, exámenes practicados meses después del episodio, permitieron comprobarlos.

Muchos casos, pese a las más minuciosas investigaciones, quedan inexplicables y para los mismos se usó el término de "priapismo idiopático", en relación con excesos eróticos que habiendo traído la erección, continuaron actuando por cualquier motivo desconocido. Este priapismo idiopático encierra en su denominación la ignorancia de su verdadera causa y es rechazado por casi todos los autores que lo consideran en general como producido por una herida, un traumatismo, un derrame sanguíneo en los cuerpos cavernosos ocurriendo durante la erección o el coito. Existirían además factores psíquicos, como el onanismo, exhibicionismo, etc., que deben ser admitidos como causales.

Por consiguiente en muchos casos debemos atribuir a pequeños traumatismos producidos durante el sueño con el miembro en erección o durante el coito y no factibles de ser localizados, un cierto número de priapismos que deberán ser rubricados como *traumáticos*.

Para Rotenberg, un factor de extraordinaria importancia aunque no absoluta es el aumento de la viscosidad de la sangre de estos enfermos que en lugar de oscilar entre 4, 3-5, 3, con el viscosímetro de Hess sería muy superior a estas cifras. La hiperviscosidad se observa en las circunstancias siguientes: 1° cuando existe un aumento de los elementos figurados principalmente de leucocitos; 2° cuando es grande el volumen de los elementos formados; 3° depende de la cantidad de hemoglobina; 4° del tenor en albúmina y sales; 5° del contenido sanguíneo en gases, principalmente del CO<sub>2</sub>.

Estas condiciones se encuentran casi siempre en los pacientes de priapismo que padecen de gota, diabetes, alcoholismo, policitemia y leucemia. Explicaría el hecho de la erección en los ahorcados por el aumento del CO<sub>2</sub> en la sangre y el éxito obtenido en algunos casos por Mathias, Booth, Bruce e Hird tratando sus pacientes con el Ioduro de Potasio que disminuye la viscosidad sanguínea y por Riches que utilizó la diatermia por el recto, con cuyo calor se descende también la viscosidad de la sangre. Rotenberg halló en su enfermo como único síntoma objetivo la hiperviscosidad sanguínea; se trataba de

un trabajador de una cervecería y es sabido, gracias a los trabajos de Konovaltschik que en estas personas se halla presente tal circunstancia. Se aclararía también el hecho extraordinario de que en la mayoría de casos de priapismo sólo se hallan involucrados los cuerpos cavernosos, recordando que la vena dorsal del pene recibe la sangre del cuerpo esponjoso de la uretra y no sufre la compresión durante la turgescencia, en tanto que el curso de la sangre por la vena dorsal profunda comprimida, se halla muy dificultada sobre todo en los casos en que por cualquier motivo la erección se prolonga: ya éstasis producida, trae aparejada una hiperviscosidad sanguínea siempre más considerable. Es por tal causa también que con toda probabilidad se concibe la ausencia de trombos en los cuerpos cavernosos.

Los casos de priapismo son raros y el hecho confirma la idea de ser varios los factores concurrentes en su producción. Hinman en 1914 solo había coleccionado 170 casos publicados hasta esa fecha. Berkey, hasta 1929, 195 casos. El profesor B. N. Cholzow director de la Clínica Urológica del Instituto del Estado de Leningrado, en 47 años de actividad médica rica en experiencia clínica, no observó más que dos casos de priapismo y hasta 1935, en Rusia únicamente habíanse mencionado 30 casos. En nuestro país se han hecho ocasionales publicaciones, debiendo mencionar las de Estévez y Chiappori, Ruiz Aguirre, Martínez e Imhoff, Romano, Eyherabide y Taiana, Bernardi y Dabove, Grassi y Pérez, etc.

El diagnóstico del priapismo se hace con facilidad y sólo Marion manifiesta ser posible confundirlo con la flebitis de los cuerpos cavernosos; el curso febril, el enrojecimiento de los órganos en medio de una infección del pene, permitirán reconocer el error.

En términos generales debe considerarse el priapismo como una afección grave, sea por derivarse de enfermedades importantes cerebro-medulares y sanguíneas o por las serias repercusiones que produce en la psiquis de los pacientes; además por las modificaciones que a la larga se realizan a nivel de los cuerpos cavernosos susceptibles de transformarse en bloques fibrosos homogéneos (Marion) y por la impotencia que sigue casi siempre en forma temporaria o definitiva a los casos dejados evolucionar espontáneamente y en un gran número de los tratados por los diversos medios terapéuticos.

