

Priapismo asociado al uso de levomepromazina. Reporte de caso

Priapism associated with the use of levomepromazine. Case report

Cando-Martínez Lorena Carolina
<https://orcid.org/0009-0004-7345-9290>
 Universidad Central del Ecuador,
 Instituto de Posgrados, Posgrado de
 psiquiatría, Quito, Ecuador.
 caro_as21@hotmail.com

Puerta-Maldonado Rosangel Joan
<https://orcid.org/0000-0001-8172-4091>
 Universidad Central del Ecuador,
 Instituto de Posgrados, Posgrado de
 psiquiatría, Quito, Ecuador.
 rosangeljpm@gmail.com

Correspondencia:
 Lorena Cando
 caro_as21@hotmail.com

Recibido: 17 de octubre 2025
Aprobado para revisión: 23 de enero 2026
Aceptado para publicación: 23 de
 abril 2026
DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v51i2.8937>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
 Volumen 51, Número 2, Año 2026
 e-ISSN: 2737-6141
 Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: El priapismo es una erección prolongada y dolorosa de más de cuatro horas, que constituye una urgencia urológica. Entre sus causas farmacológicas, los antipsicóticos se han asociado con aproximadamente la mitad de los casos descritos, debido a su antagonismo sobre receptores α 1-adrenérgicos.

Objetivo: Describir un caso de priapismo asociado al uso de levomepromazina, un antipsicótico que rara vez puede provocar este efecto adverso; integrando el análisis de los posibles mecanismos farmacológicos implicados y la relevancia de una relación terapéutica médico-paciente efectiva para la detección precoz de efectos adversos graves.

Presentación del caso: Paciente masculino de 30 años con diagnóstico previo de trastorno mixto de ansiedad y depresión, que presentó un episodio de erección dolorosa mantenida por más de 15 horas tras automedicarse levomepromazina para insomnio. Fue evaluado inicialmente por el servicio de urología, que realizó drenaje de los cuerpos cavernosos, evidenciando fibrosis del cuerpo cavernoso izquierdo, posiblemente secundaria a episodios previos de priapismo. Durante la evolución se presentó recurrencia del cuadro, por lo que se efectuó gasometría cavernosa, el equipo de urología interpretó los hallazgos como compatibles con sangre venosa, respaldando el diagnóstico de priapismo de bajo flujo. Como parte del abordaje multidisciplinario del paciente, el servicio de psiquiatría suspendió levomepromazina e inició tratamiento con gabapentina y clonazepam, con buena evolución clínica del paciente.

Discusión: La levomepromazina, antipsicótico con alta afinidad por receptores α 1-adrenérgicos, puede inducir priapismo, especialmente en pacientes con antecedentes previos o automedicación. La detección oportuna y la comunicación abierta entre médico y paciente son esenciales para evitar secuelas.

Palabras clave: Priapismo; Levomepromazina; antipsicóticos; Efectos colaterales y reacciones adversas relacionados con medicamentos; Relaciones médico-paciente.

Abstract

Introduction: Priapism is a prolonged, painful erection lasting over four hours, constituting a urologic emergency. Among pharmacological causes, antipsychotics are responsible for nearly half of reported cases, mainly due to α 1-adrenergic receptor blockade.

Objective: To describe a case of priapism associated with the use of levomepromazine, an antipsychotic that rarely may cause this adverse effect; integrating an analysis of the possible pharmacological mechanisms involved and highlighting the importance of an effective doctor-patient therapeutic relationship for the early detection of serious adverse effects.

Case presentation: A 30-year-old male patient with a prior diagnosis of mixed anxiety and depression presented with a painful, sustained erection lasting more than 15 hours after self-administering levomepromazine for insomnia. He was initially evaluated by the urology service, which performed corporal cavernosa drainage, revealing fibrosis of the left corpus cavernosum, possibly secondary to previous episodes of priapism. During follow-up, the patient experienced recurrence of the condition, prompting cavernous blood gas analysis, the urology team interpreted these findings as consistent with venous blood, supporting the diagnosis of low-flow priapism. As part of a multidisciplinary management approach, the psychiatry service discontinued levomepromazine and initiated treatment with gabapentin and clonazepam, with favorable clinical evolution.

Discussion: Levomepromazine's high α 1-adrenergic affinity can precipitate priapism, particularly in self-medicating patients with prior episodes. Early recognition, patient education, and a trusting therapeutic alliance are crucial to prevent complications.

