



NÚMERO ESPECIAL

Priapismo presentación de un caso. Priapismo presentación of a case.

Autor: Dr. Bladimir Vidal-Vigó, Dr. Leonardo Savón-Moiran.

Organismo: Servicio de Urología del Hospital General Docente Dr. "Agosthino Neto", Guantánamo, Cuba.

Email: savon@hqdan.gtm.sld.cu

Telef: 383903

Resumen.

El priapismo se define como una entidad patológica caracterizada por una erección prolongada del pene que no está relacionada con la estimulación sexual. El priapismo se clasifica en isquémico (venooclusivo, bajo flujo) que es la forma más frecuente, priapismo arterial (no-isquémico, alto flujo) y priapismo recurrente. Una vez diagnosticado el priapismo isquémico debe iniciarse el tratamiento para restablecer el flujo sanguíneo arterial cavernoso. Existen varias modalidades terapéuticas incluyéndose modalidades quirúrgicas, las cuales están destinadas a los casos en los que no se logra detumescencia peniana a pesar del tratamiento médico. Se presenta el caso de un paciente con priapismo de bajo flujo refractario que ameritó tratamiento con *shunt* safeco cavernoso.

Palabras clave: priapismo, bajo flujo refractario.

Abstract.

Priapism is defined as the pathologic entity characterized by prolonged penile rection that is not related to sexual stimulation. It is classified as ischemic priapism (veinocclusive, low flow), which is the most frequent, as arterial priapism (non-ischemic, high flow), and as recurrent priapism. Once ischemic priapism is diagnosed, treatment should be started to re-establish cavernous arterial blood flow. There are several therapeutic modalities, including surgical procedures that are indicated in cases in which penile detumescence has not been achieved despite medical treatment. The case of a patient with refractory low flow priapism that merited treatment with corporo-saphenous vein shunt is presented here.

Keywords: priapism, low flow refractory.



NÚMERO ESPECIAL

Introducción.

El priapismo es una condición médica relativamente poco común, definida como una erección prolongada del pene o clítoris sin relación con la actividad sexual.

El término priapismo es derivado de *priapus*, Dios de la fertilidad en la mitología griega.

Es más común en hombres y típicamente compromete a los cuerpos cavernosos y en raras ocasiones involucra al cuerpo esponjoso.

El priapismo de bajo flujo se asocia con un descenso severo en el drenaje venoso de los cuerpos cavernosos y es considerado una emergencia médica y puede llevar a cambios isquémicos irreversibles en los tejidos.

El priapismo de alto flujo es menos común y conlleva a un flujo desmedido, que típicamente es secundario a alguna forma de trauma arterial. No es considerado una emergencia.

El priapismo tiene una incidencia de 1.5 por 100 000 personas por año, la incidencia en hombres mayores de 40 años es de 2.9 por 100 000 personas por año.

Objetivo

Informar el caso de un varón de 48 años de edad, con priapismo de bajo flujo refractario a tratamientos habituales.

Desarrollo.

Presentación del caso

Hombre de 48 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial para lo cual llevaba tratamiento ambulatorio con captopril e hidroclorotiacida, de procedencia urbana, raza negra, fumador de 10 a 12 cigarrillos diarios, 3 taza de café diario, bebedor habitual de alcohol, estado civil casado.

Acude al cuerpo de guardia de urología por erección mantenida y dolorosa sin estímulo sexual, al tener más de 4 horas de evolución se le realizó punción, aspiración y lavado de los cuerpos cavernosos con agua estéril y no resolvió, a las 8 horas se le realizó derivación esponjoso- cavernoso resolviendo con este último procedimiento. Por tanto, al día siguiente egresó. El paciente regresó al quinto día del alta. Se le realizó medidas generales en la sala de observación dada por analgesia, sedante e hidratación y al mejorar el paciente se decide enviarlo para su casa. Regresa al décimo tercer día y resuelve nuevamente con las mismas medidas generales. El día 17 de evolución acude al cuerpo de guardia con el mismo cuadro pero en esta ocasión no resuelve con la medida anterior utilizada. Se decide realizar

derivación safeno- cavernosa, egresa al paciente al tercer día de realizado este proceder. Se consulta al séptimo, décimo cuarto y a los 21 días en uno, dos y tres meses y el paciente mantiene una erección normal por lo que se concluye como un éxito la derivación safeno cavernosa.

Discusión

El priapismo es un padecimiento relativamente raro.

Es un término médico caracterizado por una condición patológica de erección peniana persistente por más de cuatro horas en ausencia de excitación sexual.

El priapismo de bajo flujo es una emergencia urológica, que amerita un diagnóstico temprano y manejo apropiado para evitar intervenciones innecesarias y con ello disminuir las tasas de disfunción eréctil resultante.

