



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Vázquez Alonso, Fernando; Vicente Prados, Francisco Javier; Fernández Sánchez, Antonio; Pascual Geler, Manrique; Funes Padilla, Carlos; Rodríguez Herrera, Francisco; Martínez Morcillo, Antonio; Cózar Olmo, José Manuel; Espejo Maldonado, Eduardo; Tallada Buñuel, Miguel
Priapismo de bajo flujo: Tratamiento mediante shunt safeno-cavernoso
Archivos Españoles de Urología, vol. 60, núm. 3, 2007, pp. 300-303
Editorial Iniestares S.A.
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013938014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

rece en el contexto de la tromboangeítis obliterante, tromboflebitis idiopática o a consecuencia de traumatismos directos. La flebitis de Mondor es una rara entidad que cursa con dolor e induración dorsal y su etiología puede ser traumática, neoplásica, por excesiva actividad sexual o prolongada abstinencia, pudiendo cursar de forma aguda, subaguda o crónica. El diagnóstico se realiza mediante ecodoppler y el tratamiento se basa en antiinflamatorios y sustancias heparinizantes locales, reservándose el manejo quirúrgico con trombectomía o resección de la vena dorsal para casos persistentes. Por último, la angeítis subaguda se presenta como manifestación de una PAN o de una angeítis por drogas (9).

En cuanto al tratamiento se recomienda actitud expectante y abstinencia sexual durante 3-4 semanas. A pesar de que han sido mencionados tratamientos con antibióticos, antivíricos, corticoides, venotónicos, etc (1-6), habitualmente no son necesarios dado el carácter autorresolutivo de la lesión, aunque en casos excepcionales de persistencia o recidivas frecuentes podría estar indicada la extirpación quirúrgica del cordón linfático (1).

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. MARIÑO DEL REAL, J.; MURILLO MIRAT, J.; CABALLERO GÓMEZ, M. y cols.: "Linfangitis esclerosante no venérea del pene. Presentación de dos casos clínicos". *Actas Urol. Esp.*, 26: 215, 2002.
- **2. MURILLO MIRAT, J.; SOLER FERNÁNDEZ, J.; TORRUBIA MORENO, F.J. y cols.: "Linfangitis esclerosante no venérea del pene". *Arch. Esp. Urol.*, 45: 705, 1992.
- *3. CANTALEJO, C.; FERNÁNDEZ CREHUET, J.L.; MARCOS, A. y cols.: "Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis: presentation of a clinical case". *Actas Dermosifiliogr.*, 96: 395, 2005.
- *4. ROSEN, T.; HWONG, H.: "Sclerosing lymphangitis of the penis". *J. Am. Acad. Dermatol.*, 49: 916, 2003.
- 5. THOMAS, P.; BALL, J.R.; PICKETT, J.: "Traumatic lymphangitis of penis". *Urology.*, 6: 594, 1975.
- 6. LEVENTHAL, L.C.; JAWORSKY, C.; WERTH, V.: "An asymptomatic penile lesion. Circular indurated lymphangitis of the penis: concurrent syphilis". *Arch. Dermatol.*, 129: 366, 1993.
- 7. SIEUNARINE, K.: "Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penis asociated with masturbation". *Br. J. Urol.*, 59: 194, 1987.
- 8. ZUFALL, R.: "Lymphangiectasis of penis". *Urology.*, 19: 53, 1982.
- 9. KUMAR, B.; NARANG, T.; RADOTRA, B.D. y cols.: "Mondors disease of penis: a forgotten disease". *Sex Transm. Infect.*, 81: 480, 2005.

PRIAPISMO DE BAJO FLUJO. TRATAMIENTO MEDIANTE SHUNT SAFENO-CAVERNOSO.

Fernando Vázquez Alonso, Francisco Javier Vicente Prados, Antonio Fernández Sánchez, Manrique Pascual Geler, Carlos Funes Padilla, Francisco Rodríguez Herrera, Antonio Martínez Morcillo, José Manuel Cózar Olmo, Eduardo Espejo Maldonado y Miguel Tallada Buñuel.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. España.

Resumen.- OBJETIVO: Se presenta el caso clínico de un varón de 21 años con priapismo de bajo flujo de 36 horas de evolución, su diagnóstico y su posterior tratamiento.

