

PRIAPISMO POR TRAZODONA

M.A. CORREAS GÓMEZ, J.A. PORTILLO MARTÍN, B. MARTÍN GARCÍA,
R. HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J.L. GUTIÉRREZ BAÑOS,
J.I. DEL VALLE SCHAAN, A. ROCA EDREIRA, M.A. RADO VELÁZQUEZ,
A. HERNÁNDEZ CASTRILLO

Servicio de Urología. Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla". Santander (Cantabria).

PALABRAS CLAVE:

Priapismo. Trazodona.

KEY WORDS:

Priapism. Trazodone.

Actas Urol Esp. 24 (10): 840-842, 2000

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 41 años, en tratamiento antidepresivo con trazodona, que acudió a nuestro servicio por presentar cuadro de priapismo de 72 horas de evolución. Revisamos la literatura y dada la escasez de casos hace que publiquemos éste.

ABSTRACT

We present a 41 years old male, treated with trazodone because of depression. He was seen at our Andrology unit for a 72 hours evolutioned priapism. We review the literature and submit this paper for publication because it is an uncommon pathology.

Desde la introducción de la trazodona, un anti-depresivo de segunda generación, en Marzo de 1982, se han descrito varios casos de priapismo.

El priapismo se define como una erección persistente que no puede ser aliviada por la relación sexual o la masturbación. No obstante el priapismo cede espontáneamente en unos pocos días pero le sigue frecuentemente la impotencia. En la patofisiología del priapismo están implicados ambos mecanismos vascular y neural, pero no se sabe cómo se inicia el proceso. Los casos idiopáticos de priapismo son los más frecuentes (cerca del 50%), otras condiciones médicas que pueden resultar en priapismo son las enfermedades hematológicas (principalmente la anemia de células falciformes y la leucemia), traumatismos y procesos neoplásicos. Las drogas que inducen priapismo comprenden al 30% de los casos. Las dro-

gas más frecuentemente implicadas son las drogas psicotrópicas (fenotiazinas y trazodona), antihipertensivos (principalmente el prazosín) y la heparina. En los últimos tiempos la inyección intracavernosa de drogas vasoactivas (papaverina, fentolamina y prostaglandina) son las responsables de priapismo en pacientes que refieren disfunción eréctil¹.

El priapismo debe ser considerado una urgencia urológica y se debe proponer una intervención quirúrgica precoz con aspiración de los cuerpos cavernosos y lavado farmacológico con agonistas alfa-adrenérgicos. Esto evitará el riesgo de impotencia eréctil con sus consecuencias médico-legales. No se debe malgastar un tiempo precioso en pasados métodos conservadores que no han dado resultados como los enemas de agua fría y caliente, o el masaje prostático vigoroso².

CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años, con antecedentes de apendicectomía en Junio de 1996, desde entonces se le diagnostica de una depresión por lo que está siendo tratado con Deprax 100.

En enero 97 acude a urgencias por cuadro de priapismo de 72 horas de evolución, que no cedió con tratamiento antiinflamatorio y miorrelajante dado por su médico de cabecera. Durante los 6 meses que llevaba de tratamiento con trazodona, refiere que había tenido algún episodio de erección prolongada que había cedido sola.

En la gasometría de los cuerpos cavernosos se obtiene una PO_2 de 22,7 mm Hg, y PCO_2 de 89,7 mm Hg. Diagnosticado de priapismo de bajo flujo se procede a la detumescencia de los cuerpos cavernosos, para lo cual se inyectan 30 mg de Metoxamina en 3 dosis sin conseguir disminución de la erección, por lo que se inyectan 3 dosis de adrenalina al 1/1000 sin conseguir nada, tampoco. Así pues, se procede a la realización de una fístula caverno-esponjosa (Ebbehøj) a nivel de glande con lo que cede algo, pero queda en semierección, sobre todo rígido en extremo distal.

Posteriormente se realiza una fístula safeno-cavernosa según técnica de Grayhack, consiguiéndose la detumescencia.

En las revisiones posteriores, el paciente refiere DE, y a la exploración se aprecia fibrosis en la raíz del pene. Eco-doppler peneana: fístula safeno-cavernosa permeable.

Se decide cierre quirúrgico de la fístula safeno-cavernosa (Figs. 1 y 2).



FIGURA 1. Fístula safeno-cavernosa.



FIGURA 2. Se puede observar la incisión crural y dorso lateral peneana.

Posteriormente realizamos test con PGE1 con 30 mcg, y con Trimix, no consiguiéndose ningún tipo de erección. Por lo que, finalmente, se decide la colocación de una prótesis.

DISCUSIÓN

La trazodona es un derivado triazolopiridínico, química y farmacológicamente no relacionado con otros antidepresivos disponibles. Posee actividad antidepresiva, y también tiene actividad ansiolítica e hipnótica³.

Desde la introducción de la trazodona, un antidepresivo de segunda generación, en Marzo de 1982, se han descrito diversos casos de priapismo; comenzando por el primero descrito por Scher en 1983, al cual siguieron otros⁴⁻⁶.

El mecanismo exacto por el que se produce el priapismo, se desconoce. Pero lo que sí se sabe es que la trazodona puede incrementar la erección peneana en el hombre, para lo cual se propone como mecanismo de acción las propiedades de bloqueo alfa-adrenérgico de la trazodona por interferencia con el control simpático de detumescencia peneana⁷.