Los principales agentes etiológicos del priapismo de bajo flujo comprenden discrasias hematológicas, enfermedades de células falciformes y otras hemoglobinopatías vasoactivos y enfermedad neoplásica local o metastásica, nutrición parenteral hiperlipídica, hemodiálisis, tratamiento con heparina, enfermedad de Fabry y algunas condiciones neurológicas como lesión de médula espinal y por efecto de anestesia regional o general, de igual manera se han reportado algunos casos ocasionados por el extracto de yohimbina.

El priapismo de flujo alto, generalmente es precedido de trauma perineal genital ocasionando un flujo arterial aumentado que provoca la formación de *shunts* arterio-cavernosos con un aumento del flujo arterial a los cuerpos cavernosos.

También se relaciona con fármacos vasoactivos, cirugía de revascularización peneana y alteraciones neurológicas.

El cuadro clínico del priapismo veno-oclusivo es debido al poco o nulo flujo a través de los cuerpos cavernosos, la sangre del cuerpo cavernoso es hipóxica, hipercapnica y acidótica, el pene es rígido y doloroso a la palpación.

El tratamiento inicial del priapismo de bajo flujo es mediante la punción-aspiración de los cuerpos cavernosos, acompañado de la aplicación intracavernosa de agentes adrenérgicos (adrenalina); teniendo muy buenos resultados si se trata en las primeras 12 horas de evolución. En caso de no lograrse la detumescencia peniana bajo estas medidas iniciales, se debe implementar la realización de un tratamiento más agresivo e invasivo.

La técnica de Ebbehøj es un procedimiento que se lleva a cabo mediante una incisión que atraviesa el glande hasta el cuerpo cavernoso introduciendo un bisturí No. 11 y girándolo 90°, o la técnica de Winter, en la que se realiza una comunicación cavernoso -esponjosa con una



NÚMERO ESPECIAL

aguja de biopsia tipo Trucut. Una técnica quirúrgica más agresiva de este tipo de derivación es la intervención que propone El-Ghorab en la que se realiza una comunicación caverno-esponjosa distal mediante una incisión transversal en la cara dorsal del glande a 0.5 cm – 1 cm del surco balanoprepucial, retirándose una porción de albugínea en la parte distal de cada cuerpo cavernoso.

El último método terapéutico es la realización de una derivación safenocavernosa (Grayhack). Este procedimiento es de gran utilidad en los casos muy rebeldes, es un procedimiento seguro sin complicaciones mayores.

Se ha informado hasta 100% de detumescencia con este último procedimiento, con tasas de 90% de disfunción eréctil.

Conclusiones.

El tratamiento del priapismo de bajo flujo con *la derivación safeno cavernosa* resultó ser definitivo para un caso de difícil control refractario a los métodos convencionales, es conveniente realizarlo y ofrecerlo como última alternativa de tratamiento. En este caso no se pudo determinar la posible causa.

Bibliografía.

- Altman Brown SL, e. a. (1999). Cocaine associated priapism. *J Urol*, 161, 1817-1832.
- Broderick GA, K. A., Bivalacqua T.J., et al. (2010). Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. *J Sex Med*, 7, 476-500.
- Burnett A, B. T. J. (2007). Priapism: current principles and practice, 34, 631-642. *Clin North Am*, 42, 427-443.
- Cherian J, R. A., Thwaini A. (2006). Medical and surgical management of priapism. *Postgrad Med J*, 82, 89-94.
- Medina Coello J, M. M. J., Gutiérrez F, et al. (2006). Experiencia en el tratamiento del priapismo de bajo flujo (isquémico) con una técnica nueva, rápida, fácil y efectiva durante 6 años. *Mex Urol*, 66, 168-176.
- Munner A, M. S., Freeman A, et al. (2008). Investigating the effects of high-dose phenylephrine in the management of prolonged ischaemic priapism. *J Sex Med*, 5, 2152-2159.
- Myers A, B. F. (2009). Jr. Refractory priapism associated with ingestion of yohimbe extract. *J Med Toxicol*, 5, 223-225.
- Nixon RG, O. C. J., Milam DF. (2003). Efficacy of shunt surgery for refractory low flow priapism: a report on the incidence of failed detumescence and erectile dysfunction. *J Urol*, 170, 883-886.
- Pryor J, A. E., Alter G, et al. (2004). Priapism. *J Sex Med*, 1, 116-120.
- Rodríguez, V. R., García S., Puigvert, Martínez A. et al. (2005). Priapismo. *Actas Urol Esp*, 29, 961-968.



NÚMERO ESPECIAL

Sadeghi-Nejad H, D. V., Seftel AD, Mohamed M.A. (2004). Priapism. Radiol
Tabibi A, A. H., Mahmoudnejad N. (2010). Erectile function and dysfunction following low flow
priapism: a comparison of distal and proximal shunts. *Urol J.*, 7, 174-177.

Fecha de recibido: 12 jul.2012

Fecha de aprobado: 7 sept. 2012