

*Nota clínica***Priapismo secundario a infiltración peneana por contigüidad de carcinoma vesical infiltrante**

Ana Celma Domènech, Jacques Planas Morin, Inés de Torres Ramírez\*, Joan Bestard Vallejo, Carme Mir Maresma, Joan Morote Robles

*Servicio de Urología y Anatomía Patológica\* Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. España.*

**Resumen**

El priapismo de origen metastático es una entidad muy poco frecuente, que se produce por implantación de células tumorales o bien por invasión directa por contigüidad principalmente de los cuerpos cavernosos. Hasta en un 80% de los casos el origen de los tumores primarios es genitourinario, principalmente por tumores prostáticos y vesicales. El tratamiento dependerá de la sintomatología que produzca y del pronóstico del paciente. Pero generalmente, la supervivencia al año es muy pobre debido a que presentan una neoplasia en fase metastásica.

Presentamos un caso de priapismo secundario a invasión por contigüidad de los cuerpos cavernosos de un carcinoma vesical, al que fue necesario realizarle una penectomía total por necrosis purulenta del glande asociada.

Palabras clave: Priapismo. Metástasis. Carcinoma vesical.

**Priapism secondary to penis infiltration of bladder cancer****Abstract**

Metastatic priapism is a rare entity produced by tumor cell implantation or direct infiltration of corpora cavernosum of the penis. In up to 80% of cases the primary tumor has an urological origin like prostate or bladder cancers. Treatment depends on symptomatology and patient's prognosis. Generally, average survival in these patients is poor due to metastatic progression, among 1 to 1 and a half years.

We present a case report of secondary priapism for direct bladder carcinoma's invasion of the corpora cavernosum. A total penectomy due to a penile infected necrosis was required.

Keywords: Priapism. Metastasis. Bladder carcinoma.

El priapismo se define como una erección prolongada que dura más de 6 horas en ausencia de estímulo sexual<sup>1</sup>. Etiológicamente se puede distinguir entre priapismo idiopático y secundario. Las principales causas de priapismo secundario son el uso o abuso de sustancias tóxicas o farmacológicas<sup>2</sup>, las alteraciones hematológicas, la afectación metastásica del pene por tumores de otro origen, la tromboflebitis pélvica, determinadas alteraciones neurológicas y trastornos metabólicos.

El priapismo de origen metastático es muy infrecuente, 3-8% de los priapismos<sup>3</sup>. En estos casos, la erección se debe a una obstrucción del flujo venoso peneano o bien a la infiltración de los cuerpos cavernosos por células tumorales. Los tumores primarios que con mayor frecuencia pueden producir este proceso son prostáticos y vesicales, seguidos de los

renales y de rectosigma. Otras localizaciones menos frecuentes son testículo, páncreas, hígado, estómago, pulmón, nasofaringe y melanomas<sup>4</sup>.

En este artículo, presentamos un caso de un paciente con historia de tumores uroteliales que presenta un cuadro de priapismo de larga evolución por infiltración metastático, que actúa como foco séptico por el desarrollo de una necrosis infectada a nivel del glande.

**CASO CLÍNICO**

Paciente de 62 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de síndrome depresivo en tratamiento médico, diagnosticado de tumor vesical infiltrante (pT2G2) hace 11 años por el que realizó tratamiento conservador con Resección trasuretral (RTU) + quimioterapia con Cisplatino y

Radioterapia (RT) adyuvantes. El paciente permaneció libre de enfermedad durante 11 años, hasta que se diagnosticó de un tumor ureteral distal izquierdo por urografía endovenosa, por lo que se le practicó una Nefroureterectomía izquierda (Anatomía patológica: Carcinoma urotelial pT3G3). 3 meses más tarde se le practicó un RTU por recidiva de tumor vesical (pT2G3) con afectación de trigono, y posteriormente se inició tratamiento adyuvante quimioterápico con Carboplatino y Gemcitabina (CBP-GEM) de carácter paliativo, descartándose cirugía radical dado que el paciente presentaba enfermedad extravesical y adenopatías retroperitoneales.

Transcurridos 3 meses desde la RTU, el paciente ingresa procedente de urgencias, donde acude por mal estado general, disminución del nivel de consciencia y fiebre. A su llegada a urgencias el paciente presentaba fiebre de 39° C con un cuadro de escalofríos francos y obnubilación. El abdomen era blando y depresible, no peritonítico. Se objetivó pene tumescente con glándula necrótica y con supuración purulenta, con adenopatías inguinales bilaterales palpables. Al tacto rectal la próstata era mediana y de consistencia pétrea. Se solicitó valoración por el servicio de neurología que objetivó un cuadro confusional con desorientación y afasia, sin déficit campimétrico ni déficits motores aparentes. La analítica sanguínea mostraba: Hematocrito 36,1%, 10.000 leucocitos, 87% neutrófilos, 175.000 plaquetas, coagulación y función renal normal. Se le practicó una TC cerebral que descartó la presencia de lesiones agudas y una ecografía abdominal que no objetivó alteraciones. El despistaje de benzodiazepinas, barbitúricos y opiáceos en sangre resultó negativo.

