

Corrección con una prótesis peneana de la impotencia secundaria al priapismo en hemodiálisis

R. M. Scuteri, Z. Man, H. I. Srabstein y J. Vázquez *

Centro Integral de Nefrología y Trasplante. Sanatorio Güemes.

* Sección de Andrología y Sexología. División Urología. Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires (Argentina).

Señor director:

Hemos leído el trabajo «Priapismo y diálisis»¹, publicado en vuestra revista.

El doctor Robles y sus colegas refieren dos casos con esta complicación y la secuela de impotencia que presentaron luego estos pacientes. Queremos relatarle nuestra experiencia con un enfermo que presentó priapismo con impotencia total, debido al tratamiento instituido, y que luego de implantada una prótesis peneana semirrígida evolucionó en forma excelente.

Se trata de un varón de treinta y un años en hemodiálisis (HD) desde agosto de 1984 por IRC de causa no determinada, que en el mes de octubre de 1986 presentó post-HD priapismo que se extendió por cuarenta y ocho horas en total, habiendo sido tratado con lavados de solución fisiológica y heparina locales, sin respuesta². Posteriormente debió realizarse una ventana caverno-esponjosa de rescate, con lo cual remitió el cuadro. Como secuela presentó una insuficiencia eréctil total.

El paciente cumplía con un régimen de HD de doce horas semanales, con baño de acetato estándar, filtro tipo capilar de cupropán, heparinización intermitente convencional según su peso y requería ultrafiltración habitual por ganancia de peso inter-HD de tres a cuatro kilos. Sus hematócritos se mantenían sin transfusiones cercanos o mayores al 30 % (28-34 %), no utilizaba andrógenos ni hipotensores y su medicación habitual incluía carbonato de calcio, ácido fólico, hierro por vía oral y complejo vitamínico B.

De los factores propuestos en la patogenia del priapismo¹, este paciente presentaba cinco: hematócrito elevado, posible homoconcentración, anticoagulación con heparina, baño de acetato y membrana de HD de cupropán, por lo cual creemos que fue el concurso de estos elementos la condición para que ocurriera el mismo.

Se le realizaron entonces determinaciones hormonales (RIA), que mostraron: testosterona total, 1.200 ng/ml (400-1.200); FSH, 13,7 mUI/ml (2-9); LH, 23 mUI/ml (3-11);

prolactina, 15 ng/ml (3-7,4), y 17 B-estradiol, 100 pg/ml (menor de 70).

El examen urológico mostró fibrosis de ambos cuerpos cavernosos, especialmente en la base, y el monitoreo de tumescencia peneana de dos noches, registros *sin* evidencia de actividad eréctil nocturna, por lo que el diagnóstico fue impotencia orgánica total. Este tipo de registro concuerda con el referido en los estudios de disfunción sexual orgánica en pacientes urémicos³.

A petición del enfermo, y luego de la evaluación psicopatológica realizada, dada la importancia que se le asignan a los factores psíquicos en la evolución posterior⁴, se concluyó en una reunión conjunta de los equipos nefrológico, endocrinológico, psicopatológico y urológico que el paciente se hallaba en condiciones psicofísicas adecuadas para recibir el implante de una prótesis peneana como tratamiento de su disfunción eréctil.

En marzo de 1989 se le implantó una prótesis semirrígida (AMS-600) por vía de abordaje peno-escrotal. Durante la cirugía se constató acentuada fibrosis de ambos cuerpos cavernosos, y en la dilatación se produjo una perforación proximal del cuerpo cavernoso derecho. No obstante, ambos cilindros quedaron satisfactoriamente implantados, no presentando otras complicaciones en el postoperatorio inmediato.

Luego de tres meses debió efectuarse una corrección para fijar el cilindro protésico derecho, que había perforado la albugínea a nivel de la crura.

Hasta noviembre de 1990 evolucionó sin complicaciones infecciosas ni de otro tipo, en excelente estado psíquico y físico, trasladándose por razones personales a otro centro nefrológico para continuar con HD.

La implantación de una prótesis peneana luego del priapismo ha sido referida por Bertram y cols.⁵ en cinco pacientes que sufrieron esta complicación asociada a anemia de las células falciformes y en uno con priapismo idiopático. Presentan esta posibilidad como beneficiosa y sugieren que las prótesis semirrígidas son las más adecuadas cuando existe fibrosis importante de cuerpos cavernosos. En otro estudio, Douglas y cols.⁶ citan como complicación la lesión de la túnica albugínea con migración del implante y la necesidad de reintervención, como ocu-

Correspondencia: Dra. Rosa María Scuteri.
Paraguay, 2342, 8.º A.
1121 Buenos Aires (Argentina).

rió en nuestro paciente. Sugieren la colocación temprana de la prótesis, antes que la fibrosis destruya totalmente el tejido vascular eréctil y produzca mayores dificultades técnicas en la cirugía, que puede predisponer al deslizamiento de los cilindros.

Hemos hallado sólo una referencia bibliográfica, donde se menciona que cinco enfermos con priapismo en hemodiálisis e impotencia como secuela fueron enviados para la colocación de una prótesis peneana, aunque no se relata la evolución posterior⁷.

Creemos, luego de esta experiencia, que ésta es una posibilidad terapéutica para pacientes que, en la evaluación multidisciplinaria, se concluya que los beneficios en la calidad de vida justifican el implante protésico peneano como corrección de la impotencia orgánica total que pueda acompañar al poco frecuente (afortunadamente) priapismo del varón en HD.

Bibliografía

1. Robles NR, Galán A, Gómez Campderá FJ, Anaya F, Rengel M y Valderrábano F: Priapismo y diálisis. *Nefrología*, 10:435-437, 1990.
2. Grace DA y Winter ChC: Priapism: an appraisal of management of twenty-three patients. *J Urol*, 99:301-310, 1968.
3. Procci WR, Goldstein DA, Adelstein J y Massry SG: Sexual dysfunction in the male patient with uremia: a reappraisal. *Kidney Intern*, 19:317-323, 1981.
4. Berg R, Mindus P, Berg G y Gustafson H: Penile implants in erectile impotence: outcome and pronostic indicators. *Scand J Urol Nephrol*, 18:277-282, 1984.
5. Bertram RA, Carson CC y Webster GD: Implantation of penile prostheses in patients impotent after priapism. *Urology*, 26:325-327, 1985.
6. Douglas L, Fletcher H y Serjeant GR: Penile prostheses in the management of impotence in sickle cell disease. *Br J Urol*, 65:533-535, 1990.
7. Singhal PC, Lynn RI y Scharschmidt LA: Priapism and dialysis. *Am J Nephrol*, 6:358-361, 1986.