



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:

Luciano Domínguez Soto

José Luis Arredondo García
Jorge Alberto Castañón González
Luciano Domínguez Soto
Emilio García Procel
Julio Granados Arriola
Gerardo Guinto Balanzar
Gerardo Heinze Martín
Mariano Hernández Goribar
Enrique Hong Chong
Carlos Ibarra Pérez
Carlos Lavallo Montalvo
Alberto Lifshitz Guinzberg
Armando Mansilla Olivares
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Manuel Morales Polanco
Jorge Moreno Aranda
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
Ma. Eugenia Ponce de León
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Juan José Luis Sienna Monge
Manuel Sigfrido Rangel
Manuel Torres Zamora
Juan Urrusti Sanz
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica®

VOL. XX, NÚMERO 6 NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2011

Contenido

Lumbalgia	1
Hipertensión en el embarazo	4
Priapismo	7

Lumbalgia

Se define como lumbalgia al conjunto de signos y síntomas localizados en la espalda baja, cuya principal manifestación es el dolor persistente. El dolor lumbar es el segundo síntoma referido con más frecuencia por los seres humanos, superado solamente por la cefalea. Se calcula que aproximadamente el 80% de la población general en algún momento de su vida padecerán de lumbalgia, misma que aparece como la principal causa de incapacidad laboral entre los 40 y 50 años de edad.

Tiene una prevalencia del 60 al 90%, con una incidencia anual del 5% y las causas son múltiples, sin embargo hasta en el 85% de los casos no es posible establecer el diagnóstico etiológico con precisión.

Uno de los principales problemas

de la lumbalgia radica en que, como su principal manifestación es el dolor, síntoma que es muy difícil de medir objetivamente, los pacientes lo pueden utilizar como una medida de ganancia secundaria, en especial cuando se encuentran en el grupo de edad laboralmente productiva. Asimismo, no siempre existe una correlación directa entre la intensidad de los síntomas y los hallazgos en los estudios de gabinete. Además, hay una gran variabilidad en los umbrales al dolor entre la población, lo que aumenta el grado de dificultad para la evaluación de cada caso.

Varios son los factores relacionados con una mayor frecuencia de aparición de este síndrome, como son: herencia, sobrepeso, trabajo físico extenuante, posturas estáticas, flexiones y torsiones frecuentes, levantamiento de peso,

impulsiones y tracciones súbitas, vibraciones, factores psicológicos y psicosociales. Entre los 35 y 55 años de edad, son los hombres quienes la padecen con mayor frecuencia, pero a edades mayores, las mujeres ocupan el primer lugar.

La lumbalgia puede clasificarse, por su temporalidad en aguda (cuando su duración es menor a las 6 semanas), subaguda (cuando dura entre 6 y 12 semanas) y crónica (cuando es mayor de 12 semanas) y por su etiología en primaria e idiopática. Como ya se mencionó, el cuadro clínico está dominado por el dolor, que puede ser de inicio súbito o gradual, no necesariamente relacionado con un esfuerzo, cambio repentino de postura o elevación de un objeto pesado.

Es de intensidad variable, localizado al centro de la región lumbar, pero puede lateralizarse hacia uno o ambos lados; en general no presenta irradiaciones precisas, tiende a incrementarse con los cambios de posición o la bipedestación prolongada y mejorar con el reposo, sobre todo en decúbito. Los síntomas que se asocian con mayor frecuencia al dolor son: limitación en los movimientos, parestesias mal sistematizadas, debilidad y síntomas depresivos.

Las causas más comunes de lumbalgia afectan a los tejidos blandos perivertebrales y son: elongaciones musculares, distensiones ligamentarias, esguinces, contracturas, desgarros musculares y problemas facetarios. Las causas óseas suelen afectar la estabilidad de la columna vertebral y las referidas con más frecuencia son: escoliosis, acentuación de las curvaturas normales de la columna, espondilolistesis o espondilolisis. Los tumores son mucho más raros; se incluyen aquí las metástasis (en especial de cáncer de próstata y cérvico-uterino), los mielomas, plasmocitomas y cordomas.

Es muy importante diferenciar la lumbalgia de la lumbociática, que consiste en un dolor ocasionado por un proceso irritativo en las raíces que integran el plexo lumbosacro, en especial el nervio ciático mayor.

