

TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION

LEONARDO DE SOUZA ALVES*, ANA PAULA DE SOUZA VELLOSO**

RESUMO

A disfunção erétil (DE) é a dificuldade de ereção observada em homens de todas as idades. As drogas inibidoras da fosfodiesterase 5, (i PDE 5) são atualmente o de mais eficiente no tratamento da DE. A terapia de fármaco ereção induzida – TFI, tem sua indicação limitada ao diagnóstico da DE. Já o implante de próteses penianas readquiriu seu valor e é também uma opção válida, para casos selecionados, com bons resultados. A terapia de reposição hormonal (TRH) pode ajudar principalmente homens com baixa da libido e baixos níveis de testosterona. Drogas como apomorfina e fentolaminas não apresentam efeitos satisfatórios comparados as iPDE 5. Dispositivos como a “Bomba a vácuo” e o “Muse” têm seu uso restrito e pouco eficiente. A terapia sexual é sempre importante e sua associação com as iPDE 5 aumentam o sucesso do tratamento. Após o diagnóstico e o tratamento o paciente tem grande chance de ter uma vida sexual restabelecida

Palavras-chave: Impotência/quimioterapia; Impotência/cirurgia; Psicoterapia; Testosterona/uso terapêutico; Inibidores de Fosfodiesterase/uso terapêutico

DISFUNÇÃO ERÉTIL (DE) - OS NOVOS TRATAMENTOS

A disfunção erétil (DE) é a nova denominação para impotência sexual masculina. Trata-se de grave doença em virtude do nível de transtornos psicológicos e econômicos que trazem para o homem e para o casal acometido.

Disfunção erétil é a incapacidade masculina de iniciar e manter uma atividade sexual satisfatória; incluindo-se aqui vários aspectos da esfera sexual, como falta de ereção, anormalidades anatômicas, disfunções ejaculatórias¹.

Estima-se que 50% dos homens com mais de 50 anos apresentem algum déficit eretivo^{1,3}. A descoberta recente dos tratamentos orais transformou a forma de abordagem dos homens com dificuldades de ereção. Atualmente, avaliação clínica e laboratorial e poucos exames específicos nos permitem diagnosticar e tratar todos os pacientes, com ótimos resultados.

É importante salientar que, na maioria das vezes, o homem não é impotente, mas está com dificuldade

sexual, ou seja, é um problema transitório. Com a ajuda do urologista, é possível hoje diagnosticar e tratar de forma específica qualquer dificuldade de ereção^{1,4}.

Na década de 80, acreditava-se que a maioria dos pacientes com DE apresentavam problemas orgânicos isolados. A propedêutica era dispendiosa e demorada. Hoje, a abordagem do paciente preconiza a terapêutica.

Visa ao tratamento das alterações orgânicas e psicológicas associadas. O diagnóstico etiológico, na maioria das vezes, não é realizado.

Não é incomum observarmos, durante a consulta, que uma simples orientação sobre atividade sexual “normal” seja suficiente para resolver o problema. O difícil, no entanto, é saber “o que é normal”. Não se deve, na esfera sexual, defender juízos de valores, pois a sociedade em que vivemos é muito heterogênea e mudanças ocorrem rapidamente. A troca ou adequação posológica de medicamentos que prejudicam a ereção pode melhorar a disfunção. A correção nos níveis de glicose, colesterol e triglicérides também pode ser vital na melhora do desempenho sexual^{1,3}. A interrupção do cigarro e do álcool são fundamentais no processo de tratamento^{1,3,5}.

