

Anastomosis de la Safena al Cuerpo Cavernoso del Pene, como Tratamiento Quirúrgico del Priapismo

Doctores:

Francisco Baquero González (*)
y **Francisco Hernández Navarro**

Con motivo de un caso de Priapismo tratado recientemente por nosotros, en el Centro Médico de Caracas, voy a permitirme hacerles unas breves consideraciones generales en relación con el proceso, para luego exponerles un nuevo concepto en el tratamiento quirúrgico de Priapismo, o sea, el de la Anastomosis de la Safena interna al cuerpo cavernoso del pene.

Entendemos por Priapismo, a la erección persistente de los cuerpos cavernosos del pene, no acompañada de deseo sexual, ni de eyaculación y que a veces es dolorosa; puede ser transitoria o permanente. Cuando el tratamiento fracasa, deja el pene indurado trayendo como consecuencia impotencia coeundi permanente; por eso el tratamiento debe ser lo más precoz posible, con el objeto de evitar esta seria complicación.

FISIOPATOLOGIA DEL PRIAPISMO

La erección se inicia de dos maneras:

1º **Por estimulación del pene** siguiendo la vía del nervio pudendo hacia los centros lumbo-sacros.

2º a) **Por estimulación síquica**, a través del diencéfalo, bajando por la médula a los centros lumbo-sacros.

b) **Por estimulación simpática**, partiendo de L2 a L4, inhibiendo la vasoconstricción de los vasos del pene, trayendo como consecuencia una vasodilatación arterial.

c) **Por estimulación parasimpática**, pasando a través de S2 a S4 siguiendo los nervios erectores y el nervio pudendo, produciendo una vasodilatación y por consiguiente el llenamiento de los cuerpos cavernosos.

Conti ha estudiado la vascularización del pene, encontrando que las grandes ramas arteriales del pene, poseen mecanismos valvulares que cuando reciben los impulsos erectores se reflejan, permitiendo un mayor aflujo de sangre a los cuerpos cavernosos. Estas válvulas también están presentes en los sistemas venosos de drenaje de los cuerpos cavernosos

(*) Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Urológica de la Universidad Central de Venezuela. M.T.S.V.C. M.T.S.V.U. F.A.C.S.

y se contraen, cuando las válvulas arteriales se dilatan permitiendo de esta manera el llenamiento y la erección del pene.

Estímulos neurológicos provenientes de tumores o de irritación medular, como en algunas ocasiones, se ven en las paraplejas pueden iniciar un priapismo.

Las discrasias sanguíneas, como la leucemia y la anemia de células falsiformes son también capaces de dar priapismo por la producción de trombosis y coágulos venosos sin vasodilatación arterial.

Ciertas causas locales como procesos inflamatorios, neoplasias o traumatismos del pene, también pueden ser seguidas de priapismo. Por otra parte, existe otro tipo de priapismo, llamado idiopático en el cual no se encuentra ninguna causa determinante, siendo su exploración completamente normal.

DIAGNOSTICO

Es fácil, y deben investigarse las causas determinantes para realizar un tratamiento lo más racional posible. Hay que realizar un examen físico general y una exploración urológica, con el objeto de descartar afecciones de los cuerpos cavernosos, de la uretra, próstata, vesículas seminales, capaces de determinar este proceso.

Realizar una investigación neurológica con el objeto de eliminar la posibilidad de factores cerebrales o medulares, capaces de determinar esta afección. Excluir la sífilis, realizando una investigación serológica. Estudio hematológico para descartar la existencia de leucemia, anemia de células falsiformes o cualquier otra discrasia sanguínea capaz de determinar esta afección.

TRATAMIENTO

El priapismo transitorio cede la mayor parte de las veces al mejorar las condiciones locales. En el priapismo verdadero, siempre tenemos que ensayar un tratamiento médico conservador, es después de las 48 horas de instalado, que debemos pensar en el tratamiento quirúrgico, ya que de no realizarse, el paciente quedaría con una fibrosis permanente de pene, trayendo como consecuencia una impotencia definitiva.

