

M. J. Andrés Prado  
M. Vidal Formoso

# Priapismo asociado con quetiapina en anciano

Complejo Asistencial Benito Menni  
Ciempozuelos (Madrid)

Aún no se ha conseguido sintetizar una molécula tan selectiva que actúe únicamente en el receptor deseado para producir el efecto terapéutico necesario y que carezca de efectos secundarios; sin embargo, cada vez se valora más la relación riesgo-beneficio en el momento de realizar una prescripción.

El priapismo se define como una erección peneana prolongada, generalmente dolorosa y que no se asocia a un estímulo sexual. La detumescencia del pene estaría mediada por el sistema simpático, mientras que el antagonismo  $\alpha_1$ -adrenérgico inhibiría la detumescencia y en consecuencia prolongaría la erección. Los antipsicóticos atípicos estarían implicados en el 15-20% del priapismo asociado con medicaciones<sup>1</sup>; la predisposición de los neurolépticos para inducir una erección prolongada presumiblemente se debería a un bloqueo  $\alpha_1$ -adrenérgico<sup>2</sup>. Se ha documentado la aparición de este efecto secundario en pacientes que recibían olanzapina<sup>3</sup>, risperidona<sup>4</sup>, ziprasidona<sup>5</sup> y clozapina<sup>6</sup>. No todos los antipsicóticos se unen al receptor  $\alpha_1$ -adrenérgico con la misma intensidad, presentando la quetiapina una afinidad intermedia en relación a otros neurolépticos<sup>7</sup>.

Presentamos a continuación el caso de un varón de 77 años de edad con historia de enfermedad de Alzheimer (criterios DSM IV-TR<sup>8</sup>) que permaneció ingresado en una unidad de psicogeriatría durante 3 meses. Entre sus antecedentes personales encontramos hipercolesterolemia, hipertrofia benigna de próstata, fractura de cadera y cardiopatía isquémica. Entre los antecedentes familiares psiquiátricos su madre había recibido tratamiento por depresión y un hermano también en tratamiento por depresión falleció tras una precipitación.

El motivo de la instauración del tratamiento neuroléptico fue intentar controlar su inquietud y los ocasionales episodios de agresividad hacia su familia; dentro del cuadro clínico destacaba un vagabundeo constante e insomnio. Previamente a su internamiento había recibido tratamiento con olanzapina, 2,5 mg/día; esta medicación es retirada en el

momento de su ingreso (la Agencia Española del Medicamento recomienda a partir de ese momento no prescribir olanzapina para el tratamiento de los trastornos de conducta en personas mayores de 75 años con demencia<sup>9</sup>) y se inicia tratamiento con quetiapina, incrementándose la dosis gradualmente hasta alcanzar los 175 mg/día; coincidiendo con este tratamiento el señor L. comienza a presentar erecciones intermitentes prolongadas de hasta 4 h de duración, cada día durante 2 semanas, que fueron tratadas con hielo local (4 semanas después de introducir la quetiapina); además se redujo la dosis de neuroléptico, pero el priapismo continuó, por este motivo se suspendió esta medicación y 5 días después desaparecieron las erecciones. El paciente recibía hasta nueve fármacos diferentes previamente a su llegada al centro, que no fueron modificados salvo el tratamiento neuroléptico (furosemida, diltiazem, simvastatina, finasteride, ácido acetilsalicílico, mononitrato de isosorbida, omeprazol, bromazepam y donepezilo); con ninguna de estas medicaciones había padecido episodios previos de erecciones prolongadas.

En nuestro caso clínico la manera de proceder terapéuticamente ante la aparición del priapismo fue la que explica Montejo y el grupo GEOPTÉ<sup>10</sup> ante la aparición de disfunciones sexuales secundarias a antipsicóticos: primero esperamos la resolución espontánea del efecto secundario aplicando medidas físicas, ya que podía aparecer tolerancia con el paso del tiempo; sin embargo, el priapismo no desapareció y representaba un problema importante para la esposa del paciente por vergüenza a que el personal sanitario viese en esta situación a su marido. A continuación redujimos al 50% la dosis del fármaco, pero tampoco hubo mejoría; la decisión final fue la retirada del tratamiento con quetiapina.

Observamos una relación temporal entre la instauración del tratamiento con quetiapina y la aparición de las erecciones; además éstas cesaron al suspender el tratamiento, si bien es cierto que se trataba de un paciente polimedcado, estas medicaciones no fueron modificadas ni retiradas durante este período; sin embargo, no descartamos que alguno de estos fármacos pueda haber favorecido la aparición de las erecciones. La quetiapina presenta afinidad por el receptor  $\alpha_1$ -adrenérgico y lo bloquea; éste sería el mecanismo que explicaría la inhibición de la detumescencia peneana y la aparición de este efecto secundario.

Correspondencia:  
María José Andrés Prado  
Suecia, 1  
28224 Pozuelo de Alarcón (Madrid)  
Correo electrónico: mjandpa@hotmail.com

En muchas ocasiones la disfunción sexual no es abordada por los pacientes ni investigada por los médicos a pesar de que afecta seriamente a la calidad de vida del paciente, a sus relaciones de pareja y muchas veces a su propia autoestima<sup>11</sup>. El psiquiatra debería tener presente estos importantes efectos secundarios y saber hacerles frente ya que a menudo dificulta la adherencia al tratamiento de los pacientes, e incluso compromete el cumplimiento terapéutico a largo plazo<sup>10</sup>. En definitiva, consideramos necesario mantener una actitud de alerta para identificar los posibles efectos adversos ocasionados por las medicaciones que prescribimos a nuestros pacientes; no existen moléculas ideales con una afinidad específica por un único receptor localizado en un área determinada y que por tanto no produzcan efectos colaterales.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson JW Jr, Wate MR, Blashfield RK. Psychotropic medications and priapism: a comprehensive review. *J Clin Psychiatry* 1990;51:430-3.
2. Seagraves RT. Effects of psychotropic drugs on human erection and ejaculation. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:275-84.
3. Songer DA, Barclay JC. Olanzapine-induced priapism. *Am J Psychiatry* 2001;158:2087-8.
4. Madhusoodanan S, Brenner R, Gupta S, Bogunovic O. Risperidone-associated priapism in an elderly man. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:355.
5. Reeves R, Kimble R. Prolonged erections associated with ziprasidone treatment: a case report. *J Clin Psychiatry* 2003;64:97-8.
6. Moynfar N, Goad S, Brink DD, et al. Clozapine related priapism. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:1044.
7. Richelson E. Receptor pharmacology of neuroleptics: relation to clinical effects. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl. 10):5-14.
8. DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales, 4.ª ed. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002.
9. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ref. 2004/04 10 de mayo 2004.
10. Montejo González AL y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos. Guía para el diagnóstico y manejo de la disfunción sexual secundaria a antipsicóticos. Salamanca: Gráficas Letra, 2001.
11. Bobes J, Dexeus S, Gibert J. Psicofármacos y función sexual. Madrid: Díaz de Santos, 1999.