

Priapismo de alto flujo y larga evolución. Presentación de un caso y propuesta de algoritmo diagnóstico y tratamiento

J. Pagà Carbonell*, L. Peri i Cusi**

*Unitat d'Urologia. Clínica Plató, F.P. Barcelona. **Servei d'Urologia. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

Actas Urol Esp 2005; 29 (7): 708-710

RESUMEN

PRIAPISMO DE ALTO FLUJO Y LARGA EVOLUCIÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y PROPUESTA DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El priapismo de alto flujo representa una patología infrecuente en el campo de la urología y mucho más los casos de larga evolución como el que presentamos. La bibliografía es escasa y los métodos de diagnóstico y tratamiento no han evolucionado en muchos años.

Presentamos un caso de priapismo de alto flujo de 30 años de evolución, bien tolerado, y hasta deseado por el "paciente" y proponemos un nuevo algoritmo de diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Priapismo de alto flujo. Lesiones vasculares. AngioRNM.

ABSTRACT

LONG-TERM HIGH-FLOW PRIAPISM. CASE REVIEW AND PROPOSAL OF DIAGNOSTIC ALGORITHM AND TREATMENT

High-flow priapism is an infrequent pathology in Urology, specially long term cases as the one we present. Literature is scarce and both diagnostic methods and treatment have remained unchanged for many years

We present a high flow priapism case that has lasted for 30 years, but which is well tolerated and even desired by the "patient". Furthermore, we propose a new diagnostic algorithm and treatment.

Keywords: Vascular diseases. High flow priapism. AngioMRI.

Dentro de la clasificación del priapismo en 2 grupos (alto y bajo flujo), el de alto flujo se define por un aumento del flujo sanguíneo arterial en los cuerpos cavernosos del pene, que da lugar a una erección mantenida con buena oxigenación tisular. El primer caso de priapismo de alto flujo fue publicado en 1960¹, pero no es hasta 1990 que se describe su fisiopatología^{2,3}.

En la bibliografía se han descrito 202 casos, siendo la principal causa los traumatismos perineales⁴ y más frecuentemente en adultos.

Históricamente el diagnóstico se basa siempre en la gasometría intracavernosa y la arteriografía de las arterias pudendas. Algunos autores utilizan, antes de la angiografía, el doppler color.

El tratamiento aconsejado es siempre de "urgencia diferida, por el peligro de fibrosis de los cuerpos cavernosos y la subsiguiente impotencia" y consiste en la embolización supraselectiva de la fistula arteriovenosa y, en casos extremos, en la ligadura de la arteria pudenda interna^{5,6,8}. Especialmente en niños, se han utilizado tratamientos conservadores como el frío local, la compresión perineal, la inyección intracavernosa de azul de metileno o de agonistas alfa-adrenérgicos, con resultados diversos⁷.

También son diversos los resultados obtenidos con la embolización, especialmente en cuanto a recurrencias y a impotencia posterior, que puede alcanzar el 20% de los casos⁸.

CASO CLÍNICO

Varón de 35 años, con antecedentes de lúes, hepatitis no filiada y circuncisión a los 4 años, que consulta por bifidez del chorro miccional.

A la exploración, el meato es normal y no hay fistulas. Llama la atención un pene más grande de lo que se podría considerar normal y una erección de los cuerpos cavernosos, sin participación del glande. (Fig. 1).



FIGURA 1

Reinterrogado, afirma estar en esta situación desde que recuerda y que, de niño, sujetaba el pene con un cordel a la cintura para que no se notara su erección. Sobre su actividad sexual, afirma su opción homosexual y su satisfacción por el tamaño de su pene y su permanente erección, que le permite coitos sucesivos e indefinidos. No presenta ningún problema de eyacuación.

Se practica ecodoppler peneano, con valores de tiempo/velocidad en cuerpos cavernosos compatibles con la erección (velocidad sistólica cavernosa derecha de 51 cm/seg y de 41 cm/seg en el lado izquierdo). Probable fistula arterio-cavernosa en la porción proximal del cuerpo cavernoso derecho (Fig. 2).

La angioRNM demuestra fistula arteriocavernosa en el lado derecho, que está presente tanto en la fase arterial como en la venosa y que confirma el diagnóstico de priapismo arterial de alto flujo (Fig. 3).

