

Tratamento Endovascular de Priapismo de Alto Fluxo: Relato de Caso

Marcel Calegari Hayashi¹, Gabriel Augusto Biassi Geromel², Beatriz Martinhão Higa³, Gustavo Colombo Cabrini³, Marcelo Yuhiti Ogassawara³, Mariana Orate Menezes da Silva³

Centro Universitário Padre Albino (Unifipa) – Catanduva, SP

1) Médico Preceptor de Urologia da Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA). Urologista graduado pelo Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto - SP (2012-2015). Programa de Fellow em tratamento de Disfunção Erétil (Parceria da Universidade da Flórida e Sociedade Brasileira de Urologia). Fellow em Uro-oncologia pelo Hospital Amaral Carvalho - Jaú, SP (2015-2016). Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia (TiSBU)

2) Médico Preceptor de Cirurgia Vascular da Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA) - Residência Médica em Cirurgia Vascular junto a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / FAMERP e Hospital de Base / FUNFARME (2015-2017) - Área de Atuação em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular (2017-2018) junto a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto / FAMERP e Hospital de Base / FUNFARME (2017-2018)

3) Médico (a) Residente de Cirurgia Geral UNIFIPA

Correspondência*: Rua Treze de Maio, 1269
Centro, Catanduva - SP
CEP: 15800-010
E-mail: marcelch35@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O priapismo é caracterizado por uma ereção com duração superior a quatro horas, na ausência de estímulo sexual. É consequência de um desequilíbrio entre os fluxos arterial e venoso. Há dois tipos principais de priapismo: isquêmico (ou de baixo fluxo) e arterial (ou de alto fluxo). É considerado uma afecção rara - dados epidemiológicos mostram que o priapismo acomete aproximadamente 1/100.000 indivíduos na população geral^{1,2,3}.

O priapismo é uma urgência urológica pelo seu potencial risco de fibrose de corpo cavernoso e, como consequência, pode levar à impotência sexual não responsiva a tratamento convencional. No entanto, nem todas as formas de priapismo necessitam de intervenção imediata, sendo o diagnóstico entre seus dois tipos de grande importância^{4,5}.

Para diferenciar o priapismo de alto fluxo e de baixo fluxo, deve-se avaliar o paciente através da história clínica, exame físico e avaliação laboratorial e radiológica⁶.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, negro, 52 anos admitido em Unidade Básica de Saúde do município de origem referindo quadro de ereção peniana há 2 horas, sem estímulo sexual. Relatava queda de 5,5 metros de altura, com trauma perineal contra anteparo (queda a cavaleiro). Oito horas após o trauma, evoluiu com intumescência peniana indolor. Hipertenso, em uso de losartana, sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem quadros semelhantes prévios. Encaminhado ao serviço de referência urológica.

Chegou ao nosso serviço com priapismo de início há 4 horas. Sem outros sintomas associados. Ao exame físico: bom estado geral, corado, anictérico, abdome flácido, indolor, sem sinais de peritonite, região perineal com equimose e escoriação superficial, intumescência peniana indolor, sem

cianose, sem lesões penianas ou outras alterações. Realizada punção aspirativa de corpos cavernosos, com coleta de amostra para avaliação gasométrica, seguida de lavagem com soro fisiológico, apresentando detumescência imediata, seguida de nova ereção após poucos minutos. Gasometria de sangue dos corpos cavernosos: pH 7,38, pCO₂ 47,3mmHg, pO₂ 60,3mmHg, HCO₃ 27,4mmol/L, base excess 1,7mmol/L, saturação 90,3%. Foi colhido também hemograma na admissão, sem alterações de níveis hematimétricos (hemoglobina 14,4g/dL e hematócrito 43,3%), plaquetas 180.000/mm³. A análise gasométrica do sangue do corpo cavernoso apresentava aspecto arterial, que associado à história clínica, sugeriu priapismo de alto fluxo. Realizado estudo doppler, que sugeriu fístula arterio-venosa (AV). Optado por conduta expectante, com compressas frias e repouso, por 36 horas, sem sucesso. Submetido a nova punção aspirativa de seios cavernosos, lavagem com soro fisiológico e adrenalina, com melhora momentânea, seguida de recidiva após algumas horas.

