

Priapismo de baixo débito: tratamento cirúrgico com fístula safeno-cavernosa

Rui Borges, Nuno Louro, Alcino Oliveira, José María La Fuente de Carvalho e Filinto Marcelo

Serviço de Urologia. Hospital Geral de Santo António. Porto. Portugal.

RESUMO

O priapismo foi descrito pela primeira vez por Tripé em 1845. Trata-se dumha doença pouco frequente no Serviço de Urgência, no entanto quando presente, o priapismo de baixo débito, representa uma verdadeira emergência urológica que pode ser resolvida, numa proporção variável dos casos, com o tratamento médico. Nos casos, em que o tempo entre o aparecimento do episódio e o início do tratamento é demorado (superior a 6 horas), o tratamento cirúrgico pode ser necessário para a sua resolução. Apresentamos dois casos de priapismo de baixo débito, com uma evolução muito longa, resolvidos com o recurso a uma fístula safeno-cavernosa (técnica de Grayhack).

Palavras chave: Priapismo. Emergência urológica. Fístula safeno-cavernosa.

ABSTRACT

Low-flow priapism: surgical treatment with cavernosaphenous shunt

Described for the first time by Tripé in 1845, priapism is a fairly uncommon presentation in the emergency room, but when it does present, it represents a truly urologic emergency, and in the majority of the cases it can be resolved with medical treatment. In other cases a more aggressive treatment will be needed and surgery can be the only solution for this problem. We present two cases of low-flow priapism that were resolved with a safena-to-cavernosa shunt (Grayack technique).

Key words: Priapism. Urologic emergency. Safe-na-to-cavernosa shunt.

INTRODUÇÃO

Doença descrita pela primeira vez por Tripé em 1845, definida como condição patológica de erecção peniana, não relacionada com a estimulação sexual, e que persiste para além das 6 horas. Pode ocorrer em todos os grupos etário, mas tem dois picos de incidência; um entre os 5-10 e o outro entre os 20-50 anos. Tem sido classificado, de forma clássica, como idiopático e secundário (quadro 1). Na perspectiva hemodinâmica pode ser dividido em duas categorias: priapismo isquémico (ou baixo débito) e priapismo não isquémico (ou alto débito). Nos doentes com priapismo de baixo débito o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível, com o objecti-

vo de evacuar o sangue retido nos corpos cavernosos e evitar as sequelas resultantes da isquemia prolongada. Esta provoca acidose e morte tecidual, as quais podem ocorrer ao fim de 6 horas de erecção mantida. Assim, se não for tratado levar ao aparecimento de fibrose e cicatriz no tecido eréctil e, em casos extremos, a necrose peniana. O seu diagnóstico é habitualmente fundamentado na história clínica e no exame físico.

As medidas iniciais para o tratamento do priapismo de baixo débito têm como objectivo diminuir o influxo de sangue (arterial) e aumentar o efluxo venoso, de forma a conseguir obter a detumescência peniana. Estas medidas conservadoras incluem a aspiração do corpo cavernoso com agulha n.º 18 e a injecção intracavernosa de um α -agonista (epinefrina, 10-20 μ g; norepinefrina, 250-500 μ g; efedrina, 50-100 mg). No entanto, se estas manobras conservadoras não forem eficazes a descompressão cirúrgica é mandatória para minimizar a fibrose dos corpos cavernosos e prevenir a disfunção eréctil.

Correspondencia: Dr. La Fuente de Carvalho
Serviço de Urologia. Hospital Geral de Santo António.
Largo Prof. Abel Salazar. 4099-002 Porto. Portugal.
Correo electrónico: j.lafuente@sapo.pt



Figura 1. Hematoma penoescrotal.

CASO CLÍNICO 1

Doente do sexo masculino, 30 anos de idade, deu entrada no Serviço de Urgência (SU) cerca de 48 horas após notar ereção peniana dolorosa sem relação com a estimulação sexual. Ao exame físico apresentava pénis em ereção com hematoma penoescrotal (fig. 1). Nega doença orgânica e refere o uso desde há 3 dias de Triticum® (trazodone) para tratamento de depressão. No SU foi submetido, sem sucesso, a aspiração do corpo cavernoso com agulha e injeção de fenilefrina na dose de 250 µg. Em seguida foi efectuado um shunt cavernoso-esponjoso proximal, num primeiro tempo pela técnica de Winter, igualmente sem sucesso, pelo que posteriormente efectuou-se a técnica de Al Ghorab. Ao quinto dia de evolução, por manter ereção peniana, foi novamente intervencionado, sendo nesta fase efectuada uma fistula safeno-cavernosa bilateral, segundo técnica de Grayack, com resolução do priapismo (fig. 2-4). Durante a cirurgia foi efectuada biopsia do tecido cavernoso, cujo exame anatomo-patológico revelou a presença de fibrose.