Otros autores piensan que las propiedades antagonistas alfa-adrenérgicas de la trazodona probablemente causan priapismo por acción local⁸.

Los datos sugieren que el priapismo puede darse principalmente en los primeros 28 días de tratamiento y que la mayoría de los casos ocurre con dosis de 150 mg/día o menos. Sin embargo, se han descrito casos en que el priapismo se ha producido a los 18 meses de haber comenzado el tratamiento y que cualquier grupo de edad puede ser vulnerable a este efecto adverso⁹.

Los dos efectos colaterales de la trazodona, relacionados con la actividad sexual, son el priapismo en hombres y el incremento de la libido en mujeres¹⁰.

Según distintos trabajos, la incidencia de priapismo asociado con el tratamiento de trazodona se encuentra entre 1 por 10.000 y 1 por 1.000^{9,11}.

También se han descrito priapismos del clitoris, que se han resuelto administrando agonistas adrenérgicos para inducir la contracción del músculo liso del clitoris¹².

Y últimamente se ha descrito priapismo clitorideo con la administración de otro antidepresivo con efecto bloqueante alfa-adrenérgico, como es la nefazodona¹³.

El riesgo de priapismo es mayor si estas sustancias se asocian con otras drogas como puede ser la marihuana, alcohol o cocaína¹⁴.

Revisando este caso, nosotros pensamos que ante un paciente que refiera erecciones prologadas, estando en tratamiento con trazodona, se le debe alertar de la posibilidad de que desarrolle un priapismo, para que acuda lo antes posible al Urólogo, si esto ocurre, y así poder evitar las consecuencias derivadas de un priapismo de bajo flujo prolongado en el tiempo. En cualquier caso, los pacientes deben ser informados de los potenciales efectos secundarios que pueden derivarse del tratamiento con este antidepresivo.

REFERENCIAS

1. BAÑOS JE, BOSCH F, FARRE M: Drug-induced priapism. Its aetiology, incidence and treatment. *Med Toxicol Adverse Drug Exp* 1989; **4** (1): 46-58.
2. MAGOHA GA: Priapism: a historical and update review. *East Afr Med J* 1995; **72** (6): 399-401.
3. HARIA M, FITTON A, MCTAVISH D: Trazodone. A review of its pharmacology, therapeutic use in depression and therapeutic potential in other disorders. *Drugs Aging* 1994; **4** (4): 331-355.
4. SCHER M, KRIEGER JN, JUERGENSEN S: Trazodone and priapism. *Am J Psychiatry* 1983; **140** (10): 1.362-1.363.
5. LANSKY MR, SELZER J: Priapism associated with trazodone therapy: case report. *J Clin Psychiatry* 1984; **45** (5): 232-233.
6. CARSON CC 3D, MINO RD: Priapism associated with trazodone therapy. *J Urol* 1988; **139** (2): 369-370.
7. SÁENZ DE TEJADA I, WARE JC, BLANCO R, PIT-TARD JT, NADIG PW, AZADZOI KM, KRANE RJ, GOLDSTEIN I: Pathophysiology of prolonged penile erection associated with trazodone use. *J Urol* 1991; **145** (1): 60-64.
8. ABBER JC, LUE TF, LUO JA, JUEENEMANN KP, TANAGHO EA: Priapism induced by chlorpromazine and trazodone: mechanism of action. *J Urol* 1987; **137** (5): 1.039-1.042.
9. WARNER MD, PEABODY CA, WHITEFORD HA, HOLLISTER LE: Trazodone and priapism. *J Clin Psychiatry* 1987; **48** (6): 244-245.
10. SULLIVAN G: Increased libido in three men treated with trazodone. *J Clin Psychiatry* 1988; **49** (5): 202-203.
11. THOMPSON JR JW, WARE MR, BLASHFIELD RK: Psychotropic medication and priapism: a comprehensive review. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990; **51**: 430-433.
12. PESCATORI ES, ENGELMAN JC, DAVIS G, GOLDSTEIN I: Priapism of the clitoris: a case report following trazodone use. *J Urol* 1993; **149** (6): 1.557-1.559.
13. BRODIE MEUER CC, DIEMONT WL, BUIJS PJ: Nefazodone-induced clitoral priapism. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; **14** (4): 257-258.
14. MYRICK H, MARKOWITZ JS, HENDERSON S: Priapism following trazodone overdose with cocaine use. *Ann Clin Psychiatry* 1998; **10** (2): 81-83.

Dr. M.A. Correas Gómez
Calle Vargas, 57A - 2º B
39010 Santander (CANTABRIA)

(Trabajo recibido el 9 Marzo de 2000)

COMENTARIO EDITORIAL

Tras la realización de un shunt caverno-esponjoso es muy importante, vaciar los cuerpos cavernosos con compresión manual, a modo de ordeñar y vaciar los cuerpos cavernosos a través del shunt. Esto debe realizarse periódicamente,

cuando los cuerpos cavernosos se llenan. Estas maniobras suelen facilitar la permeabilidad del shunt y en nuestra experiencia, evitar la realización de shunt más complejos y agresivos.

Fdo.: L. Rodríguez Vela