Terapia de Reposição Hormonal - TRH

Assim como a reposição hormonal feminina é polêmica, a TRH à base de testosterona não é diferente. Trata-se da reposição do hormônio testosterona que se encontra

* Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Diretor - Procriar - Instituto de Andrologia e Pesq. Reprodução Humana

** Bióloga – Procriar – Instituto de Andrologia e Pesq. Reprodução Humana

Procriar - Instituto de Urologia, Andrologia e Pesquisa em Reprodução Humana Ltda

Endereço para correspondência:
Rua Gonçalves Dias, 142 – conj. 310 -
Funcionários
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
Cep: 30140-090
fone: 31-3225 0907
email: procriar@bol.com.br

Data de Submissão:
17/02/04
Data de Aprovação:
29/11/04

abaixo dos níveis fisiológicos nos homens. Seu uso ainda é limitado devido ao receio dos efeitos colaterais, principalmente no desenvolvimento do câncer de próstata latente. Apresentando ótimos resultados, em casos devidamente selecionados, a TRH, devolve a libido e, conseqüentemente, melhora a performance sexual. A testosterona, que é responsável pela libido, decresce cerca de 1% anualmente, a partir dos 50 anos^{1,3,4}. A reposição deve ser feita de forma controlada e criteriosa. A testosterona pode ser administrada na forma injetável (menor custo) ou na forma de gel. A forma oral apresenta piores resultados devido à metabolização hepática do hormônio, diminuindo a biodisponibilidade.

No paciente que faz uso da TRH, a melhora dos sintomas (libido, ereção, disposição física e mental) é rápida. Mas o cuidado com a próstata deve ser sempre lembrado através de exames trimestrais^{1,3,7}.

Terapia de fármaco-ereção - Prostaglandinas

O uso de vasodilatadores penianos já foi tratamento de escolha para DE. Embora sejam desconfortáveis, eram a única opção terapêutica efetiva, juntamente com as próteses penianas para o paciente com impotência sexual. Trata-se de compostos à base de prostaglandinas, papaverina, fentolaminas, etc. que são aplicadas no pênis antes da relação sexual. São hoje consideradas tratamento de segunda linha, após o surgimento das drogas orais. Além do inconveniente da dor no local da aplicação, há sempre o risco de priapismo. Alguns serviços ainda as utilizam, mas são mais utilizadas para o diagnóstico da DE. Em alguns pacientes, no entanto, podem ser o único recurso disponível. Deve-se ter o cuidado com o seu uso indiscriminado, devido ao risco de priapismo e fibrose do corpo cavernoso do pênis^{1,3,5}.

Tratamento oral da disfunção erétil

As drogas orais vieram revolucionar o tratamento da impotência sexual e marcaram uma nova era. O tema disfunção erétil se tornou público e a facilidade de se conseguir uma relação sexual após a ingestão de um comprimido se tornou uma realidade. Atualmente, existem no mercado numerosos medicamentos orais, sendo que os inibidores da enzima fosfodiesterase 5 – iPDE 5, são os mais efetivos. Esses medicamentos agem inibindo essa enzima que é responsável pela contração muscular das artérias penianas, ocasionando a vasoconstrição e conseqüente flacidez peniana. Portanto, essas drogas permitem que a ereção se mantenha por maior tempo. Importante salientar que elas agem sob demanda, ou seja, funcionam somente quando ingeridas.

O citrato de sildenafil (Viagra®) é um grande marco da indústria farmacêutica mundial. Como primeira droga da família das iPDE 5, possibilitou que milhares de homens em todo o mundo tivessem relação sexual satisfatória.

Guarda para os homens a mesma importância da pílula anticoncepcional para as mulheres. A medicação oral deve ser tomada cerca de 30 minutos antes de se iniciar a atividade sexual, sendo a dose usual de 50mg. É importante informar o paciente da necessidade do estímulo erótico para o bom funcionamento da medicação. Hoje já se sabe que o uso concomitante de alimentos não é fator limitante do medicamento. É importante identificar fatores que podem prejudicar o funcionamento da droga (ansiedade excessiva, hipogonadismo, diabetes descontrolada). Como os outros iPDE 5, não deve ser usado por pacientes que fazem uso de medicação coronariana à base de nitratos. Aliás, quando do seu lançamento nos EUA, foram relatados casos de morte de indivíduos que a usavam. Na verdade, o que se observou foi que homens que já teriam interrompido a atividade sexual restabeleceram a ereção peniana, porém sem preparo cardiovascular para tal atividade. A causa do óbito desses pacientes foi infarto do miocárdio. Criou-se um mito até hoje em decorrência dessas mortes, pois muitos pacientes que poderiam se beneficiar da medicação não o fazem por receio. Os efeitos colaterais mais relatados pelos pacientes são referentes à cefaléia e ao rubor facial, explicado pela vasodilatação provocada pela medicação. No entanto, o fator que limita o uso de sildenafil em nosso meio ainda é o custo da medicação.