Regulado à referência em Cirurgia Endovascular, onde foi realizada arteriografia com micro seletivação de artéria peniana, com achado de fístula AV de ramos terminais (Figuras 1 e 2). Optado por microembolização com material reabsorvível (Figura 3). Procedimento ocorreu sem intercorrências, com regressão total do priapismo após 12 horas.

Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, sem novos episódios de priapismo, com queixa de disfunção erétil (ereção parcial).

DISCUSSÃO

A conduta inicial no priapismo é discernir seu subtipo. A anamnese, associada ao bom exame físico, é altamente sugestiva. A presença de ereção completa e dolorosa, associada a histórico de discrasias sanguíneas, fala a favor de priapismo isquêmico (baixo fluxo); enquanto uma história de trauma perineal, associada a ereção parcial, não dolorosa, está mais associada ao priapismo de não isquêmico (alto fluxo). Contudo, para melhor elucidação diagnóstica, a diferenciação entre os tipos é confirmada pela análise gasométrica do sangue dos corpos cavernosos. No priapismo isquêmico, temos uma gasometria com pO₂ < 30 mmHg, pCO₂ > 60 e pH < 7,25, já no priapismo não isquêmico podemos observar pO₂ > 90 mmHg, pCO₂ < 40 e pH 7,4. Além disso, na suspeita de priapismo de alto fluxo, um ultrassom doppler de corpo cavernoso pode ser solicitado^{2,3,5}.

O priapismo de alto fluxo tem alta taxa de resolução espontânea (60%), sem danos permanentes significativos (isquemia

ou impotência sexual), sendo preferível manejo conservador com observação, compressas frias e compressão mecânica do local do trauma. A intervenção endovascular é indicada na refratariedade ao tratamento conservador. A embolização arterial seletiva é considerada padrão-ouro no tratamento do priapismo de alto fluxo. A literatura mostra benefícios no uso de agentes embolizadores não permanentes (coágulo autólogo, gel absorvível) em contraste aos permanentes (cianoacrilato, etanol), com taxas de resolução similares, porém com menor índice de disfunção erétil. Trabalhos mostram que há resolução do priapismo de alto fluxo em 74% dos casos tratados com embolização não permanente e uma taxa de disfunção erétil associada de 5%^{5,7,8}.

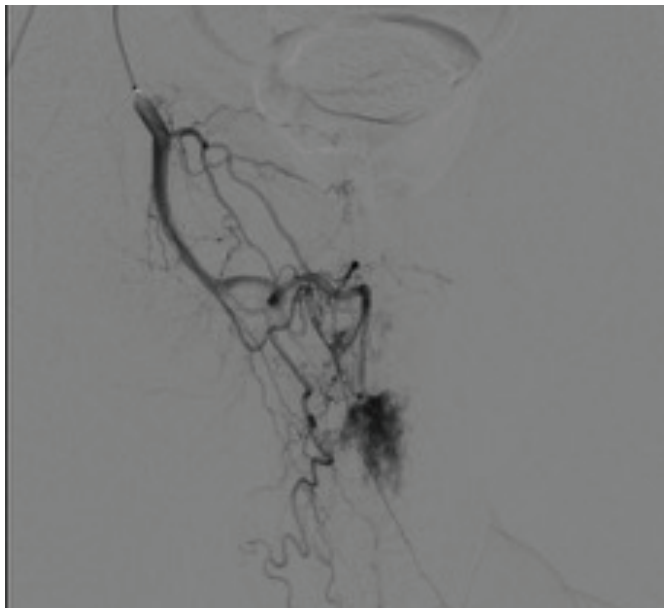
A cirurgia aberta deve ser considerada como última linha de tratamento e para casos de longa duração, devido a sua menor resolutividade e altas taxas de impotência sexual^{3,5}.

CONCLUSÃO

O priapismo é uma urgência médica pelo seu potencial risco de causar isquemia e impotência sexual, sendo fundamental o diagnóstico diferencial entre os dois tipos – alto fluxo ou baixo fluxo. O sucesso do tratamento está na correta indicação da necessidade de tratamento invasivo, sendo o método endovascular de escolha para os casos refratários de alto fluxo.