Keywords: Priapism; Levomepromazine; Antipsychotic Agents; Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions; Physician-Patient Relations.

Cómo citar este artículo: Cando-Martínez LC, Puerta-Maldonado RJ. Priapismo asociado al uso de levomepromazina. Reporte de caso. RevFacCienMed [Internet]. 2026may [cited]; 51(2):45-52. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v51i2.8937>



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Introducción

El priapismo es una erección prolongada y dolorosa de más de cuatro horas de duración, que ocurre en ausencia de deseo sexual, no se alivia con el coito y resulta de un desajuste en los mecanismos que inician la erección y aquellos que permiten la detumescencia^{1,2}. Se clasifica en isquémico (bajo flujo) y no isquémico (alto flujo), este último representando una minoría de casos³.

El no isquémico, o arterial, suele asociarse con trauma peneano o perineal, uso de cocaína o lesiones metastásicas, y se caracteriza por un flujo arterial cavernoso no regulado; este tipo no representa una urgencia urológica, ya que la perfusión tisular se mantiene^{3,4}. En contraste, el priapismo isquémico es más frecuente (95 % de los casos) y constituye una emergencia urológica. Puede ser idiopático o secundario a discrasias sanguíneas, drogas ilícitas o medicamentos^{5,6}. La estasis venosa intracavernosa conduce a hipoxia y necrosis si no se trata oportunamente¹.

Respecto al priapismo inducido por fármacos, es la causa más común de priapismo en adultos. Puede ser desencadenado por anticoagulantes, antihipertensivos, antidepresivos, antipsicóticos y agentes intracavernosos⁷. Aproximadamente el 50 % de los casos farmacológicos se asocian con antipsicóticos, tanto típicos como atípicos⁸. Se propone que el antagonismo de receptores α_1 -adrenérgicos genera un desbalance hemodinámico que favorece la estasis sanguínea intracavernosa^{2,9}.

El mecanismo fisiopatológico del priapismo inducido por antipsicóticos no se ha esclarecido completamente, sin embargo, se sugiere que el principal factor es el antagonismo de los receptores α_1 -adrenérgicos en el cuerpo cavernoso lo que genera una vasodilatación mediada por el sistema parasimpático y un bloqueo de la detumescencia regulada por el sistema simpático^{1,2}.

La levomepromazina es un antagonista de

múltiples receptores postsinápticos, incluidos dopaminérgicos (D1–D4), serotoninérgicos (5-HT1 y 5-HT2), histaminérgicos, adrenérgicos (α_1 y α_2) y muscarínicos (M1 y M2). Destacando su alta afinidad por receptores α_1 y 5-HT2, superior incluso a la de clorpromazina y clozapina, así como una unión significativamente mayor a los sitios α_2 en comparación con la clorpromazina⁶. Aunque el priapismo figura como un efecto adverso potencial, su frecuencia exacta sigue siendo desconocida⁷. En la literatura se han reportado pocos casos de priapismo atribuibles a levomepromazina⁸.

En este marco, el objetivo de este reporte es describir un caso de priapismo asociado al uso de levomepromazina, un antipsicótico que rara vez puede provocar este efecto adverso; integrando el análisis de los posibles mecanismos farmacológicos implicados y la relevancia de una relación terapéutica médico-paciente efectiva para la detección precoz de efectos adversos graves.

Presentación del caso

Paciente masculino de 30 años, obrero, acudió a la sala de emergencia por presentar una erección prolongada y dolorosa. Entre sus antecedentes familiares, su madre tenía un diagnóstico de esquizofrenia. En cuanto a sus antecedentes personales menciona que su infancia se caracterizó por violencia intrafamiliar y diversos psicotraumas, lo que de acuerdo al paciente, lo llevó al consumo de múltiples sustancias (alcohol, marihuana y cocaína) entre los 18 y 21 años por lo cual fue ingresado a un centro de deshabitación ilegal durante un año, con lo que prefirió dejar el consumo, puesto que consideró que la experiencia fue traumática.

Por otro lado, reportó conductas autolesivas (cutting) intermitentes desde el 2017, año en el cual acudió a un hospital psiquiátrico, donde recibió el diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión e inició tratamiento con sertralina 50 mg y levomepromazina 25 mg por vía oral, con mala adherencia terapéutica.

Mencionó, además, que durante esta época presentó un primer episodio de priapismo que consideró poco relevante por lo que no lo reportó. Mantuvo seguimientos en ese hospital hasta el 2023.