La *evolución espontánea* se efectúa por lo común al cabo de algunas semanas o de meses, en que la resolución se produce. Primeramente desaparecen los dolores, luego se atenúa progresivamente la turgescencia, pero en esta forma, como lo anotamos, el priapismo es casi siempre seguido por la impotencia (Marion).

*Tratamiento:* Dada la diferente etiología de los casos de priapismo se interpreta la multiplicidad de los tratamientos empleados para curarlo. Anti-

guamente se llegó a recurrir a la aplicación de sanguijuelas a nivel del pene y del periné, sin lograr éxito alguno.

La radioterapia ha sido ensayada y salvo algunos casos (Martínez e Imhoff) terminó por lo común con el fracaso, pues sus resultados fueron inciertos.

El iodo por boca, en fricciones o inyecciones (Mathias y Booth, etc.) en escasas oportunidades resultó de utilidad. Blanc dice haber utilizado tiosinamina en inyecciones locales y también la electrolisis del pene con positivas ventajas. Cassuto en un paciente y Riches en otro, manifiestan haber arribado a un éxito positivo con la diatermia prolongada por la vía rectal. Ruiz Aguirre entre nosotros por medio de baños hidroeléctricos. Dabove, Grassi y Pérez en un caso de 8 días de evolución en un paciente afectado de una grave leucemia mieloide, administraron el benzol en cápsulas de 0,50 grs. a dosis diarias oscilantes entre 4 y 8 gramos logrando la desingurgitación del miembro en unos 13 días.

Por lo común todos estos tratamientos son prolongados y de inciertos o magros resultados, de donde se infiere que desde un principio se haya pensado en intervenir de una manera más efectiva. Fué Velpeau quien en 1852 incindió por primera vez los cuerpos cavernosos en un enfermo, con un resultado terminante. Según refiere el famoso cirujano, la idea de practicar tal intervención le fué sugerida por otro paciente que sufriendo también de priapismo le relató que por casualidad se produjo una herida con un cortaplumas en sus cuerpos cavernosos, curando así de su molestia.

Desde entonces este procedimiento se ha aplicado a casi todos los enfermos, llegándose siempre a la cesación del mismo, aunque no sin ocurrir en varios de ellos la supuración de la herida o su obliteración que obliga a reiterar el acto operatorio.

La intervención consiste en practicar en ambos cuerpos cavernosos una pequeña incisión de 2 cms. de longitud como máximo, en el tercio posterior y cara lateral de los mismos, comprendiendo la piel, la fascia de Buck y la túnica albugínea; por la misma escapa sangre negruzca, espesa y siruposa; se facilita la salida por medio de la expresión de dichos cuerpos, recobrando el pene casi de inmediato su flacidez normal. La incisión no debe ser profunda a fin de preservar las arterias cavernosas; el drenaje es facultativo. Consecutivamente las erecciones o no reaparecen o lo hacen tardíamente, motivo por el cual los autores recomiendan no persistir en los tratamientos médicos más allá de la tercera semana de evolución.

En 1928 Mac-Kay y Colston y casi simultáneamente Cassuto, procedieron de una manera muy simple comunicando resultados óptimos.

Previa anestesia local superficial en el sitio y lugar de la incisión, practi-

caron en cada cuerpo cavernoso una punción con aguja gruesa, aspirando la sangre e inyectando por la misma suero fisiológico templado. Con varias aspiraciones e inyecciones se hizo un verdadero lavaje de los cuerpos cavernosos y la sangre espesa y siruposa diluida pudo evacuarse más eficazmente, consiguiéndose la depleción de los órganos eréctiles distendidos. En algunos casos, dada la inocuidad del método, se pudo repetir la maniobra sin inconveniente alguno. Anotaron la recuperación de las funciones mucho más rápidamente que con los demás procedimientos.

Esbozado así en términos generales el estudio de la afección describiremos de inmediato el siguiente caso personal.

En Abril 30 de 1946 ingresa en la Sala 23, del Servicio de Urología del Hospital Pirovano C. Z., de 54 años de edad, italiano.

