

Caracterización epidemiológica, diagnóstica y terapéutica de pacientes con priapismo

Epidemiological, diagnostic and therapeutical characterization of patients with priapism

**Dr. Orlando Castro Maldonado,^I Dr. Juan Enrique Meléndez Borges,^I
Dra. Isis Emérita Pedro Silva,^{II} Dra. Amparo Mirabal Fariñas^I y Dr. Alfredo Rodríguez Morales^{III}**

^I Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Hermanos Ameijeiras", Ciudad de la Habana, Cuba.

^{III} Facultad de Medicina No. 2, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 32 pacientes con priapismo, atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero de 2008 hasta diciembre de 2014, a fin de caracterizarles desde los puntos de vista epidemiológico, diagnóstico y terapéutico. En la serie predominaron el grupo etario de 20-29 años, el color de piel negra y la etiología idiopática como la más frecuente. En 53,1 % de los pacientes no se determinó el tipo de priapismo y 46,9 % de ellos tenían más de 24 horas de evolución antes de recibir asistencia médica. De los que presentaron entre 12-24 horas solo 7,1 % recibió tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico fue inefectivo en 76,5 % de los pacientes y 54,9 % de ellos presentó disfunción eréctil.

Palabras clave: priapismo, disfunción sexual eréctil, urgencias urológicas, pene, erección.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 32 patients with priapism, assisted at the Urology Service of the "Saturnino Lora Torres" Provincial Teaching Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba, was carried out from January, 2008 to December, 2014, in order to characterize them from the epidemiological, diagnostic and therapeutical points of view. The 20-29 age group and the black skin color predominated in the series, as well as and the idiopathic etiology as the most frequent one. In the 53.1% of the patients priapism type was not determined and 46.9% of them had more than 24 hours of clinical course before receiving medical assistance. Of those who arrived between 12-24 hours only 7.1% received surgical treatment. The medical treatment was not effective in 76.5% of the patients and 54.9% of them presented erectile dysfunction.

Key words: priapism, erectile sexual dysfunction, urological emergencies, penis, erection.

INTRODUCCIÓN

El priapismo es una emergencia médica, para la cual el urólogo dispone actualmente, de diversas herramientas diagnósticas y terapéuticas, debido a los avances en la comprensión de la fisiología y la fisiopatología del mecanismo de la erección. Es un término derivado del griego priapus, que representaba a los dioses griego y romano, cuya figura se relacionaba con la seducción, la fecundidad y el amor sexual. Se le atribuían poderes terapéuticos a las enfermedades genitales masculinas; es por ello que se representó al hombre de forma grotesca con un enorme y siempre erecto falo. Cuenta la mitología griega que este dios intentó violar a una diosa y los dioses del olimpo enojados como castigo le dieron un pene erecto sin utilidad; de ahí proviene el nombre de priapismo.¹⁻³

A pesar de los distintos misterios existentes acerca de esta enfermedad, mucho se ha investigado para poder entender su patogenia, que en los últimos tiempos se ha relacionado con infección de las vías urinarias, retención urinaria, trastornos psicológicos y otros. Al respecto, la primera publicación registrada data de 1616, y en 1824, se describió el primer caso; desde entonces ha sido limitada la atención al estudio de la incidencia, patogenia, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento oportuno de esta afección, a pesar de que se asocia con consecuencias psicosociales devastadoras y resultados poco favorables para las expectativas del paciente, entre las cuales se incluye la disfunción eréctil irreversible y permanente.³⁻⁵

El priapismo ha sido definido por la Fundación Americana para las Enfermedades Urológicas (AFUD, por sus siglas en inglés) como "la condición patológica caracterizada por una erección peniana mantenida y generalmente dolorosa que no está relacionada con la estimulación sexual. Ocurre por un desequilibrio entre el flujo arterial y el drenaje venoso del pene".⁶⁻⁹

De hecho, el conocimiento de su fisiopatología permite realizar un enfoque adecuado, con un diagnóstico más certero mediante la aplicación sistemática de las exploraciones y el establecimiento de pautas de tratamiento, según el tiempo de evolución, para evitar las secuelas, aunque en la actualidad continúa siendo tema de investigación. Es por ello que la AFUD lo clasifica como priapismo isquémico (venoclusivo) y priapismo no isquémico (arterial).⁸