MÉTODOS: Se realiza una revisión bibliográfica de la etiología, fisiopatología, diagnóstico y diferentes tratamientos posibles.

RESULTADOS: El paciente es sometido a la punción-aspiración de sangre intracavernosa con inyección de fenilefrina y lavados con suero fisiológico sin éxito. Posteriormente se realiza una derivación cavernoesponjosa, primero según la técnica de Winter seguida de la de Al Ghorab, respondiendo finalmente a la realización de un shunt safeno-cavernoso.

Correspondencia

Fernando Vázquez Alonso
Alminares del Genil, nº 7, 5º C.
18006 Granada. (España)
fernando.vazquez.alonso.sspa@juntadeandalucia.es

Trabajo recibido: 4 de septiembre 2006

CONCLUSIONES: La realización de un shunt safeno-cavernoso es un tratamiento eficaz para la resolución de un priapismo de bajo flujo rebelde al tratamiento médico-quirúrgico habitual.

Palabras clave: Priapismo. Shunt safeno-cavernoso. Disfunción eréctil.

Summary.- OBJECTIVE: We report the clinical case of a 21-year-old male presenting with a 36 hour history of low flow priapism, its diagnosis and treatment.

METHODS: We performed a bibliography review on the etiology, physiopathology, diagnosis and treatment options. **RESULTS:** The patient underwent unsuccessful puncture-aspiration of intracavernous blood with phenylephrine injection and cavernous irrigation with saline solution. A cavernous-spongiosum shunt was performed subsequently, firstly using the Winter technique and followed by the AlGhorab technique with a final positive response.

CONCLUSIONS: The performance of a sapheno-cavernous shunt is an effective treatment for the low flow priapism resistant to usual medical-surgical treatment.

Keywords: Priapism. Sapheno-cavernous shunt. Erectile dysfunction.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente sin antecedentes de interés que desarrolló un cuadro de priapismo de bajo flujo rebelde al tratamiento médico-quirúrgico habitual y precisó la realización de un shunt safeno-cavernoso para su resolución definitiva.

CASO CLÍNICO

Varón de 21 años que acude a Urgencias por erección peneana mantenida y dolorosa de 36 horas de evolución. No refiere antecedentes personales de interés, ni episodios similares. No obstante, manifiesta haber consumido marihuana tres días antes del cuadro clínico.

A la exploración se aprecia pene en erección, con ambos cuerpos cavernosos muy indurados y sin participación del glande.

Se practica hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos. Se realiza gasometría de cuerpos cavernosos con los siguientes valores: PO₂:0.6mmHg; PCO₂: 124; pH: 6.79 siendo compatibles con priapismo de bajo flujo.

Como primera medida terapéutica se realiza, bajo monitorización electrocardiográfica y de la tensión arterial, punción- aspiración de sangre intracavernosa y posterior inyección intracavernosa de fenilefrina (5 inyecciones de fenilefrina 0.5mg cada 5 minutos) y por último lavado con suero salino fisiológico, consiguiendo la detumescencia del pene.

A las 24 horas recidiva el cuadro clínico comprobándose un aumento de la tumescencia peneana por lo que se realiza una ecografía doppler que objetiva un aumento de tamaño de los cuerpos cavernosos con marcado edema de los mismos. Aparecen áreas hipocogénicas mal delimitadas que corresponden a zonas isquémicas; no se recoge flujo arterial en el interior de la arteria cavernosa.

Como segunda maniobra terapéutica se realiza shunt caverno-esponjoso según técnica de Winter. Ante la no resolución en el cuerpo cavernoso derecho, se practica un shunt caverno-esponjoso siguiendo la técnica de Al Ghorab, mediante una incisión transversal en la cara dorsal del glande a 1cm del surco balanoprepucial. Retiramos una porción de albugínea en la parte distal de cada cuerpo cavernoso. Con este procedimiento conseguimos una detumescencia total.