El dolor aquí, además de localizarse en la región lumbar, presenta una irradiación clásica hacia el glúteo y la cara posterior o lateral del miembro pélvico y llega hasta el pie.

Es generalmente de mayor intensidad, con frecuencia incapacitante y característicamente se incrementa con movimientos que produzcan elongación de la raíz afectada, como la flexión del tronco o del muslo y las maniobras de Valsalva.

Si el cuadro progresa suele acompañarse de parestesias o hipoestesia en el dermatoma afectado, déficit motor en los miotomos comprometidos y disminución o pérdida de los reflejos miotáticos correspondientes. Indudablemente, la causa más común de lumbociática es la hernia de disco intervertebral, que con mayor frecuencia se localiza en los espacios L4-L5 y L5-S1.

El manejo definitivo es generalmente quirúrgico, pero representan solamente menos del 1% de las causas de lumbalgia. La exploración física de un paciente con lumbalgia o lumbociática se inicia con la evaluación de la postura y la marcha, buscando posiciones antiálgicas, claudicación y/o déficit motor. Se procede a la inspección y palpación de los procesos espinosos, en la búsqueda de escoliosis, modificaciones en las curvaturas normales de la columna o sitios localizados de dolor que pudiesen sugerir la presencia de fracturas o tumores óseos.

A continuación se busca la presencia de datos clínicos que pudieran sugerir una afección radicular. Se coloca entonces al paciente en decúbito dorsal y se efectúan maniobras de elongación neural, dentro de las cuales, el signo de Lasegue es el que se emplea con mayor frecuencia.

Este consiste en sostener el tobillo del miembro inferior afectado y elevarlo gradualmente; se considera un valor positivo cuando esta maniobra desencadena dolor y/o parestesias en el dermatoma afectado a menos de 60° de

angulación. El dolor lumbar por sí solo al realizar esta maniobra, no es suficiente para considerarlo como un signo positivo. La compresión radicular produce un signo de Lasegue hasta en un 83% de los casos, de ahí la importancia de revisarlo rutinariamente.

Acto seguido, se evalúa la sensibilidad cutánea, dado que encontrar parestesias o disestesias en algún dermatoma, asociado a lumbalgia, es también altamente sugestivo de compresión radicular. Finalmente, se procede a la revisión de los reflejos miotáticos, especialmente el patelar y el aquileo. El primero de ellos se ve afectado en compresiones radiculares ubicadas en el espacio L4-L5, mientras que el segundo en las lesiones que afectan el espacio L5-S1.

Con respecto a los estudios auxiliares de diagnóstico se acepta que, si el paciente se presenta con un primer cuadro de lumbalgia no relacionada con un esfuerzo físico intenso, en ausencia de antecedentes de importancia y sin signos de compresión radicular, no es necesario solicitar estudio complementario alguno.

En caso contrario, se iniciará con las radiografías simples de la columna lumbosacra, en proyecciones antero-posterior y lateral tanto estáticas como dinámicas (en flexión y extensión), con las cuales es posible visualizar los principales elementos óseos de la columna vertebral, detectando problemas de inestabilidad, así como datos indirectos que pudieran sugerir hernias de disco, como lo es la reducción de los espacios intersomáticos.

Las proyecciones oblicuas hacia ambos lados son muy útiles para evaluar los agujeros de conjunción, en especial cuando se piensa en problemas óseos degenerativos. Sin lugar a dudas, la imagen por resonancia magnética (IRM) representa el estudio más útil en la evaluación diagnóstica de la lumbalgia y la lumbociática.

Al ser un estudio no invasivo, que en la mayoría de los casos no requiere siquiera la aplicación de

medio de contraste, se puede indicar a prácticamente cualquier paciente, con las únicas limitantes de su costo relativamente alto y la dificultad de realizarse en personas con obesidad extrema y claustrofobia.

Mediante este estudio es posible analizar claramente los discos intervertebrales, las raíces, el cono terminal, el líquido cefalorraquídeo, las masas musculares, los ligamentos y los procesos articulares. Asimismo, detecta tempranamente los tumores, los procesos inflamatorios, infecciosos o degenerativos.

Además, brinda información en los tres planos (sagital, axial y coronal), lo que lo hace el estudio más útil para una planeación quirúrgica. Sin embargo, aporta solamente información parcial sobre el tejido óseo, donde se tendrá que recurrir a otros estudios complementarios.