Ahora bien, el priapismo isquémico (venoclusivo) es la forma más común; generalmente se presenta con erección dolorosa y máxima rigidez, caracterizada clínicamente por la ausencia de flujo sanguíneo cavernoso. Este tiene una duración mayor de 4 horas y requiere intervención médica urgente. Las consecuencias potenciales son la fibrosis corporal irreversible y disfunción eréctil permanente. En su patogenia se involucran medicamentos, toxinas, hormonas, hiperalimentación parenteral, alteraciones hematológicas, alteraciones metabólicas, neurológicas y malignas, así como causas idiopáticas. Su fisiopatología se relaciona con un desequilibrio entre los mecanismos de vasoconstricción y vasodilatación, que lleva a un síndrome compartimental del pene caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis.⁵

En cambio, el priapismo arterial (no isquémico) es la presentación menos frecuente, debido a la entrada de flujo sanguíneo cavernoso no controlado. La erección generalmente no es dolorosa ni tiene máximo grado de rigidez. Requiere la evaluación y atención oportuna; sin embargo, por no ser un síndrome compartimental no constituye una urgencia médica. Se produce como resultado del flujo arterial cavernoso no regulado, consecuencia de un trauma agudo perineal que lleva a la

formación de una fístula arteriolacunar. El flujo arterial turbulento producido por la fístula lleva a la liberación no regulada de óxido nítrico endotelial, un poderoso vasodilatador y anticoagulante, que impide la detumescencia peniana y la formación del coágulo en la fístula arteriolacunar.⁵

La existencia de estudios epidemiológicos bien diseñados es limitada. Datos recientes revelan que la incidencia de priapismo en la población general es baja, de aproximadamente 1,1 casos por cada 100 000 habitantes/año. Recientemente, Eland *et al*,⁷ llevaron a cabo un estudio retrospectivo, para el cual usaron la base de datos de la Atención Primaria Integrada, que es donde se encuentran los datos de todos los pacientes, quienes han sido valorados por médicos generales en los países bajos. Esta investigación mostró un leve aumento en la incidencia del priapismo no iatrogénico (0,9 casos por cada 100 000 habitantes/año), aunque en los Estados Unidos y otros países donde las hemoglobinopatías como la anemia de células falciformes son prevalentes puede ser más alta que en las regiones donde estas no existen. Otro estudio realizado en 5 centros del Reino Unido y Nigeria, en el cual se tomaron 130 pacientes con diagnóstico de anemia de células falciformes se notificó una prevalencia de priapismo de 35 %.³

La citada enfermedad, a pesar de ser poco frecuente, puede ser muy peligrosa por las consecuencias que ocasiona en el órgano reproductor masculino si no es tratada rápida y adecuadamente, pues constituye una urgencia médica dentro de la especialidad de urología. Es por ello que requiere tratamiento imperioso para disminuir el daño y evitar cambios permanentes o disfunción eréctil, que pueden agudizarse mientras más intenso y duradero haya sido el cuadro. Puede prevenirse en la medida en que se tengan en cuenta sus causas. Impedir la automedicación de psicofármacos, antihipertensivos, anticoagulantes y medicamentos intracavernosos son factores importantes. Además, se deben evitar traumas del periné que dañen el músculo del pene, los cuales pueden lesionar las arterias cavernosas y provocar una fístula arteriocavernosa.¹⁰

Desde que la enfermedad se trató por vez primera en Cuba y en el mundo, ha tenido diferentes enfoques en cuanto al diagnóstico y terapéutica, de acuerdo con su patogenia y fisiopatología. En cualquier caso, la prioridad es minimizar el daño sobre el tejido eréctil y procurar una recuperación lo más completa posible, que elimine la posibilidad de una futura disfunción o pérdida del placer sexual, no solo del paciente sino también de su pareja.¹⁰