Al día siguiente el cuadro vuelve a recidivar, por lo que se decide realizar shunt safeno-cavernoso derecho según técnica de Grayhack, con resultado satisfactorio. Para ello realizamos una incisión crural longitudinal,

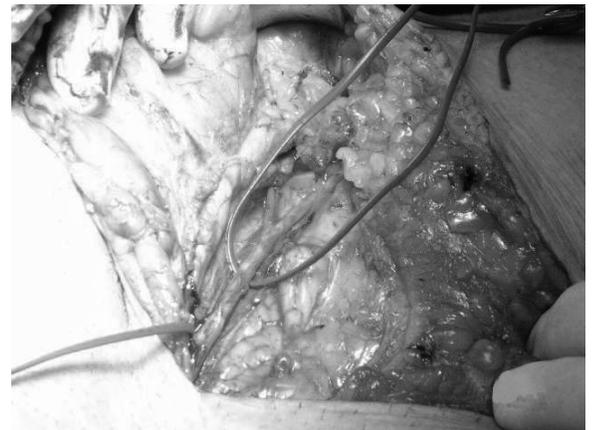


FIGURA 1. Liberación de vena safena.

descubriendo unos 15cm de la vena safena interna (Figura 1), se ligan las ramas colaterales conservando la desembocadura en la vena femoral. Se incide el borde lateral de la base del pene, extrayendo una pastilla de albugínea del cuerpo cavernoso y realizando una anastomosis terminolateral del extremo libre de la vena con el cuerpo cavernoso (Figura 2).

Evolutivamente, a los cuatro meses de la intervención, el paciente refiere erecciones espontáneas de baja calidad y escasa duración estando pendiente de resolver la disfunción eréctil que ha desarrollado.

En ecografía doppler de control, se comprueba la permeabilidad del shunt safeno-cavernoso, teniendo ambos cuerpos cavernosos simetría de tamaño y ecogenicidad, apreciándose una disminución de la vascularización en cuerpo cavernoso derecho.

DISCUSIÓN

Se define al priapismo como la condición patológica caracterizada por la erección del pene que persiste más allá, o que no está relacionada con la estimula-

ción sexual. Patológica y clínicamente hay dos tipos de priapismo, el de alto flujo (no isquémico) y el de bajo flujo (isquémico). El priapismo de bajo flujo es el más frecuente y los pacientes que lo sufren son susceptibles de tener más complicaciones a largo plazo, siendo la disfunción eréctil la secuela más común. Una erección de bajo flujo que dure más de 4 horas se comporta como un síndrome compartimental y supone una urgencia médica pues una vez transcurridas 36 horas prácticamente ningún paciente responde a la administración de alfa-agonistas y todos presentan algún grado de fibrosis intracavernosa (1).

Las principales causas del priapismo veno-oclusivo son la idiopática y la terapia intracavernosa en el tratamiento de la disfunción eréctil (2). Otras causas descritas son las medicamentosas (antihipertensivos, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, anticoagulantes, hormonas...), neoplasias, hematológicas, inmunológicas, metabólicas, neurológicas y el consumo de drogas (cocaína y marihuana) (3).

El conocimiento de la fisiopatología del priapismo ha supuesto una mejora del diagnóstico y del tratamiento del mismo (4,5). 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 con hipoxia, hipercapnia y acidosis. Este síndrome puede conducir a un daño irreparable del tejido eréctil con fibrosis del mismo. El restablecimiento del flujo de sangre con el tratamiento da lugar a un síndrome de reperfusión tisular, liberándose gran cantidad de radicales libres que provocan más necrosis y fibrosis (6).

El diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos con anamnesis y exploración. La gasometría de la sangre cavernosa nos informa del mecanismo etiopatogénico. Por último la ecografía doppler peneana confirma el diagnóstico y tiene interés en el seguimiento. Otras técnicas diagnósticas (cavernosografía, angiogramografía peneana...) tiene escaso interés práctico. La arteriografía es muy útil en los casos de priapismo de alto flujo pues permite además el tratamiento mediante embolización selectiva; sin embargo es de escasa utilidad en el de bajo flujo.

El tratamiento inicial del priapismo de bajo flujo debe consistir en la punción-aspiración de los cuerpos cavernosos, junto a la administración intracavernosa de agentes adrenérgicos como la fenilefrina; este tratamiento es muy efectivo si el priapismo se trata en el curso de las 12 horas posteriores a su instalación.

