



---

---

## RELATO DE CASO

---

---

### PRIAPISMO POR DROGAS: RELATO DE CASO

### PRIAPISM BY DRUGS: CASE REPORT

Henrique Rodrigues Scherer Coelho<sup>1</sup>  
Carlos Egydio Ferri do Carmo<sup>2</sup>  
Fernando Coutinho Pereira<sup>3</sup>  
João Alexandre Queiroz Juveniz<sup>4</sup>  
Fabiano Roberto Fugita<sup>5</sup>  
Daniel Galvão Vidal<sup>6</sup>

#### RESUMO

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 conseqüente 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.

**Palavras-chave:** Priapismo. Disfunção Erétil. Ereção peniana. Cocaína.

#### ABSTRACT

Priapism consists of a prolonged and persistent erection (lasting longer than four hours), usually painful, unrelated to stimulation or desire, even if the patient has had a previous orgasm. It is a rare condition, but it requires immediate evaluation. It is generally classified as ischemic (low flow, veno-occlusive) and non-ischemic (high flow, arterial). Late diagnosis and delayed detumescence can lead to progressive necrosis and fibrosis of the corpora cavernosa, with consequent permanent erectile dysfunction. Therefore, the goal of treatment is to achieve detumescence and preserve erectile function. The aim of the study is to report the surgical treatment of drainage and lavage of the corpora cavernosa with 0.9% saline and alpha-adrenergic injection in a patient with drug-induced priapism.

**Keywords:** Priapism. Erectile dysfunction. Penile erection. Cocaine.

---

<sup>1</sup>Médico Urologista e Preceptor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS. E-mail: henriquercoelho@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Médico Residente do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS.

<sup>3</sup>Médico Urologista e Preceptor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS.

<sup>4</sup>Médico Urologista e Preceptor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS.

<sup>5</sup>Médico Residente do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS.

<sup>6</sup>Médico Residente do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP – Campo Grande – MS.



## INTRODUÇÃO

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<sup>1,5</sup>. Foi descrito pela primeira vez em 1924, por Callaway<sup>1</sup>. 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<sup>1,3</sup>. É uma afecção rara, mas que requer imediata avaliação<sup>2</sup>. Possui uma incidência de 1,5 em 100.000 homens e pode ocorrer em todas as idades desde recém-nascidos até pacientes idosos<sup>4</sup>. 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 adultos<sup>5</sup>. É geralmente classificado como isquêmico (baixo fluxo, veno-oclusivo) e não isquêmico (alto fluxo, arterial)<sup>6</sup>. 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<sup>11</sup>.

## 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 mais de 4 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<sup>1,3,7</sup>. Sabe-se que pode afetar negativamente a qualidade de vida, a função sexual e o bem-estar físico do paciente<sup>7</sup>. 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<sup>6,8</sup>. Particularmente comum em pacientes com doença falciforme, apresentando uma prevalência que varia de 2 a 35%<sup>6</sup>. 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 disfunção erétil (DE)<sup>4,9</sup>. 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), Farmacoterapia intracavernosa (papaverina, Trimix) e Drogas (cocaína, crack)<sup>3,4,9</sup>. A resolução caracteriza-se pelo retorno do pênis a um estado flácido não doloroso<sup>4</sup>. 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<sup>3,10</sup>. Causada por influxo arterial cavernoso não regulado, o qual não se torna isquêmico, além da gasometria não evidenciar hipóxia ou acidose<sup>10</sup>.

Antecedente de trauma perineal é a etiologia mais comumente descrita por provocar formação de fístula na artéria cavernosa drenando diretamente no corpo cavernoso. Não requer intervenção de emergência, sendo a resolução caracterizada pelo retorno completo da flacidez ao pênis<sup>4,10</sup>. 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<sup>4,11</sup>. A avaliação tem três componentes: história clínica, exame físico e avaliação laboratorial<sup>4,9</sup>. Hoje em dia, dá-se muita ênfase à gasometria dos corpos cavernosos para a classificação e prognósticos<sup>1,3</sup>. Gasometria isquêmico: (PO<sub>2</sub>< 30; PCO<sub>2</sub>> 60; pH < 7,25) e não isquêmico: (PO<sub>2</sub>> 90; PCO<sub>2</sub>< 40; pH +-7,4)<sup>9</sup>. 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 clínico<sup>1</sup>. 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 ideal<sup>11</sup>. A complicação mais prevalente é a DE, podendo ocorrer em até 59% dos casos<sup>9</sup>. 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 períneo<sup>10,11</sup>. Resolução espontânea ou resposta a terapia conservadora está relatada em até 62% das publicações<sup>11</sup>. Os pacientes que desejam alívio imediato por uma intervenção ao invés de observação podem receber embolização arterial seletiva da fístula<sup>8,9</sup>.

A resolução com embolização arterial pode chegar a 89%<sup>6</sup>. Fica Reservado a ligadura cirúrgica seletiva da fístula quando a embolização falhar<sup>9</sup>.

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 a detumescência peniana e preservação da função erétil.

## 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.eururo.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.