El diagnóstico y control del priapismo isquémico (síndrome compartimental de los cuerpos cavernosos) se basa generalmente en la historia clínica y el examen físico; sin embargo, deben incluirse algunas pruebas generales de laboratorio, tales como cuadro hemático, recuento de plaquetas y reticulocitos, electroforesis de hemoglobina, uroanálisis (para búsqueda de metabolitos de cocaína o drogas psicoactivas), con el fin de identificar la causa. El antígeno específico prostático se recomienda también para excluir la posibilidad de cáncer invasivo de próstata, que pueda comprometer los cuerpos cavernosos. La evaluación del estado del flujo sanguíneo corporal debe llevarse a cabo en todos los pacientes mediante la aspiración de la sangre cavernosa (para evaluar el color, consistencia y análisis gasométrico) o el ultrasonido Doppler peneano, el cual debe repetirse posteriormente al finalizar el tratamiento para valorar continuamente el flujo arterial cavernoso.¹⁰

Los estudios realizados en relación con esta enfermedad han sido insuficientes en la provincia Santiago de Cuba y el país; por tanto, la necesidad de conocer las características de los afectados resultó de gran importancia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 32 pacientes con priapismo, atendidos en el Servicio de Urología del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero de 2008 hasta diciembre de 2014, a fin de caracterizarles desde el punto de vista epidemiológico, diagnóstico y terapéutico.

La información se obtuvo de las historias clínicas de cada paciente, con previa autorización de estos para la utilización de los datos.

Entre las variables analizadas figuraron: grupos de edades, color de la piel, patogenia, tiempo de evolución, tipo de priapismo según gasometría de cuerpos cavernosos, tipo de priapismo según ecografía Doppler de pene, conducta terapéutica aplicada, complicaciones, resultado de la conducta terapéutica aplicada. Se consideró la presencia o no de detumescencia del pene después de 12 horas de aplicado y la conducta independientemente del tipo de tratamiento, a saber:

- Efectiva: cuando se logró la detumescencia peneana a las 12 horas.
- No efectiva: no se logró la detumescencia peneana a las 12 horas.

Para procesar los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 15.0. Se empleó el porcentaje como medida de resumen para las variables cualitativas y el promedio para las cuantitativas.

RESULTADOS

En la serie (tabla 1) predominaron los pacientes de 20-29 años (37,5 %), seguidos de los de 30-39 (28,1 %).

Tabla 1. Pacientes según grupos etarios

Grupos etarios (en años)	Pacientes	
	No.	%
15-19	3	9,4
20-29	12	37,5
30-39	9	28,1
40-49	4	12,5
50-59	2	6,3
60 y más	2	6,3
Total	32	100,0

Según el color de la piel, hubo mayor frecuencia de hombres negros (17 para 53,1 %), seguidos por los mestizos (12 para 37,5 %) y en menor cuantía los blancos (3 para 9,4 %)

Con respecto a la patogenia, en la tabla 2 se observa una prevalencia del priapismo idiopático (50,0 %), seguido de la sicklemia (28,1 %); los restantes tuvieron menor frecuencia.

Tabla 2. Pacientes con según patogenia

Patogenia	Pacientes	
	No.	%
Priapismo idiopático	16	50,0
Sickleemia	9	28,1
Inyección de drogas vasoactivas	4	12,5
Consumo de psicofármacos	2	6,3
Leucemia	1	3,1
Total	32	100,0

En 53,1 % de los pacientes no se determinó el tipo de priapismo que padecían; en 43,8 % se identificó el priapismo de bajo flujo y en 3,1 % de alto flujo.

Obsérvese en la tabla 3 que 46,9 % de los afectados tuvo más de 24 horas de evolución antes de recibir atención médica, seguidos por los de 12-24 horas (43,8 %). El tratamiento médico fue la conducta terapéutica inicial predominante (53,1 %) y solo se le aplicó tratamiento quirúrgico a 46,9 % de los integrantes de la serie.

