

Derivación safenocavernosa en el tratamiento del priapismo

Dres. MILTON E. MAZZA, FRANCISCO CRESTANELLO, JUAN A. CASTIGLIONI, HECTOR SCHENONE 'y LUIS GARCIA *

El priapismo, "erección continuada del pene, no acompañada por deseo sexual ni satisfecha por el coito y que permite la emisión de orina" (9), desaparece habitualmente de modo espontáneo o como consecuencia del tratamiento instituido, en lapsos variables de horas, semanas o meses.

Cuando se mantiene durante un tiempo prolongado se produce una recanalización de la trombosis de los cuerpos cavernosos acompañada de una fibrosis de los mismos. Es la fibrosis la que determina la imposibilidad ulterior de erección del pene. La impotencia es muy frecuente después de priapismo.

* Asistentes de Clínica Quirúrgica, Adjunto de Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto de Urología y Médico Auxiliar de Urología, Fac. Med. Montevideo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" Prof. R. Rubio y Clínica Urológica Prof. J. Lockhart de la Fac. Med. Montevideo. Presentado el 26 de abril de 1972.

El objetivo básico del tratamiento es doble: por un lado propende a la detumescencia del pene, y por otro a que no se produzca la fibrosis.

El tratamiento médico muchas veces es incapaz de hacer ceder el priapismo de inmediato, lo que determina que se siga de muy frecuentes impotencias.

Múltiples son las medidas conservadoras ensayadas: refrigeración local, sedación del paciente, infiltración anestésica del simpático lumbar, etc. Más recientemente se ensayaron los anticoagulantes y fibrinolíticos.

Su eficacia no ha sido mayor que la de los recursos clásicos, incluso se ha desarrollado priapismo en enfermos tratados con anticoagulantes por otros motivos.

Ante el fracaso de los métodos médicos se recurrió a la cirugía. En 1834 Callaway (1), incide por primera vez el cuerpo cavernoso y cura a su enfermo que queda impotente. Otro recurso quirúrgico, es la ligadura de las arterias pudendas internas.



FIG. 1.— Aspecto del pene.

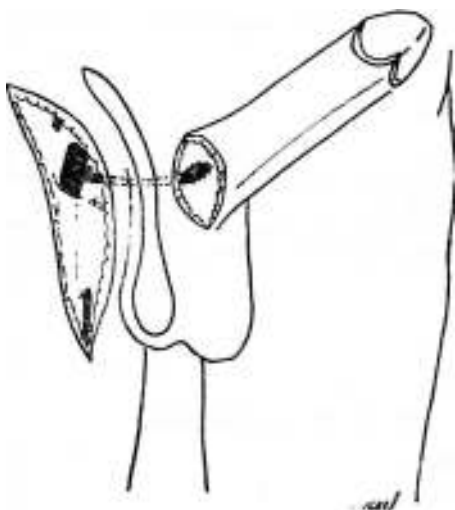


FIG. 2.— Esquema del procedimiento.

En 1964 Grayhack y col. (6) proponen el uso de la vena safena interna como vía derivativa de la sangre desde los cuerpos cavernosos a la vena femoral.

En los años siguientes se reportan varios casos más de utilización de esta técnica con buen resultado inmediato y ulterior recuperación de la erección en la mayor parte (2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11).

Habiendo tenido ocasión de tratar un caso de priapismo por derivación safenocavernosa hemos juzgado de interés comunicar el caso a la Sociedad de Cirugía.

OBSERVACION

J. A. de 54 años ingresa al Sanatorio N° 1 del Casmu, por priapismo datando de 24 horas, aparecido a continuación de un coito prolongado. Es visto por el Prof. Adj. Schenone quien ensaya las medidas conservadoras habituales sin resultado. Ante el fracaso de las mismas nos propone la realización de una de-

rivación safenocavernosa la que se practica a las 48 horas de iniciado el cuadro.

El aspecto del pene al momento de la operación se aprecia en la fig. 1.

Operación: 12-IV-72. Anestesia general doctor Darío Quiroz (h.).

Cirujanos: Dres. Mazza, Crestanello, Schenone y Castiglioni.

