

“ PRIAPISMO ”

Por los Dres.: *Marco A. CASTRIA.*
Nestor A. FIORENTINO.
César GUERRA TORRES.
Oscar OLIVERO.
Ismael ZOBN.

El término priapismo procede de la antigua religión y mitología griega correspondiente al Dios Priapus, símbolo de la fertilidad. Existen publicaciones que mencionan encantamientos a este dios acompañados de ritos orgiásticos.

Se define como tal la erección prolongada y persistente del pene generalmente dolorosa, que puede ocurrir sin estímulo sexual. El priapismo primario comprende la erección patológica sin relación con enfermedad alguna detectable que la condicione, en tanto el secundario dependerá de factores vinculados directa o indirectamente con la reactividad del pene.

Sabido es que la sangre arterial llega al órgano por la arteria pudenda interna que termina en la arteria dorsal del pene y la arteria cavernosa, destinada una para cada cuerpo cavernoso dando origen a las arterias helicinae. Una rama colateral de la pudenda interna, la perineal profunda con el nombre de arteria bulbo uretral irriga el bulbo, la uretra y el cuerpo esponjoso.

El retorno venoso está asegurado por cuatro vías

vías, a saber:

- a) Vena dorsal superficial, situada en el tejido celular subcutáneo, desemboca en la vena safena interna.
- b) Vena dorsal profunda, discurre 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 vena dorsal del pene y siguen la cara superior del cuerpo cavernoso y van a desembocar en la vena pudenda interna.
- d) La vena bulbo uretral drena la sangre del cuerpo esponjoso, desembocando en la perineal profunda y por esta en la pudenda interna.

Es de hacer notar que existen numerosas comunicaciones entre los sistemas arteriovenoso de ambos cuerpos cavernosos. Las arterias son de gran riqueza en fibras musculares longitudinales y circulares, estructurándose de tal manera que forman en sus paredes verdaderos “coussinets” de gran contractilidad y por consiguiente de gran influencia en el calibre arterial.

Esta estructura se manifiesta también a nivel de las venas que ha

"PRIAPISMO"

llevado a Stive a crear el concepto de "venas de estructura arterial". Hoy se acepta que el fenómeno esencial de la erección es provocado por un enorme flujo 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 erectiles cuya distensión se halla limitada por la inextensibilidad de la túnica albugínea.

También juega un rol importante la contracción de los elementos musculares intrapeneanos, en particular la contracción de las numerosas trabéculas areolares.

La inervación del pene está asegurada por fibras adrenérgicas y colinérgicas. El nervio de Echart, nervio erector por excelencia está compuesto exclusivamente por fibras colinérgicas, siendo sus efectos reforzados por la serina y el prostigmin y abolidos por la atropina. El centro nervioso vasodilatador del pene, centro medular de la erección, se encuentra en la médula sacra, mientras que el centro vasoconstricción está en la médula lumbar.

Estos centros vasomotores presentan una actividad tónica permanente el tono vaso vasoconstrictor actúa mayor tiempo y asegura la flaccidez habitual del pene, por lo que la erección es la resultante del interjuego de factores vasculares y nerviosos.

PRIMER CASO HISTORIA CLINICA.

O. A. J. argentino, casado de 45 años de edad. Empleado.

ENFERMEDAD ACTUAL.

Refiere el paciente erección permanente y dolorosa al despertar sin causa que lo justifique. La persistencia de dicho estado motiva la consulta médica prescribiéndose (fenergan, ampliactil, demerol) con el objeto de reducir la función neurovegetativa al que sigue un tratamiento con aplicaciones de cloruro de etilo, spray, sin resultado positivo.

ESTADO ACTUAL. (29-9-74).

El exámen del paciente en el area genital revela: cuerpos cavernosos tensos e ingurgitados, cuerpos esponjoso normal, glande pálido, prepucio sin particularidades.

