

Papel del cirujano vascular en el priapismo

Role of the vascular surgeon in the priapism

Fernández Herrera JA; Ros Vidal R; Herrera Mingorance JD; Hebberecht López M; Salmerón Febres LM.

Unidad de Gestión Clínica de Angiología y Cirugía Vascul del Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Resumen

El priapismo es una erección persistente de duración mayor de cuatro horas que continúa más allá de la estimulación sexual o no está relacionado con ella. Existen dos tipos principales de priapismo: el venooclusivo o isquémico y el arterial o no isquémico; siendo el primero el de peor pronóstico. Describimos un caso de priapismo isquémico de 24 horas de evolución, en un varón de mediana edad. La patología fue refractaria a todas las terapias de primera línea que se le aplicaron. Finalmente fue necesario realizarle una derivación safeno-cavernosa según la técnica de Greyhack por parte del cirujano vascular de guardia, que fue exitosa. El paciente fue dado de alta a los 4 días sin complicaciones y con detumescencia completa del pene.

Abstract

Priapism is a persistent erection of the penis lasting more than four hours that continues beyond sexual stimulation or is unrelated to it. There are two main types of priapism: the veno-occlusive or ischemic and the arterial or non-ischemic, the first being the one with the worst prognosis. We describe a case of ischemic priapism of 24 hours of evolution in a middle-aged male. The pathology was refractory to all the first-line therapies that were applied. Finally, it was necessary to perform a sapheno-cavernous shunt according to the Greyhack technique by the vascular surgeon, which was successful. The patient was discharged in 4 days without complications and with complete detumescence of the penis.

Palabras clave: Priapismo, Greyhack, Detumescencia.

Keywords: Priapism, Greyhack, detumescence.

INTRODUCCIÓN

El priapismo es una erección persistente de duración mayor de cuatro horas que continúa más allá de la estimulación sexual o no está relacionado con ella.

La incidencia del priapismo oscila entre 0,3 a 1,1 casos cada 100.000 habitantes. Es mayor en Estados Unidos, Latinoamérica y África debido a la mayor prevalencia de drepanocitosis. Ésta supone el principal factor de riesgo, estimándose que la probabilidad de que un paciente con drepanocitosis sufra un episodio de priapismo a lo largo de su vida oscila entre un 29 y un 42% (1).

Existen dos tipos principales de priapismo: el **venooclusivo** o **isquémico** (o de bajo flujo) y el **arterial** o **no isquémico** (o de alto flujo). El tipo isquémico, que es la forma más frecuente (más del 90%), en su mayor parte es idiopático pero hay que descartar otras posibles causas tales como consumo de drogas o medicamentos, enfermedades hematológicas... entre otras. Por otra parte, el tipo no isquémico, suele producirse de forma secundaria a traumatismos perineales o peneanos.

También hay descrito un tercer tipo, el priapismo recurrente, que es una variante del venooclusivo. Estos pacientes

sufren episodios repetidos desde la infancia y su etiología generalmente es idiopática.

Clínicamente, el tipo venooclusivo, se presenta como una erección rígida y dolorosa sin que exista tumescencia del glande o del cuerpo esponjoso. El tipo arterial suele presentarse como erección parcial e indolora. La sangre aspirada de los cuerpos cavernosos tendrá un aspecto oscuro en el priapismo isquémico y pH acidótico; mientras que en el tipo no isquémico, la sangre mostrará un aspecto rojo y claro y un pH normal. Ecográficamente, se diferencian en que el tipo venoso presenta ausencia de flujo en las arterias cavernosas; mientras que el tipo arterial detecta flujo normal o aumentado en las mismas junto con una posible fístula arteriosinusoidal.

El tratamiento varía en función del tipo, pues mientras que el tipo arterial puede manejarse de forma conservadora; el tipo venooclusivo se considera una emergencia urológica para restablecer de inmediato el flujo arterial cavernoso para evitar el daño de los cuerpos cavernosos y, así, preservar la función eréctil, pues ésta está relacionada directamente con la duración del priapismo. En la Figura 1 viene representado un esquema básico del tratamiento del priapismo venooclusivo. (1).