En noviembre de 2023, mientras continuaba con tratamiento a base de sertralina 50mg y levomepromazina 25mg, sin modificaciones en las dosis prescritas, presentó un segundo episodio de priapismo que requirió drenaje de cuerpos cavernosos y hospitalización por urología. Durante esta intervención, el servicio de psiquiatría ajustó el esquema farmacológico, cambiando la levomepromazina a quetiapina de 125 mg vía oral en la noche y manteniendo la dosis habitual de sertralina del paciente, obteniendo una buena respuesta clínica. Posteriormente, el paciente mantuvo controles regulares, refirió olvidos ocasionales en la toma de la medicación; sin embargo, no presentó nuevos episodios de priapismo con el tratamiento instaurado.

En abril de 2025 el paciente sufre un accidente por el cual requirió fisioterapia, lo que impidió su asistencia al control programado de psiquiatría. Al no disponer de su medicación habitual, presentó insomnio, y se automedicó levomepromazina a una dosis no especificada durante mayo de 2025. En junio del mismo año, presentó un episodio de erección mantenida y dolorosa por más de 15 horas, por lo que acudió al área de emergencia de un hospital de segundo nivel, donde fue valorado por el servicio de urología quienes lo ingresaron a hospitalización.

Durante la hospitalización se realizó el drenaje de cuerpos cavernosos, evidenciándose fibrosis en el cuerpo cavernoso izquierdo, atribuible a episodios previos de priapismo. Durante la evolución se presentó recurrencia del cuadro, por lo que, se decidió realizar una gasometría cavernosa la que mostró los siguientes resultados: BE: -0,8; HCO₃: 24,2 mmol/L; lactato: 0,8 mmol/L; O₂ Sat: 94,2%; PCO₂: 34,3 mmHg; pH: 7,44 y PO₂: 66 mmHg, los cuales de acuerdo al equipo de urología corresponden a sangre venosa, y

son compatibles con diagnóstico de priapismo de bajo flujo. Aunque los valores no cumplían los criterios clásicos de isquemia, reflejaron el efecto del drenaje previo y la fibrosis preexistente, factores que, aunque permitían una circulación parcial, era insuficiente para oxigenar completamente el tejido. Con este diagnóstico se instauró manejo con antibioticoterapia, analgesia y medidas térmicas locales con hielo. Los exámenes de laboratorio complementarios resultaron dentro de parámetros normales; por otro lado, el servicio de urología no consideró realizar estudios de imagen debido a que el paciente no contaba con antecedentes de lesión medular, ni otros que orientaran el diagnóstico hacia una etiología traumática. Se realizó interconsulta a psiquiatría para manejo de la medicación y el insomnio.

A la valoración por psiquiatría, el paciente se hallaba psicopatológicamente estable, exceptuando una tendencia a la ansiedad reactiva hacia su situación de salud y temor de no poder dormir sin su medicación habitual. Con este cuadro se decidió suspender el esquema farmacológico actual y se instauró gabapentina 300 mg y clonazepam 2,5 mg/ml líquido oral 10 gotas como medicación de rescate. Al tercer día, el paciente presentó un episodio leve de erección sin signos de isquemia y persistencia de insomnio, por lo que, por parte de psiquiatría se decidió aumentar la dosis de gabapentina a 600 mg y colocar el clonazepam 2,5 mg/ml, 10 gotas en la noche, con mejoría del cuadro clínico. Además, se realizó psicoeducación sobre signos de alarma y riesgos de la automedicación.

El paciente se mantuvo hospitalizado cinco días después de instaurado el último cambio en la medicación. Durante los cuales el dolor fue controlado, el cuadro urológico evolucionó favorablemente, al igual que las alteraciones del sueño y de la esfera afectiva.

Al alta se indicó seguimiento ambulatorio por urología y psiquiatría, con suspensión definitiva de levomepromazina y continuidad de gabapentina y clonazepam (ajustes descritos),

además de psicoeducación sobre signos de alarma y riesgos de la automedicación.

(2017, 2023 y 2025), las intervenciones terapéuticas y la evolución favorable tras el ajuste farmacológico.

