



# Priapismo

C. Guillot-Tantay, M. Galiano

*El priapismo es una urgencia terapéutica que debe tratarse en un medio adecuado. El diagnóstico, fácil y esencialmente clínico, debe permitir un tratamiento en las primeras cuatro horas. El priapismo más frecuente es el de tipo venoso isquémico de bajo flujo, que debe distinguirse del priapismo arterial (de alto flujo) no isquémico, debido a una fístula arteriovenosa. En la mayoría de los casos, un tratamiento médico adecuado basado en medios físicos (ejercicios, aplicación de hielo), una aspiración de los cuerpos cavernosos y la inyección de sustancias alfaestimulantes permite una detumescencia rápida. Si estas medidas fracasan, el tratamiento debe ser quirúrgico, en un entorno urológico. Para el priapismo diagnosticado tardíamente, se puede proponer la implantación de una prótesis peniana. En todos los casos, el tratamiento debe acompañarse de una educación terapéutica para prevenir las recidivas.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Priapismo; Erección dolorosa; Urología; Pene

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
Definición, generalidades	1
Clasificación	1
Fisiopatología	1
■ <b>Etiología</b>	2
■ <b>Diagnóstico</b>	2
Clínica	2
Pruebas complementarias	2
■ <b>Tratamiento</b>	3
Priapismo agudo isquémico	3
Priapismo agudo no isquémico	3
Priapismo recurrente	3
■ <b>Conclusión</b>	4

## ■ Introducción

### Definición, generalidades

El priapismo se define como una erección persistente de los cuerpos cavernosos, mayor de 4 horas, en ausencia de cualquier estimulación sexual, sin turgencia del glande ni del cuerpo esponjoso<sup>[1]</sup>. Esta erección se vuelve progresivamente dolorosa sin que el paciente alcance un estado de flacidez. El límite temporal se fija en cuatro horas para limitar el riesgo de anoxia de los cuerpos cavernosos que puede producirse a continuación y prevenir su fibrosis, que podría comprometer definitivamente la capacidad eréctil del paciente.

En Francia, se producen 200-300 hospitalizaciones anuales por priapismo y un porcentaje elevado de pacientes se tratan de forma externa o ambulatoria. El priapismo puede producirse a cualquier edad. La causa esencial es la inyección intracavernosa de fármacos erectógenos. Los priapismos isquémicos son los más frecuentes.

## Clasificación

Existen dos grandes tipos de priapismo que se deben a mecanismos diferentes<sup>[2]</sup>.

### Priapismo isquémico

El priapismo isquémico, también denominado «priapismo venoso» o «de bajo flujo», es una erección marcada por una rigidez de los cuerpos cavernosos y un flujo arterial cavernoso escaso o nulo, a pesar de una elevación de la velocidad compensadora al nivel proximal.

### Priapismo no isquémico

También se denomina «priapismo arterial» o «de alto flujo». Se trata en este caso de una erección persistente causada por un flujo arterial cavernoso no regulado.

## Fisiopatología

### Priapismo isquémico

La fisiopatología del priapismo isquémico es compleja y corresponde a un bloqueo del mecanismo de la detumescencia de los cuerpos cavernosos. El bloqueo del mecanismo de la detumescencia se relaciona, por una parte, con una incapacidad de contracción de las fibras musculares lisas y, por otra, con una ralentización del vaciamiento cavernoso, por aumento de la viscosidad sanguínea (que hace ineficaz una nueva contracción de las fibras musculares lisas) o por compresión vascular extrínseca<sup>[3]</sup>.

Al nivel histológico, aparece de forma precoz un edema trabecular, que luego deja paso, después de 12 horas, a una infiltración linfocítica trabecular. A continuación, las células musculares lisas comienzan a transformarse en células de tipo fibroblástico. Las lesiones continúan evolucionando, con una necrosis de las células musculares lisas trabeculares y, después, de las células endoteliales. A las 48 horas, la necrosis del músculo liso está constituida y el cuerpo cavernoso evoluciona hacia la fibrosis.

**Cuadro 1.**

Etiología del priapismo.

**Priapismo agudo isquémico**

Enfermedades hematológicas:

- drepanocitosis y otras hemoglobinopatías
- leucemia mieloide crónica
- enfermedad de Vaquez

Compresión mecánica por cánceres urodigestivos localizados o metastásicos

Causas iatrogénicas:

- sustancias vasoactivas inyectadas por vía intracavernosa
- antihipertensivos (hidralazina, prazosina)
- antipsicóticos (clorpromazina)
- antidepresivos (trazodona)
- alcohol
- cocaína, marihuana
- alimentación parenteral hipercalórica
- hemodiálisis

Otras

- afectación medular
- enfermedad de Fabry

**Priapismo agudo no isquémico**

Fístula arteriovenosa

- traumatismo perineal
- cirugía de revascularización peniana

**Priapismo no isquémico**

La fisiopatología del priapismo no isquémico es más sencilla. Se trata de un aumento del flujo sanguíneo en los cuerpos cavernosos que supera los mecanismos de detumescencia, por una fístula arteriovenosa. No existe anoxia, por lo que el pronóstico es mejor.

