

Tratamento endovascular da disfunção erétil por fístula arterioesponjosa traumática: relato de caso

Endovascular treatment of erectile dysfunction by arteriospongiosum traumatic fistula: case report

Fábio Augusto Cypreste Oliveira¹, Carlos Eduardo de Sousa Amorelli¹, Fábio Lemos Campedelli¹, Hugo Walter Frota Filho², Juliana Caetano Barreto³, Fernanda Lauar Sampaio Meirelles³, Mariana Caetano Barreto⁴, Philippe Moreira da Silva⁵

Resumo

A disfunção erétil (DE) representa um distúrbio comum de caráter multifatorial. Os autores relatam um caso de paciente vítima de trauma perineal evoluindo com DE por fístula da artéria bulbar para o corpo esponjoso peniano, promovendo um *shunt* arteriovenoso culminando com déficit de ereção, congestão peniana e dor. O mesmo foi submetido ao tratamento endovascular por embolização com sucesso e encontra-se no sexto mês de acompanhamento ambulatorial, com retorno às suas atividades sexuais e sem queixas de rigidez peniana e dor.

Palavras-chave: Disfunção erétil(ED); fístula; embolização terapêutica.

Abstract

The erectile dysfunction (ED) is a common multifactorial disorder. The authors report a case of perineal trauma patients with evolving secondary bulbar penile artery fistula to the spongy body, promoting an arteriovenous shunt culminating with a deficit of erection, congestion and penile pain. The same was treated by endovascular embolization with success and is in 6^o months of follow up with return to sexual activity and no complaints of penile rigidity and pain.

Keywords: Erectile dysfunction(ED); fistula; therapeutic embolization.

Introdução

A disfunção erétil é definida por incapacidade persistente de iniciar e manter ereção suficiente para uma performance sexual satisfatória. Apresenta fisiopatologia e etiologia múltiplas, tornando-se uma desordem complexa e de difícil manejo clínico.

A prevalência da disfunção erétil na população em geral varia entre 22 e 52%¹⁻³, com uma distribuição diferente entre as faixas etárias. Há um predomínio proporcionalmente maior nos mais idosos⁴, tornando-se uma entidade comum e que pode afetar de modo negativo a relação interpessoal e a qualidade de vida de homens e mulheres.

A disfunção erétil vasculogênica apresenta-se como uma das principais representantes desse quadro, com fatores de risco bem definidos, como hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, tabagismo e doença cardiovascular^{5,6}. Pode ser causada por obstrução do fluxo arterial, por incompetência venosa(varicocele) ou obstrução do sistema venoso(doença veno-oclusiva).

As fístulas arteriovenosas penianas têm como principal etiologia o trauma e representam causa rara de disfunção erétil. O corpo esponjoso, que envolve a uretra, é irrigado pela artéria bulbar, a qual não está diretamente relacionada ao processo de ereção e sim à tumescência peniana. No caso de fístula arterioesponjosa, ocorre um *shunt* arteriovenoso

Serviço de Angiologia, Cirurgia Vascular, Endovascular e Laserterapia Hospital São Francisco de Assis, Goiânia (GO), Brasil

¹Especialista em Cirurgia Vascular na área de Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV), Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) e Associação Médica Brasileira (AMB).

²Médico Cirurgião Geral e Diretor do Hospital São Francisco de Assis.

³Médica Clínica Geral.

⁴Médica Cirurgiã Geral do Hospital de Urgências de Goiânia (GO), Brasil.

⁵Técnico de Enfermagem e Instrumentador da Angiogyn.

Conflito de interesse: Não há.

Submetido em: 18/01/2012. Aceito em: 12/07/2012.

J Vasc Bras. 2012;11(4):317-319.

direto para o corpo esponjoso, determinando fluxo arterial de entrada igual ao fluxo venoso de saída, com tumescência peniana mantida, manifestada por dor e déficit de ereção. Nos casos de fístula arteriocavernosa traumática, em sua maioria, a forma de apresentação é o priapismo de alto fluxo, podendo ser necessária a embolização da fístula para sua resolução.