Tabla 3. Pacientes según tiempo de evolución y tipo de conducta terapéutica inicial aplicada

Tiempo de evolución (en horas)	Tratamiento				Total	
	Médico		Quirúrgico		No.	%**
	No.	%*	No.	%*		
4-12	3	100,0			3	9,3
12-24	13	92,9	1	7,1	14	43,8
24 y más	1	6,7	14	93,3	15	46,9
Total	17	53,1	15	46,9	32	100,0

La tabla 4 muestra que inicialmente se le aplicó tratamiento médico a 53,1 % de los pacientes, pero en la mayoría de estos no hubo resolución del cuadro clínico, siendo la conducta inefectiva en 76,5 % de ellos. Los afectados con más de 12 horas de evolución fueron tratados quirúrgicamente; este tratamiento fue efectivo en 100,0 % de quienes lo recibieron inicialmente.

Tabla 4. Pacientes según conducta terapéutica y efectividad

Conducta terapéutica	Efectividad de la conducta terapéutica					
	Efectiva		No efectiva		Total	
	No	%*	No	%*	No	%**
Tratamiento médico	4	23,5	13	76,5	17	53,1
Tratamiento quirúrgico	15	100,0			15	46,9
Total	19	59,4	13	40,6	32	100,0

En los pacientes estudiados, hubo una alta incidencia de complicaciones, siendo la más frecuente, la disfunción sexual eréctil con 59,4 %. La cavernitis y el acortamiento peneano, aunque con porcentajes bajos, también estuvieron presentes con 6,2 y 3,1 %, respectivamente.

DISCUSIÓN

Aunque el sueño de algunos hombres en la búsqueda de una mayor potencia sexual es lograr una erección por tiempo prolongado, para quienes presentan esa rigidez por varias horas después del coito o sin estímulo sexual, el llamado símbolo de virilidad puede convertirse en una verdadera pesadilla de dolor y desesperación. A pesar de los prejuicios machistas de quienes hacen caso omiso a los síntomas, su incidencia --no muy alta-- ha sido demostrada en todas las regiones de la isla, mientras que a escala mundial es de 1,5 por 100 000 habitantes al año, y en mayores de 40 años llega a ser de 2,9.⁴

En la bibliografía médica se notifica que el priapismo puede afectar a cualquier edad y color de la piel, pero en la mayoría de los casos se produce en niños de 5-10 años o en hombres de 20-30 años,¹¹ lo cual tiene similitud con este estudio donde predominaron los pacientes de 20-29 años, pues son edades de gran actividad sexual.

La baja incidencia en el grupo de 15-19 años se considera que está relacionada con el hecho de que el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", atiende fundamentalmente a pacientes con 19 años y más; los que tienen hasta 18, a pesar de que ocasionalmente se asisten en esta institución, son atendidos fuera de Santiago de Cuba en los servicios de urología para niños.

Por otra parte, el color de la piel es una variable a tener en cuenta, no solo en este tipo de enfermedad sino en muchas otras, pues existe cierta predisposición a padecer determinadas afecciones en unos grupos raciales más que en otros, lo que marcaría diferencias significativas desde el punto de vista epidemiológico, teniendo en cuenta que la evolución de algunas varía considerablemente de un grupo racial a otro.¹⁰

En este estudio el predominio del color de la piel negra pudo estar relacionado con las características de la población cubana y fundamentalmente de Santiago de Cuba y se señala que en este color de la piel es donde más incide el priapismo fundamentalmente porque se asocia a entidades como la sickleemia. La presencia de mestizos está dada por la mezcla existente en Cuba desde la época colonial, lo cual hace que en este color de piel existan particularidades de los negros y los blancos.¹²

La existencia de afecciones o estados morbosos que puedan influir en la aparición de determinada enfermedad es un factor importante, pues en alguna medida depende de estos, el desarrollo de diversas entidades o complicaciones sobreañadidas, lo cual es común en pacientes con disfunción eréctil y priapismo.¹²

En la casuística, la ausencia de factores causales en una parte de los pacientes se atribuye a que, en muchos casos, la patogenia de la enfermedad no se define, por lo que se establece su origen como de causa idiopática. Al respecto, no existe diferencia con lo notificado internacionalmente.⁹