Como tratamiento conservador han sido ensayados los siguientes medicamentos:

- 1º Medicación sedante a base de opiáceos, bromuro, etc.
- 2º Aplicación de calor o frío local.
- 3º Estrogenoterapia.
- 4º Tratamiento anticoagulante.
- 5º Anestesia raquídea.
- 6º Anestesia caudal continua.
- 7º Hibernación, acompañada de la administración de drogas gangliopléjicas.
- 8º Inyecciones de Hialuronidasa.
- 9º Inyección de Afonad.

Si después de un tratamiento médico bien conducido, el priapismo no cede a las 48 horas, debe procederse al vaciamiento de los cuerpos cavernosos, para evitar la induración y la impotencia coeundi consecutiva. Este vaciamiento puede hacerse por aspiración mediante una aguja gruesa, con un trocar, o por la incisión de los cuerpos cavernosos. El vaciamiento se realiza por expresión manual, pero este simple vaciamiento tiene el inconveniente de que a las pocas horas, el pene se vuelve a llenar de sangre, encontrándonos en la misma situación, por eso hace varios años el doctor Oswald Lowsley de la Bready Foundation of Urology del New York Hospital, propuso un tratamiento que consistía en practicar dos pequeñas incisiones en la raíz de los cuerpos cavernosos, lavar estos cuerpos cavernosos con una solución de Heparina e insertar luego una sonda de Nelaton pequeña con el objeto de asegurar el drenaje.

En el Hospital Universitario de Caracas, en el curso de estos últimos años, este es el método que hemos venido utilizando, sustituyendo la sonda de Nelaton por un tubo de polietileno pero los resultados no nos han sido del todo satisfactorios. Primero, porque sangran abundantemente en el momento de la intervención y hemos tenido en algunas ocasiones temor de dejar estos pacientes con dos tubos de polietileno en los cuerpos cavernosos sangrando a chorro. Segundo, porque con gran frecuencia, al cabo de 24 o más horas, se obstruye el drenaje trayendo de nuevo el llenamiento de los cuerpos cavernosos, habiendo alguno de estos pacientes tenido necesidad de volverlo a intervenir. Tercero, porque hemos tenido impotencias en un cincuenta por ciento, de los casos operados.

Observando la Literatura reciente, nos encontramos con un trabajo del doctor Grayhack en el cual propone la anastomosis de la safena interna con el cuerpo cavernoso del pene, como tratamiento quirúrgico de los casos rebeldes de priapismo que no hayan cedido a los tratamientos clásicos anteriormente ensayados.

Hace pocos meses tuve la ocasión de ver un paciente con Priapismo idiopático de cuatro días de evolución, habiéndole practicado el tratamiento clásico anteriormente descrito, el cual fracasó, fue llevado a la mesa operatoria donde le realizamos las incisiones laterales en los cuerpos cavernosos según la técnica de Lowsley.

A las 24 horas nos encontramos con que los cuerpos cavernosos del pene, se le habían llenado de nuevo y el paciente estaba en las mismas condiciones en que lo habíamos encontrado. Esto nos indujo a realizar esta nueva técnica, que es la primera vez que se realiza en el país.

El paciente ha evolucionado muy bien, y mes y medio después de la intervención quirúrgica ha vuelto a tener erecciones y realizado normalmente el acto sexual.

