

# Priapismo de Alto Débito Pós-Traumático

*Clemente Neves Sousa\*, Melanie Machado Andrade\*\**

## RESUMO

Apresentamos o caso clínico de um menino de 9 anos com priapismo de alto débito pós traumatismo perineal causado por acidente de viação. O priapismo encontra-se quase sempre associado a história traumática (perineal ou peniana), em que ocorre a lesão de uma artéria cavernosa ou algum dos seus ramos com formação de uma fístula artério-lacunar<sup>(1)</sup>. Clinicamente não há dor peniana e verifica-se uma tumescência, com rigidez parcial, entre os 60 e 75% (em alguns casos pode atingir os 100%)<sup>(1)</sup>. Trata-se de um traumatismo pouco frequente, mas que importa relembrar aos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Priapismo. Embolização. Cuidados Enfermagem.

Nascer e Crescer 2003; 12 (4): 270-272

## INTRODUÇÃO

O maior número de priapismo ocorre por transtornos veno-oclusivos, originando priapismo de baixo débito ou isquémicos, produzindo assim, fenómenos de isquemia peniana. Encontram-se frequentemente descritos casos associados a traumatismos penetrantes com agulha durante a injeção intravenosa de fármacos vaso-activos<sup>(2,3)</sup>, para o tratamento do disfunção erétil.

O priapismo de alto débito ou não isquémico é raro, especialmente na infância, e encontra-se quase sempre

associado a história traumática, com contusão perineal ou peniana, podendo ter ocorrido há poucas horas ou dias antes. O priapismo na infância é uma entidade pouco frequente, sendo mais comum em crianças, apresentando habitualmente etiologia traumática. Esta patologia surge geralmente em consequência de uma fístula arterio-cavernosa, que permite um fluxo sanguíneo aumentado e permanente para os corpos cavernosos.

## CASO CLÍNICO

Criança com 9 anos de idade, enviada do Arquipélago dos Açores, por erecção persistente não dolorosa com aproximadamente 4 dias de evolução (Figura 1). A criança refere ter sofrido um acidente de viação, cinco dias antes, do qual resultou um traumatismo perineal associado a um certo mal estar, mas insuficiente para restringir a sua actividade. Nega qualquer outra sintomatologia, nomeadamente hematúria macros-

cópica, uretrorragia ou alteração da micção.

O exame físico era normal, à excepção do pénis que apresentava uma tumescência dos corpos cavernosos e equimose na sua base, no entanto, não existia hematoma perineal. O estudo analítico sanguíneo (incluindo a Hb) era normal, assim como o urinário. O ecodoppler peniano revelou um fluxo arterial aumentado no corpo cavernoso à direita, com baixa resistência, compatível com a existência de fístula arterio-cavernosa (Figura 2).

Efectuou-se compressão local e aplicação de gelo no pénis, resultando apenas em detumescência parcial e transitória. A angiografia foi realizada sob anestesia geral e identificou uma pequena fístula artéria-cavernosa à direita (Figura 3). Realizou-se embolização selectiva, observando-se uma diminuição do priapismo (Figura 4). Uma segunda embolização selectiva, foi realizada, com êxito. O doente teve alta quatro dias depois (Figura 5).



Figura 1

\* Serviço Urologia - Enfermeiro Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia

\*\* Serviço Braquiterapia - Enfermeira Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Porto