Sus antecedentes hereditarios carecen de importancia, al igual que los personales, pues no ha padecido de nada grave y no acusa venéreas.

Psíquicamente sí es de interés su pasado. En ese aspecto su vida sexual presenta facetas peculiares. La práctica del coito la inicia precozmente y desde entonces de una manera ininterumpida y abundante. Su deseo sexual está siempre presente y para satisfacerlo en cualquier momento, no ha trepido en unir su existencia a cuatro mujeres, con las cuales ha tenido veintiún hijos sanos. Examinado a este hombre desde el punto de vista del deseo genésico, podemos clasificarlo en el tipo que Loewenfeld denomina de *constitución sexual fuerte, excitable (erética) e impulsiva*.

Su *enfermedad actual* comienza hace tres días de una manera brusca. A las 3 1/2 horas despierta de un sueño agitado de índole erótica con el pene en gran erección. Se levanta y no obstante los baños fríos, masajes y otros medios menores, el miembro permanece erguido. Como a pesar de transcurrir las horas el estado no se modifica, al día siguiente practica el coito buscando alivio; logra el orgasmo y la eyaculación pero la turgencia persiste. Concorre a un hospital en cuya guardia se le hace una punción en cada cuerpo cavernoso que no lo mejora en absoluto y en ese estado llega al Servicio en busca de tratamiento.

Manifiesta que a raíz de las punciones experimentó un alza de su temperatura; no ha tenido sensaciones voluptuosas ni deseos particulares de realizar el acto sexual.

*Estado actual:* Individuo de estatura más bien baja, delgado, musculoso y de tinte colémico. Su temperatura es de 37.6°.

Su aparato circulatorio es normal, con tensiones de 12 y 7 al manómetro de mercurio. Discreta arterioesclerosis periférica.

En su aparato respiratorio se registra ligera bronquitis crónica.

Aparato digestivo presenta estreñimiento, anorexia; hígado algo aumentado de tamaño y consistencia.

El examen del *sistema nervioso* lo realiza el distinguido colega Dr. Julio C. Dabove, quien informa: Actitud normal; no existen atroñas; tono muscular disminuido; fuerzas conservadas. Reflejos cutáneos, mucosos y tendinosos normales; sensibilidades táctil y dolorosa ídem. Actitudes segmentarias, marcha y taxía, normales. Las pupilas con reacción perezosa a la luz y buena a la acomodación. No presenta nistagmus ni Romberg. Salvo su excitación psíquica y ansiedad, el sistema nervioso es normal.

*Aparato génito-urinario:* Se observa el pene en erección exagerada, formando ángulo muy agudo con la pared abdominal anterior.

Sistema urinario normal.

En su aparato genital presenta una próstata atrófica al tacto. El pene alcanza 17 centímetros de largo y 14 centímetros de circunferencia. El glande es normal. La piel de la verga violácea a nivel de las punciones indica la sufusión sanguínea subcutánea. Al palpar el miembro se comprueba una tensión mucho mayor que la acostumbrada en la erección fisiológica, siendo sensible a las maniobras que el enfermo esquivo instintivamente. Se puede seguir con facilidad cada cuerpo cavernoso desde su extremo balánico donde su rigidez contrasta con la flacidez del glande, hasta su extremidad opuesta a nivel de las ramas isquiopubianas. La impresión en su extremidad anterior recuerda bien la de los caños de una escopeta a los que muy acertadamente se le ha comparado. La micción no se halla dificultada.

El aumento del tamaño del pene podrá deducirse de la siguiente comparación con las medidas consideradas término medio corrientes.

Pene normal en erección: Largo: 15 a 16 cms.; circunferencia: 10 a 12 cms. Pene del paciente: Largo: 17 cms.; circunferencia: 14 cms.

*Exámenes de laboratorio:* Orinas con todos sus caracteres normales.

*Sangre:* T. de coagulación: 2 minutos. Índice de sangría: 5'30". Azoemia: 0,50 grs. por mil. Glucemia: 0,96 grs. por mil. Reacciones de Kahn y Wassermann negativas.

Solicitamos de la gentileza del Dr. Raimundo Rovere un minucioso examen hematológico que resulta así:

Cito-morfología parcial de sangre circulante:

Hematíes, 4.100.000 por m.-ml.; leucocitos, 13.400 por m.-ml.; hemoglobina, 11.60 gm. (en volumen 73 %); índice globular, 0,87.

