



REPORTE DE CASO

Priapismo maligno, revisión de la literatura: reporte de dos casos



Marino Cabrera^{a,b,*}, Byron López de Mesa^{c,d}, Rodolfo Varela^{c,d} y Rafael Vargas^e

^a Urólogo, Laparoscopia y Robótica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia

^b Profesor asociado, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^c Urólogo oncólogo, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia

^d Profesor asociado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^e Urólogo oncólogo, Instituto Nacional de Cancerología, INC, Bogotá, Colombia

Recibido el 16 de octubre de 2014; aceptado el 13 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 18 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Priapismo;
Maligno;
Metástasis;
Cáncer de vejiga;
Cáncer de próstata

Resumen

Introducción: El priapismo maligno o priapismo secundario a infiltración metastásica es una entidad pocas veces vista. La mayoría de los pacientes presentan compromiso extenso de la enfermedad primaria y son pocas las opciones de manejo médico o quirúrgico.

Objetivos: Reportar y describir 2 casos clínicos de pacientes con priapismo maligno secundario a carcinoma urotelial de vejiga y adenocarcinoma de próstata, respectivamente; posteriormente se realiza la revisión de la literatura disponible.

Materiales y métodos: Caso 1. Paciente de 50 años de edad con diagnóstico de tumor urotelial de vejiga avanzado con metástasis pulmonar multifocal. Consulta por presentar hematuria y priapismo manejado con derivación cavernoesponjosa distal, por persistencia de priapismo y necrosis distal del pene. La patología evidencia pene con compromiso por carcinoma y necrosis isquémica con trombosis y ulceración.

Caso 2. Paciente de 63 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata resistente a la castración que consulta por cuadro clínico de 3 meses de evolución por dolor a nivel del pene, induración y síntomas obstructivos urinarios bajos con retención urinaria manejado con sonda Foley uretral. Al examen físico se observa pene con induración de cuerpos cavernosos. Se realiza ultrasonografía de pene, que, junto con la clínica, confirma priapismo.

Conclusiones: El priapismo maligno es una condición extremadamente rara producto de una patología muy avanzada. Las opciones terapéuticas son mínimas y se debe enfatizar en el manejo médico y paliativo con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

© 2014 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcabreraf@unbosque.edu.co (M. Cabrera).

KEYWORDS

Priapism;
Malignant;
Metastasis;
Bladder cancer;
Prostate cancer

Malignant priapism, review of the literature: two cases reports**Abstract**

Introduction: Malignant priapism or priapism secondary to metastatic infiltration is rarely seen condition. Most patients present with extensive involvement of the primary disease, and with few options for medical or surgical management.

Objectives: To describe and report two cases of malignant priapism secondary to bladder urothelial carcinoma and adenocarcinoma of prostate, respectively, as well as to perform a review of the literature.

Materials and methods: Case 1. A 50 year-old patient with advanced bladder carcinoma and multifocal pulmonary metastases, who consulted due to with haematuria and priapism. Due to persistent distal necrosis priapism, he required a perineal urethrostomy and then a total penectomy. Pathology reported the involvement of penile carcinoma with thrombosis, ischaemic necrosis, and ulceration.

Case 2. A 63 year-old patient with advanced prostate refractory to castration. He had a three month history of pain in penis, induration, and lower urinary tract symptoms with urinary retention managed with Foley catheter. Physical examination showed penile induration, with the penis ultrasound confirming the symptoms and the diagnosis.

Conclusions: Malignant priapism is an extremely rare condition and product of a very advanced disease. Treatment options are minimal, and palliative management should be emphasised in order to improve the quality of life of patients.

© 2014 Sociedad Colombiana de Urología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las metástasis a pene son extremadamente raras; en orden de frecuencia se originan de la próstata (34%), vejiga (30%), recto-sigmoide (13%), riñón (8%), tracto gastrointestinal inferior y superior (4-2%), testículo (3%) y pulmón (2%)¹⁻³. El principal síntoma de estos pacientes es priapismo maligno ocupando hasta el 40%, otros síntomas son retención urinaria, nódulos en pene, ulceración, dolor perineal, edema generalizado, masa, disuria y hematuria⁴.

Las vías de diseminación incluyen venosa retrógrada, linfática retrógrada, embolismo arterial y extensión directa local⁵. Los pacientes con priapismo maligno presentan compromiso extendido de la enfermedad con pocas opciones de manejo médico, adicional al paliativo.

En este artículo se reportan 2 casos clínicos de priapismo maligno secundario a cáncer de vejiga y a adenocarcinoma de próstata, respectivamente. Se revisa la literatura disponible de forma sistemática con las siguientes palabras clave: Priapismo, Maligno, Metástasis, Cáncer de vejiga, Cáncer de próstata.