En la tabla 1 se observa la evolución cronológica de los tres episodios de priapismo

Tabla 1. Resumen cronológico del caso: eventos, tratamiento y evolución

Fecha	Evento clave	Tratamiento/acción principal	Resultado
2017	Primer episodio leve de priapismo durante uso intermitente de sertralina + levomepromazina	Sin intervención hospitalaria	Resolución espontánea
Nov 2023	Segundo episodio; requiere atención urológica	Drenaje cavernoso; suspensión de levomepromazina; inicio de quetiapina 125 mg + sertralina 50 mg	Recuperación sin secuelas
2024	Seguimiento psiquiátrico regular	Sertralina 50 mg + quetiapina 125 mg	Sin recurrencias
Abr–Jun 2025	Suspende controles; automedicación con levomepromazina lo que provoca tercer episodio (≥15 h)	Ingreso hospitalario	Priapismo isquémico confirmado
Jun–Jul 2025 y seguimiento	Manejo multidisciplinario	Drenaje; antibióticos/analgesia; gabapentina 300 inicial, posteriormente se aumenta a 600 mg + clonazepam nocturno; suspensión definitiva de levomepromazina	Evolución favorable; sin nuevos episodios

Diagnóstico final: Priapismo inducido por levomepromazina.

Perspectiva del paciente: Con su consentimiento, el paciente expresó que no informó su primer episodio por vergüenza y desconocimiento de la gravedad; refirió que la psicoeducación recibida le permitió reconocer los riesgos de la automedicación y la importancia de consultar tempranamente ante síntomas

Discusión

La psiquiatría en Ecuador enfrenta serias limitaciones estructurales que afectan la calidad de la atención, reflejadas en la baja disponibilidad de psicofármacos esenciales (solo el 3,1 % del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos) y en una de las tasas más bajas de psiquiatras en la región (0,24 por cada 10 000 habitantes)¹⁰⁻¹². Esta escasez de recursos humanos y técnicos restringe la frecuencia y duración de las consultas, dificultando un seguimiento adecuado, especialmente en pacientes que requieren ajustes terapéuticos o vigilancia de efectos adversos de manera continua^{13,14}. Aunque las

guías clínicas internacionales recomiendan controles mensuales o bimensuales en casos complejos, en la práctica ecuatoriana estos suelen espaciarse hasta tres meses, particularmente en hospitales generales, lo que compromete la adherencia y aumenta el riesgo de recaídas¹⁴. Pese a estas dificultades, los equipos de salud mental trabajan con dedicación y compromiso, manteniendo una atención centrada en lo humano.

En este escenario con limitaciones asistenciales, eventos adversos como el priapismo inducido por antipsicóticos poco frecuentes, pero clínicamente relevantes pueden no ser detectados a tiempo.

Comprender la fisiopatología de este evento adverso permite contextualizar mejor los hallazgos clínicos del caso, y aunque se han identificado factores de riesgo adicionales como anemia falciforme, uso de sustancias ilícitas, hiperglucemia, polifarmacia sobre todo al combinar fármacos con antagonismo α -adrenérgico y el uso concomitante de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antirretrovirales y litio^{4,5}, se postula que el principal responsable es el antagonismo de los receptores α_1 -adrenérgicos en el cuerpo cavernoso, lo que genera una vasodilatación mediada por el sistema parasimpático y un bloqueo de la detumescencia regulada por el sistema simpático^{1,2}. Esta afinidad variable de los antipsicóticos por los receptores adrenérgicos puede explicar las diferencias en la incidencia de priapismo^{3,15}.

En el presente caso, la recurrencia temporal asociada al uso de este fármaco y la exclusión de otras causas (trauma, infecciones, alteraciones metabólicas) sugieren una relación causal probable. La aplicación de la Escala de Naranjo arrojó una puntuación de ocho, clasificando la reacción como “probable”⁹. Asimismo, los hallazgos urológicos, incluida la interpretación de la gasometría cavernosa como compatible con sangre venosa, fueron concordantes con un priapismo de bajo flujo, reforzando la plausibilidad de esta asociación.

En relación con el manejo farmacológico previo del paciente, si bien la quetiapina también se ha vinculado ocasionalmente a priapismo, incluso a dosis bajas debido a su modesta afinidad por receptores α -adrenérgicos^{15,16}, en este caso no se documentaron episodios durante períodos previos de tratamiento con este fármaco.

