



Fig. 6. — Caso 5, UEI. 90'.



Fig. 7. — Caso 5, UPR.

BIBLIOGRAFIA

- Jomain J.: Tumeurs de l'ureter. E. M. Ch. 18166 A 10.
 Trabucco A., Borzone R. y Saubidet J.: Ts. primitivos del uréter. Rev. Arg. Urol. 28: X-XII, 164-71, 1959.
 García A. y Casal J.: Dos casos de tumor del uréter. Consideraciones sobre la terapéutica quirúrgica. Rev. Arg. Urol. XVI: 193.
 Puigvert A.: Curso nefro-urológico. Tomo I, Mar del Plata, 1969.
 Bergman H. y col.: J. of. Ur. 708, oct. 1961.
 Beck D. y col.: Primary tumors of de ureter: diagnosis and management. J. of. Ur. 102: 683, Dec. 1969.
 Brady L. W.: Radiation therapy. JAMA. 206: 2871, 23-30, Dec. 1968.
 Ghirlanda J.: Tumores primitivos del uréter. Rev. Arg. Urol. 160, 1966.
 Mccellini Ituralde J. y col.: Cirugía conservadora en el cáncer de uréter. Rev. Arg. Urol. 172, 1969.

Instituto de Cirugía
 "Prof. Dr. Luis Güemes"
 Provincia de Buenos Aires (Haedo)
 Servicio de Urología

Rev. Arg. Urol.-Nefrol.
 Tomo 40, 1971
 Soc. Argentina de Urología
 25-11-71

PRIAPISMO

Dres. CASTRIA M. A., BELOSSI O. R. y SALIVA J.

Es motivo de la presente ponencia, contribuir con un aporte más al controvertido problema del priapismo y relatar nuestra conducta frente a tan dramática situación. Si bien es una afección tratada generalmente por el urólogo, no estamos convencidos de su exclusividad, creemos que es imprescindible la colaboración del neurólogo, del psiquiatra, del hematólogo y del cirujano vascular.

Consideramos que nuestra actuación no arroja nada positivo en lo referente a la terapéutica, pero creemos oportuno actualizar algunos conceptos de esta poco frecuente afección.

Definición: Priapismo es la erección máxima, permanente y dolorosa del pene, que no se acompaña de libido ni eyaculación.

Anatomía y fisiología: Es conveniente hacer un repaso anatómico y de la fisiología de la erección para refrescar conceptos.

La sangre arterial llega al pene por la arteria pudenda interna que termina en la arteria dorsal del pene y la arteria cavernosa, una para cada cuerpo cavernoso y que es la arteria que va a dar las arterias helicinas. Una rama colateral de pudenda interna, la perineal profunda, con el nombre de arteria bulbo uretral va a irrigar el bulbo, la uretra y los cuerpos esponjosos.

El retorno venoso del pene está asegurado por cuatro vías:

- a) *Vena dorsal superficial:* Situada en el tejido celular subcutáneo desemboca en la vena safena interna.
- b) *Vena dorsal profunda:* Circula entre la fascia penis y la albuginea, recoge sangre de los cuerpos cavernosos y después de atravesar el ligamento suspensor del pene desemboca en el plexo de Santorini.
- c) Las venas que acompañan a la arteria dorsal del pene y siguen la cara superior del cuerpo cavernoso van a desembocar en la vena pudenda interna.
- d) La sangre del cuerpo esponjoso por la vena bulbo uretral desemboca en la perineal profunda y ésta en la pudenda interna. Es de hacer notar que existen numerosas comunicaciones entre los sistemas arterio-venosos de ambos cuerpos cavernosos.

Las arterias son de gran riqueza en fibras musculares longitudinales y circulares y están estructuradas de tal manera que forman en sus paredes verdaderos "coussinets" de gran contractilidad y en consecuencia de gran influencia en el calibre arterial. Esta estructura se manifiesta también a nivel de las venas o que ha llevado a Stieve a crear el concepto de "venas a estructura arterial".

Hoy se acepta que el fenómeno esencial de la erección es provocado por un enorme aflujo de sangre arterial, al aumentar entonces el débito venoso, agravado por la contracción de los músculos perineales, se condiciona una mayor acumulación de sangre bajo presión en los cuerpos eréctiles cuya distensión se halla limitada por la inextensibilidad de la túnica albuginea. También juega un rol importante la contracción de los elementos musculares intrapeneanos en particular la contracción de las numerosas trabéculas areolares.

La innervación del pene está asegurada por fibras adrenérgicas y colinérgicas. El nervio de Eckardt, nervio erector por excelencia está compuesto exclusivamente por fibras colinérgicas, sus efectos son reforzados por la eserina y el prostigmin y abolidos por la atropina.