#### Leucograma

#### (CLASIFICACION DE 400 ELEMENTOS)

	%	por -m.-ml.
Basiocitos	0	0
Eosinocitos	2.75	368.50
Mielocitos	0	
Metamielocitos	0	
Neutrocitos		
Lobulados atip.	0	9279.50
Lobulados nor.	10.25	
Segmentados	59	
Pequeños	8	
Linfocitos		
Medianos	11.75	2646.50
Grandes	0	
Monocitos	6.50	1105.50
Rieder monoc.	1.75	
Sombras de Gümprrecht	0	
	100.00	13.400.00

En supra-vital hematíes y series blancas sin modificaciones; plaquetas bien formadas con normal proporción del centromero-bialomero, muy numerosas, no se observa plaquetas gigantes; el número de hematíes con sustancia filamentososa de Cesaris-Demel es normal. En los frotis se observa monocitos con granulaciones azurófilas polimorfas y núcleo muy lobulado (formas de

Rieder); el índice de granulaciones azurófilas en los linfocitos es de 30 %. En la gota gruesa se cuentan 3 eosinocitos por cien.

#### *Conclusiones hematológicas*

Ligera anemia simple, con discreta hipocromemia; hiperleucocitosis, ambasopenia; normo-eosinofilia relativa con ligero aumento absoluto; normo-neutrocitosis relativa con acentuada hiperneutrosis global, con ligera desviación a la izquierda; linfopenia relativa con normo-linfocitosis absoluta y discreta desviación a la izquierda; hipermonocitosis global con formas de irritación.

#### *Contaje de plaquetas*

Contiene 780.000 plaquetas por mili-mililitro (Método de Fonio).

*Determinación de la viscosimetría:* Método de Hess.

Resultado: Índice viscosimétrico = 5.5.

*Determinación de la eritrosedimentación:* Índice de Katz = 29.50 milímetros lineales.

Examen del material obtenido por punción esternal: No se hallan formas anormales que revelen la más mínima sospecha de leucemia.

El examen odontológico revela: Paradentosis. Complejo inflamatorio traumático. Focos sépticos.

*Tratamiento:* Dado el escaso tiempo de iniciación del proceso en nuestro hombre, consideramos conveniente recurrir a los métodos incruentos de tratamiento. Se indica ante todo aplicaciones locales frías y antiespasmódicos: Bellafolina, spasmalgina y enemas de cloral.

V-2-1946, o sea 4 días después de iniciado el tratamiento, los dolores se han atenuado en forma apreciable y el pene parece más blando. Se indica continuar con la anterior medicación, agregando balneación general caliente y sulfato de magnesia por la vía intramuscular.

V-3-1946: La mejoría ha desaparecido; el baño caliente ocasionó aumento del dolor, siendo mayor la turgescencia de la verga. Se insiste con la misma terapéutica, suprimiendo la balneoterapia.

V-4-1946: Ligera disminución de la tensión y del dolor. Se prescribe dos ampollas diarias de sulfato de magnesia, una de spasmalgine y un enema cloralado para dar reposo al paciente de su insomnio pertinaz.

V-5-1946: Mayor turgescencia y dolor que por momentos se hace intolerable. Idénticas indicaciones.

V-6-1946: Dolor atenuado; pene sin variaciones. Igual tratamiento.

V-7-1946: Las manchas violáceas del miembro han desaparecido. Se continúa con la misma medicación.

V-8-1946: Como el estado local permanece invariable, se resuelve recurrir a la diatermia rectal, comenzando por 1.500 miliamperes durante 20 minutos.

V-9-1946: Diatermia rectal durante 50 minutos. Se comienza a inyectarle penicilina a razón de 15.000 U. cada 3 horas, por los focos sépticos y la leucocitosis encontradas; además, heparina.

V-11-1946: Pene algo más blando y menos sensible. Se hace una hora de diatermia, continuándose con la penicilina y la heparina.

V-12-1946: El paciente no experimenta dolores, pero la tensión de los cuerpos cavernosos es alta. Diatermia y penicilina.

