

Priapismo en hemodiálisis: aportación de un nuevo caso

J. Murillo, N. R. Robles, J. L. Pizarro y J. F. Espárrago

Sección de Nefrología. Hospital Regional Infanta Cristina. Badajoz.

Señor director:

Recientemente se han publicado en esta revista dos casos de priapismo en hemodiálisis¹. Esta es una complicación realmente infrecuente; creemos por ello que podría ser útil el comentario comparado del único caso visto por nosotros desde que se inició el tratamiento dialítico en nuestro hospital.

Varón de cuarenta y tres años, en hemodiálisis desde hace diez años por glomerulonefritis proliferativa mesangial, en tratamiento con prazosin por su hipertensión arterial. Pauta de hemodiálisis: dializado con acetato, membrana de cuprofan, trescientos minutos tres veces a la semana; heparinización intermitente horaria con 50 mg de dosis inicial, 10 mg en cada una de las tres dosis siguientes y 7 mg al comienzo de la última hora; peso seco, 54 kg, y ganancia habitual de peso interdiálisis aproximadamente, 1,7 kg. Acude un sábado por la noche (última diálisis, el viernes) por priapismo y fiebre. El enfermo no recibía tratamiento con andrógenos, teniendo un hematocrito habitual alrededor del 25 % con 7 g/dl de hemoglobina, sin recibir tratamiento androgénico. Se realiza tratamiento quirúrgico de urgencia mediante cortocircuito cavernoesponjoso bilateral con buena evolución después de la cirugía, salvo sangrado importante que obliga a transfundir. La tumescencia del pene desaparece rápidamente y el enfermo es dado de alta al décimo día. Hasta ahora ha mantenido una función sexual normal.

Diversos medicamentos han sido asociados a priapismo fuera de hemodiálisis, y entre ellos diversos fármacos con actividad bloqueante alfaadrenérgica, especialmente algunos hipotensores^{2,3}, entre los cuales se incluye el prazosin⁴, que venía utilizando el enfermo que ahora referimos. La intervención de este producto en la pa-

togenia de la afección en nuestro enfermo es difícilmente separable del resto de los factores implicados. No obstante, el fármaco fue suspendido inmediatamente después de la intervención quirúrgica; aunque esta medida por sí sola no parece efectiva en el tratamiento³, es sin duda aconsejable e incluso sugiere la posibilidad de evitar este tipo de medicación hipotensora en los enfermos en diálisis.

Al igual que en el estudio previamente publicado, no hemos encontrado relación entre hematocrito elevado y riesgo de aparición de priapismo en hemodiálisis. De hecho, el hematocrito de nuestro enfermo (25 %) era aún inferior a los dos casos previamente descritos (27 y 29 %). Dado el momento de la semana en que ocurrió esta complicación a nuestro enfermo parece probable que la excitación de origen sexual haya sido especialmente importante en la patogenia del accidente. Asimismo coincidimos en la necesidad de ajustar cuidadosamente las dosis de heparina utilizadas en hemodiálisis, sin duda muy elevadas en nuestro paciente.

Creemos que el aspecto diferenciador más interesante de nuestro caso es, sin duda, los resultados del tratamiento. El tratamiento quirúrgico con desviación cavernoesponjosa de urgencia, sin intentos de tratamiento conservador, logró conservar la potencia sexual del enfermo, a diferencia de los casos previamente descritos. Podemos, por tanto, sugerir un pronóstico menos pesimista cuando esta afección recibe un tratamiento rápido y correcto, el cual parece ser necesariamente agresivo.

Bibliografía

1. Robles NR, Galán A, Gómez Campderá FJ, Anaya F, Rengel M y Valderrábano F: Priapismo y diálisis. *Nefrología*, 10, 1990.
2. Singhal PC, Lynn RI y Scharschmidt LA: Priapism and dialysis. *Am J Nephrol*, 1986, 6:358-361.
3. Carson CC y Mino RD: Priapism associated with trazodone therapy. *J Urol*, 139:369-370, 1988.
4. Bhalla AK, Hoffbrand BI, Pathak PS y Reuben SR: Prazosin and priapism. *Br Med J*, 11:1039, 1979.

Correspondencia: Dr. N. R. Robles Pérez.
Sección de Nefrología.
Hospital Regional Infanta Cristina.
Ctra. de Portugal, s/n.
06006 Badajoz.