Se prepara la vena safena interna derecha en sus últimos 20 cms. a través de una incisión vertical en el triángulo de Scarpa. Se ligan todas sus colaterales y se la secciona distalmente entre dos ligaduras quedando el cayado de la vena como pivot de rotación.

Se expone la base del cuerpo cavernoso derecho a través de una incisión de 4 cms. colocada en la base del pene y perpendicular al eje del mismo. Se disea hasta dejar al descubierto la albugínea del cuerpo cavernoso. Un túnel subcutáneo que pasa por detrás del cordón espermático pone en comunicación las dos incisiones. Se incindió la albugínea del cuerpo cavernoso y se dio salida a algunos coágulos y sangre oscura. Al cabo de pocos segundos el pene se puso flácido lo que coincidió con la salida de sangre de aspecto arterial por la incisión de la albugínea.

En la fig. 3 se ve muy bien el chorro de sangre.

La incisión de la albugínea se cerró con puntos de lino por no considerarla adecuada para anastomosis con la vena safena. Al suturarla se observó claramente que el pene volvía a la erección. Se practicó una nueva incisión de 1.5 cms. paralela al eje peneano. Volvió a verificarse la salida de sangre roja. Se pasó la vena safena por el túnel subcutáneo previamente labrado y se anastomosó la vena a la albugínea del cuerpo cavernoso con doble surjet con mersilene 5-0.

La fig. 4 muestra la anastomosis terminada. Se observa que el pene está flácido. Las incisiones se suturaron sin drenaje.

Para el postoperatorio se indicó masaje del pene cada 15 minutos a efectos de evitar la trombosis precoz del by-pass. Al principio se instituyó heparina por vía i/v en goteo continuo pero se la suspendió porque se produjo un hematoma del escroto aunque no muy im-

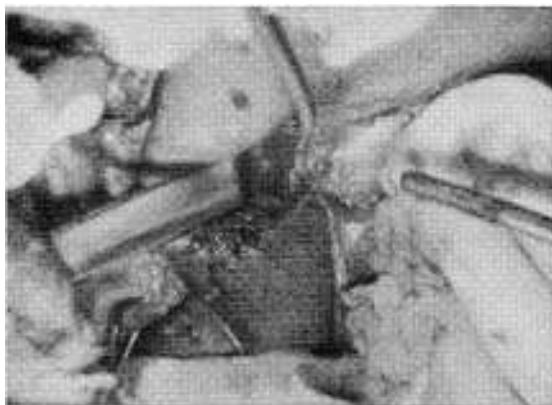


FIG. 3.— Tiempo final.

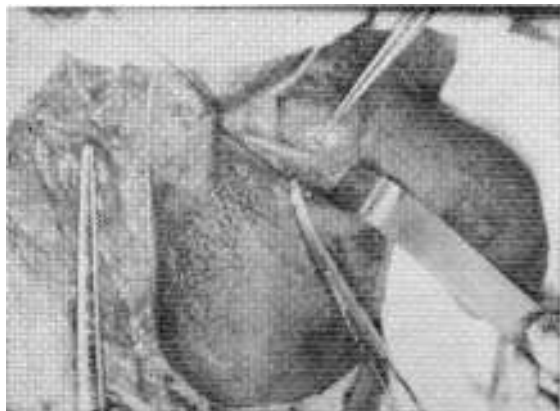


FIG. 4.— Resultado de la operación



FIG. 5.— Fotografía del procedimiento.

portante. Se continuó con tromexan. El curso ulterior se desarrolló sin incidentes y el paciente fue dado de alta a los 15 días. Dos meses más tarde el priapismo no se había reproducido. No se habían producido nuevas erecciones, lo que el paciente atribuyó al alejamiento cuidadoso de los estímulos eróticos por temor a que la situación se repitiera (fig. 5).

COMENTARIOS

El priapismo resulta de la ingurgitación sanguínea de los cuerpos cavernosos, en tanto que el cuerpo esponjoso y el glándula no participan del proceso.

Su mecanismo de producción es habitualmente un obstáculo al drenaje venoso del pene.