V-15-1946: Se ha continuado con la penicilina, la diatermia, espalmagina, etc., pero sin resultado alguno y como el período prudencial máximo de expectación ha transcurrido, se resuelve intervenir directamente.

V-18-1946: Operación. Con anestesia local se decide practicar la técnicas de McMay y colston o Cassuto. En la raíz del pene y en cada cara lateral del mismo, en la unión de los tercios anteriores con el tercio posterior, se hunde una aguja gruesa para transfusión, evacuándose pequeñas cantidades de sangre negruzca, espesa y siruposa. Como el líquido hemático extraído es escaso, se inyecta en cada lado solución fisiológica tibia, aspirándola de inmediato. Reiterando dicha maniobra varias veces, se obtiene la flaccidez del miembro que adquiere su volumen normal, aunque se palpa una consistencia de los cuerpos cavernosos mayor de lo corriente.

V-20-1946: Verga péndula y poco tensa.

V-21-1946: Se observa un ligero aumento de volumen del pene a pesar de hallarse el mismo pendiente "inter femora". Se prescribe hielo local y antiespasmódicos.

V-24-1946: Ha tenido momentos en que el pene pendía normalmente y otros en que aumentando la tensión se colocaba en horizontal. El cuerpo cavernoso derecho algo más tenso que el izquierdo.

V-28-1946: Verga péndula y muy poco tensa.

VI-11-1946: *Alta*. Desde hace varios días el pene se halla bien péndulo y los cuerpos cavernosos hasta su porción fija acusan muy escasa tensión.

Se le da de alta indicándosele tratamiento antianémico, vida al aire libre, recomendándole la concurrencia periódica al Servicio.

El 25 de Julio de 1946, el paciente nos refiere que ha logrado practicar el coito, obteniendo el orgasmo y la eyaculación normales. La erección si bien no ha sido tan completa como antaño, resultó satisfactoria.

El 30 de Agosto del corriente volvemos a verlo, refiriéndonos que sus erecciones son prácticamente normales y que ha logrado repetir en la misma noche el acto sexual. Examinado, observamos el pene bien péndulo, persistiendo aún ligera consistencia de los cuerpos cavernosos.

En Septiembre solicitamos del Dr. Rovere repetir las investigaciones hematológicas junto al estudio del material obtenido por punción esternal, para despistar la aparición del síndrome leucémico, no revelaron indicio alguno de tal enfermedad. Únicamente persistía la discreta anemia.

Visto por nosotros a principios de Noviembre, nos relata el paciente que practica el coito cada vez más satisfactoriamente a pesar de su edad. Los cuerpos cavernosos conservan todavía una turgescencia ligeramente superior a la normal en los periodos de flaccidez.

#### CONSIDERACIONES

Nos hallamos en nuestro caso ante un enfermo afecto de un *Priapismo permanente verdadero de iniciación brusca*.

¿Qué etiología atribuirle? Recorriendo su historia clínica deduciremos que el mismo no padece ninguna de las grandes afecciones predisponentes (leucemia, afecciones cerebro medulares o localizadas en el aparato genital). En cambio presenta una serie de factores que en conjunto posibilitan la creación del basamento favorable a su aparición. Psíquicamente hemos referido que se trata de un individuo de constitución sexual fuerte, excitable e impulsiva. Siempre le ha perseguido la necesidad de practicar el acto sexual como una impulsión y habla de tal hecho en forma indicadora de que el freno o pudor habituales en un individuo normal se hallan en él debilitados. Además la anemia,

los focos sépticos dentarios y el discreto aumento de la viscosidad sanguínea que siendo en los individuos normales oscilante entre 4,3 y 5,3, dió un valor de 5,5.

Sin embargo estos factores predisponentes no han sido a nuestro criterio absolutos para producir por si solos la crisis.

En este enfermo consideramos que su pene en erección prolongada durante el sueño erótico sufrió con toda probabilidad un ligero traumatismo, que si bien por lo común no produce alteración aparente en la mayoría de los sujetos, en otros (casos de Rotenberg, Defesche, etc.) portadores de causas predisponentes como en el nuestro, han determinado la aparición del síndrome. Por consiguiente, dada la negatividad de todas las investigaciones, catalogamos el caso entre los denominados *Priapismos traumáticos acompañados de condiciones predisponentes*.