Figura 1. Manejo del priapismo Venooclusivo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 52 años que acude al Servicio de Urgencias nuestro Complejo Hospitalario por presentar episodio de erección dolorosa de 24 horas de evolución tras una sesión de Hemodiálisis.

Como antecedentes reseñables destacan:

- Enfermedad Renal Crónica en Hemodiálisis por pielonefritis crónica secundaria a litiasis urinaria.
- Hipertensión Arterial de más de 20 años de evolución.
- Ictus Hemorrágico en el año 2000.
- Hiperuricemia.
- Hábitos tóxicos: Fumador y bebedor activo. Consumidor ocasional de cocaína.

A la exploración, el paciente presenta erección completa del pene, sugerente de priapismo (ver figura 2). En la analítica, no se encontraron alteraciones relevantes. La gasometría de cuerpos cavernosos indicaba pH acidótico. La Ecografía-Doppler descartaba etiología arterial del priapismo. Ante tales hallazgos, el paciente es diagnosticado de priapismo isquémico y se decide tratamiento quirúrgico emergente.



Figura 2. Pene en erección al ingreso.

Se realizaron, sin éxito, punción y aspiración de cuerpos cavernosos e instilación de fenilefrina, fístulas percutáneas entre cuerpos cavernosos y esponjoso, y múltiples intentos de drenaje de los cuerpos cavernosos.

Ante la ausencia de mejoría, se avisa al Cirujano Vascular de guardia. Realizamos, bajo anestesia general, una derivación safeno-cavernosa derecha según la técnica de Grayhack (2). Ver figura 3:

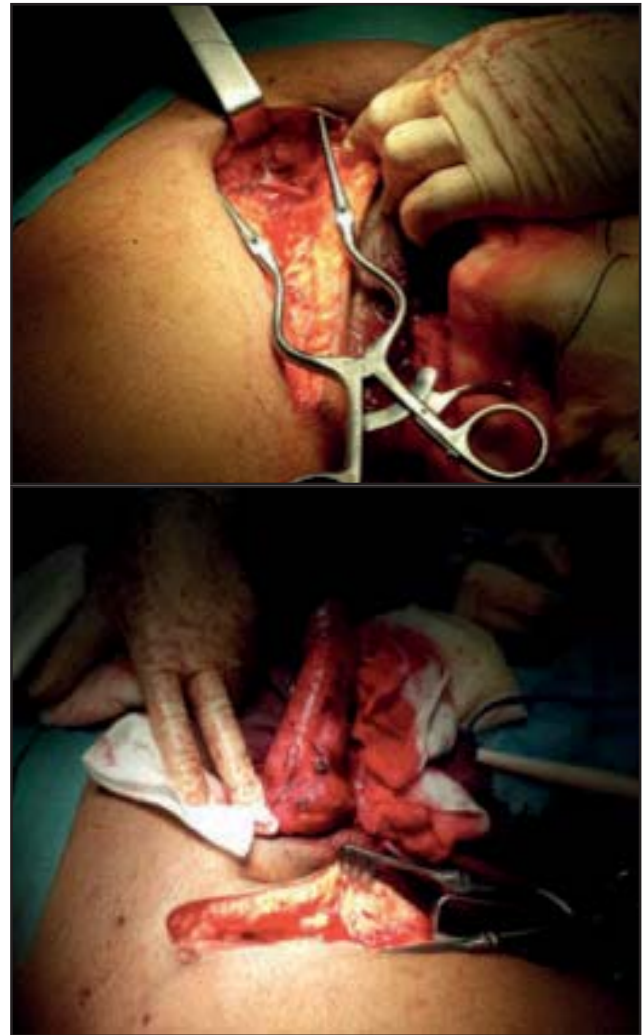


Figura 3. Shunt safeno-cavernoso.