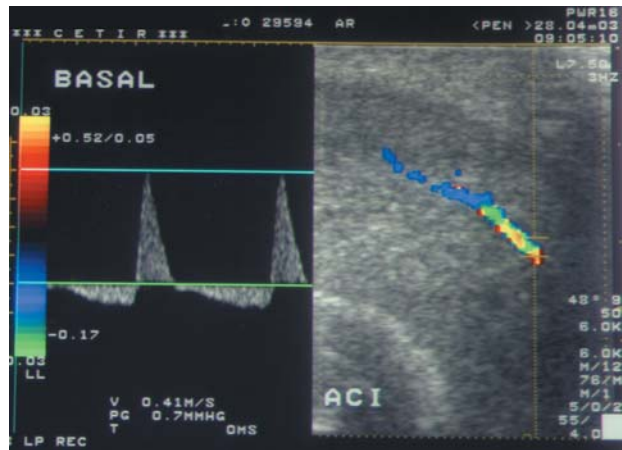


FIGURA 2

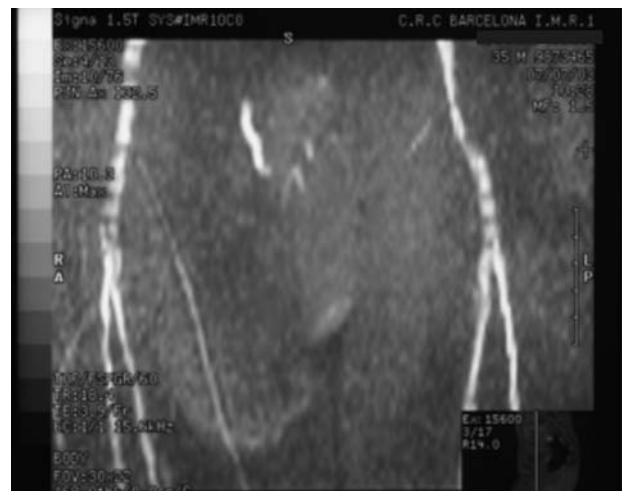


FIGURA 3

DISCUSIÓN

El curioso motivo de la consulta, la bifidez del chorro miccional, se explica por la compresión de los cuerpos cavernosos sobre la uretra y no tiene más trascendencia.

La etiología de la fistula, al no existir ningún antecedente traumático, sólo se podría explicar por una lesión en la arteria cavernosa y del cuerpo cavernoso derecho, en una anestesia troncular que acompañara a una sedación en la circuncisión que se le practicó a los 4 años. De hecho, coincide en el tiempo y hay casos descritos de priapismo de alto flujo por lesiones durante la inyección intracavernosa de sustancias vaso activas.

Las extraordinarias medidas del pene se podrían explicar por la sobrepresión mantenida en los cuerpos cavernosos en la edad prepuberal y de crecimiento.

Sólo hemos encontrado un caso en toda la literatura de priapismo de alto flujo de tan larga evolución, más de 30 años⁹, y, de hecho, todos los autores aconsejan un tratamiento inmediato por desconocer las complicaciones que podría ocasionar, como fibrosis e impotencia, pero ninguno está documentado^{5,7}. Se ha atribuido la fibrosis a una lesión obstructiva de la arteria cavernosa contra lateral, ocurrida en el mismo traumatismo que provocaría una reducción de la oxigenación. Parece demostrado, en este caso, que la no intervención, no provoca lesiones en los cuerpos cavernosos pues, si bien es cierto que existe una hiperpresión, la oxigenación de los cuerpos cavernosos es correcta y esto puede evitar la fibrosis¹⁰.

CONCLUSIONES

El tratamiento cruento del priapismo de alto flujo no es obligatorio. Se trata únicamente de un posible problema social y psicológico y es el paciente el que debe decidir.

La gasometría de los cuerpos cavernosos, la arteriografía con contraste y la embolización más o menos selectiva no están exentas de riesgo: abscesos, infección, dolores glúteos, anafilaxia e impotencia. Por ello, nuestra propuesta diagnóstica consiste en la exploración clínica (ausencia de dolor, erección habitualmente parcial sin participación del cuerpo esponjoso) y en la utilización de pruebas complementarias no invasivas: el ecodoppler, que nos ofrece un diagnóstico casi definitivo, y la angiografía, que nos ofrece imágenes diagnósticas definitivas.

No hemos encontrado en la literatura ni ninguna referencia respecto al posible papel de la angiografía en el diagnóstico de priapismo y cree-

mos que es una exploración a tener muy en cuenta. La arteriografía invasiva debería reservarse para los casos en que, de antemano, se ha decidido una embolización en el mismo acto.

REFERENCIAS

1. Burt FG, Schirmer HK, Scout WW. A new concept in the management of priapism. *J Urol* 1960;83:60-61.
2. Witt MA, Goldstein I, Sáenz de Tejada I, Greenfield A, Krane RJ. Traumatic laceration of intracavernosal arteries: the pathophysiology of nonischemic, high flow, arterial priapism. *J Urol* 1990;143:129-132.
3. Burnett A. Pathophysiology of priapism: dysregulatory erection physiology thesis. *J Urol* 2003;170:26-34.
4. Kuefer R, et al.: Changing diagnostic and therapeutic concepts in high-flow priapism. *Int J Impot Res online publication* 1 julio;2004.
5. Ciampalini S, Savoca G, Buttazzi L, Gattuccio I, Mucelli FP, Bertolotto M, De Stefani S, Belgrano E.: High-flow priapism: treatment and long-term follow-up. *Urology* 2002; 59(1):110-113.
6. Shapiro T, Berger RE: Post-traumatic priapism treated with selective cavernosal artery ligation. *Urology* 1997;49: 638-643.
7. Hatzichristou J, et al.: Management strategy for arterial priapism: therapeutic dilemmas. *Journal of Urology* 2002; 168(5):2074.
8. Savoca G, Pietropaolo F, Scieri F, Bertolotto M, Mucelli FP, Belgrano E: Sexual function after highly selective embolization of cavernous artery in patients with high-flow priapism: long-term follow-up. *Journal of Urology* 2004;172: 644-647.
9. Hakim LS, Kulaksizoglu H, Mulligan R, Greenfield A, Goldstein I. Evolving concepts in the diagnosis and treatment of arterial high flow priapism. *Journal of Urology* 1996;155(2):541-548.
10. Melman A, Serels S. Priapism, *International Journal Impotence Research* 2000;12(suppl.4):S133.

Dr. J. Pagà Carbonell
C/ Mallorca, 451 - b, 1º, 4ª
08013 - Barcelona
e-mail: paga@menta.net

(Trabajo recibido el 5 noviembre 2004)