

## Priapismo

*Autoria: Sociedade Brasileira de Urologia*

---

**Elaboração Final:** 27 de junho de 2006

**Participantes:** Cará AM, Cairoli CED, Jardim CRF, Silva EA, Faria GE

---

---

*O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

## **DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:**

Revisão da literatura.

## **GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

**A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

**B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

**C:** Relatos de casos (estudos não controlados).

**D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

## **OBJETIVO:**

Descrever as principais recomendações nas diversas modalidades de diagnóstico e tratamento do priapismo.

## **CONFLITO DE INTERESSE:**

Os conflitos de interesse declarados pelos participantes da elaboração desta diretriz estão detalhados na página 5.

## INTRODUÇÃO

Priapismo é definido como uma ereção peniana prolongada e persistente, freqüentemente dolorosa, desencadeada ou não por estímulo sexual. Para o propósito desta diretriz, a definição se restringe às ereções com mais de 4 horas de duração. Caracteriza-se como uma situação clínica de emergência, requerendo um diagnóstico rápido. É conveniente, sempre que possível, solicitar a presença de um urologista para o primeiro atendimento.

Na avaliação inicial, é necessário definir o tipo de priapismo, uma vez que, condutas diferentes serão adotadas, dependendo da classificação em priapismo isquêmico ou não-isquêmico.

## CLASSIFICAÇÃO

### ISQUÊMICO (BAIXO FLUXO OU VENO-OCCLUSIVO)

É o mais freqüente, de múltiplas causas, e está associado à diminuição do retorno venoso, com estase vascular, determinando isquemia tecidual. A ereção é usualmente dolorosa e a gasometria dos corpos cavernosos demonstra acidose metabólica, com baixa concentração de Oxigênio ( $PO_2 < 30$  mmHg;  $PCO_2 > 60$  mmHg;  $pH < 7,25$ ). O sangue dos corpos cavernosos, quando aspirado, tem coloração vermelha escura<sup>1</sup>(C).

Existe uma forma de priapismo isquêmico intermitente que se caracteriza por ereções dolorosas, mas alternadas com períodos de detumescência.

### NÃO-ISQUÊMICO (ALTO FLUXO OU ARTERIAL)

É menos comum e caracteriza-se pelo aumento do fluxo arterial, na presença de retorno venoso normal, com elevação da pressão parcial de oxigênio. É comum o relato de antecedente de trauma perineal ou peniano. A ereção é indolor e o sangue dos corpos cavernosos, quando aspirado, tem coloração vermelha clara. A gasometria dos corpos cavernosos é do tipo arterial ( $PO_2 > 90$  mmHg;  $PCO_2 < 40$  mmHg;  $pH \pm 7,40$ ), sem acidose ou hipoxemia<sup>1</sup>(C).

## DIAGNÓSTICO

Após a história clínica e o exame físico, a gasometria dos corpos cavernosos é importante. Se a gasometria é indicativa de priapismo isquêmico, o hemograma com contagem de plaquetas, para rastreamento para leucemias e plaquetocitose, e testes para o rastreamento para anemia falciforme (reticulócitos, teste de afoçamento e eletroforese de hemoglobina) podem ajudar na conduta<sup>2</sup>(C).

A ultra-sonografia peniana com Doppler colorido pode evidenciar os sinais de fistula artério-cavernosa e um aumento de fluxo nas artérias cavernosas, no priapismo não-isquêmico. O fluxo das artérias cavernosas está diminuído no priapismo isquêmico<sup>3</sup>(B)<sup>4</sup>(C).

A arteriografia está somente indicada no momento da realização da embolização seletiva, nos casos de priapismo não-isquêmico<sup>4</sup>(C).

## TRATAMENTO

### PRIAPISMO ISQUÊMICO

Identificada a etiologia do priapismo isquêmico, a causa básica deve, sempre que possível, ser tratada de maneira concomitante. O tratamento medicamentoso deve sempre preceder aos procedimentos cirúrgicos. É importante o paciente ser esclarecido sobre os riscos de disfunção erétil.

#### Tratamento Medicamentoso

Deve-se iniciar com o esvaziamento por punção, seguido ou não de lavagem dos corpos cavernosos com soro fisiológico. Caso o priapismo não seja resolvido, segue-se com o tratamento medicamentoso intracavernoso. As drogas de eleição são os agonistas  $\alpha$ -adrenérgicos

(epinefrina, norepinefrina, fenilefrina, metaraminol). Apesar de não existirem estudos comparativos entre os  $\alpha$ -adrenérgicos, a fenilefrina é a que causa menos efeitos colaterais cardiovasculares<sup>5</sup>(C).