Al no ceder el cuadro clínico después de 30 horas de evolución se decide su intervención quirúrgica. La palpación del cuerpo cavernoso derecho a nivel de raíz de pene permite detectar ligera deformidad a tensión, zona por la que se realiza la cavernostomía permitiendo el drenaje de sangre hiperviscosa y microcoagulos.

A continuación se procede a la expresión del pene con maniobras suaves convergentes hacia el lecho quirúrgico hasta el drenaje de sangre de caracteres normales, produciéndose la detumescencia del órgano. Cierre por planos. Al término de la operación se observa discreta ingurgitación de cuerpos cavernosos.

Durante su internación se solicitaron los siguientes exámenes:

Psiquiátrico: enfermo tranquilo, ubicado en tiempo y espacio. Neurológico: reflejos conservados. Sangre y orina: dentro de límites normales. Serología para lues normal. Punción esternal: normal. Biopsia de cuerpo cavernoso: "Cuerpo cavernoso con áreas de hialización".

POST-OPERATORIO.

A las 36 horas se constata acentuada disminución de la turgencia del órgano, comprobándose al 10 día la recuperación de la flacidez normal. El control periódico del paciente revela conservación de su libido, pero pérdida de su potencia viril estimada en un 80 por ciento.

2do. CASO.

B. D. Argentino, casado de 53 años de edad, empleado H. C. Número 341414. Hospital "Luis Guemes". Haedo.

ANTECEDENTES.

Padece poliomielitis a los 29 años. Hace 15 años sufre pérdida de visión izquierda consecutivo a traumatismo en región frontal. Práctica intensa de "coito interruptus".

ENFERMEDAD ACTUAL.

Refiere el paciente que a raíz de crisis nerviosa se le aplica inyección a la guardia del Hospital donde se le realiza anestesia peridural continua.

ESTADO ACTUAL. 21/7/75.

El examen clínico semiológico del paciente revela como digno de mención el resultado del estudio psiquiátrico, que reza: "enfermo con caracterología de tipo epileptoide. Tipología atlética con importantes componentes agresivo".

Con una evolución de su priapismo de 72 horas, es consultado el Servicio de Urología decidiéndose la intervención quirúrgica. Se inciden ambos cuerpos cavernosos en raíz de pene se presentan ingurgitados y muy tensos. Glande discretamente pálido. Cuerpo esponjoso normal.

Del área quirúrgica drena, sangre viscosa, con coagulos de distinto

"PRIAPISMO"

tamaño y consistencia, que revelan la evolución del proceso. Las maniobras de expresión permiten la detumescencia del órgano en forma inmediata. Consecutivo al cierre por planos se constata la ingurgitación parcial de cuerpos cavernosos.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.

Esclerosis de cuerpo cavernoso.

POST - OPERATORIO.

Después de una evolución favorable de 12 días el paciente se retira por su propia voluntad. No concurriendo al control médico a pesar de reiteradas citaciones.

CONSIDERACIONES.

La circunstancia de haber tratado cinco casos clínicos de priapismo en un período de cinco años nos obliga a efectuar algunas apreciaciones basadas en nuestra experiencia.

Dos de ellos consecutivos a cirugía realizada sobre tejido óseo, En ambos la histopatología nos revela esclerosis de cuerpos cavernosos que podría actuar como un factor predisponente, en tanto la intervención quirúrgica actuaría eventualmente como causa desencadenante.

En los restantes casos de priapismo, consecutivos a estudio seriado gastroduodenal, a inyección de ampliactil y al despertar de un descanso reparador, nos hacen dudar de su grado de responsabilidad en la etiopatogenia por lo disímil de las supuestas causas generadoras.

Otra premisa importante es la necesidad de unificar el criterio terapéutico, en razón de que las medicaciones prescritas, opiáceos, miorelajantes, sedantes, bloqueo anestésico regional e inclusive anestesia general, etc. no han dado resultado.

