

## **Tratamiento quirúrgico del priapismo por derivación safenocavernosa**

Dres. ROMULO DANZA, HECTOR SCHENONE y JOSE ARIAS \*

La derivación safenocavernosa en el tratamiento del priapismo es una terapéutica que fue preconizada en 1964 por Trippel, sin embargo no existe una gran experiencia mundial en la misma lo que se encuentra, sin duda, en relación con el hecho que el priapismo es una afección poco frecuente sobre todo en su forma idiopática.

En la literatura internacional se encuentran comunicaciones de casos aislados y otras basadas en dos casos. En nuestro medio no se ha comunicado.

El objeto de esta presentación es relatar un caso tratado con esta terapéutica e insistir en algunos conceptos de oportunidad operatoria y técnica quirúrgica.

Enf. A. S. 35 años, casado. Desde el día 14-X-71 presenta priapismo doloroso de instalación brusca y con antecedente de haber tenido cuadro anterior que retrocedió espontáneamente luego de 8 horas de duración.

El enfermo se encontraba en tratamiento de una hipertensión esencial tomando "Lerón" medicamento que como el resto de los hipotensores ha sido incriminado en la producción de priapismo.

Luego que el cuadro se mantiene varias horas consulta médico que indica internación y medicación sedante así como cocktail lítico.

En los días sucesivos se intenta anestesia peridural y medicación anticoagulante con calcieparina fracasando ambas.

A los 11 días de iniciado el cuadro somos llamados en consulta por el Dr. Schenone. Al examen en ese momento el pene se encontraba cianótico, edematoso con zonas de piel agrietada.

Se decide entonces la realización de "bypass" safenocavernoso de urgencia.

Intervención: 25-X-71. Dres. Danza, Arias y Schenone. Se realiza abordaje de la base del cuerpo cavernoso derecho y luego amplia incisión de la base del mismo retirando un pequeño fragmento de su pared para realizar una mejor limpieza de los coágulos y el material trombótico que se encontraba en el interior del mismo. La sangre se encontraba muy modificada y se deben esperar alrededor de 20 minutos con sucesivas compresiones y lavados con suero y heparina para que se obtenga un sangrado adecuado del cuerpo cavernoso. Inclusive para asegurar un buen flujo al "bypass" se deben cortar algunas de las trabéculas que dividen la parte interna del cuerpo cavernoso; esto a su vez permite unas irrigaciones

de suero y heparina realizadas con sonda Nélaton fina.

Se realiza entonces otra incisión en la región crural disecando la vena safena en unos 10 cm. Esqueletizándola y dejándola unida a su desembocadura femoral. Se rota 90° hasta colocarla horizontal pero cuidando especialmente que no se rote sobre su eje longitudinal. Se anastomosa la parte distal de la safena, luego de tunelizarla, con el orificio en la base del cuerpo cavernoso por el que se había extraído el material trombótico del mismo.

La sutura se hace cuidadosamente con seda 000.000 en surget. Al soltar el clamp de Cooley que comprimía el cuerpo cavernoso se aprecia que el injerto funciona perfectamente.

El trayecto del túnel que une la incisión crural con la base del pene se hace detrás del cordón espermático para evitar toda angulación.

### **EVOLUCION**

En el postoperatorio se mantiene la heparinización, que se había comenzado en el acto quirúrgico, por 48 horas. Luego se continúa con dicumarínicos por un mes manteniendo el tiempo de protrombina en alrededor del 20 %.

Se realizan masajes periódicos del pene, y movimientos periódicos del miembro inferior. Es claro que, cuando el pene tiene un estado de semierección, basta con realizar varios movimientos de la pierna para que éste disminuya de calibre, lo que indica la buena permeabilidad del injerto.

El pene recupera rápidamente su tamaño normal, así como su coloración. Desaparece en pocos días el edema del mismo.

La consistencia del pene se mantiene en el postoperatorio algo aumentada lo que sin duda se encuentra en relación a la fibrosis consecuencia de la prolongada evolución preoperatoria de este caso.

El enfermo es dado de alta a los 10 días de la intervención. Hasta el momento no ha recuperado erecciones normales pero relata semierecciones nocturnas.

### **CONCLUSIONES**

1º) Se presenta un caso de priapismo tratado por derivación safenocavernosa.

2º) El enfermo, de 35 años, presentaba como único antecedente importante el hecho de haber sido tratado con hipotensores ("Lerón").

3º) A pesar del retroceso espectacular en el postoperatorio inmediato de todos los signos del priapismo, el enfermo hasta el momento no ha recuperado erecciones normales, debiéndose tener en cuenta el tiempo transcurrido antes de la operación (11 días).

\* Docente Adscripto en Cirugía, Profesor Adjunto de Urología, Adjunto de Cirugía. Fac. Med. Montevideo. Presentado el 26 de abril de 1972.

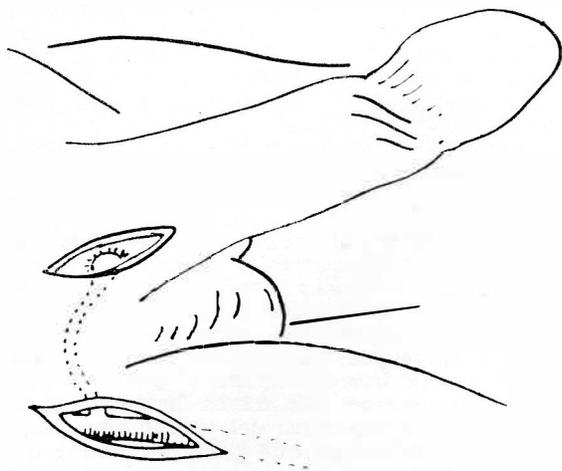


FIG. 1.—Esquema de la derivación safenocavernosa.

4º) Creemos que el caso relatado apoya el concepto de que el priapismo debe ser tratado de urgencia luego de 24 o 48 horas de instalado con derivación safenocavernosa.

5º) Se señalan algunos detalles técnicos empleados y los especiales cuidados a tener en la realización de esta técnica que implica una sutura venovenosa con todo lo que esto significa como peligro de trombosis.

## RESUMEN

Se presenta un caso de priapismo tratado mediante derivación safenocavernosa con buen resultado inmediato. Se insiste en la necesidad de considerar esta situación como una urgencia y tratarla mediante el procedimiento relatado.

## RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de priapisme traité par dérivation saphéno-caverneuse, avec résultat favorable immédiat, où l'on insiste sur la nécessité de considérer cette situation comme d'urgence et de la traiter suivant le procédé décrit.

## SUMMARY

One case of priapism is treated through saphenous-cavernous by-pass with good immediate results. Insistence is laid on the need of considering this situation as an urgency procedure and treating it as indicated hereinabove.

## BIBLIOGRAFIA

1. EADIE, D. y BROCK, T. Corpus saphenous by-pass in the treatment of priapism. *Brit. J. Surg.*, 57: 172, 1970.
2. MARTINEZ, M., SHARMA, T. C., MAC DONALD, G. and SMITH, B. *Archs. Surg.*, 98: 81, 1969.