Reporte de casos**Caso 1**

Paciente de 50 años de edad con cuadro clínico de 8 meses de evolución de hematuria, quien es llevado a resección transuretral de tumor de vejiga, sin complicaciones. El reporte histopatológico evidencia carcinoma de células transicionales de alto grado infiltrante a la capa muscular con invasión linfovascular. Se realizó tomografía toracoabdominal (TAC),

que evidencia lesiones pulmonares multifocales de aspecto metastásico.

El paciente es valorado en otra institución por presentar dolor en pene con edema y disuria de 2 meses de evolución; se realizó el diagnóstico de priapismo, por lo que es llevado a derivación cavernoesponjosa distal, y por persistencia de priapismo, necrosis distal del pene y retención urinaria le fue realizada una resección transuretral de tumor vesical, desbridamiento en pene y uretrotomía perineal. Es remitido a nuestra institución, y al ingreso se valoró al paciente encontrándolo en regulares condiciones generales, pene con necrosis de los dos tercios distales con áreas eritematosas perilesionales, uretrotomía perineal con dehiscencia de sutura y cabo uretral sepultado (fig. 1).

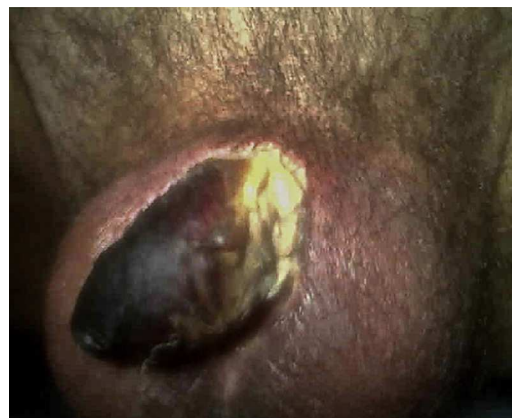


Figura 1 Necrosis de los 2/3 distales del pene, con áreas eritematosas perilesionales.

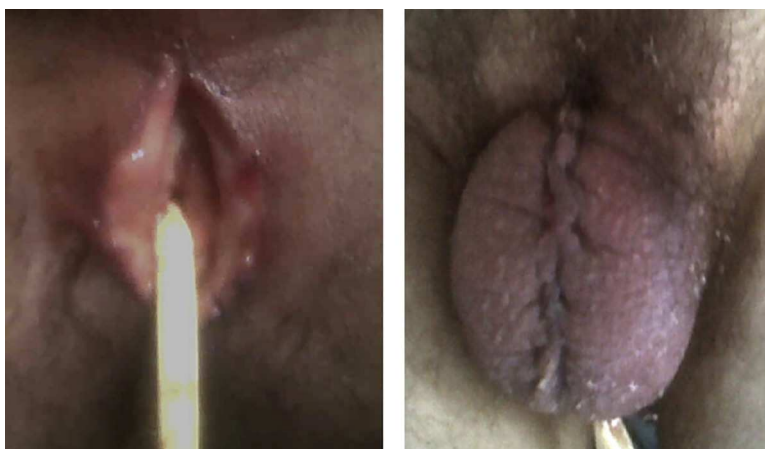


Figura 2 Uretrostomía perineal con dehiscencia de sutura, penectomía total.

Se decide en junta médica llevar a penectomía total y remodelación de uretostomía perineal (fig. 2). El reporte de patología evidencia pene con compromiso multifocal por carcinoma transicional de vejiga y necrosis isquémica extensa con trombosis antigua y reciente; fragmentos sueltos de piel con necrosis isquémica, trombosis y ulceración.

En la evolución postoperatoria temprana el paciente no presenta signos de infección del sitio operatorio; se retiró dren escrotal a las 48 h y se evidencia uretostomía perineal funcionando sin complicación. Días después desarrolla hipercalemia maligna severa refractaria al tratamiento, además de insuficiencia respiratoria, falleciendo a los 21 días de hospitalización.

Caso 2

Paciente de 63 años de edad, referido a nuestra institución con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, Gleason 4+5, PSA inicial en 127,5 ng/ml y enfermedad metastásica ósea poliostótica, manejado con bloqueo hormonal farmacológico con análogos de GnRH durante 12 meses, con posterior elevación del PSA, por lo que es llevado a orquidectomía simple bilateral más bicalutamida 50 mg/día por persistencia de PSA elevado en 79,4 ng/ml. A pesar del manejo continúa la elevación del PSA mayor al 50%, por lo que se cambia manejo y se suspende bicalutamida y se inicia dietiletilbestrol 1 mg/día + ASA 100 mg.

Meses después el paciente consultó con cuadro clínico de aproximadamente 3 meses de evolución consistente en dolor a nivel peneano, induración del pene dolorosa y síntomas obstructivos urinarios bajos con retención urinaria, manejada con sonda Foley uretral (fig. 3).