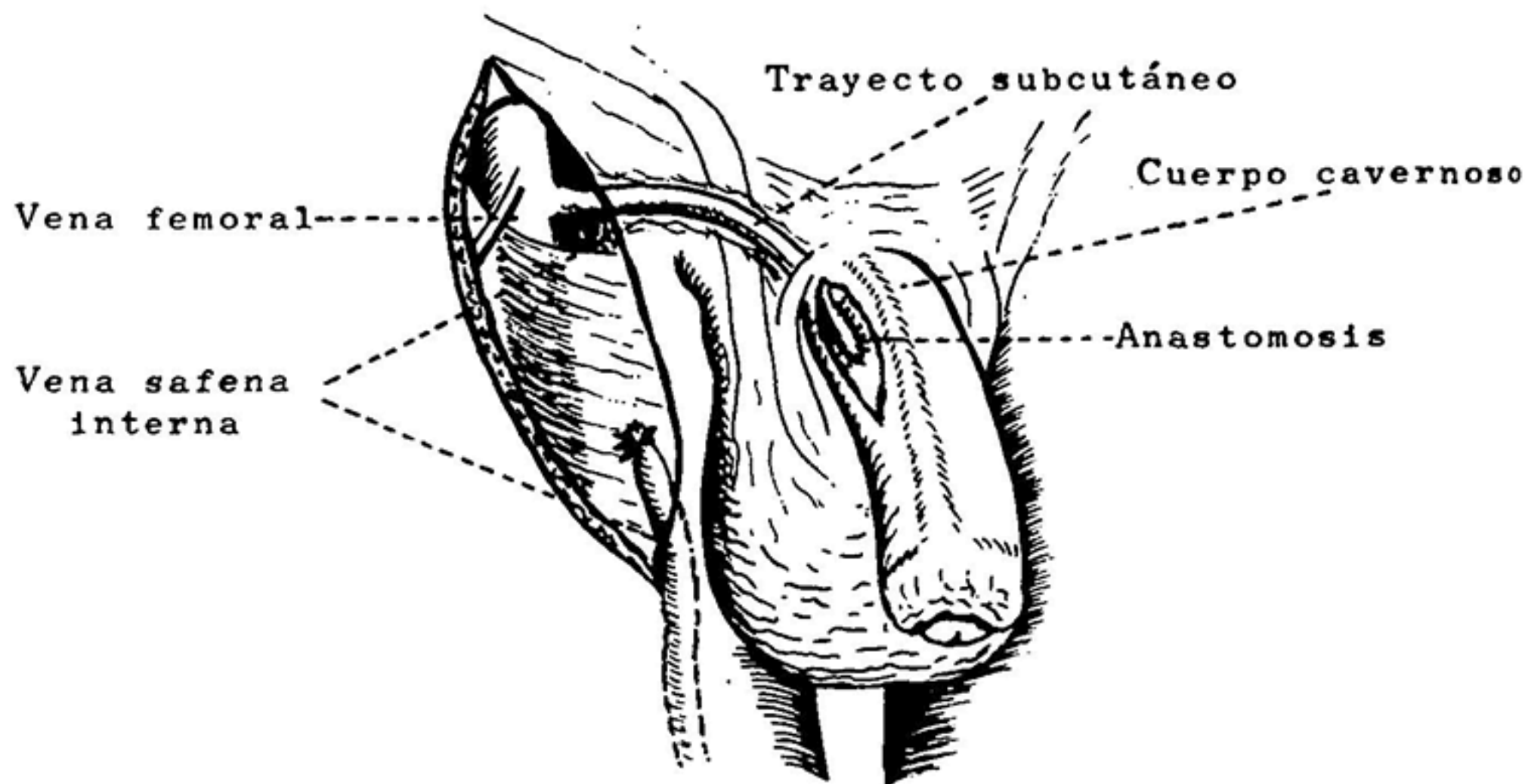
TECNICA QUIRURGICA

Bajo anestesia general o raquídea, se practica una incisión vertical en la parte superior interna del muslo. para ir a buscar la parte superior de la vena safena interna en la proximidad de su cayado, con una incisión similar a la que se realiza para la operación de várices. La vena

es disecada y movilizada en una extensión suficiente para que permita la anastomosis; después se secciona y liga su cabo inferior aproximadamente a 10 o 12 centímetros del cayado. Luego una incisión de dos centímetros de longitud es practicada en la parte inferior y lateral de la raíz del pene, seguidamente se practica un túnel subcutáneo con disección obtusa tratando de unir las dos incisiones anteriormente practicadas, con el objeto de hacerle un lecho a la safena. El extremo inferior de la safena se corta diagonalmente para que la boca anastomótica sea mayor. En la parte inferior y lateral de los cuerpos cavernosos, inmediatamente por debajo de la incisión anteriormente practicada, se realiza una pequeña incisión de un centímetro de longitud y en forma elíptica. Se vacían y lavan los cuerpos cavernosos con una solución de Heparina. Luego la vena es pasada a través del túnel anteriormente labrado y anastomosada a la incisión de la fascia de Buck de los cuerpos cavernosos. Esta anastomosis término lateral, se realiza con Seda Negra 5-0 del tipo sutura vascular.

