



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 05, pp. 55752-55753, May, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.24440.05.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

PRIAPISMO POR DROGAS: RELATO DE CASO

Henrique Rodrigues Scherer Coelho^{*2}, Carlos Egydio Ferri do Carmo¹, Fernando Coutinho Pereira², João Alexandre Queiroz Juveniz², Fabiano Roberto Fugita¹ and Daniel Galvão Vidal¹

¹Medico Residente do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS; ²Médico Urologista e Preceptor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th February, 2022

Received in revised form

10th March, 2022

Accepted 28th April, 2022

Published online 20th May, 2022

Key Words:

Priapismo; Disfunção Erétil; Ereção Peniana, Cocaina

*Corresponding author:

Henrique Rodrigues Scherer Coelho

ABSTRACT

Priapismo consiste em uma ereção prolongada e persistente (duração maior do que quatro horas), geralmente dolorosa, não relacionada a estímulo ou desejo sexual, ainda que o paciente tenha tido orgasmo prévio. É uma afecção rara, mas que requer imediata avaliação. É geralmente classificado como isquêmico (baixo fluxo, veno-oclusivo) e não isquêmico (alto fluxo, arterial). O diagnóstico tardio e a demora da detumescência pode levar à necrose e fibrose progressiva dos corpos cavernosos, com consequente disfunção erétil permanente. Portanto, o objetivo do tratamento é alcançar a detumescência e preservar a função erétil. O objetivo do estudo é relatar o tratamento cirúrgico de drenagem e lavagem dos corpos cavernosos com soro fisiológico 0,9% e injeção de alfa-adrenérgico de um paciente com priapismo induzido por droga.

Copyright © 2022, Henrique Rodrigues Scherer Coelho et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Henrique Rodrigues Scherer Coelho, Carlos Egydio Ferri do Carmo, Fernando Coutinho Pereira, João Alexandre Queiroz Juveniz, Fabiano Roberto Fugita and Daniel Galvão Vidal. "Priapismo por drogas: relato de caso", *International Journal of Development Research*, 12, (05), 55752-55753.

INTRODUCTION

O termo priapismo tem sua origem no Deus Priapus, da mitologia grega, sendo adorado e memorializado em esculturas por possuir um longo falo em ereção^{1,5}. Foi descrito pela primeira vez em 1924, por Callaway¹. Trata-se de uma ereção prolongada e persistente (duração maior do que quatro horas), geralmente dolorosa, não relacionada a estímulo ou desejo sexual, ainda que o paciente tenha tido orgasmo prévio^{1,3}. É uma afecção rara, mas que requer imediata avaliação². Possui uma incidência de 1,5 em 100.000 homens e pode ocorrer em todas as idades desde recém-nascidos até pacientes idosos⁴. Tipicamente, ele possui dois picos de incidência, entre 5 e 10 anos em crianças e entre 20 e 50 anos em adultos, sendo anemia falciforme a principal causa em criança e o uso de agentes farmacológicos e idiopática as principais etiologias em adultos⁵. É geralmente classificado como isquêmico (baixo fluxo, veno-oclusivo) e não isquêmico (alto fluxo, arterial)⁶. O diagnóstico tardio e a demora da detumescência pode levar à necrose e fibrose progressiva dos corpos cavernosos, com consequente disfunção erétil permanente. Portanto, o objetivo do tratamento é alcançar a detumescência e preservar a função erétil¹¹.

Relato de Caso: Paciente P.S.A, 32 anos, sexo masculino, previamente hígido. Transferido para o serviço de urologia do Hospital Universitário de Campo Grande-MS (Humap-UFMS/Ebserh) com história de priapismo com 1 dia de evolução. O paciente referia ter feito uso de cocaína 6 horas antes de apresentar ereção persistente. No momento da admissão estava em bom estado geral, estável hemodinamicamente, com muita dor e ereção plena do pênis há 6 horas. No atendimento inicial realizou-se o estudo gasométrico do sangue intracavernoso que revelou hipóxia, hipercapnia e acidose, características venosas, com hipótese diagnóstica de priapismo de baixo fluxo. Paciente foi submetido à sondagem vesical de demora e drenagem do priapismo com técnica estéril através de punções laterais nos corpos cavernosos utilizando cateter agulhado tipo "scalp" calibre 19g, seguida de lavagem com soro fisiológico 0,9% e epinefrina 1:500.000 com bom resultado. Realizada curativo compressivo e medicado com lorazepam e hiperhidratação com 3000 ml de soro fisiológico 0,9%. No dia seguinte ao procedimento, houve melhora do quadro clínico, já não havendo mais o priapismo. No seguimento ambulatorial o paciente relatava ereção peniana normal.