La anemia de células falciforme es una de las causas de priapismo caracterizada por ser de bajo flujo, isquémico o venoclusivo y se estima una incidencia de entre 6 y 50 %, lo cual concuerda con los resultados encontrados en este estudio, quizás relacionados con el predominio de pacientes negros y mestizos.^{10,12}

Por consiguiente, las causas de priapismo pueden ser primarias, secundarias o idiopáticas. Las primarias no están acompañadas de un desorden orgánico que sea responsable de la erección prolongada; en ella se señalan causas físicas y psicológicas. Las secundarias son inducidas por factores que directamente o indirectamente afectan la erección penénea, tales como anemia drepanocítica, leucemia, coagulopatías, trombosis de cuerpos cavernosos, entre otras. Por último el de causa idiopática como su nombre lo dice, no presenta una causa aparente o mecanismo fisiopatológico que lo explique.¹³

Estudios actuales han demostrado la prevalencia del priapismo secundario a la drepanocitosis en relación con la presencia de algunos genes, principalmente involucrados en las vías del factor de transferencia B, transformador del crecimiento.¹⁴

Una de las causas más usuales de priapismo es el tratamiento intracavernoso de drogas vasoactivas para la disfunción eréctil, que ha llegado a ser la causa más común de esta enfermedad inducida por fármacos. Últimamente, a escala internacional, se generaliza más la utilización de prostaglandinas, pues parece que implican menos riesgo de provocar esta afección.^{3,15} En esta investigación no fue relevante este factor causal, debido al uso cada vez mayor para el tratamiento de la disfunción eréctil del sildenafil (viagra) y menor el intracavernoso con drogas vasoactivas, pues prácticamente no se conoce esta complicación asociada a la viagra, a no ser que se combine con otra medicación.¹⁶

La leucemia supone 15,0 % de los casos en niños y 3,0-6,0 % en adultos;¹⁵ similares resultados se hallaron en esta serie (3,12 %). La incidencia de consumo de psicofármacos fue baja (6,2 %) y se presentó en pacientes con trastornos psiquiátricos que lo usaban como tratamiento regular.

Cabe señalar que en la bibliografía médica se notifican otros factores causales, tales como alteraciones hematológicas, disfunciones neurológicas, causas locales, enfermedades infecciosas, trastornos metabólicos y otros; no encontrados en esta investigación.^{7,9}

En este estudio no se determinó el tipo de priapismo que padecían 53,1 % de los pacientes, debido a que no se les realizaron estudios gasométricos de la sangre extraída de los cuerpos cavernosos, lo cual se considera imprescindible para esta determinación y para decidir la conducta terapéutica a seguir. En 43,8 % de ellos se identificó el priapismo de bajo flujo y solo 3,1 % presentó esta afección de alto flujo. Ahora bien, la ecografía Doppler se puede realizar si a pesar de todo no se ha aclarado esta circunstancia, para así eliminar la duda.

Se debe señalar prontamente el tipo del priapismo, puesto que de ello dependerá tanto su pronóstico como su tratamiento inicial; para esto es necesario realizar una adecuada historia clínica al paciente, e imprescindible su confirmación por estudios gasométricos de la sangre extraída de los cuerpos cavernosos. La ecografía doppler se realizará en caso de sospecha de priapismo arterial o de alto flujo.¹⁰

A pesar de que algunos autores¹⁰ consideran el priapismo como un espectro que fluctúa entre un estado isquémico (bajo flujo o venoclusivo) y uno no isquémico (alto flujo o arterial), la clasificación actual coloca a esta afección en uno de 2 grupos con base en su mecanismo fisiopatológico subyacente: priapismo de alto flujo y de bajo flujo.