La tomografía computada es muy útil para evaluar los tejidos óseos, sin embargo, proporciona información muy limitada en los tejidos blandos, especialmente en los discos intervertebrales, dado que con mucha frecuencia muestra resultados falsos positivos.

Este estudio se reserva entonces para aquellos casos donde no se puede efectuar la IRM, o bien si se desea analizar con mayor precisión los elementos óseos de la columna vertebral. La mielografía y la tomografía lineal están prácticamente en desuso en la actualidad.

Los estudios neurofisiológicos que incluyen la electromiografía, las velocidades de conducción nerviosa y los potenciales provocados somatosensoriales son invasivos, por lo que se indican casi exclusivamente a los pacientes que son probables candidatos a cirugía, en especial aquellos en los que se piensa que existe un problema radicular.

Sirven para detectar con mayor precisión el grado de compresión neural existente y para diferenciar la presencia de problemas neuropáticos o de

atrapamiento neural periférico que pudieran confundir el diagnóstico.

Más del 99% de los pacientes con lumbalgia responden al manejo conservador. Este se inicia con medidas físicas, que incluyen: reposo relativo por un tiempo no mayor de 72 horas, uso de colchones ortopédicos (cama dura), cambio de actividades, en especial evitar los vicios de postura y acciones que sobrecarguen el esqueleto axial.

Una vez que cede el pico máximo del dolor, es imperioso indicar actividad física dirigida a fortalecer el aparato musculo-ligamentario perivertebral, que incluye: caminata, bicicleta fija y natación. En casos más severos, se puede iniciar un programa formal de fisioterapia y rehabilitación.

El manejo medicamentoso se inicia con el empleo de analgésicos de corta acción, como el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno y el diclofenaco. En casos más severos se puede recurrir a los opioides, pero su uso no debe sobrepasar las 3 semanas. Los relajantes musculares (diazepam o

tizanidina) suelen ser útiles pero solo en fases iniciales; del mismo modo es necesario detectar y atacar tempranamente los problemas depresivos que con frecuencia exacerbaban y perpetúan el cuadro doloroso.

Cuando existe afección radicular, está indicado emplear medicamentos neuroestabilizadores como la pregabalina y la gabapentina. Asimismo, los esteroideos de depósito han demostrado tener un efecto favorable en el manejo inicial en los casos severos.

El pronóstico de la lumbalgia y la lumbociática es generalmente favorable, dado que dos de cada tres pacientes se recuperan totalmente en un período menor a un mes, con un mínimo o nulo tratamiento y solo un 5% de ellos presentarán molestias persistentes.

El manejo quirúrgico se reserva solo para una minoría de los pacientes, en especial en los casos de tumoraciones o de compresión radicular persistente, siempre y cuando se cuente con evidencia radiológica y neurofisiológica de dicha compresión.

Hipertensión en el embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo una causa importante de morbimortalidad materna, fetal y neonatal en todo el mundo. Normalmente, la presión arterial disminuye en el segundo trimestre y alcanza valores aproximadamente 15 mmHg más bajos que los de antes del embarazo.

En el tercer trimestre, estos valores vuelven a las cifras previas al embarazo o pueden incluso superarlas. Estas fluctuaciones se producen en las mujeres normotensas y también en las que eran anteriormente hipertensas o desarrollan hipertensión exclusivamente durante el embarazo.

La definición de la hipertensión en el embarazo no es uniforme, sin embargo, aunque anteriormente la definición se basaba en la elevación de la presión arterial durante el segundo trimestre respecto al valor basal del primer trimestre o previo al embarazo, actualmente se prefiere definirla basándose en los valores absolutos de la presión arterial (presión arterial sistólica > 140 mmHg o presión arterial diastólica > 90 mmHg).

El diagnóstico de la hipertensión en el embarazo se basa en al menos 2 lecturas de presión arterial elevada realizadas en 2 ocasiones diferentes. Sin embargo, se ha demostrado que los valores de

presión arterial de 24 h son superiores a las determinaciones esporádicas de consultorio para la predicción de proteinuria, riesgo de parto pretérmino, peso del niño al nacer y evolución general del embarazo.

Para fines tanto diagnósticos como terapéuticos, puede ser útil realizar una monitorización ambulatoria de la presión arterial, en especial en las mujeres embarazadas de alto riesgo con hipertensión, o en las que presentan diabetes o una lesión renal.