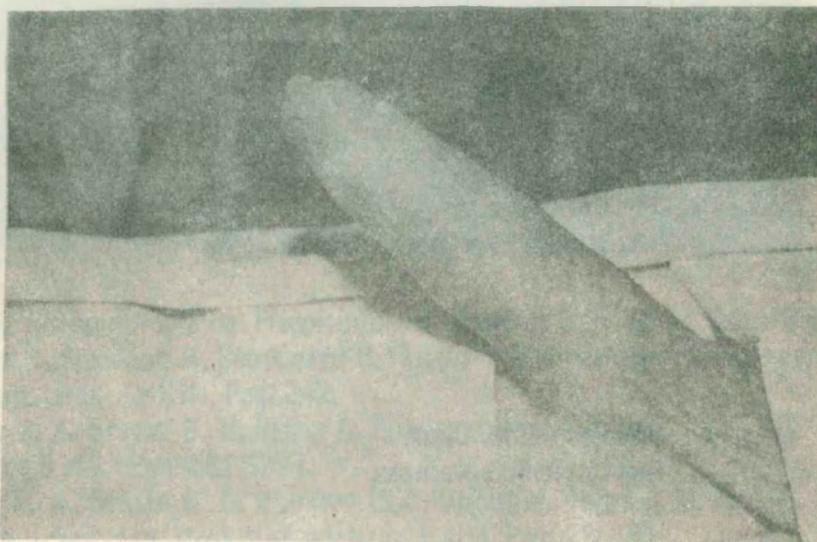
Solo la conducta quirúrgica precoz y el drenaje a través de las maniobras preconizadas, constituyen las pautas fundamentales para una recuperación funcional aceptable.

Otro tratamiento quirúrgico es el realizado por Grayhack esta basado en el drenaje de los cuerpos cavernosos merced a la transposición de la vena safena interna realizando un bay-pass safeno cavernoso uni o bilateral según las circunstancias.

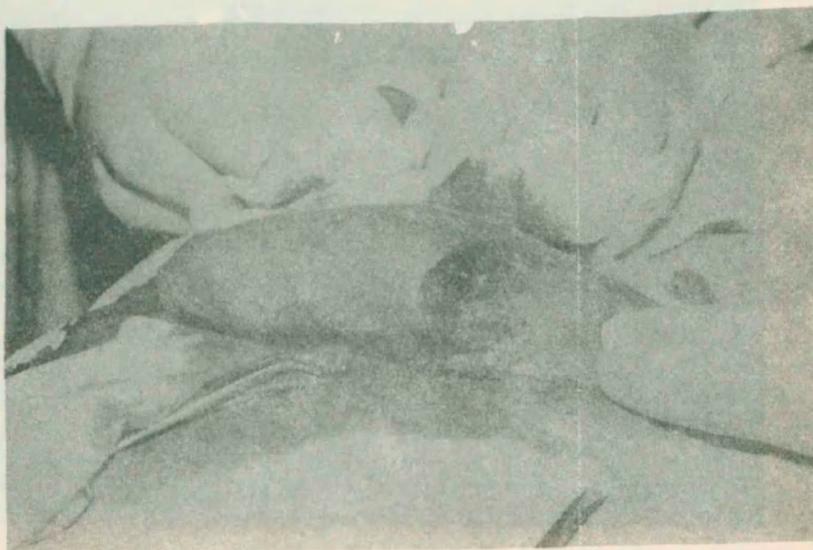
En nuestro país lo realizaron en 1969 Mathis y Berri.

RESUMEN.

Se presentan dos casos de priapismo de disimil e insospechada causalidad, haciéndose consideraciones clínico quirúrgicas en base a la experiencia de cinco casos tratados.



Priapismo. 1er. Caso.
Ingurgitación cavernosa.

