

## TROMBOSIS DE CUERPOS CAVERNOSOS

---

Por los Dres. MARCO AURELIO CASTRIA, RODOLFO M. PALACIOS Y  
LUIS DESALVO

Las escasas publicaciones en la literatura médica mundial y el deseo de contribuir a la mayor difusión del tema, nos impulsa a la presentación del presente caso clínico de gangrena de pene por trombosis de cuerpos cavernosos. Exponemos a continuación, en forma sucinta, la historia clínica.

Enfermo M. H. C., argentino, de 38 años, casado, obrero.

Entre sus antecedentes hereditarios y familiares cabe señalar que su madre vive, sana, operada de vesícula. Cuenta en la actualidad con 68 años, en tanto su padre, de 73, vive afectado de artrosis y cardiopatía aterosclerosa. Tiene tres hermanos sanos y una hermana epiléptica desde los 12 años. Sus antecedentes personales nos revelan paciente nacido a término, parto eutócico. Cardiopatía congénita, enfermedad de Roger, razón por la cual se le exceptúa del servicio militar. Amigdalectomizado a los 14 años. Alimentación mixta. Catarasis y diuresis normal. Fumador de escasos 20 cigarrillos rubios diarios. Escolaridad hasta 6º grado.

*Enfermedad actual:* A comienzos del mes de marzo del corriente año, padece angina roja que cede con antibióticos. Días después el facultativo diagnostica neumopatía aguda con localización en pulmón derecho, con algia dorsal intensa, hipertermia y tos. Se le prescribe reposo y tratamiento "ad hoc" que cumple durante dieciocho días, en cuyo lapso adelgaza tres kilos. En su convalecencia refiere dolores musculares y articulares indicándosele para su tratamiento GlucoVitace y Acirufan. A la tercera aplicación de GlucoVitace endovenoso se observa intensa flebitis y periflebitis en ambos brazos. Se le medica con antibióticos vasodilatadores y anticoagulantes, obteniéndose rápida mejoría. Al quinto día del tratamiento, ya mejorado, y reintegrado a sus tareas habituales, sufre fuerte dolor en hemitórax derecho a nivel de la séptima costilla, línea axilar, dolor que en ocasiones le dificulta la respiración. Su expectoración tiene caracteres hemoptoicos. La persistencia del cuadro se mantiene con ligeras remisiones durante cuatro días, en el que su sintomatología al igual que su flebitis, comienzan a ofrecer signos de declinación debida a la intensa y eficaz medicación prescripta.

Cuando todo hacía suponer que ya había superado el anterior cuadro nosológico de tromboflebitis, el paciente acusa agudo dolor en región perineo escrotal instalándose en forma rápida edema que en su extensión compromete las bolsas y todo el miembro. Ordenada su internación en clínica particular y sometido a consulta médica se diagnostica Trombosis de Cuerpos Cavernosos, practicándosele sin pérdida de tiempo dos incisiones longitudinales de dos centímetros a nivel de caras laterales de raíz de miembro con el objeto de facilitar el drenaje de la gran congestión existente. En tales condiciones ingresa a nuestro Servicio de Urología y dada la rapidez con que se desarrollan los fenómenos de gangrena se realiza talla vesical. En el pene tumefacto y rubicundo aparecen placas de gangrena que tienden a unirse desprendiendo un olor fétido. El surco de eliminación queda perfectamente delimitado a los pocos días comprendiendo las zonas de mortificación en su extensión todo el órgano viril y partes de las bolsas. La caída del pene se produce exactamente a los treinta

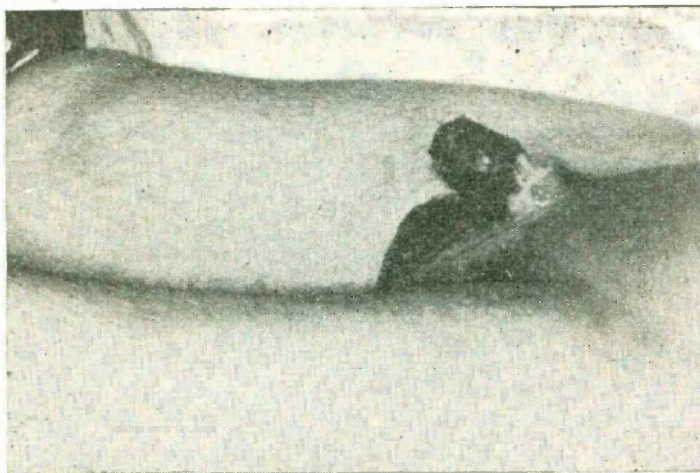


FIG. 1 — Enfoque de perfil con aproximación. Zona de gangrena perfectamente delimitada. Proceso en vías de eliminación.