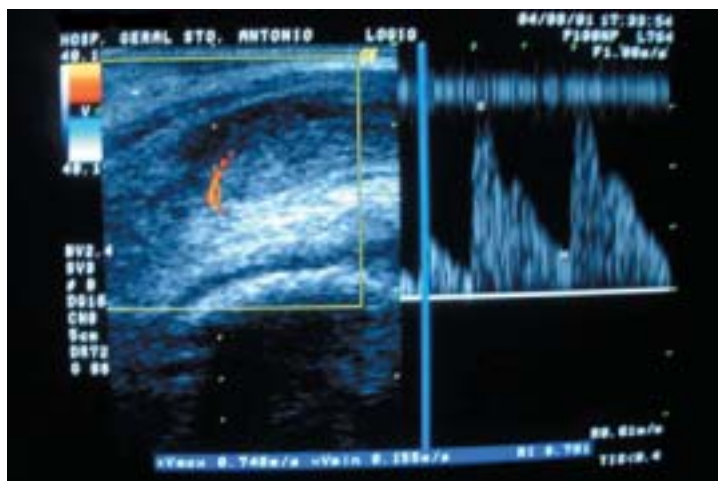


Figura 2

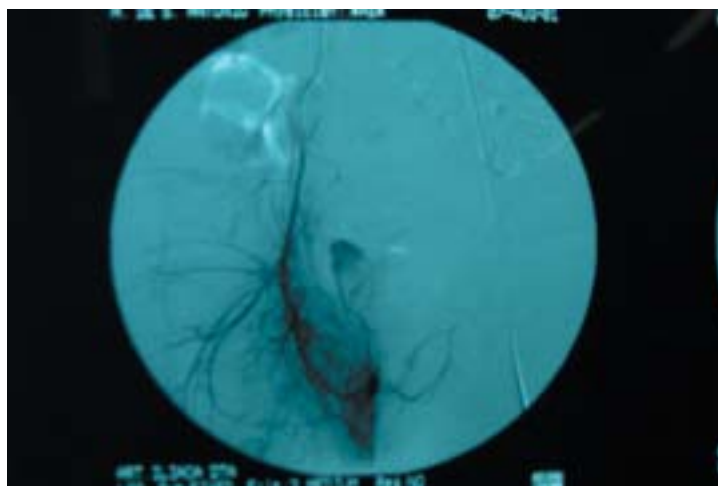


Figura 3

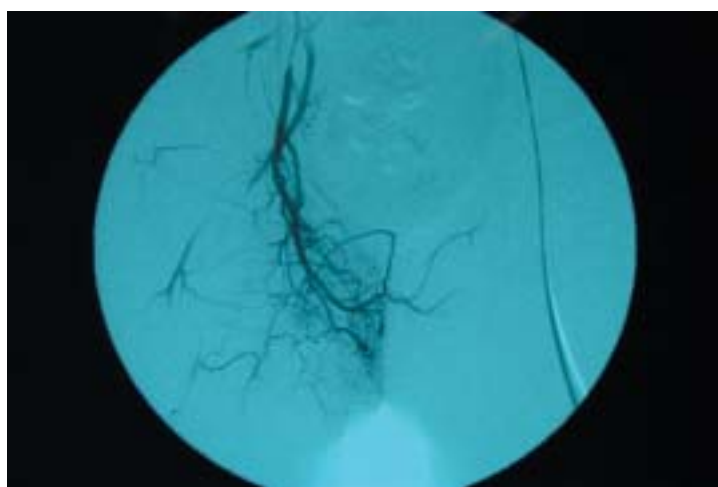


Figura 4

## DISCUSSÃO

O priapismo de alto débito caracteriza-se por presença de uma erecção anormalmente persistente, não dolorosa, não estando associado a desejo ou estimulação sexual<sup>(1)</sup>. Podem existir outras etiologias que possibilitam o surgimento deste quadro, como anemia de células falciformes (rara na infância, excepto nas áreas onde está presente<sup>(4)</sup>), situações iatrogénicas (cavernosometria ou cirurgia de revascularização do pênis) ou leucemia<sup>(4)</sup>.

Todo o processo terapêutico desta criança, foi acompanhado por enfermeiros, entre outros profissionais, com quem foi estabelecendo relações de ajuda, que se revelaram fundamentais à sua reabilitação. Deste modo, é necessário atender ao doente não só como ser biológico e psíquico, mas também como ser inserido numa família, comunidade e cultura. Pelo que, a Enfermagem é a arte de cuidar a doença, e não só do doente.

Assim, numa primeira fase, foi realizado um tratamento conservador, com compressão manual externa e aplicação de gelo no pênis. Este procedimento tem como objectivo diminuir o fluxo sanguíneo arterial proximal, através da vasoconstrição por acção directa do frio e favorecer a cicatrização da lesão arterial, especialmente em lesões mínimas. A aplicação do frio induz um arrefecimento progressivo dos tecidos da superfície à profundidade.

A crioterapia na forma estática, apresenta-se de fácil execução, mas reveste-se de alguns cuidados importantes para a integridade do tecido cutâneo, para os quais o enfermeiro deve estar particularmente sensibilizado<sup>(5)</sup>, como:

- evitar o contacto directo do gelo com a superfície cutânea;
- evitar a aplicação prolongada de frio nos tecidos de revestimento (pode condicionar queimadura de diferentes graus de gravidade);
- a aplicação deverá ser efectuada por períodos de tempo relativamente curtos, 15 a 20 minutos.

É necessário que o enfermeiro tenha sempre presente, que a aplicação do frio tem diversas formas de apresentação e



Figura 5

aplicação, e a variabilidade desta técnica, associada ao diferente tempo de exposição, determina efeitos fisiológicos com características e indicações terapêuticas próprias.