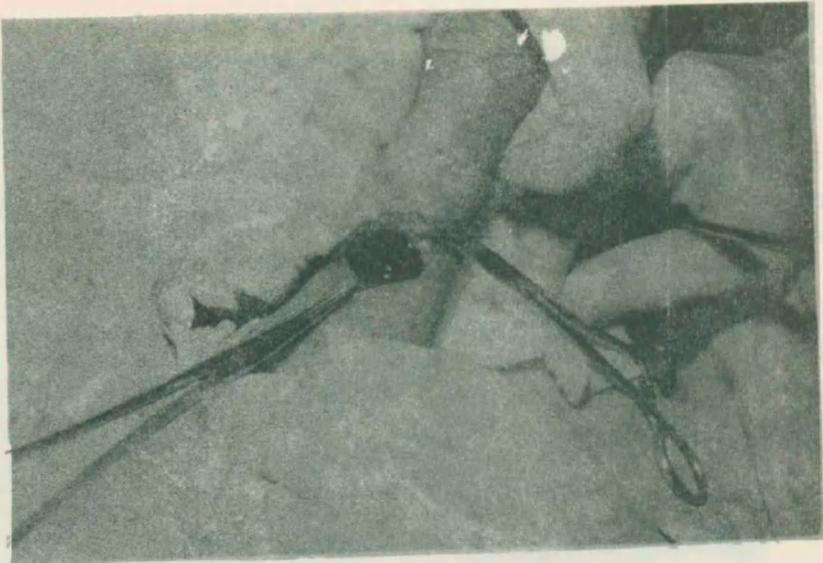


Priapismo. 1er. Caso
Drenaje y detumescencia.

PRIAPISMO"



Priapismo 2do. Caso.
Ingurgitación cavernosa.



Priapismo 2do. Caso
Drenaje y detumescencia.

BIBLIOGRAFIA.

1. Lowsley y Kirwin. Urología Clínica. 1944. Pág. 305.
2. Marion G. Tratado de Urología. Pag. 208.
3. Bernardi R. Priapismo, agudo prolongado por trombosis cavernosa secundaria a un absceso retrobulbar. Rev. Arg. Urol. L. X. V. 1945. Pag. 239.
4. Mathis R. Discusión de la comunicación anterior. Pág. 242.
5. Gorodner. Priapismo. Consideraciones clínicas y terapéuticas. Rev, Arg. Urol. 1946. Pag. 493.
6. Goldaracena y Berri H. Priapismo en el niño. Rev. Arg. Urol. XXXV. 1066.
7. Marquez Bustos J. Priapismo. de 11 días de evolución. Rev. Arg. Urol. 1957. XXVI. Pag. 90.
8. Bra J. Ruiz R. Teiblum V. Priapismo. Rev. Arg. Urol. XXXII. Pág. 234, 1963.
9. Mathis R. Berri H. Priapismo. Tratamiento quirúrgico. Rev. Arg. Urol. XXVIII. 1969, Pag. 76.
10. Fish E. Priapismo. Su tratamiento Rev. Arg. Urol. Jor Rio. Plat. Urol. Num. Esp. 1963.
11. Rubi R. Fisiopatología del Priapismo. Jor Rio Plat. Urol. Num. Esp. 1963.
12. Pagliere H. Soladano R. Scorticatti C. Priapismo de más de un año de evolución. Rev. Arg. Urol. XXXIII. Pag. 242.
13. Castria M. A. Belossi O. R. Saliva J. Priapismo Rev. Arg. Urol. Vol. 40. Numeros 0 al 12 Pag. 367 1971.
14. Castria M. A. Belossi O. R. Ramirez E. A. Botaro A. Nigro J. M. Keegan P. Priapismo Rev. Arg. Urol. Vol. 41 Nros. 5 al 8. Pag. 77, 1972.
15. Castria M. A. Belossi O. R. Ramirez E. A. Priapismo Rev. Arg. Urol. Vol. 42. Nros. 1 al 6 Pag. 52. 1973.

IMPRESO EN MARZO DE 1979