Se cierra la herida por la técnica habitual.

ANASTOMOSIS DE LA SAFENA INTERNA AL CUERPO CAVERNOSO DEL PENE



Francisco Baquero

CASO CLINICO

Historia del Hospital Clínico Centro Médico de Caracas N° 60.736

Paciente: A. D. P.

Casado, del sexo masculino, de 42 años de edad.

Natural de Duaca, Estado Lara.

Ocupación: Comerciante.

Motivo de consulta: Priapismo, desde hace cuatro días.

Antecedentes hereditarios: Padre murió del corazón, madre vive sana.

Antecedentes venéreos: Blenorragia hace 25 años, chancro sifilítico en la misma ocasión, tratado con Sulfas y Neo-Salvarsán.

Enfermedad actual: Desde hace dos meses viene padeciendo de erecciones duraderas, y de difícil cesación. El jueves 25-2-66, después de una relación sexual la erección no cedió siendo tratado por los facultativos del interior, con Ananase, Vasculat, Buscapina. En vista de no ceder al tratamiento, fue hospitalizado donde le practicaron raqui-anestesia, aliviándosele el dolor para luego reaparecer. En vista de no ceder el Priapismo, le fue propuesto el tratamiento quirúrgico, el cual decidió practicárselo en Caracas.

Al llegar al Hospital, fue visto por nosotros y ordenada su hospitalización inmediata.

Se le practicó examen físico no encontrándose ninguna causa local capaz de determinar el Priapismo. El examen neurológico practicado por uno de nuestros neurocirujanos, fue normal, así como también la exploración hematológica fue completamente normal.

Le practicamos anestesia caudal continua, sin ningún resultado. Al día siguiente en vista de tener el paciente 5 días con su Priapismo, resolvimos llevarlo a Pabellón el 3-3-66, le practicamos incisión de ambos cuerpos cavernosos con la técnica recomendada por Lowsley. El pene bajó un poco, sin obtener un resultado completamente satisfactorio.

El día 5-3-66, el paciente volvió a presentar dolores intensos en pene, observándose éste de nuevo en erección. Esto nos indujo a intervenir de nuevo al paciente y realizarle la técnica de la Anastomosis de la safena con el cuerpo cavernoso del pene.

El resultado inmediato de la operación fue altamente satisfactorio, no tuvimos ninguna complicación. A las 24 horas la flacidez era casi completa, desapareciendo totalmente el dolor.

Al mes escaso de la intervención, el paciente se encuentra en magníficas condiciones, ha vuelto a tener erecciones y ha tenido relaciones normales con su señora.

Me he permitido traer este caso a la consideración de ustedes ya que indiscutiblemente constituye un verdadero progreso en el tratamiento quirúrgico de Priapismo, puesto que los otros tratamientos hasta ahora propuestos, no nos satisfacen y sus resultados no son lo que debíamos esperar de ellos. Los casos presentados en la Literatura mundial especialmente norteamericana, son también escasos, cada autor consultado presenta un solo caso, esperamos seguir ensayándolo y ojalá los resultados futuros sean tan buenos como el que hemos tenido en este primer caso.

B I B L I O G R A F I A

- Grayhack, J. T.; Mc Cullough W., O'Conor, V. J.; Trippel O. Invest. Urol. 1:509-513, March, 1964.
- Pantaleo-Gandais, Dr. Mario. Priapismo. Revista Venezolana de Urología. Vol. 15, Nº 1-2 107-125, Enero-Junio 1963.
- Garret R. A. and Rhamy D. E.; Management with corpus-Saphenous Shunt. The Journal of Urology, Vol. 95, 65-67, Jan. 1966.