DISCUSSÃO

O priapismo é definido como uma ereção prolongada e persistente do pênis, com duração de pelo menos quatro horas, não associada à estimulação ou desejo sexual^{1,3,7}. Sabe-se que pode afetar negativamente a qualidade de vida, a função sexual e o bem-estar físico do paciente⁷. O priapismo é considerado uma emergência urológica, sendo relativamente raro, mas podendo ocorrer em todas as faixas etárias. No entanto, com uma distribuição de pico de incidência bimodal entre 5 e 10 anos em crianças e 20 a 50 anos em adultos^{6,8}. Particularmente comum em pacientes com doença falciforme, apresentando uma prevalência que varia de 2 a 35%⁶. É geralmente classificado como isquêmico (baixo fluxo, veno-oclusivo) e não isquêmico (alto fluxo, arterial). O priapismo isquêmico é uma emergência urológica, enquanto o priapismo não isquêmico é geralmente autolimitado. A forma isquêmica do priapismo é marcada por uma ereção persistente, não sexual, caracterizada pelo fluxo de sangue diminuído ou ausente dos corpos cavernosos, rígidos e dolorosos à palpação, sendo a forma mais comum de priapismo, respondendo por 95% de todos os episódios. Apresenta gasometria anormal do sangue cavernoso (hipóxia, hipercapnia e acidose), sendo uma emergência, e quando não tratado precocemente pode levar a uma disfunçãoerétil (DE)^{4,9}. Uma variedade de fatores etiológicos pode contribuir para a falha do mecanismo de detumescência nesta condição, caracterizado por disfunção e plegia da musculatura lisa do corpo cavernoso, destacando-se: Doença falciforme, Talassemia, leucemias, policitemia, Doenças neoplásicas, Antipsicóticos (clorpromazina), Farmacoterapias intracavernosa (papaverina, alprostadil e fentolamina) e Drogas (cocaína, crack)^{3,4,9}. A resolução caracteriza-se pelo retorno do pênis a um estado flácido não doloroso⁴. A forma não isquêmica do priapismo é marcada por uma ereção não totalmente rígida e não estar associada a dor, além de não se correlacionar com necrose e fibrose dos corpos cavernosos^{3,10}. Causada por influxo arterial cavernoso não regulado, o qual não se torna isquêmico, além da gasometria não evidenciar hipóxia ou acidose¹⁰. Antecedente de trauma perineal é a etiologia mais comumente descrita por provocar formação de fistula na artéria cavernosa drenando diretamente no corpo cavernoso.

Não requer intervenção de emergência, sendo a resolução caracterizada pelo retorno completo da flacidez ao pênis^{4,10}. O diagnóstico de priapismo é clínico e deve se concentrar na diferenciação de priapismo isquêmico do não isquêmico, uma vez que feita essa diferenciação, o tratamento adequado pode ser determinado e iniciado^{4,11}. A avaliação tem três componentes: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial^{4,9}. Hoje em dia, dá-se muita ênfase à gasometria dos corpos cavernosos para a classificação e prognósticos^{1,3}. Gasometria isquêmica: (PO₂ < 30; PCO₂ > 60; pH < 7,25) e não isquêmico: (PO₂ > 90; PCO₂ < 40; pH +7,4)⁹. A abordagem dos pacientes deverá ser rápida por se tratar de uma emergência urológica, cujo prognóstico quanto à potência está relacionado diretamente ao tempo de evolução do quadro clínico¹. No priapismo isquêmico requer detumescência rápida para evitar sequelas em longo prazo, recorrendo à aspiração, com ou sem irrigação, combinada com uma injeção intracavernosa de um simpatomimético, considerado o tratamento ideal¹¹. A complicação mais prevalente é a DE, podendo ocorrer em até 59% dos casos⁹. Já no priapismo não-isquêmico não tem uma urgência, podendo ser conduzido com tratamento conservador, incluindo aplicação de gelo ou compressão do sítio específico no perineo^{10,11}. Resolução espontânea ou resposta a terapia conservadora está relatada em até 62% das publicações¹¹. Os pacientes que desejam alívio imediato por uma intervenção ao invés de observação podem receber embolização arterial seletiva da fistula^{8,9}. A resolução com embolização arterial pode chegar a 89%⁶. Fica Reservado a ligadura cirúrgica seletiva da fistula quando a embolização falhar⁹. No presente estudo relatado, após realização do estudo gasométrico do sangue intracavernoso, revelando hipóxia, hipercapnia e acidose, características venosas, com