Relato de caso

Caso 1

Paciente do gênero masculino, 56 anos, trabalhador da zona rural, apresenta quadro de disfunção erétil e semirrigidez peniana dolorosa mantida, cerca de 2 meses após trauma contusoperineal. Nega comorbidades e cirurgias prévias.

Foi submetido à avaliação urológica, com exame físico demonstrando tumescência peniana mantida, porém sem caracterizar priapismo. Restante do exame físico urológico e vascular sem alterações. Dentre os exames complementares, apresentou cultura de urina negativa, ultrassonografia prostática dentro do padrão da normalidade, estudo de ultrassonografia com Doppler peniano sem alterações detectáveis pelo método e arteriografia pélvica mostrando fístula arterioesponjosa, sendo encaminhado para tratamento específico.

Realizada a arteriografia pélvica e seletiva, que confirmou o diagnóstico de fístula da artéria bulbar para o corpo esponjoso com fonte arterial somente do lado direito (Figura 1). Sob anestesia local e sedação, foi realizado cateterismo superseletivo com microcateter Echelon 14^º (ev3, MA, EUA) em sistema coaxial e embolização com micromolas de liberação controlada de 2 mm × 2 cm Micrus[®] (MicrusEndovascular Corporation. CA/EUA), com oclusão completa da comunicação anômala sem complicações (Figura 2). A evolução pós-operatória transcorreu sem intercorrências, com melhora significativa da tumescência peniana e do quadro algico. Recebeu alta hospitalar após 12 horas de internação hospitalar, sem medicação específica.

Paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com seis meses de pós-operatório, referindo remissão da tumescência peniana e do quadro algico. O estudo com ecografia vascular com Doppler peniano no 1^º, 3^º e 6^º mês de pós-operatório mostrou-se sem alterações. Retornou às atividades sexuais com 30 dias de pós-operatório, sem queixas.

Discussão

O trauma perineal pode estar relacionado à disfunção erétil em razão da seqüela de fratura peniana, da seqüela de priapismo prolongado ou pela presença de fístula bulboesponjosa. Nos casos de priapismo prolongado, a disfunção



Figura 1. Arteriografia seletiva, com cateterismo da artéria pudenda interna direita, confirmando o diagnóstico de fístula da artéria bulbar direita para o corpo esponjoso peniano.

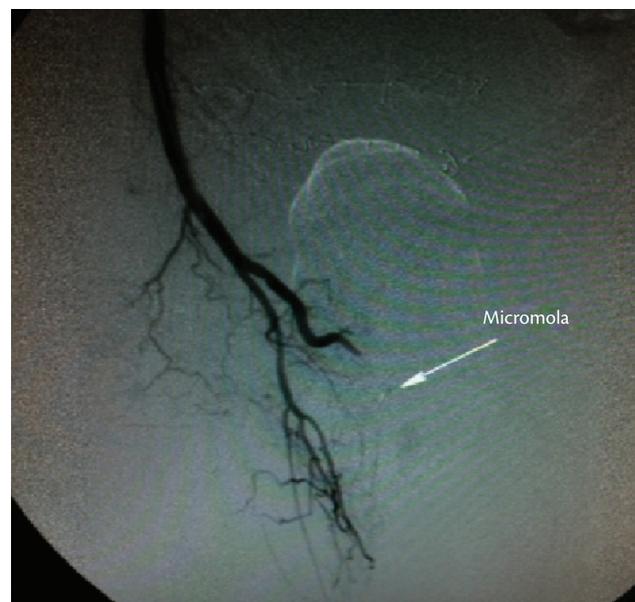


Figura 2. Embolização da fístula com implante de micromolas de liberação controlada, com sucesso técnico.

poderá ser isquêmica ou não isquêmica. A forma isquêmica está mais comumente relacionada à doença veno-oclusiva, com déficit de drenagem venosa, cujo tratamento inclui farmacoterapia, punção aspirativa, *shunt* proximal ou *shunt* distal. Nos casos não isquêmicos, a fístula arteriocavernosa representa sua principal etiologia, determinando fluxo arterial de entrada aumentado com retorno venoso normal. Pode ser autolimitado⁷ ou pode ser necessária a embolização terapêutica⁸.

