

4. *Cacchi, R. e Ricci, R.*: Sur une rare maladie kystique multiple des pyramides renales, le "rein en éponge" y Urol. Chir. V 55: 497-519 (1949).
5. *Cacchi, R.*: Il rene a Spugna. Edit. Capelli (1960).
6. *Castria, M. y Zobh, I.*: Riñón en esponja. Rev. Asoc. Méd. Arg. V 77: 598-603 (1963).
8. *Mathis, R. y Berri, H.*: Riñón en esponja. Rev. Arg. Urol. V 24: 383-388 (1955).
9. *Pagliere, H.; Roca, J. y Ganduglia, J.*: Riñón en esponja. Rev. Arg. Urol. V 33: 129-134 (1964).
10. *Quadrelli, A. y col.*: Enfermedad de Cacchi-Ricci. Trib. Méd. Tomo 15: 721-722 (1972).
11. *Scorticati, C. y col.*: Riñón en esponja. Prensa Médica Arg. V 56: 68 (1970).
12. *Vives, S. y Nieto, J.*: Malf. de la pirámide renal de Malpighi. Anal. Fund. Puigvert. V 1 N° 2: 109-118 (1971).

Hospital Luis Güemes - Haedo  
Servicio de Urología  
Jefe Dr. Marco A. Castria

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

## "PRIAPISMO"

Dres. M. A. CASTRIA, O. R. BELOSSI y E. A. RAMIREZ

Es motivo de esta comunicación presentar un nuevo caso de priapismo, que hemos asistido en nuestro Servicio.

*Caso clínico:* D. L. H. C. N° 260.036. 60 años de edad.

*Antecedentes personales:* s/p.

*Enfermedad actual:* Comenzó hace quince días con cefaleas, siendo medicado con analgésicos. Posteriormente se instala cuadro nauseoso, se verifica una tensión arterial: Max. 20 Min. 10. En los días posteriores se indica Reserpina (0,5 mg.) y alcaloides Rauwolfia por vía intramuscular. Su tensión arterial desciende a Max. 13 Min. 8. Por presentar síndrome ulceroso, en el Servicio de Clínica Médica se le solicita una seriada gastroduodenal. A las 6 hs. de efectuado este examen comienza una erección de pene dolorosa y persistente. Concorre al Servicio de Guardia donde con el diagnóstico de priapismo es internado. Se le administran opiáceos y miorrelajantes, al no ceder el cuadro, es consultado uno de nosotros, verificándose el siguiente:

*Estado actual:* 28-VI-72. Cuerpos cavernosos tensos e ingurgitados, cuerpo esponjoso normal, glánde pálido de tamaño normal, prepucio sin edemas. Erección dolorosa y sostenida. Al no ceder el cuadro se decide su intervención. Sección bilateral de cuerpos cavernosos dando salida a sangre negra y siruposa.

A continuación se exprime el pene desde sus dos extremos en sentido convergente hacia la línea de incisión, lo que permite dejar evangüe el tejido erecto. Se efectúa toma biopsia. Drenaje bilateral. Al terminar la intervención persiste un cierto grado de priapismo. A las veinticuatro horas se constata mejoría con pene indoloro. A las cuarenta y ocho horas la detumescencia alcanza al 40 % de su priapismo.

Durante su internación se efectuaron los siguientes exámenes:

Psiquiátrico: Enfermo tranquilo, ubicado en tiempo y espacio.

Neurológico: Reflejos conservados, sensibilidad normal.

Sangre y orina: Básicos normales.

Punción external: Normal.

Biopsia de cuerpo cavernoso: Cuerpo cavernoso con áreas de hialinización. El enfermo evoluciona favorablemente y a los quince días es dado de alta. En un control efectuado a los sesenta días salvo algunas induraciones que se palpan en cuerpo cavernoso, se constata un pene normal, manifestando el enfermo tener erecciones fisiológicas.

La circunstancia de haber observado en un corto plazo, tres casos de priapismo nos obliga a efectuar ciertas consideraciones basadas en nuestra experiencia.

1) Queremos destacar que en los tres casos existió una posible causa desencadenante. En el primero, una operación sobre mastoides, con anestesia general. En el segundo, una osteosíntesis de tibia y peroné con anestesia raquídea y en el tercero una seriada gastroduodenal.

Lo disímil de estas causas nos hacen dudar de su grado de responsabilidad en la etiología, pues no hemos podido hallar en ellas algo que las una en una responsabilidad común.

2) Otra premisa importante es la necesidad de unidad en el criterio terapéutico. Las medicaciones efectuadas: opiáceos, miorelajantes, sedantes, bloqueo anestésico e inclusive anestesia general no han dado resultado.

Sólo la conducta quirúrgica precoz: drenaje bilateral de cuerpos cavernosos y las maniobras que preconizamos han constituido las premisas fundamentales para una recuperación funcional favorable.