Ante la recurrencia de tres episodios de priapismo, incluido el actual, se decidió utilizar como alternativas para el manejo de insomnio y ansiedad gabapentina y clonazepam (disminución progresiva), ambos fármacos sin actividad α_1 -adrenérgica. La gabapentina cuenta con evidencia moderada en ansiedad y modestos efectos positivos sobre el sueño^{17,18},

mientras que el clonazepam, a corto plazo ofrece un efecto ansiolítico y sedante efectivo¹⁹. El paciente presentó adecuada respuesta clínica al tratamiento instaurado durante su hospitalización; no obstante, se planteará un esquema definitivo durante la consulta externa, acorde con su evolución clínica.

La incidencia del priapismo de causa medicamentosa por uso de levomepromazina es aún desconocida. En este caso, la detección temprana, el abordaje multidisciplinario y el tratamiento oportuno permitieron solventar el cuadro y prevenir secuelas permanentes.

Este reporte subraya la necesidad de que los profesionales de la salud construyan una relación terapéutica basada en la confianza y sustentada en la ética de la relación médico-paciente. Esto es relevante, ya que el priapismo, por su naturaleza íntima y la carga emocional que conlleva, puede resultar difícil de comunicar para algunos pacientes, lo que retrasa la notificación oportuna de los síntomas. Una adecuada relación terapéutica favorece que el paciente informe de manera pertinente sus manifestaciones clínicas y hábitos de automedicación, facilitando así intervenciones tempranas.

Es importante considerar las limitaciones inherentes al caso ya que, al tratarse de un único caso clínico, no permite establecer una relación causal definitiva ni generalizar los hallazgos; si bien la puntuación en la escala de Naranjo sugiere una asociación probable, esta herramienta no sustituye métodos analíticos más robustos. Asimismo, la ausencia de seguimiento a largo plazo limita la evaluación del riesgo de recurrencia tras la suspensión del fármaco, y no se cuenta con estudios complementarios como niveles plasmáticos o análisis farmacogenéticos que podrían haber fortalecido la atribución causal.

A pesar de ello, el caso aporta evidencia clínica relevante sobre un evento adverso infrecuente asociado a levomepromazina, poco documentado en la literatura, y resulta

particularmente valioso en entornos con limitaciones en el acceso y seguimiento especializado. En este sentido, contribuye a sensibilizar a los clínicos sobre la necesidad de vigilancia activa de efectos adversos poco frecuentes, refuerza la importancia de la psicoeducación y del interrogatorio dirigido, y sugiere alternativas terapéuticas seguras en pacientes con antecedentes similares.

Asimismo, sugiere la conveniencia de indagar activamente sobre síntomas urológicos durante el seguimiento de pacientes en tratamiento con antipsicóticos con afinidad α_1 -adrenérgica, especialmente en fases iniciales o tras ajustes de dosis. Resalta la importancia de reportar sistemáticamente estos eventos a los sistemas de farmacovigilancia, con el fin de fortalecer la detección de señales de seguridad en psicofármacos de uso clínico habitual.

Finalmente, aunque el priapismo por antipsicóticos es poco frecuente, puede ser grave, por lo que se recomienda mantener un seguimiento estrecho en pacientes con antecedentes similares, brindando una atención centrada tanto en lo clínico como en lo humano, ya que pone en evidencia que pone en evidencia cómo la vergüenza, el desconocimiento y la automedicación favorecen complicaciones potencialmente irreversibles; en este sentido, la psicoeducación y una relación terapéutica basada en la confianza cumplen un papel fundamental.

Aprobación y consentimiento informado

Este reporte de caso no requirió aprobación de un Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos, ya que no constituye investigación en seres humanos según la normativa nacional vigente y las directrices CARE. Se obtuvo consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación del caso y la utilización de información clínica anonimizada, en concordancia con la Declaración de Helsinki. No se utilizaron imágenes identificables del paciente.

Contribución de autoría

Conceptualización:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Curación de datos:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Investigación:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Metodología:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Administración del proyecto:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Recursos:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Supervisión:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Validación:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Visualización:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Redacción – borrador original:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado.

Redacción – revisión y edición:

Lorena Carolina Cando Martínez, Rosangel Puerta Maldonado

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses relacionados con la publicación de este manuscrito.

Agradecimientos

Las autoras expresan su agradecimiento al equipo de los servicios de Urología y Psiquiatría del hospital donde se atendió el caso, por su colaboración clínica y su apoyo interdisciplinario durante la atención del paciente.

Financiamiento

El estudio fue realizado sin financiamiento externo, utilizando recursos propios de las autoras.