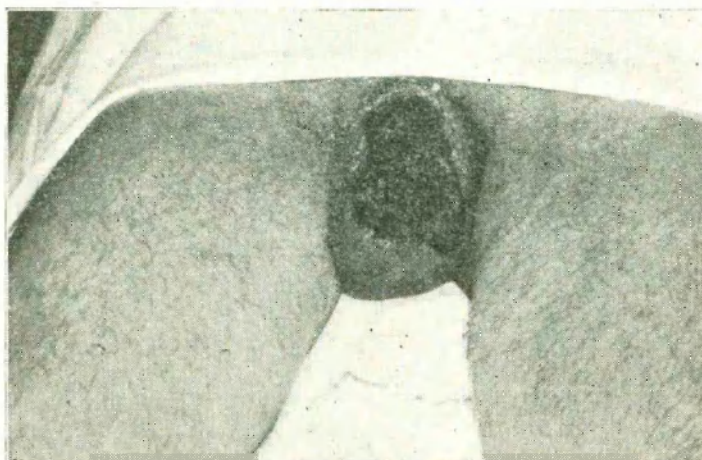


FIG. 2 — Enfoque frontal donde se aprecia la extensión de la gangrena en región escrotal.



FIG. 3 — Comienza a desprenderse la zona de gangrena.

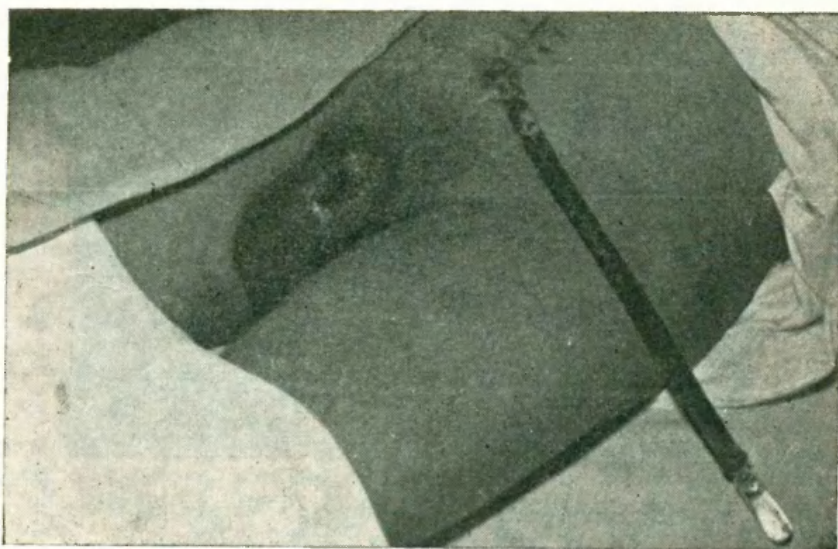


FIG. 4 — Enfermo con talla vesical. Queda el lecho cruento que corresponde a la zona de eliminación gangrenada.

días del primer síntoma trombótico. No fue posible constatar adenopatía inguinal o procesos linfagíticos.

De la presente observación resulta evidente que nos encontramos frente a un proceso gangrenoso en el que, dado su forma de iniciación, evolución y localización corresponden a los de naturaleza tromboflebítica. Valorando estos antecedentes se consulta a los facultativos del Servicio de Cardiología, quienes aunando los elementos de juicio obtenidos por la clínica, la radiología y las pruebas complementarias de laboratorio se llega al diagnóstico de tromboflebitis migratiz, por lo que la gangrena de pene por trombosis de cuerpos cavernosos no constituye sino una complicación de dicha entidad mórbida.

Sabido es que los mismos se producen por la oclusión parcial o total de los vasos condicionado por la formación de trombos intravasculares con reacción inflamatoria de la pared de dichos elementos. En su etiopatogenia debemos considerar distintos factores ya locales y dentro de los mismos determinados por causas químicas, mecánicas, inflamatorias, supuradas, etc., o bien de causa hematógena que incluyen a la leucemia, anemia perniciosa, clorosis, púrpura trombocitopénica, etc., o bien secundarias a actos operatorios post parto, complicaciones de enfermedades infecciosas que bien pueden ser amigdalitis, colitis ulcerosa, pielonefritis o a complicaciones generales no infecciosas, como las cardiopatías y estados cancerosos; y por última a causas primarias, comprendiendo ellas la tromboangeitis obliterante, la idiopática no recurrente y la idiopática recurrente.

Si hemos de referirnos a la gangrena del pene en general siguiendo a Coenen y Przedborsky, en relación a su patogenia, las dividiremos en gangrena de causa general, las que comprenden las producidas por causas infecciosas, causas metabólicas y causas vasculares.