Hasta hace poco, se recomendaba identificar la presión arterial diastólica mediante la fase IV de Korotkoff (amortiguamiento del ruido), que se consideraba que equivalía muy directamente a la presión arterial diastólica intraarterial, a diferencia de la fase V (desaparición del ruido) que se consideraba que indicaba a menudo valores demasiado bajos.

Sin embargo, la fase IV es más difícil de detectar y es poco reproducible. Actualmente se recomienda la fase V de Korotkoff para la determinación de la presión arterial diastólica en el embarazo, y se considera indicada la fase IV tan sólo si los ruidos de Korotkoff persisten a presiones del manguito próximas a 0 mmHg. La hipertensión en el embarazo incluye:

- Hipertensión preexistente, que complica el 1-5% de los embarazos y se define como presión arterial $> 140/90$ mmHg que precede al embarazo o aparece antes de las 20 semanas de gestación, y persiste generalmente durante más de 42 días después del parto. Puede asociarse a proteinuria.
- Hipertensión gestacional, que es la hipertensión inducida por el embarazo, sin proteinuria. La hipertensión gestacional asociada a una proteinuria significativa (> 300 mg/l o > 500 mg/24 h o $> 2+$ en la tira reactiva) se denomina preeclampsia. La hipertensión aparece después de las 20 semanas de gestación y, en la mayor

parte de los casos, se resuelve en 42 días tras el parto. Este tipo de hipertensión tiene como característica una mala perfusión de los órganos.

- Hipertensión preexistente más una hipertensión gestacional sobreañadida con proteinuria. La hipertensión preexistente se asocia a un mayor agravamiento de la presión arterial y excreción de proteínas > 3 g/día en una muestra de orina de 24 horas después de las 20 semanas de gestación. Corresponde a lo que anteriormente definía la «hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida».
- Hipertensión prenatal no clasificable. Hipertensión con o sin manifestaciones sistémicas, que se basa en determinaciones de la presión arterial obtenidas después de las 20 semanas de gestación, sin confirmación de valores previos. En estas circunstancias, es necesaria una nueva evaluación a los 42 días del parto o más tarde. Si la hipertensión se ha resuelto, el trastorno debe clasificarse como hipertensión gestacional con o sin proteinuria. Si la hipertensión no se resuelve, el trastorno debe clasificarse como hipertensión preexistente.

Se produce edema en hasta un 60% de los embarazos normales, y este dato ha dejado de utilizarse en el diagnóstico de la preeclampsia. Los trastornos hipertensivos del embarazo, y en especial la hipertensión gestacional, con o sin proteinuria, pueden producir alteraciones hematológicas, renales y hepáticas y estas pueden afectar negativamente a la evolución del recién nacido y de la madre.

Se debe considerar un tratamiento no farmacológico en las mujeres embarazadas con presión arterial sistólica de 140-149 mmHg y/o presión arterial diastólica de 90-95 mmHg en las determinaciones realizadas en el contexto clínico. Según cuáles sean la presión arterial y la edad de gestación y según haya o no factores de riesgo maternos y fetales, el tratamiento puede incluir supervisión estricta y limitación de actividades. Se

recomienda una dieta normal sin restricción de sal.

Las intervenciones destinadas a reducir la incidencia de la hipertensión gestacional, y en especial de la preeclampsia, como los suplementos de calcio (2 g/día), los suplementos de aceite de pescado y el tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis bajas, no han producido uniformemente los efectos beneficiosos esperados, en especial respecto al feto, por lo que no se recomiendan.

Sin embargo, se utiliza ácido acetilsalicílico a dosis bajas profilácticamente en las mujeres con antecedentes de preeclampsia de inicio temprano (< 28 semanas). Aunque es útil para reducir la presión arterial, no se recomienda a las mujeres obesas bajar de peso durante el embarazo, debido a su posible asociación con una reducción del peso neonatal y menor crecimiento posterior del recién nacido.

La utilidad de la administración continuada de fármacos antihipertensivos en mujeres embarazadas, con elevaciones leves o moderadas preexistentes de la presión arterial, continúa siendo objeto de debate.

En primer lugar, estas mujeres presentan bajo riesgo de complicaciones cardiovasculares en el corto período que dura el embarazo y cursan con buena evolución materna y neonatal. En segundo lugar, aunque podría ser benéfica para la madre hipertensa, la reducción de la presión arterial puede deteriorar la perfusión utero-placentaria y con ello poner en peligro el desarrollo fetal.