Con la esperanza de poder lograr la desaparición incruenta del mismo, agotamos casi todos los tratamientos preconizados por otros, agregando algunos nuevos (heparina, sulfato de magnesia, etc.) capaces de producir la resolución del proceso. No utilizamos el benzol propuesto por Dabove y otros, por no ser el nuestro un caso de priapismo leucémico y porque dada la anemia de que era portador no creímos prudente administrarle una droga de tan gran poder hemolítico. Al transcurrir el tiempo prudencial de tres semanas, límite de expectación señalado por casi todos los autores, resolvimos intervenir recurriendo al tratamiento quirúrgico más simple de Mc-Kay, Colston y Cassuto, obteniendo un resultado inmediato excelente, dado que no hubo necesidad de repetir tan eficaz procedimiento.

El resultado mediano ha sido superior a todo lo previsto, pues en un hombre de 54 años con un pasado sexual abrumador, el coito fué posible ya a los dos meses de la intervención y más tardíamente pudo repetir el acto en la misma sesión.

Recorriendo la casuística médica, no hemos podido hallar un caso de recuperación funcional más precoz que el nuestro. Por consiguiente, creemos que este último procedimiento bien practicado deberá ser el de elección en los casos de priapismo verdadero en los que unos cuantos días de tratamiento médico resultaron inoperantes.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Ruiz Aguirre*. — Revista Argentina de Medicina, 1906, p. 380.
2. *Hinman*. — Annals of Surgery, V. 60, 1914.
3. *Scheuer*. — Archívs f. Derm. u. Siph., B. 109.
4. *Estevez y Chiappori*. — La Prensa Médica Argentina, T. 3, 1917.
5. *Mc-Kay and Colston*. — J. of Urology, 1928, V. 19, p. 121.

6. *Ch. Greenberg.* — Priapism. *The Ur. and Cut. Rev.*, V. 36, Jan. 1932.
7. *F. Parkes Weber.* — Persistent priapism. *The Brit. Med. Journ.*, N. 3740, September 1932, p. 634.
8. *Siegfried Scheidegger.* — Contribution a l'étude du priapisme (loc. cit. in *J. d'Urologie*). T. 34, n. 3, Sept. 1932, p. 173.
9. *G. Marion.* — *Traité d'Urologie.*
10. *Stanislas Higier.* — Les fonctions sexuelles mâles et leurs troubles. 1932.
11. *O. Filipescu.* — Considérations sur le priapisme. *Journ. d'Urologie*, T. 34, Oct. 1932, p. 235.
12. *A. Cassuto.* — Induration plastique des "corpora cavernosa" (priapisme). *Traitement*, *J. d'Urologie*, T. 34, Marz. 1933, p. 208.
13. *M. J. Rotenberg.* — Du rôle de la viscosité du sang dans la pathogénie du priapisme. *J. d'Urologie*, T. 39, 1935, p. 508.
14. *Romano, Eyherabide y Taiana.* — *Rev. de la Asoc. Méd. Arg.*, N. 50, 1936.
15. *R. Bernardi.* — *La Semana Médica*, Jun. 30, 1938, p. 1465.
16. *H. L. J. M. Defesche.* — Le priapisme. *J. d'Urol.*, T. 47, 1939, p. 465.
17. *Dabove, Grassi y Pérez.* — Priapismo agudo prolongado leucémico. *El Día Médico*, Año 13, N. 22, 1941.

## PRIAPISMO

(Resumen)

El priapismo consiste en una erección máxima permanente del pene, que no se acompaña de "libido sexualis" ni de eyaculación, siendo a menudo dolorosa. De diagnóstico fácil, intervienen variadas afecciones en las que suele producirse. Entre ellas, las cerebro medulares, las enfermedades de la sangre (leucemia), infecciones, constitucionales y las propias de los órganos genitales, son las más frecuentemente halladas en los casos de priapismo. Se descarta la teoría trombótica, por no haberse encontrado casi nunca trombos verdaderos. Los factores psíquicos, la hiperviscosidad de la sangre y los traumatismos del pene en erección favorecen la aparición del proceso.

La enfermedad es grave por las secuelas sexuales (impotencia) prolongadas o definitivas que trae aparejadas.