Al nivel histológico, se observa, como en el priapismo isquémico, una infiltración linfocítica trabecular, pero no existe una lesión histológica más importante.

**■ Etiología**

Los dos tipos principales de priapismo tienen unas etiologías propias y que se explican, como se ha indicado antes, por mecanismos fisiopatológicos diferentes.

Las enfermedades que provocan una ralentización del vaciamiento cavernoso, como las enfermedades hematológicas (hemoglobinopatías, mielopatías) y de los fármacos causantes de una incapacidad de contracción de las fibras musculares lisas (inyecciones intracavernosas, sustancias tóxicas), son las principales causas de priapismo isquémico. En los priapismos no isquémicos, se trata en todos los casos de una creación de novo de una fístula arteriovenosa, en la mayoría de los casos por un traumatismo perineal.

Las principales etiologías se resumen en el [Cuadro 1](#).

**■ Diagnóstico****Clínica**

El diagnóstico es clínico e inmediato <sup>[4]</sup>. Se trata de una erección prolongada de más de 4 horas, indolora al principio y, después, dolorosa tras cuatro horas. El priapismo puede producirse a cualquier edad. En la anamnesis, se precisa la duración de la erección, que es el principal factor pronóstico, se evalúa la existencia de dolor y se buscan las circunstancias de aparición. También hay que precisar la calidad eréctil del paciente antes del episodio. Los elementos clave de la anamnesis se presentan en el [Cuadro 2](#).

La exploración física muestra una erección de los cuerpos cavernosos, mientras que el glande está flácido, salvo en el priapismo agudo no isquémico, donde puede estar tumescente. El dolor espontáneo o provocado al presionar el pene refleja un sufrimiento isquémico, que puede atenuarse después de las primeras 24 horas.

**Cuadro 2.**

Siete elementos clave de la anamnesis del priapismo.

Duración de la erección  
Presencia y nivel del dolor  
Episodios previos de priapismo y métodos de tratamiento  
Función eréctil actual (fármacos erectógenos, suplementos nutricionales)  
Fármacos y toma de sustancias tóxicas  
Enfermedades hematológicas  
Traumatismos pélvicos, perineales o penianos

**Cuadro 3.**

Diagnóstico diferencial entre el priapismo agudo isquémico y el priapismo agudo no isquémico.

**Priapismo agudo isquémico**

Idiopático o enfermedad favorecedora conocida asociada  
Espontáneo o durante el sueño, o durante una actividad sexual  
Erección rígida  
Erección dolorosa  
Glande blando  
Sangre negra en la punción de los cuerpos cavernosos  
Ausencia o mínimo flujo arterial en ecografía Doppler

**Priapismo agudo no isquémico**

Traumatismo perineal o cirugía del pene  
Erección no rígida  
Erección no dolorosa  
Sangre roja en la punción de los cuerpos cavernosos  
Flujo arterial cavernoso normal o elevado en ecografía Doppler

Es importante distinguir los priapismos isquémicos de los no isquémicos. Los distintos elementos sugestivos de los dos tipos de priapismo se resumen en el [Cuadro 3](#). En el priapismo agudo no isquémico, el dolor suele ser menos intenso y la rigidez menos importante. Los síntomas pueden ser más fluctuantes que en el priapismo agudo isquémico, en ocasiones con periodos de detumescencia temporal y parcial del pene.

El priapismo recurrente o intermitente es un estado distinto, que se caracteriza por episodios repetidos y dolorosos de erecciones prolongadas. El mecanismo es el mismo que el de los priapismos isquémicos. La duración de los episodios suele ser más corta que la del priapismo isquémico. La frecuencia y la duración de los episodios son variables, y un único episodio evoluciona en ocasiones a un auténtico priapismo isquémico.

**Pruebas complementarias**

Ninguna exploración debe retrasar el tratamiento: se trata de una urgencia terapéutica. Las pruebas complementarias sólo son útiles para el diagnóstico etiológico.

Las posibles pruebas que deben realizarse son:

- hemograma completo con plaquetas y recuento de reticulocitos para buscar una hemopatía;
- electroforesis de la hemoglobina para la búsqueda de una hemoglobinopatía;
- determinación sanguínea y urinaria de posibles sustancias tóxicas o drogas;
- punción de los cuerpos cavernosos con gasometría para realizar el diagnóstico diferencial entre los dos tipos de priapismo (color de la sangre, coagulabilidad) y evaluar el pronóstico (cuya gravedad es proporcional a una PaO<sub>2</sub> [presión arterial de oxígeno] baja, una PCO<sub>2</sub> [presión parcial de dióxido de carbono] elevada y a la acidosis). Por lo general, en el priapismo isquémico se observan los siguientes valores.
  - PaO<sub>2</sub> menor de 30 mmHg,
  - PCO<sub>2</sub> menor de 60 mmHg,
  - pH menor de 7,25;
- ecografía Doppler del pene, para buscar una fístula arteriovenosa con aumento del flujo cavernoso en el priapismo no isquémico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757849>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757849>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)