Por último, los datos sobre el tratamiento farmacológico de la mujer embarazada, con hipertensión leve o moderada, tienen su origen en gran parte en ensayos demasiado pequeños para poder detectar una reducción, que cabe prever modesta, de las complicaciones obstétricas.

No obstante, parece razonable recomendar un tratamiento farmacológico cuando la presión arterial sistólica es superior a los 150 mmHg o la

diastólica es mayor de 95 mmHg.

Sin embargo, está indicado utilizar un umbral inferior (140/90 mmHg) en las mujeres con hipertensión gestacional (con o sin proteinuria), hipertensión preexistente con superposición de hipertensión gestacional, o hipertensión con lesiones subclínicas de órganos o síntomas en algún momento del embarazo.

La presión arterial sistólica superior a los 170 mmHg o presión arterial diastólica mayor de 110 mmHg, deben considerarse una urgencia que requiere hospitalización. En circunstancias de urgencia, puede lograrse la reducción de la presión arterial mediante labetalol intravenoso, metildopa oral o nifedipino oral. Actualmente no se contempla emplear hidralazina intravenosa puesto que su uso se asocia a mayores efectos adversos perinatales que el ocasionado por otros fármacos.

La infusión intravenosa de nitroprusiato sódico continúa siendo el tratamiento de elección en las crisis hipertensivas, aunque su administración prolongada comporta un aumento del riesgo de intoxicación del feto con cianuro, puesto que el metabolismo de este fármaco da lugar a tiocianato. En la preeclampsia asociada a edema pulmonar, el fármaco de elección es la nitroglicerina.

En la hipertensión no grave y fuera de situaciones de urgencia, los fármacos preferidos son metildopa, labetalol y los antagonistas del calcio. La administración de atenolol durante el embarazo debe realizarse con precaución, ya que se le ha asociado con retraso del crecimiento fetal acorde con la duración del tratamiento.

Los IECA y los antagonistas de los receptores de angiotensina no deben utilizarse nunca en el embarazo. A menos que haya oliguria, el tratamiento diurético no es adecuado en la preeclampsia, en la cual el volumen plasmático está reducido. El empleo de sulfato magnésico intravenoso ha resultado eficaz para prevenir la

eclampsia y en el tratamiento de las crisis epilépticas. Es apropiado inducir el parto en la hipertensión gestacional con proteinuria, así como en situaciones adversas tales como alteraciones visuales, anomalías de la coagulación o sufrimiento fetal. Todos los fármacos antihipertensivos administrados se excretan por la leche materna.

Sin embargo, para la mayoría de ellos, su concentración en la leche materna es muy baja, excepto en el caso del propanolol y del nifedipino,

cuyas concentraciones son similares a las del plasma de la madre. Las mujeres que han tenido hipertensión gestacional parecen tener un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en fases posteriores de la vida. Esto puede depender de un estado hiperandrogénico relativo.

También puede depender de alteraciones de la función endotelial o del metabolismo de los hidratos de carbono y los lípidos, como se ha observado en mujeres con hipertensión gestacional por lo demás sanas.

Priapismo

El nombre se deriva del Dios Griego Priapo, hijo de Dionisio y Afrodita, el mito refiere que durante un viaje que realizó Dionisio, Afrodita concibió a Priapo con Adonis, Hera, decepcionada de la conducta de Afrodita, castigó a su hijo otorgándole unos genitales extremadamente grandes.

En las expresiones artísticas Priapo es representado con los genitales expuestos y un pene erecto anormalmente grande.

El término priapismo se refiere a una erección prolongada usualmente dolorosa, no relacionada a estímulo sexual.

Se considera como criterio diagnóstico que la erección tenga de 4 a más horas.