En el priapismo venoclusivo hay una obstrucción, parcial o completa, del drenaje de los cuerpos cavernosos. Una vez que estos han llegado a su máxima expansión, la obstrucción impide que se produzca entrada de sangre arterial y, por tanto, se establece un estado isquémico dentro de los cuerpos cavernosos. Tras la instauración de la isquemia, y con el paso de las horas, la presión de oxígeno (PO₂) y el pH de la sangre atrapada en los cuerpos cavernosos disminuyen, entonces se pueden alcanzar niveles próximos a la anoxia (PO₂ de 0-10 mm Hg), así como una acidosis severa (pH menor de 6,6) alrededor de las 3-4 horas.¹⁵

Por su parte, el priapismo de alto flujo, llamado también priapismo no isquémico, resulta de un influjo arterial continuo y excesivo hacia los espacios lacunares de los cuerpos cavernosos, casi siempre como resultado de una fístula arterial lacunar secundaria a una laceración violenta de la arteria cavernosa por un mecanismo traumático. Esto generaría una comunicación directa entre los vasos sanguíneos intracavernosos y las trabéculas locales, lo cual permitirá el paso incontrolado de sangre mediado por gradientes de presión. También se caracteriza por no generar congestión sanguínea, ni hipercapnia o acidosis locales, debido a que la entrada de oxihemoglobina a los tejidos no se encuentra impedida.^{10,17}

El tiempo de evolución de cualquier enfermedad es importante, pues en dependencia de este se desarrollará o no la afección, aparecerán complicaciones y una mejor o peor respuesta a todo tipo de terapéutica que se quiera realizar, de lo cual el priapismo no está alejado.⁴

La citada afección puede resolverse espontáneamente, pero esto ocurre con mayor frecuencia en el niño, es por ello que a veces no precisa tratamiento; sin embargo, es recomendable establecer un tiempo prudencial de espera (3-4 horas) y superado este, será necesario realizar el tratamiento.¹⁵

En la serie ningún paciente con priapismo recibió asistencia médica antes de las 4 horas ni tampoco conducta expectante, la cual se indica para este tiempo evolutivo.¹⁰ En los afectados con 12-24 horas solo a 7,1 % se le indicó tratamiento quirúrgico de inicio, a pesar de que según se plantea este debe estar dirigido a aquellos pacientes con una evolución de más de 12 horas, o cuando con menos tiempo el tratamiento médico y los métodos terapéuticos más conservadores han fracasado en el intento de restaurar el drenaje venoso y la detumescencia del pene; por tanto, este debe ser precoz para evitar el daño del cuerpo cavernoso.^{8,14} En la mayoría de los casos el tratamiento médico fracasó y fue necesario posteriormente operarlos para derivar la sangre acumulada en los cuerpos cavernosos.

Se piensa que la mayoría de los pacientes tuvieron un tiempo de evolución mayor de 24 horas, debido a que ellos, en ocasiones, por baja percepción de riesgo y desconocimiento creen poder resolver el cuadro en sus hogares y solo acuden a recibir asistencia médica cuando se convencen de no lograrlo, o si comienza a aparecer el dolor intenso, manifestación que en ocasiones, no se presenta de inmediato. Además, se constató en las historias clínicas que algunos pacientes, quizás también por lo antes expuesto, se negaron en un primer momento a la realización del proceder quirúrgico.

La conducta terapéutica difiere de si se trata de un episodio isquémico o no isquémico. En el primer caso el tratamiento definitivo de primera línea consiste en la evacuación de la sangre y la irrigación de los cuerpos cavernosos junto con la inyección intracavernosa de un simpaticomimético alfa adrenérgico. Casos prolongados de más de 48 horas tienen pocas posibilidades de revertir con el tratamiento intracavernoso, por ello deben instaurarse derivaciones quirúrgicas con rapidez. En cuanto al priapismo no isquémico el tratamiento inicial debe ser la observación, basado en que casi 62,0 % de los casos se resuelve espontáneamente. El resto de pacientes se tratan con una embolización arterial selectiva.^{11,18,19}

El indicador pronóstico más importante para la conservación de la función eréctil depende de la duración del priapismo, es decir, de la intervención oportuna y rápida.¹⁵

Hasta el momento no existe ningún tratamiento terapéutico que permita prevenir la citada afección. La única recomendación que se le hace a los que lo sufren reiteradamente es evitar periodos prolongados de distensión de la vejiga (evitar estar mucho tiempo sin orinar), la deshidratación y las actividades sexuales muy prolongadas, además de realizar ejercicios físicos.^{6,12,15}

Los resultados anteriormente expuestos reflejan que las características epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con priapismo se asemejan a las referidas en diferentes bibliografías médicas especializadas sobre el tema. Se concluye que esta enfermedad predominó en pacientes jóvenes, con vida sexual muy activa, de patogenia idiopática, tiempo de evolución prolongado y la no determinación del tipo de priapismo, debido a la ausencia de estudios gasométricos de los cuerpos cavernosos, que asociados a una conducta terapéutica inicial inadecuada e inefectiva, conllevaron a la aparición de complicaciones como la disfunción eréctil.