El centro nervioso vaso dilatador del pene, centro medular de la erección está en la médula sacra, mientras que el centro vaso constrictor está en la médula lumbar. Estos centros vaso motores presentan una actividad tónica permanente, el tono vaso constrictor actúa durante mayor tiempo y aseguran la flacidez habitual de la verga.

La erección resulta del interjuego de factores vasculares y nerviosos.

Caso clínico: V. J. H. C. N° 224.225. 19 años.

El enfermo es intervenido quirúrgicamente, con diagnóstico de otitis media colesteatomatosa, practicándosele una mastoidectomía radical. Anestesia general (Pentotal, novocaína paranoval). El enfermo manifiesta que al despertar de su anestesia nota la erección del pene, es visto por la Guardia quien

lo medica con sedantes, no cediendo el cuadro. Consultado nuestro Servicio, se constata a las cuarenta y ocho horas de evolución el siguiente estado actual: Pene en erección dolorosa y sostenida. Glande de tamaño normal, pálido. Prepucio sin edemas. Cuerpo esponjoso normal. Cuerpo cavernoso tenso e ingurgitado. Se indican analgésicos y bloqueo medular continuo, seis horas más tarde se comprueba que ha cedido el dolor, pero no el priapismo por lo que se decide realizar conducta quirúrgica.

Se complementa anestesia con pentotal curare. Incisión de dos centímetros sobre cuerpo cavernoso izquierdo, sale sangre a gran tensión cianótica e hiperviscosa. No se observan coágulos. Instantáneamente cede la erección. Al cierre de la albugínea se repite la erección, se vuelve a abrir el cuerpo cavernoso hasta obtener sangre roja arterial. Se repite la maniobra en tres oportunidades. La punción del otro cuerpo cavernoso da sangre roja arterial por lo que no se drena quirúrgicamente. Al finalizar la intervención la reducción del priapismo es mínima.

Evolución post-operatoria. Al día siguiente se constata ausencia de dolor y una leve disminución de turgecencia del pene. Se inicia tratamiento anticoagulante (Tromexan) con controles hemáticos seriados manteniéndose la protrombina en nivel del 35 %.

En los días posteriores se observa una detumescencia lenta pero progresiva del tamaño del pene. Cuando es dado de alta a los treinta días se aprecia un pene aumentado de tamaño, revelándose a la palpación la existencia de nódulos fibrosos en ambos cuerpos cavernosos.

Durante su internación se realizaron los siguientes exámenes complementarios:

Examen psiquiátrico: Paciente tranquilo ubicado espacio temporalmente.

Examen neurológico: Lo único llamativo son sus reflejos aquileos y rotulianos vivos, policinéticos, no hay Babinsky ni clonus.

Examen hemático: Los análisis básicos son normales, no hay formas inmaduras en sangre periférica. Punción esternal normal.

Examen flebográfico: Por vía transtrocantérea bilateral se realiza examen flebográfico para visualizar venas pelvianas. Se aprecia la normalidad de las venas extra pelvianas y la vena iliaca interna. No se logra el relleno de las venas intra-pelvianas viscerales, especialmente la vena pudenda interna y plexo de Santorini, que era nuestra inquietud.

Consideraciones: Para ubicar nosológicamente nuestro caso podemos remitirnos a la clasificación patogénica de Hinman y la etiológica de Shever. Estas clasificaciones son esquemáticas e inclusive podemos encontrar en la casuística la combinación de varias causas.

Si bien eliminamos la existencia del factor nervioso en el mantenimiento del priapismo por la razón de que permanecía pese al bloqueo a nivel cortical (Pentotal), a nivel medular (Peridural) y en la placa neuromuscular (Paranoval), nos queda el interrogante de que pudiese haber actuado como factor desencadenante el stress quirúrgico, operación en sí (mastoidectomía) o factores anestésicos, y posteriormente pasado a segundo término frente a la ectasia e hiperviscosidad sanguínea local que mantendrían el cuadro.

Tratamiento: Los tratamientos médicos efectuados son variados y de resultados inciertos e inseguros. Fue Velpeau en 1852 el primero que incindió los cuerpos cavernosos con resultado inmediato satisfactorio. Nos inclinamos por esta conducta; remarcando su precocidad de aplicación pues ésta redundó en la recuperación posterior. En el año 1964 Grayhack y colaboradores preconizan el by-pass entre safena y cuerpo cavernoso; relatan nueve casos con recuperación de la función en ocho casos. En 1969 los Dres. R. Mathis y G. Berri presentan un caso de priapismo curado con este tipo de derivación.