El dolor se presenta como consecuencia de la isquemia que sufre el tejido genital y a un aumento de la presión en los cuerpos cavernosos. Es una entidad multifactorial, la incidencia en la población general es muy baja, sin embargo en la población con anemia de células falciformes la posibilidad de desarrollar priapismo va de 29 al 42%. Existen dos causas de priapismo:

1ra. Priapismo de alto flujo, secundario a trauma peniano o perineal como resultado de una lesión que provoca fístula arteriosinusal dentro de los cuerpos cavernosos. El priapismo no isquémico es resultado de una mala regulación del flujo arterial cavernoso secundario a un trauma perineal agudo; esto lleva a la formación de fístulas arterio lacunares o sinusoidales y el flujo turbulento a nivel de estas fístulas libera óxido nítrico endotelial, el cual es un potente vasodilatador y anticoagulante que previene la detumescencia peniana y la formación de trombos en estas fístulas. Este priapismo arterial se caracteriza por erección permanente parcial no dolorosa, casi siempre con rigidez peneal axial. En caso de realizarse una gasometría de los cuerpos cavernosos se encontrarán valores superiores a los encontrados a nivel periférico. El ultrasonido *doppler* podrá evidenciar la presencia de fístulas arteriolacunares.

El tratamiento del priapismo isquémico no es una emergencia médica, el paciente debe ser tratado electivamente mediante embolización supra selectiva de la pudenda interna.

2da. Priapismo de bajo flujo, que puede tener origen:

- Hematológico: anemia de células falciformes, leucemia, anticoagulantes, uso de eritropoyetina, enfermedad de Fabry.
- Neurológico: tumores del sistema nervioso central, traumatismos medulares o cráneo encefálicos, bloqueos regionales anestésicos.
- Cáncer: se ha asociado a tumores del pene, uretra próstata, vejiga, riñón y colon sigmoides.
- Fármacos: uso de terapia intracavernosa, fenotiazinas, hipnóticos, sedantes, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, trazodona, cocaína, suplementos androgénicos, toxina de alacrán, nutrición parenteral.
- Trastornos metabólicos: gota, diabetes, síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica, amiloidosis.
- Idiopático: en el 50% de los casos no se ha relacionado con un factor casual.

Según su fisiopatología, el isquémico involucra falta de balance entre los mecanismos vasoconstrictores y vasodilatadores, lo que lleva al pene a un síndrome compartamental caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis. La exposición prolongada del músculo liso cavernoso a estas condiciones resulta en daño irreversible al tejido eréctil y fibrosis de los cuerpos cavernosos. La hipoxemia activa diversos mecanismos que aumentan la adhesión de neutrófilos, disminuye la actividad de la cadena respiratoria mitocondrial y

aumenta el calcio intracelular. El restablecimiento del flujo a nivel de los cuerpos cavernosos durante el manejo del priapismo isquémico se asocia a daño por repercusión por especies reactivas al oxígeno. El diagnóstico del priapismo isquémico usualmente se realiza por la historia clínica y el examen físico, donde encontraremos un pene erecto con el glande flácido y la cara ventral aplanada por falta de erección del cuerpo esponjoso que rodea a la uretra; la presencia de dolor es un dato pivote. Se recomienda realizar un hemograma, examen general de orina y búsqueda de metabolitos de la cocaína como estudios iniciales. La gasometría cavernosa demostrará la presencia de acidosis metabólica. Un ultrasonido *doppler* del pene demostrará las características del flujo cavernoso. Una vez establecido el diagnóstico se requiere un tratamiento de urgencia para tratar de preservar la función del tejido cavernoso. Se recomienda inicialmente la inyección de alfa agonistas. La fenilefrina es el fármaco de elección por su perfil alfa agonista puro, otra opción terapéutica es la irrigación de solución salina a los cuerpos cavernosos y realizar un lavado de los mismos aspirando la sangre atrapada.

En caso de que estos tratamientos no funcionen se deberá realizar tratamiento quirúrgico, el cual consiste en comunicar el cuerpo cavernoso al esponjoso por un médico especialista.

El factor pronóstico más importante es la duración del priapismo, por lo que una intervención rápida es prioritaria en pacientes con menos de 24 horas de priapismo, que así tienen una probabilidad del 92% de regresar a la función premórbida.



**Mesa Directiva
2011 - 2012**

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Dr. Enrique Ruelas Barajas
Presidente *Vicepresidente*

Dr. Enrique Graue Wiechers Dr. Javier Mancilla Ramírez
Secretario General *Tesorero*

Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Secretario Adjunto

Editor

Dr. Juan Urrusti Sanz

Diseño y Formación

Luis Roberto Vidal Gómez

Impresión y Difusión

Germán Herrera Plata

Asistente Editorial

Enedina Cruz Jaimes

R.04-2007-062510263000-106

Boletín
I.C.T.
2011
Vol. XX
No. 6