Gangrenas producidas por infiltración urinaria, gangrenas de causa mecánica, química o térmica, y gangrena de origen inflamatorio e infeccioso. Hay quienes dividen las gangrenas, como Tedernat y Martin, teniendo en cuenta los planos comprometidos y así las clasifican en localizadas a piel, extendidas a celular y facia y las que, por último, comprenden todo el órgano viril. Sin duda alguna, los casos más frecuentes de gangrena de pene corresponden al grupo de las producidas por procesos infecciosos e inflamatorios, entre las cuales es digno destacar la descrita magistralmente en el año 1883 por Fournier y Lallemand como gangrena fulminante espontánea.

Hemos esbozado hasta aquí en forma sumaria los factores etiopatogénicos de la entidad mórbida y los que corresponden a las gangrenas de pene. Nos circunscribiremos fundamentalmente y en forma escueta al posible diagnóstico diferencial, encuadrándonos dentro de las producidas por fenómenos infecciosos y trastornos vasculares, si bien es cierto que son diversos los factores determinantes que se asocian en su producción.

La isquemia vascular del pene puede ser producida por embolia o por trombosis y esta última puede ser la consecuencia de alteraciones en la coagulación sanguínea o de lesiones de las paredes vasculares en el curso de enfermedades infecciosas como lo fiebre tifoidea, gripe, neumonía, etc. Puede observarse la trombosis de las venas del pene en los tumores malignos del riñón izquierdo, por compresión de la vena espermática, pero en estos casos participa el testículo en el proceso morboso. La trombosis puede producirse por otra parte ya en las venas de los cuerpos cavernosos o en otras del pene.

El cuadro clínico es siempre el mismo en la gran mayoría de los casos y lo que varía en las distintas observaciones es la extensión del proceso, la

gravedad de los síntomas generales o por la aparición de complicaciones septicémicas que pueden tener una evolución fatal.

Cronológicamente seguido en su evolución y sintetizando el actual caso clínico nos presenta un paciente que refiere haber sido siempre sano, sin antecedentes de enfermedades con anterioridad. Consecutivo a una angina roja padece congestión pulmonar derecha. En su convalecencia y durante la aplicación de inyecciones endovenosas de Glucovitace sufre flebitis en ambos miembros superiores. Días después se constataban embolias pulmonares clínica y radiográficamente, como así también lo revela con exactitud el examen tomográfico. Posteriormente a estos fenómenos pulmonares el enfermo presenta flebitis en ambos miembros inferiores, con gran edema, preponderante en pierna izquierda, siendo su ulterior desenlace la trombosis de los cuerpos cavernosos.

Cabe señalar que los exámenes complementarios de laboratorio no nos aportaron elementos de juicio de valor por cuanto ellos fueron prácticamente normales, tales el de orina o sangre, el que comprendía recuento, glucosa, coagulación, sangría, retracción del coágulo, plaquetas, tiempo de protombina, fibrinógeno, proteinemia; y repetidos hemocultivos con resultados negativos. Sólo se observó discreta leucocitosis y aceleración de su eritrosedimentación.

El examen cardiológico realizado reveló cardiopatía congénita, enfermedad de Roger en estado de compensación, con soplo sistólico rudo en mesocardio. Electrocardiograma normal. Pulso venoso fisiológico. Tensión arterial de máxima 120 mm. y 80 de mínima.

Teniendo en cuenta estos antecedentes llegamos a la conclusión de hallarnos frente a un proceso de tromboflebitis migratriz, en virtud de las variadas localizaciones oclusivas que comprometieron su sistema venoso. resultando evidente que por su forma de iniciación y la individualidad de los fenómenos observados en su curso evolutivo nos hacen descartar que se trate de la forma fulminante de Fournier, si bien es justo reconocer la existencia de puntos de contacto con dicha entidad clínica.

La eventual trombosis de los cuerpos cavernosos la interpretamos como una secuencia de la misma, siendo su inexorable y fatal desenlace la gangrena de pene.

El estado actual del enfermo es en general satisfactorio siendo nuestro propósito inmediato la realización de una plástica adecuada.

#### BIBLIOGRAFIA

*Tettamanti, J. y Stelzer, C.:* Gangrena del pene. A propósito de dos casos de gangrena localizada de pene.

*Rodríguez, E.:* Un caso de de gangrena de los órganos genitales. Revista Médica del Uruguay, 1927.

Gangrena fulminante espontánea de los órganos genitales externos del hombre. La Semana Médica, tomo II, 1905.

*Mathis, R. y Saubidet, J.:* Gangrena fulminante espontáneo de la verga. Revista de Medicina y Ciencias Afines, 1941.

*Montanaro, O. y Aguirre R.:* Enfermedad mitral. Gangrena del pene. Anales del Hospital de Niños, 1941.

*Di Ció, A. y Lista, G.:* Gangrena del pene por endarteritis obliterante. La Prensa Médica, 1948.

*Alberti, Jean:* Gangrena Foudroyante spontanée de la verge. These. Faculte de Medicine de Lyon, 1945.