FIGURA 1

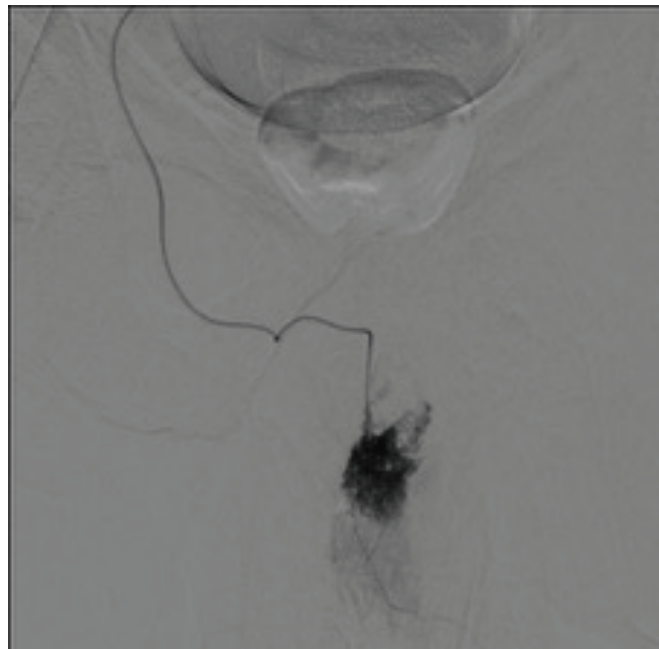
Cateterismo de tronco arterial com evidência de fístula arterio-venosa.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

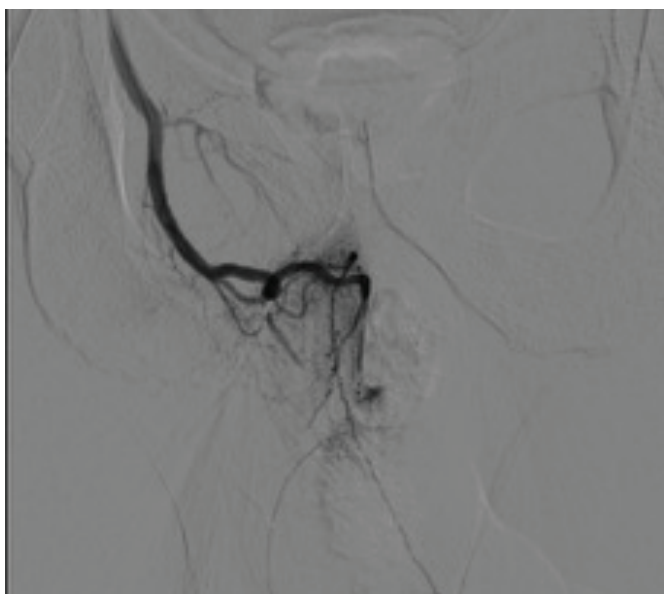
Imagem pós-embolização sem evidências de fístula arterio-venosa



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Cateterismo superseletivo do “nidus” da fístula com microcateter



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Urologia. Manual de Urologia de Consultório. São Paulo: Planmark; 2018. Capítulo 45; p.338-343.
2. Broderick GA. Priapism. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. Campbell-Walsh Urology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. P. 669-691.
3. Cherian J, Rao AR, Thwaini A, Kapasi F, Shergill IS, Samman R. Medical and surgical management of priapism. Postgrad Med J. 2006; 82(964): 89–94.
4. Sociedade Brasileira de Urologia. Urologia Fundamental. São Paulo: Planmark; 2010. Capítulo 35; p.310-313
5. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, et al. American Urological Association guideline on the management of priapism. J Urol. 2003; 170(4 Pt 1): 1318–24.
6. Sociedade Brasileira de Urologia. Urologia Brasil. São Paulo: Planmark; 2013. Capítulo 37; p.404-412.
7. Molina Escudero R, Hernández AJ, Ballesteros García MM, Páez Borda A. Priapismo de alto flujo postraumático en paciente pediátrico tratado con embolización arterial selectiva. Arch argent pediatr. 2015 Ago; 113(4): 199-202.
8. Pereira JM, Farah AM, Pissani JJ. Tratamiento de un priapismo de alto flujo postraumático. Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista. 2014;(02): 0147-0149