Sin desestimar las bondades de las distintas técnicas de derivación sustentadas por distintos autores, estimamos que la injuria mínima de la incisión de los cuerpos cavernosos constituye por la experiencia adquirida la metodología adecuada, reservando en el caso de no obtener resultado favorable, técnicas de mayor volumen quirúrgico.



3) Efectuada la biopsia en dos casos encontramos en el primero una hialinización de cuerpos cavernosos y en el segundo una esclerosis fibrosa circunscripta e induración plástica. Esto nos lleva a remarcar la posible importancia de una patología local y aconsejar la biopsia sistemática para descartarla.

4) En todos los enfermos los exámenes complementarios: radiológicos, flebográficos en un caso y punción medular en los tres casos no mostraron una patología agregada. Se efectuaron controles hemáticos periódicos que arrojaron resultados negativos.

### *Resumen*

Se presenta un nuevo caso de priapismo efectuando consideraciones terapéuticas, basadas en nuestra experiencia sobre tres casos, controles posteriores nos muestran los beneficios de esta conducta.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Lowsley y Kirwin*: Urologia clinica. 1944. Pág. 305.
2. *Marion, G.*: Tratado de Urologia. Pág. 218.
3. *Bernardi, R.*: Priapismo agudo prolongado por trombosis cavernosa secundaria a un absceso retrobulbar. Rev. Arg. Urol. L. X. V. 1945. Pág. 239.
4. *Mathis, R. J.*: Discusión de la comunicación anterior. Pág. 242.
5. *Gorodner, J.*: Priapismo. Consideraciones clinicas y terapéuticas. Rev. Arg. Urol. 1946. Pág. 493.
6. *Goldaracena, J. y Berri, H.*: Priapismo en el niño. Rev. Arg. Urol. XXXV. 1066.
7. *Márquez Bustos, J.*: Priapismo de 11 dias de evolución. Rev. Arg. Urol. XXVI. 1957. Pág. 90.
8. *Brea, J.; Ruiz R. y Teiblum, V.*: Priapismo. Rev. Arg. Urol. XXXII. 1963. Pág. 234.
9. *Pagliere, H.; Soldano, E. y Scorticatti*: Priapismo de más de 1 año de evolución. Rev. Arg. Urol. XXXIII. Pág. 242.
10. *Mathis, R. y Berri, H.*: Priapismo. Tratamiento quirúrgico. Rev. Arg. Urol. XXVIII. 1969. Pág. 76.
12. *Fish, E.*: Priapismo. Su tratamiento. Rev. Arg. Urol. Jor. Riop. Uro. Núm. Esp. 1963.
13. *Castría, M. A.; Belossi, O. R. y Ramirez, E. A.*: Priapismo. Rev. Arg. Urol. Vol. 41. 1971.
14. *Castría, M. A.; Belossi, O. R. y Ramirez, E. A. y colaboradores*: Priapismo. Rev. Arg. Urol. Vol. 42. 1971.

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 42. Año 1973

## RIÑON EN ESPONJA

Dres. JOSE M. DE MARCO y ROBERTO J. BARISIO

Si bien a fines del siglo pasado ya habian sido señalados algunos caracteres de esta enfermedad, es en los últimos años con las diversas técnicas radiológicas que ha llegado a identificarse los signos característicos que la ubican en un nuevo grupo nosológico, permitiendo efectuar diagnóstico con otros cuadros semejantes.

Es por ello, que a partir de 1948, con la descripción de dos autores italianos Cacci y Ricci, en todo el mundo fue creciendo la frecuencia de la casuística.

La presente comunicación tiene por objeto efectuar un nuevo aporte a la bibliografía de esta enfermedad.

No obstante ser el diagnóstico radiológico, el nombre de esta entidad patológica esta vinculada a su anatomía macroscópica, ya que los riñones afectados presentan múltiples dilataciones vecinas a los cálices, semejantes a una esponja; también se la conoce por ectasia tubular precalicular, enfermedad de Cacci y Ricci y la mal llamada dilatación quística de los tubos colectores.

Se le atribuye origen embriológico como una alteración del esbozo ureteral, donde se produciría un defecto del desarrollo de los tubos, a diferencia del riñón poliúístico caracterizado por una disarmónica unión entre el brote ureteral y el blastoma renal.

El aspecto macroscópico muestra la dilatación de los tubos colectores en la vecindad de los cálices, con la característica que dichas ectasias corresponden únicamente a la medular.

El riñón en esponja carece de síntomas clínicos propios afirman Abeshouse y otros autores, y que la signología clínica esta dada por sus complicaciones secundarias, entre ellas figuran: hematuria, proteinuria, piuria, cólicos renales, lumbalgias, cistitis, pielonefritis.

El diagnóstico es radiológico, mas precisamente con el urograma excretor