Si no se consigue la detumescencia del pene con estas medidas iniciales, se deben practicar tratamientos más agresivos (7). El primer procedimiento razonable es realizar una incisión que atraviesa el glande hasta el cuerpo cavernoso según la técnica de Ebbehøj, introduciendo un bisturí N° 11 y girándolo 90°, o la de Winter,



FIGURA 2. Shunt safeno-cavernoso.

en la que se realizan varias biopsias de la albugínea en la zona distal del cuerpo cavernoso con una aguja de biopsia tipo Trucut. Una modificación quirúrgica a cielo abierto más agresiva de este tipo de derivación es la intervención que propone El-Ghorab. En ella se realiza una comunicación caverno-esponjosa distal mediante una incisión transversal en la cara dorsal del glande a 0.5-1cm del surco balanoprepucial. Se retira una porción de albugínea en la parte distal de cada cuerpo cavernoso.

La última línea de actuación es la realización de una derivación safenocavernosa. Este procedimiento es de gran utilidad en los casos muy rebeldes.

Evolutivamente los pacientes con un priapismo de bajo flujo con mal pronóstico desarrollan una disfunción eréctil como ha sido nuestro caso. Según Khil en su serie de 26 pacientes tratados con derivación safeno-cavernosa 19 (73%) la presentaron (8). 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 (9). En los casos en los que exista disfunción eréctil con extensa fibrosis peneana y no se resuelva mediante la ligadura del shunt el tratamiento consistirá en la colocación de una prótesis peneana (10).

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. GREGORY, A.; BRODERICK, T.; LUE, F.: "Campbell Urology". 8ª ed. 1823. Médica Panamericana. Buenos Aires, 2004.
- **2. EL-BAHNASAWY, M.S.; DAWOOD, A.; FAROUK, A.: "Low-flow priapism: risk factors for erectile dysfunction". BJU Int., 89: 285, 2002.
- *3. PAUTLER, S.E.; BROCK, G.B.: "Priapism. From Priapus to the present time". Urol. Clin. North Am., 28: 391, 2001.
- *4. MAGOHA, G.A.: "Priapism: a historical and update review". East Afr. Med. J., 72: 399, 1995.
- *5. FERNÁNDEZ ARANCIBIA, M.I. y cols.: "Diagnóstico y opciones terapéuticas de la erección prolongada y el priapismo: revisión actualizada". Arch. Esp. Urol. 53: 919, 2000.
- **6. RODRÍGUEZ VILLALBA, R. y cols.: "Priapismo". Actas Urol. Esp., 29: 962, 2005.
- *7. GOTO, T.; YAGI, S.; MATSUSHITA, S. y cols.: "Diagnosis and treatment of priapism: experience with 5 cases". Urology, 53: 1019, 1999.
8. KIHL, B.; BRATT, C.G.; KNUTSSON, U. y cols.: "Priapism: evaluation of treatment with special referent to saphenocavernous shunting in 26 patients". Scand. J. Urol. Nephrol., 14: 1, 1980.
- *9. MONCADA, J.: "Potency disturbances following saphenocavernous bypass in priapism (Grayhack procedure)". Urologie, 18: 199, 1979.
10. WILSON, S.K.; DELK, J.R.; MULCAHY, J.J. y cols.: "Upsizing of inflatable penile implant cylinders in patients with corporal fibrosis". J. Sex Med., 3: 736, 2006.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 3 (303-306), 2007

HEMATOCELE CRÓNICO CALCIFICADO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Rosa Jiménez Yáñez, Juan Antonio Gallego Sánchez, Luis González Villanueva, Gloria Torralba, Francisco Ardoy Ibáñez y Miguel Pérez¹.

Servicio de Radiodiagnóstico. y Servicio de Anatomía Patológica¹. Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante. España.

Resumen.- OBJETIVO: Los hematoceles crónicos son una causa infrecuente de masa escrotal. Se asocian en la mayoría de los casos a traumatismos, cirugía previa, diabetes, neoplasias, torsión testicular o enfermedad ar-

Correspondencia

Rosa Jiménez Yáñez
Camí de l'Almazara, 11
03203 Elche. Alicante. (España)
rosajimenez@seram.org

Trabajo recibido: 10 de septiembre 2006