No caso relatado, foi apresentado um caso raro de fístula bulboesponjosa pós-traumática, que evoluiu para um quadro de disfunção erétil e tumescência peniana mantida dolorosa. O diagnóstico baseou-se no estudo de arteriografia, uma vez que a ecografia com Doppler não foi capaz de identificar a diminuição de resistência e o aumento do fluxo arterial diastólico, característicos na fístula arterioesponjosa. Optou-se por realizar a embolização utilizando-se micromolas eletrodestacáveis por eletrólise de solda confeccionada em platina com fio de sutura absorvível de PGA com multifilamento por apresentar maior precisão, evitar a embolização inadvertida da origem da artéria bulbar e promover a oclusão permanente.

Única descrição semelhante encontrada na literatura foi realizada por Glodny et al.⁹ de um caso de fístula bulboesponjosa espontânea, gerando DE. Foi descrito tratamento endovascular com sucesso técnico e retorno da normalidade da função erétil uma semana após a embolização.

Por apresentar caráter multifatorial, a disfunção erétil deverá ser abordada por equipe multidisciplinar, com o objetivo de identificar os fatores de risco e os fatores etiológicos da patologia, bem como definir a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica para cada caso específico.

Conclusão

A abordagem endovascular com embolização da fístula arterioesponjosa para tratamento da disfunção erétil mostrou-se factível, com baixos índices de complicações e bons resultados iniciais; porém, faz-se necessário um maior número de casos e estudos em longo prazo para definição de tratamento de escolha.

Referências

1. Papatsoris AG, Triantafyllidis A, Gekas A. Prevalence of erectile dysfunction in the European Union. *Asian J Androl.* 2003;5:255. PMID:12937812.
2. Bai Q, Xu QQ, Jiang H, Zhang WL, Wang XH, Zhu JC. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction in three cities of China: a community-based study. *Asian J Androl.* 2004;6:343-8. PMID:15546027.
3. Wespes E, Wildschutz T, Roumequere T, Schulman CC. The place of surgery for vascular impotence in the third millennium. *J Urol.* 2003;170:1284-6. PMID:14501742.
4. Bertolotto M, Quata E, Mucelli FP, Ciampalini S, Forgacs B, Gattuccio I. Color doppler imaging of posttraumatic priapism before and after selective embolization. *Radiographics.* 2003;23:495-503. PMID:12640162.
5. Moreira Junior ED, Abdo CHN, Santos DB, Wroclawski E, Fittipaldi JAS. Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do projeto Avaliar. *Rev Bras Med.* 2004;61:613-9.
6. Kendirci M, Nowfar S, Hellstrom WJ. The impact of vascular risk factors on erectile function. *Drugs Today (Barc).* 2005;41:65-74. PMID:15753970.
7. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, et al. Common grounds for erectile dysfunction and coronary artery disease. *Curr Opin Urol.* 2004;14:361-5. PMID:15626880.
8. Eland IA, Van Der Lei J, Stricker BH, et al. Incidence of priapism in the general population. *Urology.* 2001;57:970. PMID:11337305.
9. Glodny B, Petersen J, Bendix N, et al. Microcoil embolization of an arteriovenous fistula from the arteriobulbi penis to the corpus spongiosum penis in the treatment of erectile dysfunction: normal function regained immediately after intervention. *Br. J. Radiol.* 2007;80:265-7. PMID:17989324.

Correspondência

Fábio Augusto Cypreste Oliveira
Av. Alphaville Flamboyant, 3900, casa 283
CEP 74884-527 – Goiânia (GO), Brasil
Fone: +55 (62) 81475111
E-mail: fabioacoliveira@gmail.com

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: FACO
Análise e interpretação dos dados: FACO, CESA e FLC
Coleta de dados: FACO, HWFF, JCB, MCB, FLSM e PMS
Redação do artigo: FACO, JCB, MCB e FLSM
Revisão crítica do texto: FACO, CESA e FLC
Aprovação final do artigo*: FACO, CESA, FLC, HWFF, JCB, MCB, FLSM e PMS
Análise estatística: FACO, CESA e FLC
Responsabilidade geral pelo estudo: FACO, CESA e FLC
Informações sobre financiamento: nada a constar.

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida do J Vasc Bras.