Si el proceso no cede rápidamente los cuerpos cavernosos se repermeabilizan al cabo de un lapso muy variable, pero quedando fibrosados, lo que explica la impotencia. De allí la necesidad de asegurar una rápida evacuación de la sangre acumulada en los cuerpos cavernosos.

Dado que anatómicamente ambos cuerpos cavernosos comunican entre sí resulta adecuado el drenaje de uno solo de ellos.

La derivación safenocavernosa es una técnica simple que requiere un manejo correcto de los principios de la cirugía vascular.

Debe ser practicada lo más precozmente posible. Para que resulte eficaz debe mantenerse permeable el tiempo suficiente para que se restablezca el drenaje venoso del pene por sus vías naturales.

Los casos publicados hasta el presente enseñan que el objetivo primario de desaparición inmediata del priapismo se obtiene de modo constante. En algunos pacientes sin embargo no se logra evitar la impotencia. Es difícil establecer la causa exacta de la misma dada la multiplicidad de factores que pueden determinarla.

También parece necesario admitir que si la derivación permanece permeable de modo indefinido, ella puede impedir las erecciones al determinar un escape continuo de la sangre que lleva al pene. Ello nos llevaría a suponer que en los casos de recuperación de la erección la derivación se obliteró. Por otra parte en ciertos pacientes la supresión de la derivación por compresión manual de la zona del cayado de la safena no produce erección, lo que debe coincidir con la reinstalación del drenaje venoso del pene.

Muchas de estas incógnitas podrían ser aclaradas por un estudio con sustancia de contraste de la derivación por punción del cuerpo cavernoso. Nuestro paciente no acepta por el momento la realización de este estudio.

RESUMEN

Se presenta una observación de derivación safenocavernosa para tratar un priapismo idiopático. El procedimiento resultó eficaz para controlar la situación aguda. No han habido erecciones ulteriores.

A propósito de la observación se hacen comentarios sobre la afección y su tratamiento quirúrgico.

RÉSUMÉ

Présentation d'une observation de dérivation saphéno-caverneuse dans le traitement d'un priapisme idiopathique. Le procédé s'avéra efficace pour contrôler la situation aiguë. Il n'y eut pas d'érections ultérieures. A propos de cette observation il est fait des commentaires sur l'affection et son traitement chirurgical.

SUMMARY

A safeno-cavernous by-pass was performed as treatment of idiopathic priapism. It proved effective in control of acute situation. No further erections occurred.

BIBLIOGRAFIA

1. CALLAWAY, T. Citado en (2).
2. CHINDAVIJAC, K., OLDFORD, J. *Grace Hospital Bulletin*, 48: 78, 1970. Resumido en *Médico Moderno* de noviembre 1971.

3. EADIE, D., BROCK, T. Corpus saphenous by pass in the treatment of priapism. *Brit. J. Surg.*, 57: 172, 1970.
 4. GARRET, R. A., RHAMY, D. *J. Urol.*, 95: 65, 1966.
 5. GRACE, D., SINTER, C. Priapism: An appraisal of management of twenty three patients. *J. Urol.*, 99: 301, 1968.
 6. GRAYHACK, S., McCULLOUGH, W., O'CONOR, W., TRIPPEL, O. *Invest. Urol.*, 1: 509, 1964.
 7. HOWE, G. D., PRENTISS, R. J., COLE, J. W. Priapism: A surgical emergency. *J. Urol.*, 101: 576, 1969.
 8. KANDEL, G., BENDER, L., GROVE, J. Pulmonary embolism: A complication of corpus-saphenous shunt for priapism. *J. Urol.*, 99: 196, 1968.
 9. LOCKHART, J. *Urologia Clínica*. 1 vol. Ed. Delta, Montevideo, 1961.
 10. MARTIN, D. C., SCHPIRO, A., BURKHOLDER, G. V. Corpus cavernosum saphenous vein anastomosis for priapism. *J. Urol.*, 102: 221, 1969.
 11. MARTINEZ, M., SHARMA, T., MAC DONALD, G. SMIYTH, N. S. Operative management of priapism secondary to sickle cell trait. *Arch. Surg.*, 98: 81, 1969.
-