Se orientó el caso como un cuadro séptico de origen genitourinario secundario a necrosis purulenta de glándula por lo que se practicó una penectomía total + uretrotomía perineal.

Durante el postoperatorio se le realizó una TC abdomino-pélvica que informó de la presencia de 3 imágenes hepáticas hipodensas puntiformes inespecíficas. Masas suprarrenales bilaterales hipodensas no sugestivas de adenomas, adenopatías mayores de 1cm periaortocavas, masa delante de psoas iliaco izquierdo de 3 cm. compatible con recidiva local. Vejiga urinaria con paredes difusamente engrosadas de predominio en cara anterior y con infiltración de grasa perivesical. Los hemocultivos y urocultivos realizados resultaron negativos (probablemente debido a que el paciente había estado

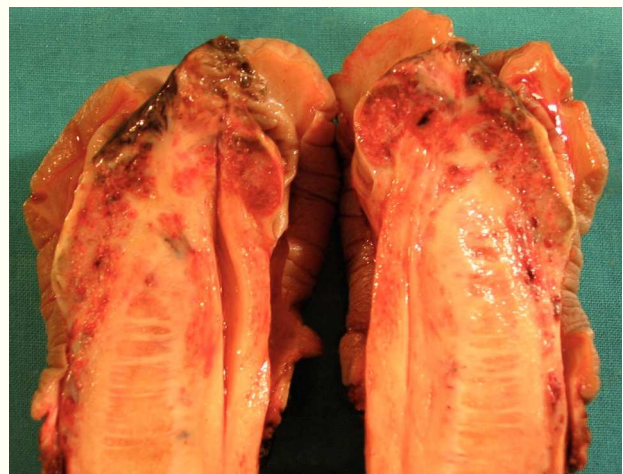
tomando Amoxicilina-Clavulánico durante la semana previa). Interrogando al paciente explicaba que presentaba un priapismo no doloroso desde hacía un mes y que hacía una semana había presentado una macha necrótica en el glándula por lo que había iniciado el tratamiento antibiótico (siguiendo prescripción de médico de familia). El paciente presentó una buena evolución clínica, por lo que fue dado de alta.

La anatomía patológica mostró una invasión de todo el pene con infiltración de los cuerpos cavernosos y del tejido fibroso circundante por carcinoma urotelial de alto grado (Figs. 1, 2 y 3).

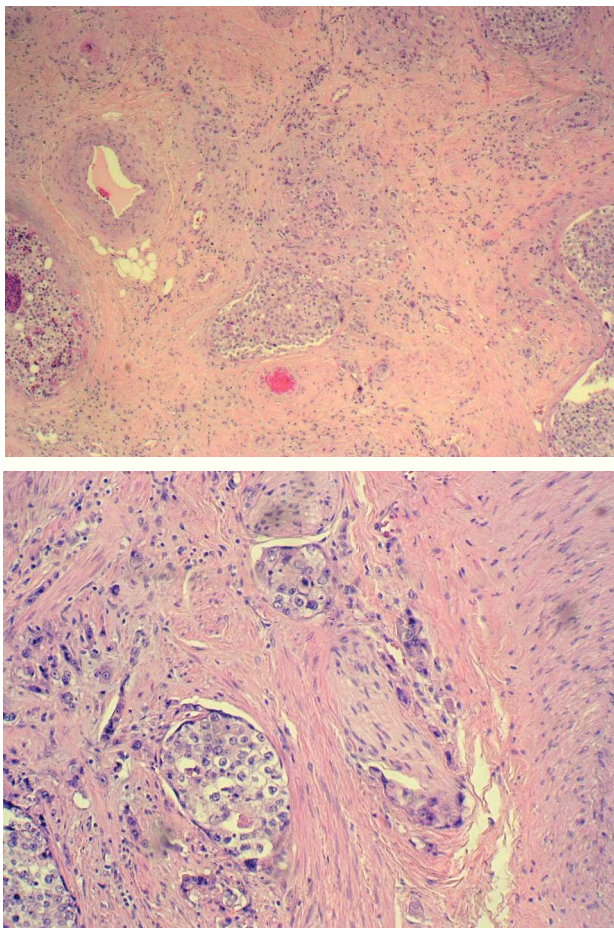
El paciente fue dado de alta orinando clara y espontáneamente a través de la uretrotomía perineal. Actualmente prosigue con el tratamiento quimioterápico que había iniciado (CBP-GEM), presentando en estos momentos una estabilización de su patología.

## DISCUSIÓN

Existen diferentes estudios que demuestran que en casos seleccionados, el tratamiento conservador del tumor vesical infiltrante con RTU + quimioterapia + radioterapia presenta similares tasas de supervivencia que la cistectomía radical, con efectos adversos tolerables y conservando la vejiga<sup>5,6</sup>. De hecho este paciente en un origen fue sometido a tratamiento conservador de su tumor vesical infiltrante, manteniéndose libre de enfermedad durante 11 años. Sin embargo, la evolución de su tumor urotelial en los últimos 6 meses ha sido muy rápida, por lo que en este caso se inició el tratamiento quimioterápico adyuvante con intención paliativa.