Declaración de uso de inteligencia artificial

Durante la elaboración de este manuscrito se utilizaron herramientas de inteligencia artificial únicamente como apoyo en tareas de carácter lingüístico y documental. En particular, se emplearon ChatGPT (OpenAI), NotebookLM (Google) y Perplexity, exclusivamente para actividades como: revisión ortográfica y gramatical, mejora de la claridad expositiva,

verificación de términos técnicos en inglés y español, apoyo puntual en la traducción de fragmentos, y confirmación de descriptores MeSH/DeCS.

Estas herramientas no intervinieron en la generación de datos clínicos, en la interpretación diagnóstica, en la discusión científica, en el análisis farmacológico, en la síntesis argumentativa ni en las conclusiones del caso. El desarrollo del contenido clínico, la redacción científica, el análisis del caso y la validación final del manuscrito fueron realizados íntegramente por las autoras, quienes asumen completa responsabilidad por su exactitud e integridad.

Referencias

1. Cruzado L, Vallejos CE. Priapismo secundario a antipsicóticos: a propósito de un caso asociado a risperidona. Reporte de caso. *Rev Med Chile*. 2012;140.
2. Hwang T, Shah T, Sadeghi-Nejad H. A Review of Antipsychotics and Priapism. *Sex Med Rev*. 2021;9(3): 464–71.
3. Sinkeviciute I, Kroken RA, Johnsen E. Priapism in Antipsychotic Drug Use: A Rare but Important Side Effect. *Case Rep Psychiatry*. 2012;2012:491068.
4. Donizete da Costa F, Toledo da Silva Antonialli K, Dalgalarondo P. Priapism and clozapine use in a patient with hypochondriacal delusional syndrome. *Oxf Med Case Reports*. 2015;2015(3):229–31.
5. Woo J, Eisa M. Clozapine-induced priapism in a man with schizoaffective disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2024;49(4):E263–4.
6. Owens DC. Meet the relatives: A reintroduction to the clinical pharmacology of “typical” antipsychotics (part 1). *Adv Psychiatr Treat*. 2012;18(5): 323–36.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Levomepromazina [Internet]. Madrid: AEMPS; 2023 [citado el 27 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/>
8. Brichart N, Delavierre D, Peneau M, Ibrahim H, Mallek A. Priapisme sous neuroleptiques. À propos de quatre patients. *Prog Urol*. 2008;18(10):669–73.
9. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;30(2):239–45.
10. Consejo Nacional de Salud, Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y su Registro Terapéutico [Internet]. 1ra ed. Quito: CONASA; 2022 [citado 28 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.conasa.gob.ec>
11. Ministerio de Salud Pública. MSP realizó más de 600 mil atenciones en salud mental en el primer semestre de 2023 [Internet]. Quito: MSP; 2023 [citado el 28 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/msp-realizo-mas-de-600-mil-atenciones-en-salud-mental-en-el-primer-semester-de-2023/>
12. Machado J. Problemas de salud mental y trastornos en Ecuador: diagnóstico y propuestas del Gobierno [Internet]. Quito: Primicias; 2025 [citado el 28 de junio de 2025]. Disponible en:

<https://www.primicias.ec/sociedad/problemas-salud-mental-trastornos-ecuador-daniel-no-boa-maria-jose-pinto-97396/>

13. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh S V., Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;20(2):97-170.
14. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management [Internet]. Londres: NICE; 2022 [citado 28 de junio de 2025]. (NICE guideline NG222). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/>
15. de la Espriella M. Reporte de caso Title: Priapism Associated With the Use of Clozapine. A Case Report. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2011;40(2).
16. Koloth R, John AP. Occurrence of stuttering priapism on low dose of quetiapine. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015;49(8):757.
17. Basit H, Kahwaji C. Clonazepam [Internet]. StatPearls Publishing. 2023 [citado el 28 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556010/>
18. NIHR Evidence. Review finds little evidence to support gabapentinoid use in bipolar disorder or insomnia [Internet]. Southampton: NIHR; 2022 [citado 28 de junio de 2025]. Disponible en: <https://evidence.nihr.ac.uk/alert/review-finds-little-evidence-support-gabapentinoid-use-bipolar-disorder-or-insomnia/>
19. Wang SM, Kim JB, Sakong JK, Suh HS, Oh KS, Woo JM, et al. The efficacy and safety of clonazepam in patients with anxiety disorder taking newer antidepressants: A multicenter naturalistic study. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2016;14(2):177–83.