A vardenafila (Levitra®) também é uma iPDE 5, de estrutura molecular muito semelhante à da sildenafil. Com os mesmos atributos, apresenta-se o diferencial apenas na apresentação comercial com um comprimido, o que diminui o custo da medicação. A dose usual é de 10 mg. Observa-se que seu uso é indicado àquele paciente com indicação para o uso da sildenafil, mas que está receoso de seus efeitos colaterais^{4,9}.

A terceira droga da família das iPDE 5 é a tadalafila (Cialis®). Com fórmula molecular diferente das anteriores, tem seu diferencial no tempo de biodisponibilidade, 36 horas (janela de oportunidade). Droga também efetiva, como as anteriores, muito se discutiu, quando do seu lançamento, sob possíveis efeitos colaterais. O principal deles refere-se à espermatogênese, quando se questionou a ação da tadalafila sob a PDE 11 testicular. A dor muscular também pode limitar seu uso por alguns pacientes. Existem trabalhos prospectivos em andamento que poderão esclarecer esses aspectos^{4,9}. A dose usual é de 20mg. Como as anteriores, deve ser contra-indicado para pacientes coronariopatas. O custo da medicação ainda é fator limitante para grande parte da população.

A apomorfina (Uprima®), não é uma iPDE 5. Chegou ao mercado para preencher exatamente o espaço deixado pelos pacientes que faziam uso dos nitratos e, portanto, não poderiam fazer uso associado ao sildenafil. É droga de ação diferente que funciona em nível central, diminuindo a liberação da adrenalina, que atua no mecanismo da ereção fechando as artérias penianas, responsáveis justamente pela

ereção. Tem seu tempo de ação, em média, após 20 minutos. Os efeitos colaterais mais observados da apomorfina são náuseas e vômitos, o que, na maioria das vezes, inviabiliza seu uso. Nas melhores casuísticas, tem o efeito desejado em torno de 50%⁴. Por isso, tem seu uso limitado^{1,3,4}.

As fentolaminas orais também ganharam o mercado seguindo o rastro das iPDE 5. No entanto, os trabalhos científicos não corroboram os efeitos defendidos pelos fabricantes. São drogas muito comercializadas devido a seu baixo custo e efetividade para pacientes com DE de origem psicogênica^{1,3,6}.

Não trataremos aqui de fórmulas “piratas” e de manipulações farmacêuticas que são uma realidade, mas que não dispõem de dados científicos que nos permitem prescrevê-las com segurança.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

A terapêutica cirúrgica no paciente com disfunção erétil, hoje, resume-se ao implante de próteses penianas. Anteriormente, durante muito tempo, em todo o mundo, técnicas de revascularização peniana ou de ligadura venosa foram muito utilizadas. Hoje, seu uso se restringe a casos muito específicos^{1,3,4,5}.

Quando às várias alternativas terapêuticas citadas anteriormente não surtem o efeito desejado, a opção de tratamento é o implante de próteses penianas. As próteses de silicone evoluíram muito desde o seu lançamento e hoje são bastante seguras e com resultados excelentes, quando bem indicadas.

