

UN COMPLICADO CASO DE PRIAPISMO MALIGNO

Por los Dres. SIMON WAINBERG * y ROBERTO PAREDES

El término "priapismo" deriva de una palabra griega o latina que significa erección persistente, anormal y generalmente dolorosa del pene, no acompañada de deseo sexual. Es una entidad relativamente infrecuente, aunque no tan rara como lo demuestra el hecho de las esporádicas presentaciones en el seno de nuestra Sociedad de Urología y el de haber sido uno de los temas centrales de las Segundas Jornadas Rioplatenses de Urología en Mar del Plata en 1963, desarrollado por los Dres. Raúl Rubí, Enrique Fisch y Goldaracena.

Hasta esa fecha se reunieron en todo el mundo alrededor de 350 casos. Entre nosotros han contribuido a la casuística Pagliere y Schiapapietra, Estévez, Chiappori y Ruiz Aguirre, Ricardo Bernardi, Roberto Rubí y Gorodner, Alfredo Grimaldi y José Bentolila, Brea, Ruiz y Teiblun y otros.

Las publicaciones sobre el tema tienen como denominador común, la falta de certeza sobre la etiología de cada uno en particular aunque en forma general las causas que se mencionan son múltiples y variadas; afortunadamente las clasificaciones han sido ampliamente difundidas lo que nos exime su repetición. Sin embargo queremos insistir, por estar relacionado con nuestra comunicación sobre los llamados "priapismos malignos", término primeramente aplicado por Peacock en 1937 para describir aquellos que son debido a infiltración de uno o ambos cuerpos cavernosos por tumor maligno primitivo o secundario. Los primitivos son raros y su localización ha sido observada en el pene, uretra y cuerpos cavernosos. De los secundarios, su localización ha sido observada en la próstata, como el caso presentado por Pagliere y Schiapapietra, en la vejiga (Paschkis, Neuman, Kessel y Peacock), en el riñón, recto, hígado y testículo.

El diagnóstico de "priapismo maligno secundario" ofrece poca dificultad si puede demostrarse el tumor primitivo en cualquier parte del cuerpo, especialmente en los órganos vecinos. Las alternativas y circunstancias complejas que acompañaron la evolución de nuestro enfermo nos ha impulsado a traer a esta Sociedad lo que rotulamos como "un complicado caso de priapismo maligno".

S. F., argentino, casado, de 62 años de edad, internado el 17/4/67. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes personales: colecistectomía por litiasis a los 42 años. Desde varios meses previos a su internación presenta trastornos generales a veces vinculados al tracto digestivo. La seriada gastroduodenal y cólon por enema no revelan alteraciones orgánicas relacionadas con sus trastornos objetivos. Enfermedad actual: síntomas de prostatismo desde hace uno o dos meses con chorro miccional fino y de escasa propulsión. La semiología urinaria del árbol superior y medio fue negativa. El tacto rectal reveló una próstata de forma normal, tamaño levemente aumentado y algo dolorosa. El calibre uretral y la orina residual no fue testado y su estudio diferido por la turbiedad de la orina espontáneamente emitida (orina infectada). Los análisis generales revelan un hemograma con discreta anemia hipocrómica de 4 millones de glóbulos rojos, leucocitosis.

Eritrosedimentación francamente elevada, orina con densidad 1,015, alcalina, leucocituria y piuria. Se le solicita urograma de excreción, mientras es medicado en forma ambulatoria con bacteriostáticos y descongestivos pelvianos. Una semana después la mejoría es apenas notoria y en razón de lo alejado de la fecha para efectuársele la urografía excretoria, se lo cita a los tres días

