

	ISQUÉMICO / VENO-OCCLUSIVO	NO ISQUÉMICO / ARTERIAL
Frecuencia	95%	5%
Rigidez/Dolor	Pene rígido y doloroso	Erección incompleta indolora
Flujo	Escaso/nulo flujo cavernoso arterial	Disregulación flujo cavernoso arterial
Etiología	Idiop/cee falciformes/fármacos/drogas	Traumatismo/inyecciones/cirugía
DE	Disfunción eréctil frecuente Síndrome compartimental	Rara
Urgencia	SI	NO
Sangre	Acidosis (pH~7.25, pCO2~60, pO2~30)	Sangre arterial (pH~7.4, pCO2~40, pO2~90)

URGENTE

A) Aspiración +/- irrigación SSF
-Aguja 16-18 G, acceso lateral o a través del glande hasta salida de sangre oxigenada (más clara)
Éxito hasta en un 30%

B) Inyección intracavernosa fármacos alfa-adrenérgicos
ELECCIÓN: **FENILEFRINA** (α selec)
100-500 mcg/mL-1ml/5min(max 1mg/hora)
AMPOLLA 1%, 1 ML SE DILUYE CON 9 ML DE SSF:100mcg
++ Medición TA y FC antes y después de cada inyección y monitorización cada 15min
Éxito en más del 80% junto con previa

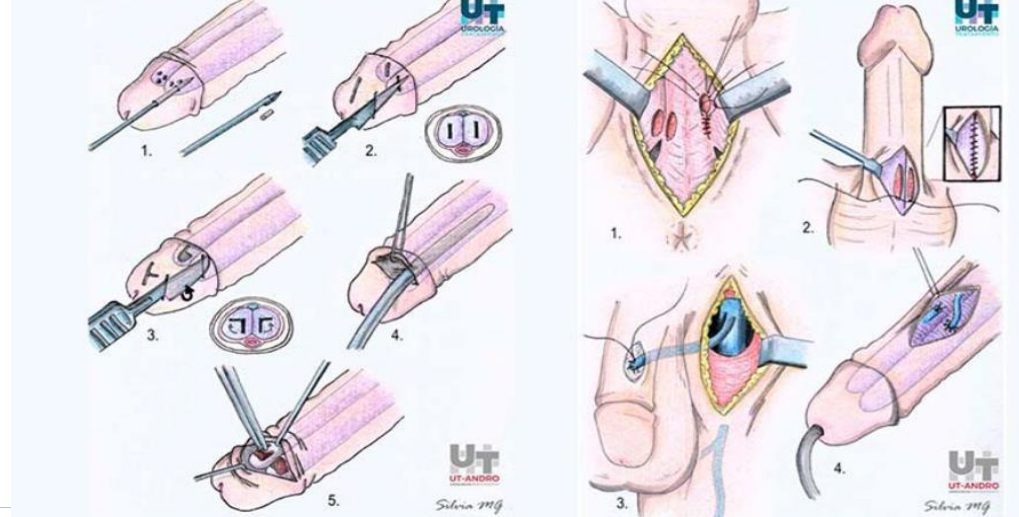
SEGUNDA LINEA: SHUNTS

Fallo de tratamiento de primera línea durante 1 hora
*Comunicación del CC con glande/ CE / vena (distales—>proximales)

DIFERIDO

EMBOLIZACIÓN

Imágenes: Tratado Urología AEU, cortesía Manuel Alonso Isa



Derivaciones peneanas (percutáneas distales y distales abiertas): 1. Winter, 2. Ebbehøj, 3. Derivación en T, 4. Burnet ("maniobra de serpiente"), 5. Al- Ghorab. Derivaciones peneanas (abiertas proximales y venosas): 1. Sacher, 2. Quackles, 3. Grayhack (safena), 4. Barry (vena dorsal)