hipótese diagnóstica de priapismo de baixo fluxo, o paciente foi submetido à aspiração e lavagem dos corpos cavernosos com soro fisiológico 0,9% e injeção de alfa-adrenérgico, evoluindo com detumescência peniana e preservação da função erétil, alcançando o objetivo do tratamento.

CONCLUSÃO

Priapismo é uma condição rara, considerado uma emergência urológica, que pode resultar em disfunção erétil permanente se não tratada prontamente. O tratamento do priapismo isquêmico deve ser imediato, enquanto a observação destina-se ao priapismo de alto fluxo, com o objetivo sempre de preservar a função erétil do indivíduo. No caso relatado, paciente com priapismo isquêmico, foi fundamental a rapidez do diagnóstico e tratamento para alcançar adetumescência peniana e preservação da função erétil.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Carnicelli D, Akakpo W. Le priapisme : diagnostic et prise en charge [Priapism: Diagnosis and management]. *Prog Urol*. 2018 Nov; 28(14):772-776. French. doi: 10.1016/j.purol.2018.07.281. Epub 2018 Sep 7. PMID: 30201552.
2. REIS, R. B.; FILHO, C. S. T.; SIMÕES, F. A. Guia Rápido de Urologia. 1ª edição. SBU – Sociedade Brasileira de Urologia, Editora Lemar, São Paulo, 2012.
3. Marcon J, Stief CG, Becker A. Priapismus [Priapism]. *MMW Fortschr Med*. 2018 Mar;160(4):44. German. doi: 10.1007/s15006-018-0244-3. PMID: 29508322.
4. NARDI, A. C.; ARCHIMEDES, N. J.; BEZERRA, C. A.; FONSECA, C. E. C.; TRUZZI, J. C.; RIOS, L. A. S.; SADI, M. V. *Urologia Brasil: Editora Planmark, São Paulo, p. 723-729, 2013.*
5. ROGHMANN, F.; BECKER, A.; SAMMON, J.D.; OUERGHI, M.; SUN, M.; SUKUMAR, S. et al. Incidence of priapism in emergency departments in the United States. *Journal of Urology*, v. 190, p. 1275-1280, 2013.
6. Marcu D, Iorga L, Mischianu D, Bacalbasa N, Balescu I, Bratu O. Malignant Priapism - What Do We Know About It? *In Vivo*. 2020 Sep-Oct;34(5):2225-2232. doi: 10.21873/invivo.12033. PMID: 32871745; PMCID: PMC7652445.
7. BURNETT, A. L.; ANELE, U. A.; DEROGATIS, L. R. Priapism Impact Profile Questionnaire: Development and Initial Validation. *Journal of Urology*, v. 85, p. 1376, 2015.
8. Muneer A, Ralph D. Guideline of guidelines: priapism. *BJU Int*. 2017 Feb;119(2):204-208. doi: 10.1111/bju.13717. Epub 2016 Dec 29. PMID: 27860090.
9. Salonia A, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Vardi Y, Wespes E, Hatzimouratidis K; European Association of Urology. European Association of Urology guidelines on priapism. *Eur Urol*. 2014 Feb;65(2):480-9. doi: 10.1016/j.euro.2013.11.008. Epub 2013 Nov 16. PMID: 24314827.
10. CORBETTA, J. P. et al. High flow priapism: diagnosis and treatment in pediatric population. *Pediatric Surgery International*, v. 27, p. 1217, 2011.
11. RIDYARD, D. G.; PHILLIPS, E. A.; VINCENT, W.; MUNARRIZ, R. Use of High-Dose Phenylephrine in the Treatment of Ischemic Priapism: Five-Year Experience at a Single Institution. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 13, p. 1704, 2016.