- Disección de 10-15 centímetros de vena safena proximal. Ligamos extremo distal y lo seccionamos, manteniendo su drenaje hacia la unión safeno-femoral.
- Tunnelización subcutánea y abordaje de la albugínea mediante incisión en la base del pene.
- Anastomosis safeno-albugínea mediante sutura continua con monofilamento 6/0.

El procedimiento tuvo éxito técnico, produciéndose la detumescencia del pene en menos de 72 horas. No hubo complicaciones a nivel local ni sistémico ni complicaciones tromboembólicas. Fue dado de alta a los 4 días sin recidiva y con la derivación funcionante.

A los 3 meses, no se han producido recidivas. El paciente presenta Disfunción Eréctil.

DISCUSIÓN

El priapismo de bajo flujo se debe a un desequilibrio entre los mecanismos de vasoconstricción y vasodilatación que desencadena un síndrome compartimental en el pene que puede conducir a un daño irreparable del tejido eréctil con fibrosis del mismo (3-4). El restablecimiento del flujo sanguíneo con el tratamiento da lugar a un síndrome de reperfusión que libera gran cantidad de radicales libres que pueden causar más necrosis y fibrosis (5).

El tratamiento quirúrgico de esta patología está indicado una vez haya fracasado el tratamiento médico del mismo. Lo habitual es comenzar por los shunts distales y si fallan, proseguir por los proximales. No está indicado si el priapismo ha durado más de 72 horas ante la alta tasa de disfunción eréctil. En este caso, lo indicado es implantar una prótesis de pene, bien de forma precoz, bien de forma diferida.

La técnica de Grayhack se trata pues, de un tratamiento de penúltima línea, que se utiliza en los casos refractarios al tratamiento habitual de esta patología. Presenta altas tasas de detumescencia del pene, cercanas al 100%, aunque con tasas de 90% de disfunción eréctil(6). La mayoría de los autores están de acuerdo en que el mecanismo etiopatogénico que desencadena la disfunción eréctil es la fibrosis y la permeabilidad del shunt. Si ésta se presenta a los 3 meses de la cirugía, se podría realizar una ligadura de la derivación tras comprobar previamente la permeabilidad de la misma (7 y 8). Su complicación más grave es de índole tromboembólica.

El principal objetivo de la redacción del caso es el de refrescar a los Cirujanos Vasculares una técnica que, no siendo una técnica compleja, puede ser necesario realizarla con carácter de urgencia y generalmente se desconocen los detalles técnicos al ser poco frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fíter Gómez LI; García Barreras S; Ramírez J. Priapismo. Libro del Residente de Urología.
2. Grayhack JT; McCullough W; O'Connor VJ Jr; Trippel O. Venous Bypass to control priapism. Invest Urol; 1:509-513, 1964.
3. Magoha GA. "Priapism: a historical and update review". East Afr Med J; 72: 399, 1995.
4. Fernández Arancibia MI et al. Diagnóstico y opciones terapéuticas de la erección prolongada y el priapismo: revisión actualizada. Arch. Esp. Urol; 53: 919, 2000.
5. Rodríguez Villalba R. Priapismo. Actas Urol Esp; 29:962, 2005.
6. Nixon RG; O'Connor JL; Milam DF. Efficacy of shunt surgery for refractory low flow priapism: a report on the incidence of failed detumescence and erectile dysfunction. J Urol; 170:883-6, 2003.
7. Vázquez Alonso F; Vicente Prados FJ; Fernández Sánchez A; Pascual Geler M; Funes Padilla C; et al. Priapismo de Bajo Flujo. Tratamiento mediante Shunt safeno-cavernoso. Arch Esp Urol; 60: 300-303, 2007.
8. Moncada J. Potency disturbances following saphenocavernous bypass in priapism (Grayhack procedure). Urologie, 18: 199, 1979.