Los distintos tratamientos médicos son en general inoperantes, aunque deben tratarse las afecciones concomitantes. Después de tres semanas como máximo, debe intervenir. Se aconseja la punción, aspiración y lavado con suero fisiológico de los cuerpos cavernosos, como el medio más rápido y eficaz. De no lograr resultado, incisiones económicas de dichos cuerpos eréctiles. Se presenta un caso de Priapismo verdadero prolongado de comienzo brusco, posee combinados algunos factores predisponentes. Intervenido con la primera técnica, recuperó rápidamente la aptitud funcional.

## DISCUSIÓN

Dr. Trabucco. — *Ya que este enfermo se encuentra bien y continúa con el síndrome de hipersexualismo, el que se ha manifestado precozmente, creo que sería interesante investigar en ese paciente los factores sexuales, en especial los que incumben al testículo y a la suprarrenal, con dosajes de testosterona. Podría ser que estuviera radicado allí el sexualismo que tiene ese hombre y que, en un momento determinado, le ha provocado un priapismo.*

*Como el doctor Gorodner ha hecho un resumen de la historia clínica, desearía saber si se ha hecho un estudio del líquido céfalorraquídeo.*

Dr. Gorodner. — *Sí, doctor; se hizo ese estudio.*

Dr. Trabucco. — *El informe del especialista denuncia un estado de hiperexcitabilidad particular, que podría ser premonitor de una demencia senil o de una parálisis progresiva que puede provocar priapismos prolongados y a repetición.*

*Quedaría por ver si es que no existe algún adenoma de suprarrenal o de testículo.*

*En el adulto, no hay trastornos somáticos; se manifiestan solamente los signos subjetivos.*

Dr. Bernardi. — *Ya que el doctor Gorodner hizo referencia a un trabajo mío, quiero manifestar que hace 8 años vimos un enfermo con un priapismo agudo prolongado muy doloroso, que ingresó a la Guardia del Hospital Fiorito, 24 horas después de haberle aparecido el síndrome.*

*Le hicimos el tratamiento clásico, novocaína, anestesia peridural, etc., y el priapismo no cedió. De acuerdo a los estudios de Rottenberg, le hicimos aplicaciones de diatermia, pero sin resultado. Al quinto o sexto día desapareció el enfermo y al octavo día nos pusimos en contacto con el mismo por medio de un colega. El priapismo no se le había modificado por el tratamiento de Rottenberg.*

*Entonces le practicamos la incisión bilateral de los cuerpos cavernosos, previa anestesia etérea. A pesar de habersele vaciado los cuerpos cavernosos, el pene, en su parte media y posterior, mantenía la erección, quizá debido al hecho de haber hecho la incisión en la región anterior. El enfermo permaneció con su semierección 2 ó 3 días más hasta que al final cedió por completo. El hombre quedó con una impotencia definitiva.*

*Cuatro o cinco años después al enfermo le apareció una ulceración cutánea superficial que se extendía a todo el miembro. Fué visto por varios especialistas de piel; se le hizo tratamiento de radioterapia, pero como esa afección no cedía, me volvió a ver. Consultamos al doctor Borda, distinguido especialista*

de piel del Hospital Fiorito, quien aconsejó una serie de tratamientos que no dieron resultado. Hicimos examen anatomopatológico de la lesión, comprobándose así una ulceración de tipo crónico e irreductible, que se extendía hasta quedar en el rafe pelviano. Decidimos entonces, practicarle la amputación del miembro viril. Realizamos la amputación y abocamos la uretra a la porción pelviana. Demás está decir que el paciente sufrió las consecuencias de una intervención sumamente cruenta y lo vemos de cuando en cuando, con una psicosis muy avanzada, que exige más la asistencia de un neurólogo que de un urólogo.

Este es el primero y único caso de priapismo que tuvimos oportunidad de ver en muchos años de ejercicio profesional.

Sr. Presidente Dr. Rubí. — El maestro Surraco, tiene una experiencia bastante amplia en materia de priapismo; a lo largo de su vida profesional ha observado 7 casos. Tiene en preparación, según nos comunica, una publicación al respecto. Si no hay inconveniente por parte de los señores socios, le solicitamos que nos haga una breve síntesis sobre el particular.

Dr. Surraco. — En primer lugar, debo decir que este asunto del priapismo es mal conocido y por lo tanto mal planteado, al punto de que los tratadistas divagan alrededor de patogenia, etiología y tratamiento. El problema no ha sido encarado en sus verdaderos términos.