Se recomendó realizar intervenciones educativas que eleven el nivel de conocimientos de la población masculina y personal de salud que asiste a estos pacientes, para con ello mejorar la calidad en la atención a estos afectados y disminuir la incidencia de complicaciones que alteran su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erección persistente o priapismo. [citado 15 Dic 2014].
2. Rodríguez Villalba R, García S, Puigvert Martínez A, María Pomerol I, Montseny J, Munárriz R. Priapismo. *Actas Urol Esp.* 2005 [citado 12 Nov 2014]; 29(10).
3. Rodríguez Villalba R, García S, Puigvert Martínez A, Pomerol Montseny JM, Munárriz R. Priapismo. *Actas Urol Esp.* 2005 [citado 15 Dic 2014]; 29(10).
4. Jiménez MM. El priapismo: una enfermedad de intenso dolor y potencialmente dañina. [citado 15 Dic 2014].
5. Broderick GA. Priapism. In: Wein AJ. *Campbell-Walsh Urology.* 10th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011. p. 25.

6. Paladino N, Roldán D, Caram MS. Priapismo en pediatría: presentación inicial de una leucemia mieloide crónica. Arch argent pediatr. 2011 [citado 15 Dic 2014];109(5).
7. Eland IA, Van Der Lei J, Stricker BH, Sturkenboom MJ. Incidence of priapism in the general population. Urology. 2001; 57(5):970-2.
8. Berger R, Billups K, Brock G, Broderick GA, Dhabuwala CB, Goldstein I, et al. Report of the American Foundation for Urologic Disease (AFUD) Thought Leader Panel for evaluation and treatment of priapism. Int J Impot Res. 2001;13 suppl 5: S39-43.
9. Herreros Fernández ML, Pastor Gómez A, Gómez do Santos V, Barja Tur J, Díez García R, González Laguillo A. Priapismo: diagnóstico y tratamiento. An Pediatr. 2006;64 (5):489-91.
10. Balparda-Arias Jk. Priapismo: concepciones clínicas, diagnósticas y de tratamiento. Gaceta Médica de Bilbao. 2010 [citado 15 Dic 2014]; 107(4).
11. Priapismo. [citado 16 Ene 2015].
12. Svarch E, Hernández Ramírez P, Ballester Santovenia JM. La drepanocitosis en Cuba. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2004 [citado 15 Dic 2014]; 20(2).
13. Agüero Hernández J. Priapismo. Rev Med Cos Cen. 2013 [citado 16 Ene 2015]; 70(607).
14. Ibanez Suarez R, Barranco Medina J, Flores Ortiz J, Arroyo Maestre JM, Querol Canteras A. Emergencias urológicas 2: Síndrome escrotal agudo. Priapismo. [citado 16 Ene 2015].
15. Winter CC, McDowell G. Experience with 105 patients with priapism: update review of all aspects. J Urol. 1988; 140(5):980-3.
16. Clemente Ramos LM. Priapismo. 2010 [citado 12 Nov 2014].
17. Monkhouse SJ, Bell S. Low-flow priapism needs recognition and early correct treatment. Emerg Med J. 2007; 24(3):209-10.
18. Broseta E, Judia A, Burgues JP, Luján S, Jiménez Cruz JF. Urgencias en Urología. Priapismo. En: Urología Práctica. 3 ed. España: Editorial Ene Ediciones; 2011. p. 36-8.
19. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. J Sex Med. 2010; 7;(Pt2):476-500.

Recibido:16 de julio de 2015.

Aprobado: 20 de agosto de 2015.

Orlando Castro Maldonado. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: amparo.mirabal@medired.scu.sld.cu