Actualmente o doente nega ereções penianas, voluntárias ou involuntárias, mantém apoio psicológico na consulta de medicina sexual, enquanto aguarda



Figura 2. Anastomose safeno-cavernosa bilateral, técnica de Grayack.



Figura 3. Fístula safeno-cavernosa bilateral, técnica de Grayack: Resultado final.



Figura 4. Fístula safeno-cavernosa bilateral, técnica de Grayack: 4 meses.

orientação terapêutica futura para a disfunção erétil, nomeadamente a colocação de prótese peniana insuflável.

CASO CLÍNICO 2

Doente do sexo masculino, 65 anos de idade, deu entrada no Serviço de Urgência (SU) cerca de 72 horas após notar ereção peniana dolorosa sem relação com a estimulação sexual. Como antecedentes patológicos referia HTA medicado habitualmente com lisinopril e hidroclorotiazida. No SU foi submetido, sem sucesso, a aspiração do corpo cavernoso com agulha e foi efectuado um shunt cavernoso-esponjoso proximal, segundo técnica de Winter. Ao 4.º dia de evolução, por manter ereção peniana foi transferido para o SU do Hospital Geral de Santo António onde foi submetido, num primeiro tempo a shunt cavernoso-esponjoso proximal segundo técnica de Ebbehøj, igualmente sem sucesso, e posteriormente a shunt cavernoso-esponjoso distal, segundo técnica de Grayack. Nesse mesmo tempo operatório, foi novamente intervencionado, sendo efectuada uma fistula safeno-cavernosa bilateral, segundo técnica de Grayack, com resolução do priapismo. Durante a cirurgia foi efectuada biopsia do tecido cavernoso, cujo exame anatomo-patológico revelou a presença de necrose.

Actualmente o doente nega ereções penianas, voluntárias ou involuntárias, e abandonou a consulta de medicina sexual.

CONCLUSÃO

O priapismo é uma doença rara com uma incidência de 0,0015% na população geral. O priapismo de baixo débito é uma emergência urológica, que numa proporção variável de casos pode ser resolvida com o tratamento médico. Nos casos, em que o tempo entre

QUADRO 1. Etiologia do priapismo

Idiopático

Secundário

Tromboembólica: anemia cel. falciformes, leucemia, embolia gorda, talassemias

Neurogénica: lesões corda espinal, compressão cauda equina, neuropatia autonómica, anestesia

Neoplásica: metástases de cancer de próstata, bexiga, pulmão, rim

Traumática: perineal ou genital

Iatrogénica: injeção intracavernosa, bypass arteriocavernoso ou arteriovenoso

Infecciosa: malária, Raiva, veneno escorpião

Medicamentosa: antidepressivos, antipsicóticos, tranquilizantes, anticoagulantes, álcool

o aparecimento do episódio e o início do tratamento é prolongado, pode haver necessidade ao recurso ao tratamento cirúrgico. Deve-se salientar quanto mais tarde forem iniciadas as medidas terapêuticas maiores as probabilidades de surgirem sequelas definitivas com disfunção erétil irreversível.

Bibliografia

- Broderick GA, Lue TF. Evaluation and nonsurgical management of erectile dysfunction and priapism. En: Campbell's Urology. Vol. 2. Philadelphia: Saunders; 2002 p. 1619-71.
- Lee CM, Kandzari SJ, Milan DF. Priapism: treatment by corpus cavernosum-saphenous vein anastomosis. Ann Surg. 1972;175: 279-81.
- Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction and priapism. En: Campbell's Urology. Vol. 2. Philadelphia: Saunders; 2002 p. 1591-618.
- Nixon RG, O'Connor JL, Milam DF. Efficacy of shunt surgery for refractory low flow priapism: a report on the incidence of failed detumescence and erectile dysfunction. J Urology. 2003; 170:883-6.