A fenilefrina deve ser diluída em soro fisiológico na concentração de 100 a 500  $\mu\text{g/ml}$ , e 1 ml devem ser injetados a cada 3 a 5 minutos até uma hora<sup>2,5</sup>(C). Se o tratamento medicamentoso não for eficiente, deve-se optar pelo tratamento cirúrgico.

No priapismo intermitente, os pacientes podem ser treinados para a auto-injeção de fenilefrina ou ser instituído o uso de antiandrogênios ou análogos (GnRH)<sup>5-7</sup>(C).

#### Tratamento Cirúrgico

O objetivo do tratamento cirúrgico é estabelecer fistulas entre os corpos cavernosos e o esponjoso. Preferencialmente, são utilizadas fistulas de localização distal<sup>8</sup>(C), e caso não se tenha obtido sucesso, podem ser realizadas fistulas proximais<sup>9,10</sup>(C).

Em casos de falha do tratamento, o implante imediato de prótese peniana pode ser considerado<sup>11</sup>(C).

### PRIAPISMO NÃO-ISQUÊMICO

A punção dos corpos cavernosos tem caráter meramente diagnóstico, não sendo indicados o esvaziamento e a lavagem dos corpos cavernosos. Não requer tratamento imediato, e pode ocorrer a resolução espontânea<sup>12</sup>(B). Os dados da literatura são insuficientes para concluir sobre a eficiência do uso de gelo local, e compressão localizada na área da fistula.

# Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

---

O tratamento de escolha é a embolização seletiva da artéria lesada, usando material não permanente (coágulo autólogo ou gel absorvível)<sup>4</sup>(C).

## CONFLITO DE INTERESSE

Faria GE: é palestrante dos laboratórios Lilly, Pfizer, Bayer, Schering e Medley; partici-

pa de pesquisas clínicas subsidiadas pelos laboratórios Pfizer, Lilly, Cristália e Amgen; é membro do conselho consultivo da América Latina do laboratório Lilly; recebe reembolso de suas despesas através dos laboratórios Lilly; recebe reembolso de suas despesas através dos laboratórios que o convidam para participar dos Congressos da Especialidade.

## REFERÊNCIAS

1. Broderick GA, Harkaway R. Pharmacologic erection: time-dependent changes in the corporal environment. *Int J Impot Res* 1994;6:9-16.
2. Mantadakis E, Ewalt DH, Cavender JD, Rogers ZR, Buchanan GR. Outpatient penile aspiration and epinephrine irrigation for young patients with sickle cell anemia and prolonged priapism. *Blood* 2000; 95:78-82.
3. Shamloul R, Ghanem HM, Salem A, Kamel II, Mousa AA. The value of penile duplex in the prediction of intracavernous drug-induced priapism. *Int J Impot Res* 2004;16:78-9.
4. Bertolotto M, Quaia E, Mucelli FP, Ciampalini S, Forgács B, Gattuccio I. Color Doppler imaging of posttraumatic priapism before and after selective embolization. *Radiographics* 2003; 23:495-503.
5. Ralph DJ, Pescatori ES, Brindley GS, Pryor JP. Intracavernosal phenylephrine for recurrent priapism: self-administration by drug delivery implant. *J Urol* 2001; 165:1632.
6. Dahm P, Rao DS, Donatucci CF. Antidrogens in the treatment of priapism. *Urology* 2002;59:138.
7. Levine LA, Guss SP. Gonadotropin-releasing hormone analogues in the treatment of sickle cell anemia-associated priapism. *J Urol* 1993;150:475-7.
8. Winter CC, McDowell G. Experience with 105 patients with priapism: update review of all aspects. *J Urol* 1988;140:980-3.
9. Quackles R. Treatment of a case of priapism by cavernospongious anastomosis. *Acta Urol Belg* 1964;32:5-13.
10. Grayhack JT, McCullough W, O'Connor VJ Jr, Trippel O. Venous bypass to control priapism. *Invest Urol* 1964; 58:509-13.
11. Rees RW, Kalsi J, Minhas S, Peters J, Kell P, Ralph DJ. The management of low-flow priapism with the immediate insertion of a penile prosthesis. *BJU Int* 2002; 90:893-7.
12. Eland IA, van der Lei J, Stricker BH, Sturkenboom MJ. Incidence of priapism in the general population. *Urology* 2001; 57:970-2.