Al examen físico se encontró induración de cuerpos cavernosos del pene y se diagnosticó priapismo, por lo que se solicitó ultrasonografía Doppler de pene, confirmando diagnóstico de priapismo de bajo flujo.

El paciente es manejado de forma médica y paliativa con analgesia, sonda Foley uretral por retención urinaria, con evolución favorable y sin presentar necrosis peneana.

Discusión

El primer caso de priapismo maligno fue reportado por Ebert en 1870⁴. En la actualidad hay aproximadamente 400 casos



Figura 3 Priapismo maligno y retención urinaria manejada con sonda Foley en cáncer de próstata.

reportados³. El principal sitio de afectación de las lesiones son los cuerpos cavernosos, posteriormente el glande y el cuerpo esponjoso⁶.

Los estudios radiológicos de elección en el estudio del priapismo maligno son la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia nuclear magnética (RNM) y la tomografía por emisión de positrones (PET), siendo la RMN el examen más idóneo y utilizado por sus ventajas en imágenes multiplanares para el estudio de tejidos blandos⁷.

El uso del ultrasonido Doppler está descrito como un método para distinguir entre priapismo de bajo o de alto flujo; la mayoría de las hipótesis consideran que es el priapismo de bajo flujo el observado por la invasión neoplásica a los sinusoides cavernosos y el sistema venoso, causando bloqueo completo y la consecuente erección permanente^{8,9}. Las lesiones en pene de origen metastásico en algunas ocasiones requieren biopsia o aspiración con aguja fina para obtener la confirmación histológica.

Las metástasis peneanas deben diferenciarse de: cáncer primario de pene, chancro, priapismo no tumoral, enfermedad de Peyronie, tuberculosis y enfermedades supurativas o inflamatorias¹⁰.

El manejo del paciente con tumores con metástasis a pene y priapismo depende del estado funcional del paciente y del tipo de tumor primario.

El tratamiento del priapismo maligno, además del manejo médico inicial del priapismo de bajo flujo con hidratación, oxigenación, drenaje de cuerpos cavernosos y derivaciones cavernosas, incluye escisión local y/o penectomía total⁹.

La quimioterapia y la radioterapia están descritas como medidas paliativas al dolor¹¹.

El 80% de los pacientes presentan compromiso ampliamente diseminado y la expectativa de vida es menor a 6 meses, independientemente del sitio de tumor primario y del tratamiento instaurado¹².

Conclusiones

El priapismo maligno o metastásico es una condición extremadamente rara producto de una patología muy avanzada. Realizamos 2 reportes de casos de priapismo maligno secundario a metástasis por cáncer de vejiga y cáncer de próstata. Las opciones terapéuticas son mínimas y se debe enfatizar en el manejo médico y paliativo con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.

Financiación

Ninguna.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Burgers JK, Badalament RA, Drago JR. Penile cancer. Clinical presentation, diagnosis, and staging. *Urol Clin North Am.* 1992;19:247-56.
2. Jiang H, Zhu X-W, Shi S-F, Xie L, Teng X-D, Chen ZD. Malignant priapism secondary to testicular tumor. *Chin Med J.* 2009;122:1839-40.
3. Lin YH, Kim JJ, Stein NB, Khera M. Malignant priapism secondary to metastatic prostate cancer: A case report and review of literature. *Rev Urol.* 2011;13:90-4.
4. Hizli F, Berkmen F. Penile metastasis from other malignancies. A study of ten cases and review of the literature. *Urol Int.* 2006;76:118-21.
5. Cherian J, Rajan S, Thwaini A, Elmasry Y, Shah T, Puri R. Secondary penile tumours revisited. *Int Semin Surg Oncol.* 2006;3:33.
6. Robey E, Schellhammer P. Four cases of metastases to the penis and a review of the literature. *J Urol.* 1984;132:992.
7. Lau TN, Wakeley CJ, Goddard P. Magnetic resonance imaging of penile metastases: A report on five cases. *Australas Radiol.* 1999;43:378-81.
8. Eguiluz P, Palacios A, Heredero O, Cañada de Arriba F, Garcia J, Ramon V, et al. Malignant priapism and secondary bladder cancer. *Arch Esp Urol.* 2009;62:239-41.
9. Dubocq FM, Tefilli MV, Grignon DJ, Pontes JE, Dhabuwala CB. High flow malignant priapism with isolated metastasis to the corpora cavernosa. *Urology.* 1998;51:324-6.
10. Abeshouse BS, Abeshouse GA. Metastatic tumors of the penis: A review of the literature and a report of two cases. *J Urol.* 1961;86:99-112.
11. Kumar PP, Newland JR. Metastatic carcinoma of the penis. *J Natl Med Assoc.* 1980;72:55-8.
12. Park JC, Lee WH, Kang MK, Park SY. Priapism secondary to penile metastasis of rectal cancer. *World J Gastroenterol.* 2009;15:4209-11.