a fin de realizar una uretrocistoscopia. Concorre a dicho examen refiriendo haber iniciado la noche anterior una erección dolorosa y permanente con retención urinaria incompleta. Se pospone el examen endoscópico, medicándolo con sonda en permanencia, antiespasmódicos y sedantes, insistiendo con los antibióticos de amplio espectro. Rechaza la internación y decide regresar a su domicilio. Concorre nuevamente al consultorio una semana después sin haberse modificado el priapismo aunque menos doloroso y más tolerable. La semiología urinaria no presenta cambios fuera del señalado para el pene. Acepta ser internado y esa misma mañana se efectúa anestesia peridural baja, continua con catéter, terapéutica que tampoco mejora la erección sostenida del pene. Mientras, se repiten todos los estudios de laboratorio y a los tres días de su internación (10 días del comienzo del priapismo) se incinden lateralmente ambos cuerpos cavernosos en la parte proximal del pene evacuándose sangre oscura, viscosa, sin coágulos. Se irrigan profusamente con suero fisiológico, heparina y liquemine, dejando sendos tubos de drenaje en cada incisión. El priapismo cede instantáneamente. Vendaje levemente compresivo con "elastoplast" fijándose a la pared anterior del abdomen a fin de mejorar el drenaje venoso de retorno. Durante la primera semana del posoperatorio la evolución del enfermo es muy buena, objetiva y subjetivamente; sin embargo llamaba la atención el paulatino desmejoramiento del estado general, el afinamiento de los rasgos de la cara y del cuerpo, además de su tinte amarillo terroso. El urograma excretor realizado por entonces no fue muy revelador. La uretrocistoscopia que se le efectuó evidenció una vejiga de esfuerzo con edema trigonal atribuido al decúbito del balón de la sonda de Foley en permanencia. La uretra posterior revela los signos de prostatitis crónica hiperplásica que se presumía al examen semiológico.

En contraposición con la sostenida mejoría del priapismo se acentuaba la debilidad general, anorexia, fiebre con escalofríos con un estado de franca toxemia. Aparece un estrabismo izquierdo con visión borrosa al fijar la mirada hacia el lado izquierdo. El examen neurológico y oftalmológico resultó negativo. La eritrosedimentación continuaba elevándose (1ª hora: 100; 2ª: 140; Índice de Katz, 85), leucocitosis de 12.000 blancos, con un recuento de glóbulos rojos en franca disminución (hematocrito: 26 %). El hemocultivo en pleno pico febril (39°,5 C) y con escalofrío reveló la presencia del estreptococo fecalis. Se instaló una fuerte terapéutica multi-antibiótica (Gentamina, Furadantina endovenosa, etc.). Al día siguiente, acompañando este cuadro aparece una epididimitis bilateral, que rápidamente se hace fluctuante en el lado izquierdo. Se incinde y evacúa contenido purulento franco que al cultivo desarrolla el estreptococo fecalis. Se retira la sonda uretral y en la cama del enfermo, dado su mal estado general, se realiza cistostomía suprapúbica por punción, dejando sonda de Foley. Llama la atención que al comprimir la masa epidídimo testicular izquierda drena contenido purulento por las primitivas incisiones cavernosas y por el meato uretral externo (fistula orquiepidídimo-uretral).

El enfermo fue agravando en forma lenta, progresiva y no obstante la franca impregnación toxo-infecciosa y bacteriemia, existe desde el primer momento la convicción de la presencia de una neoplasia cuya localización no podía determinarse.

Finalmente, a pesar del intenso tratamiento con antibióticos de amplio espectro, el paciente fallece a los 38 días de su internación.

El diagnóstico histopatológico de la autopsia correspondiente revela lo siguiente: *carcinoma indiferenciado infiltrativo de glándula prostática, infiltrante en vejiga con marcados fenómenos de hemorragia y necrobiosis agregados*. Metástasis masiva suprarrenal bilateral, metástasis en hígado y en

ganglios linfáticos, embolizaciones vasculares en páncreas. Pielonefritis crónica, a predominio izquierdo. Nefroesclerosis por arteriosclerosis bilateral. Pleuresía fibrinosa crónica izquierda. Esclero-enfisematosis pulmonar bilateral. Bronquitis crónica purulenta. Metástasis en ambos cuerpos cavernosos.

CONCLUSIONES:

Verdaderamente maligno el caso de priapismo que se presenta, ya que al margen de la carcinomatosis múltiple, posible causa de muerte, el estado toxo-infeccioso, verdadera urosepsis, pudo también condicionar la funesta evolución y desenlace del enfermo. Lo curioso es que desde el comienzo perseguíamos una neoplasia cuya localización sólo pudo determinarse con la necropsia.