**FIGURA 1.** Imagen macroscópica de pieza de penectomía en la que se aprecian los cuerpos cavernosos con infiltración tumoral.



**FIGURAS 2 y 3.** Imagen microscópica en la que se aprecia a 100 y a 250 aumentos la invasión de los cuerpos cavernosos por nidos de carcinoma urotelial de alto grado con focos de necrosis intratumoral.

El priapismo asociado a tumores sólidos suele producirse por metástasis o por infiltración directa de los cuerpos cavernosos, seguida del glande y del cuerpo esponjoso<sup>7</sup>, aunque también se ha descrito algún caso de priapismo de clítoris secundario a un tumor vesical infiltrante<sup>8</sup>. En el 80% de estos casos, los tumores primarios son de origen genitourinario<sup>9,10</sup>. En nuestro caso se trata de un tumor vesical que presenta una progresión local con infiltración por contigüidad de los cuerpos cavernosos.

Dada la evolución que estaba teniendo su tumor urotelial y el estado en el que llegó el paciente, las principales posibilidades que se plantearon como causa del priapismo fue la infiltración metastásica o una reacción leucemoide, que es un síndrome en este caso paraneoplásico, en el que se produce una obstrucción mecánica intravascular secundaria a una hiperviscosidad sanguínea, y donde la analítica sanguínea simula una leucemia mieloide crónica con una leucocitosis intensa<sup>3</sup> que en este caso quedó descartado.

El tratamiento del priapismo de origen neoplásico es controvertido. El priapismo en estos casos no suele responder a las medidas conservadoras (inyección de drogas simpaticomiméticas) o a la realización de shunts que utilizamos en los priapismos secundarios a otras causas. La decisión de tratar o no el priapismo de origen neoplásico y la modalidad de tratamiento dependerá en su mayor parte del estado clínico y del pronóstico del enfermo. Las lesiones metastásicas en pene se pueden tratar quirúrgicamente con escisión de la lesión, penectomía parcial o total, quimioterapia, radioterapia o con tratamiento conservador<sup>2</sup>.

Presentamos un caso infrecuente de necrosis balánica sobreinfectada secundaria a un priapismo de origen neoplásico muy evolucionado. En este caso, habiéndose descartado otros focos responsables del estado del paciente se procedió a practicarle una penectomía con buena evolución posterior. Aunque el paciente ha reiniciado el tratamiento con quimioterapia con estabilización de su enfermedad, el priapismo por infiltración neoplásica es un signo de mal pronóstico con supervivencias muy bajas al año de su aparición<sup>4</sup>.

## REFERENCIAS

1. Keoghane SR, Sullivan ME, Millar MAW The aetiology, pathogenesis and management of priapism. BJU International 2000; 90(2):149-154.
2. Guvel S, Kilinc F, Torun D, Egilmez T, Ozkardes H. Malignant Priapism Secondary to Bladder Cancer. Journal of Andrology 2003 Jul/Aug; 24(4):499-500.
3. Rodríguez A, Romero E, Suárez G, Bonelli C, González A, Lorenzo J et al. Priapismo secundario a reacción leucemoide paraneoplásica en paciente con cáncer de vejiga. Actas Urológicas Españolas 2004;28(7):539-543.
4. Trivez MA, Aranda JM, Lozano J, Ambroj C, Cebrián C. Carcinoma transicional y priapismo metastático. Actas Urológicas Españolas 2004;28(9):694-697.
5. Michaelson MD, Shipley WU, Heney NM, Zietman AL, Kaufman DS. Selective bladder preservation for muscle-invasive transitional cell carcinoma of the urinary bladder. British Journal of Cancer 2004;90(3):578-581.
6. Kuczyk M, Turkeri L, Hammerer P, Ravery V. Is There a role for Bladder Preserving Strategies in the Treatment of Muscle-Invasive Bladder Cancer? European Urology 2003;44(1):57-64.
7. Robey E, Schellhammer P. Four cases of metastases to the penis and a review of the literature. Journal of Urology 1984;132(5): 992-994.
8. DiGiorgi S, Schnatz PF, Mandavilli S, Greene JF, Curry SL. Transitional cell carcinoma presenting as clitoral priapism. Gynecol Oncol. 2004 May;93(2):540-542.
9. Chan PT, Begin LR, Arnold D, Jacobson SA, Corcos J, Brock GB. Priapism secondary to penile metastasis: a report of two cases and a review of the literature. J Surg Oncol 1998;68(1):51-59.
10. Al-Mufarrej F, Kamel MH, Mohan P, Hickey D. Tricorporal priapism post-radical cystoprostatectomy: first sign of recurrent urogenital malignancy. Int J Urol. 2006 Apr;13(4):460-462.

Correspondencia autora: Dra. Ana Celma Doménech  
Servicio de Urología. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.  
Passeig Vall d'Hebrón 119-129 - 08035 Barcelona  
Tel.: 934 893 000  
E-mail autora: anacelmad@hotmail.com  
Información artículo: Nota clínica  
Trabajo recibido: junio 2007  
Trabajo aceptado: agosto 2008