Podem parecer alternativa radical ao homem com disfunção erétil, porém elas estão indicadas para pacientes insatisfeitos com os resultados anteriores e que, após extensa avaliação, as têm como única alternativa para conseguir uma ereção peniana satisfatória. Também pode beneficiar o paciente que não deseja fazer o uso crônico das iPDE 5. Todo paciente tem o direito a essa opção terapêutica e deve ser orientado para isso. As próteses são hastes de silicone flexível, semi-rígidas ou infláveis, com silicone líquido. As próteses são colocadas por meio de procedimento cirúrgico relativamente simples, necessitando de apenas um dia de internação, com resultado estético satisfatório. É importante salientar que a prótese peniana será responsável apenas pelo mecanismo hidráulico (eretivo) e não pela função orgásmica ou ejaculatória. A prótese vai permitir ao homem quantas penetrações ele desejar, uma vez que não ficará na expectativa de conseguir uma ereção ou não. À primeira vista, este pode parecer o melhor tratamento, mas, em virtude de ser método intervencionista, é deixado como último recurso, pois, após sua colocação, não se pode retirá-la. O preço das próteses é variável de acordo com os modelos. São consideradas, portanto, o último recurso para o paciente com DE, e estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida sexual desse homem^{1,3,4,5}. É fato o número cres-

cente de pacientes que têm optado pelo implante peniano como tratamento definitivo da disfunção erétil.

Bomba a vácuo

Este é um recurso menos eficiente e muito pouco utilizado. O dispositivo é colocado em volta do pênis “sugando” o sangue do corpo para o interior do pênis e causando ereção, quando então se coloca uma pequena argola na base do pênis “represando a ereção”. Tem o inconveniente de causar uma “ereção fria” e pode lesionar as artérias penianas, prejudicando ainda mais a vascularização. Recentemente, tem sido propagada a sua utilização para conseguir o aumento peniano, sem nenhuma comprovação científica^{1,3,4,5}.

MUSE

É de uso restrito o dispositivo intra-uretral (MUSE). Trata-se de gel de prostaglandina que, ao ser aplicado na uretra momentos antes da relação sexual, causa a ereção. Porém, além de ser de custo elevado para grande parte da população, seus resultados, em grandes grupos estudados, não são animadores, podem causar lipotímia e prurido uretral^{1,3,4,5}.

Tratamento Psicoterápico - Terapia Sexual

Ao longo de todo o processo diagnóstico e terapêutico, orientações são fornecidas ao paciente com DE. A abordagem psicológica é de fundamental importância. Muitas vezes, a identificação e o reconhecimento pelo homem como um ser que pode falhar permite que ele compreenda o seu problema e o ajude na sua recuperação mais rápida. A abordagem terapêutica do paciente pode variar de acordo com os fatores individuais. Cada situação clínica deve ser avaliada visando determinar o que está causando a ansiedade desse homem.

A paciência é uma grande aliada, tanto do médico como do paciente. A exposição de situações de homens com problemas semelhantes ao do paciente pode também auxiliar, permitindo que ele se espelhe”. No entanto, essa forma de abordagem não é fácil e apresenta muita desistência ao longo do tratamento, devido à demora dos resultados e custos. A associação das iPDE 5 nos tratamentos psicoterápicos possibilita maior aderência aos tratamentos por parte dos pacientes, pois a segurança de ter conseguido uma ereção aumenta a auto-estima do homem¹⁻⁶. Com base nas informações colhidas, desenvolve-se reestruturação dos fatores mantenedores e predisponentes, embora nem sempre isso seja possível. Muitas vezes, serão sugeridos “exercícios domiciliares sexuais” como forma de autoconhecimento. É importante lembrar que fatos comuns do nosso cotidiano são causas de ansiedade e depressão e que evoluem para DE. O medo da primeira vez, conflitos matrimoniais, dificuldades financeiras, temor do desempenho, etc são rotineiramente observados nos homens com disfunção sexual.