Em seguida foi realizada uma angiografia, que revelou uma pequena fístula artéria cavernosa, efectuando-se posteriormente uma embolização selectiva. Trata-se de uma técnica relativamente recente. A embolização é um procedimento menos invasivo do que a cirurgia, consequentemente, com menor risco para o doente. Aplicando este procedimento angiorradiológico consegue-se a resolução imediata ou quase do quadro, sem sequelas sobre a função sexual<sup>(6)</sup>. A ressecção da fístula por cirurgia, apresenta como desvantagem a invasão do corpo cavernoso com fibrose iatrogénica posterior e consequentemente aparecimento de disfunção erétil em 66% dos pacientes com priapismo arterial<sup>(7)</sup>, pelo que, a embolização assume-se cada vez mais como o método ideal e eficaz no tratamento do priapismo de alto débito. Nesta intervenção terapêutica o enfermeiro<sup>(8)</sup> deve:

- avaliar os parâmetros vitais e o estado de consciência;
- avaliar o pulso pedioso da lado puncionado, para realização da embolização (SOS);
- vigiar o penso femoral (para despiste de hemorragia);
- vigiar a diurese (despiste de retenção urinária);

- realizar ensino sobre: posicionamento mais adequado (manter o membro inferior cateterizado, em extensão e a cabeceira da cama elevada a cerca de 30º) e a necessidade de permanecer no leito em repouso por um período de 24 horas.

As crianças são seres energéticos por excelência, por isso, manter o membro em extensão, pode ser um grande desafio para o enfermeiro. Pelo que é necessário proporcionar um ambiente de confiança e empatia, incentivando a criança a actividades de lazer compatíveis com o seu posicionamento. Deste modo, é importante que o enfermeiro consiga a colaboração da própria criança e dos seus familiares (mais directos, que acompanham a mesma) na elaboração e realização do plano de cuidados no sentido de “melhor recuperação no menor tempo possível”.

#### Post Trauma Priapism

#### SUMMARY

We presented a 9 year-old boy's clinical case of high flow priapism with powders traumatism perineal caused by accident of transport. The priapism almost always meets associate the traumatic history (perineal or peniana), in that it happens the lesion of a cavernous artery or some of their branches with formation of a fistula artery-lacunar<sup>(1)</sup>.

Clinically there is no pain peniana and a tumescence is verified, with partial rigidity, between 60 and 75% (in some cases can reach the 100%)<sup>(1)</sup>. It is treated of a little frequent traumatism, as such, we wanted to recall of the nurses for this problem.

**Key-words:** Priapism. Embolization. Nurse Cares.

Nascer e Crescer 2003; 12 (4): 270-272

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 - Campos, A; Santos, C: *Priapismo*. Andrologia Clínica. Sociedade Portuguesa de Andrologia. Porto. 2000; 623-631.
- 2 - Bastuba, MD; Saenz de Tejada, I; Dinlenc CZ et al: Arterial priapism: diagnosis, treatment and long term follow up. *J. Urol.* 1994; 151: 1231-1237.
- 3 - Witt, MA; Goldstein, I; Saenz de Tejada, I; et al: Traumatic laceration of intracavernosal arteries: the pathophysiology of nonischemic, high flow, arterial priapism. *J. Urol.* 1990; 143: 129-132.
- 4 - Barradas, ND; Fraga A; Pimenta, A et al: *Priapismo* arterial pos-traumático. *Actualidade Andrológica*. 2000; 8 (2): 82-84.
- 5 - Phipps; Long; Woods: *Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Lisboa; 3.ª ed. Lusodidacta; 1991.
- 6 - Rico Lopez, J; Gutierrez Amyo, J: Priapismo de alto flujo postraumatico en edad prepuberal. *Actas Urol*, 1998; 22(6): 531-537.
- 7 - Prisco, R; Pimenta, A; Stocker A; et al: Priapismo arterial pós-traumático – Embolização. *Acta Urológica*. 1998; 15-1: 77-80.
- 8 - Pascal, C; Martins, F: *Angiografia Terapêutica (embolização)*. *Ecos de Enfermagem*. 2000; 218: 10-12.

#### Contacto:

Clemente Neves de Sousa  
Rua Machado dos Santos, 700  
4400-209 Vila Nova de Gaia  
Telef.: 22 3710181 / 91 4239131  
E-mail: [clemente@iol.pt](mailto:clemente@iol.pt)