Frente a un priapismo, hay que ver si se está frente de un priapismo verdadero o de un falso priapismo. El verdadero priapismo presenta un pene total eréctil y como lo dijo muy bien el doctor Gorodner, tiene cuerpos cavernosos eréctiles. El falso priapismo presenta pene flácido.

El priapismo doloroso por excelencia, es el verdadero; el falso priapismo es poco o nada doloroso.

En presencia de un priapismo verdadero o de un falso priapismo, es difícil saber sus causas. En el falso priapismo, el problema puede ser menos difícil. El verdadero priapismo, el priapismo doloroso, con pene eréctil total, puede responder a diferentes etiologías, como lo ha dicho muy bien el doctor Gorodner: desde la causa nerviosa, donde está la fuente de casi todos los problemas hasta la hormonal, que también debe ser tenida en cuenta. Cuando se desecha la causa leucémica, la causa nerviosa, hay que hacer entrar en juego la deficiencia de estrógenos, que tienen una influencia determinante.

El priapismo total es un priapismo de jóvenes, que puede responder a distintas patogenias; cuando se presenta en viejos hay que buscar una causa de orden visceral prostática. Yo he visto priapismos verdaderos en casos de congestiones prostáticas y deben ser tenidos muy en cuenta, aquellos casos de precocidad de desarrollo de la próstata.

En todos los priapismos, hay que buscar el hematoma, que está en el ángulo

pre-púbico del cuerpo cavernoso. El cuerpo cavernoso tiene un gran espesor a nivel del ángulo, con una disminución de diámetro hacia la parte eréctil y otra disminución hacia la parte perineal, pero en la parte más alta del pene es donde está el mayor espesor, quedando el hematoma encarcerado en la albugínea. Ese hematoma es suficiente para detener la circulación de retorno, en consecuencia, hará una infiltración que primero es localizada y después, sigue tomando un sector más o menos amplio y finalmente, se palpa como un espesamiento, como una pericavernitis, y son confundidas por infiltraciones de Frei.

En esos casos, cualquier tratamiento que se siga, es perder el tiempo. Tiene lugar un proceso fibroso alrededor de ese hematoma, produciéndose una albuginitis y una pericavernitis, quedando constituido un núcleo de induración, que no desaparece más. Es por ello que hay que intervenir rápidamente sobre el ángulo del pene. Vamos a comprobar así que al pasar la envoltura de la albugínea, no sale sangre y se va encontrar un núcleo de hematoma. A veces, una cavidad constituida, un quiste preexistente, y la arteria cavernosa puede no latir y no dar sangre. ¿Qué se hace entonces? Hay que vaciar completamente el coágulo encarcerado dentro de una envoltura resistente de la albugínea, lo que es suficiente para producir la parálisis de la arteria. Luego, hay que suturar con 4 o 5 puntos la parte seccionada de la envoltura de la albugínea. Arriba de eso, se suturan las envolturas, las vainas del ligamento suspensor que van a envolver el pene. A los pocos días se saca el apósito. Con sorpresa veremos que a los 3 o 4 meses el hombre tiene erecciones y a los 6 meses ya anda bien.

El problema difícil es saber cuándo estamos en presencia de un priapismo verdadero o de un falso priapismo. Si se trata de un falso priapismo no siempre hay que intervenir. Si es un priapismo verdadero, con pene eréctil, hay que intervenir: en la gran mayoría de los casos, van a encontrar un hematoma constituido en el ángulo del pene. Allí donde el cuerpo cavernoso tiene mayor espesamiento y amplitud de diámetro.

El priapismo, que es un síndrome más que una enfermedad. El problema serio es saber cuándo uno debe sospechar el hematoma.

Dr. Bernardi. — Yo le preguntaría al doctor Surraco qué tipo de incisión hace.

Dr. Surraco. — Siguiendo el eje del cuerpo cavernoso. El priapismo hay que vincularlo con la ruptura del pene. Los procesos son semejantes. En la ruptura del pene hay que admitir un estado constitucional especial en el pene, donde hay el mismo tipo de localización, el mismo tipo de membrana limitante, como si hubiera habido un quiste preexistente.

Sr. Presidente Dr. Rubí. — Agradecemos la contribución del maestro Surraco y continuamos con el orden del día.