Master e Johnson, pesquisadores norte-americanos, utilizavam associação da terapia comportamental e psico-educacional para o sucesso terapêutico⁵. Visando à diminuição da ansiedade, à melhor comunicação interpessoal e ao entendimento do funcionamento do sistema sexual, os pesquisadores realizaram numerosos trabalhos que hoje podem parecer obra de ficção científica, mas que foram de suma importância para o desenvolvimento das terapias sexuais, que objetivavam a sensação não-genital e genital para desmistificar o sexo. A terapia cognitiva, outra forma de abordagem, tenta dar base racional a paradigmas pessoais, objetivando a substituição desses, que atuam de forma destrutiva no homem com DE. A abordagem psicanalítica, sob grande influência freudiana, afirma que problemas sexuais se relacionam com conflitos inconscientes não-resolvidos, na maioria das vezes, na infância. Da forma como foi proposta, é pouco empregada atualmente, porém seguem os mesmos passos terapias desenvolvidas por Helen Kaplan, que trouxe para os dias de hoje essa forma de abordagem^{1,5}. Infelizmente, poucos estudos em todo o mundo puderam quantificar a melhora dos pacientes com DE, submetidos à terapia sexual. Talvez por isso não se dê o devido valor a essa forma de tratamento.

CONCLUSÃO

A disfunção erétil é uma doença que afeta metade dos homens acima dos 50 anos, mas não distingue classe social, etnia ou idade. Com variáveis etiogênicas e terapêuticas, assume importância quando se relaciona diretamente com qualidade de vida e satisfação da necessidade considerada básica nos dias de hoje, o sexo. Diferentemente de outras décadas, quando os homens escondiam o problema até de suas parceiras, por falta de tratamento eficiente, hoje, só fica impotente quem quer. Por meio de propeidêutica definida e com tratamentos cientificamente comprovados, o homem com dificuldades sexuais pode, quando bem orientado, readquirir sua vida sexual e, muitas vezes, social.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este artigo a todos aqueles que fazem da sua prática médica um exercício diário de atenção e paciência para melhorar a qualidade de vida sexual de homens e mulheres, em especial, ao Dr. Gilberto de Carvalho Alves, pioneiro da Andrologia em Minas Gerais e no Brasil.

ABSTRACT

Erectile dysfunction (ED) is the result of a difficulty to obtain penile erection to perform a satisfactory sexual intercourse. ED occurs in men of all ages. The inhibitors of phosphodiesterase 5 (iPDE 5) are the most efficient treatment for ED. Penile prosthesis is indicated in selected cases. Hormone replacement therapy can help men with hypogonadism. Drugs like apomorfine and fentolamina, "MUSE" and "vacuum engine" are not as efficient as iPDE 5. Sexual therapy associated to iPDE 5 improves te treatment success.

Keywords: Impotence/drug therapy; Impotence/surgery; Psychotherapy; Testosterone/therapeutic use; Phosphodiesterase Inhibitors/therapeutic use.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Sociedade Brasileira de Urologia - II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, 2002.
- 2- Massachusetts Male Aging Study - MMSS, American Urologic Association, AUA -1994.
- 3- Glina S, Puech-Leão P, Reis JM, Pagani E; Disfunção Sexual Masculina, H. Ellis, 1 Ed. 2002.
- 4- Sociedade Latino-americana para o estudo da Impotência e Sexualidade - I Consenso Latino-americano de Disfunção Erétil, 2002.
- 5- Eardley I, Sethia K, Dean J. Disfunção erétil. Harcourt Publishers, London, 1999.
- 6- Alves S.L., Ramos A, Guerra F. Maiores receios sexuais masculinos. Procriar - Instituto de Urologia e Pesq. Reprod. Humana. 2003. Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Urologia - 2003.
- 7- Alves S.L. Terapia de Reposição Hormonal Masculina - Estudo em 132 pacientes. Procriar - Instituto de Urologia e Pesq. Reprod. Humana.2003. Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Urologia - 2003.
- 8- Brock G, Mc Malon C. Efficacy and safety of tadalafil for treatment of erectile dysfunction - results of integrate analyses. J Urol 2002;168:1332-6.
- 9- Gresser U, Gleiter HC. Comparação da eficácia e efeitos colaterais dos inibidores da PDE 5, EUR J Med Res. 2002;7:435-46.