

Diagnóstico e tratamento da disfunção erétil

Disfunção sexual é a incapacidade de participar do ato sexual com satisfação.¹

As disfunções sexuais masculinas podem ocorrer em qualquer fase do ciclo de resposta sexual, ou seja: desejo, excitação, orgasmo/ejaculação e resolução. As principais delas são:

- relacionadas à fase de desejo/excitação: desejo sexual hipoativo, impulso sexual excessivo e disfunção erétil;
- relacionadas à fase de ejaculação/orgasmo: ejaculação precoce, ejaculação retardada, ejaculação retrógrada, anaejaculação e anorgasmia;
- dispareunia, distúrbio que se caracteriza pela presença de dor à relação sexual, que pode ocorrer em todas as fases do ciclo.

Disfunção erétil é a dificuldade em obter e/ou manter uma ereção adequada para um intercursos sexual satisfatório.² A disfunção erétil é a mais freqüente das disfunções sexuais masculinas. Estima-se 30 milhões de homens com essa disfunção nos Estados Unidos,³ cerca de 11 milhões no Brasil⁴ e 150 milhões no mundo.⁵ Estima-se ainda que, em 2025, essa população seja de 322 milhões de homens.⁶ Estudos populacionais realizados nos Estados Unidos e no Brasil apontam, respectivamente, 52%⁵ e 45,1%⁴ de homens com disfunção erétil.

O tratamento da disfunção erétil deve se iniciar pelo reconhecimento da causa e obedecer a critérios, evitando-se procedimentos invasivos e cirurgias antes de tratar ou minimizar as questões clínicas e os fatores de risco para tal disfunção.

Os fatores de risco para a disfunção erétil, os quais conseqüentemente culminam nas suas causas, são:

- maus hábitos de vida: sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, estresse;
- fatores sociopsicológicos, de personalidade, conflitos de relacionamento, dificuldades econômicas e questões culturais;
- doenças físicas, especialmente:
- *neurológicas*: trauma raquimedular, acidente vascular cerebral, paraplegias, polineuropatias (viral, diabética, etílica), esclerose múltipla, entre outras;

- *vasculares*: aterosclerose, microangiopatias (diabética, etílica, vasculites), síndrome de Leriche;
- *medicamentosas*: hipotensores, diuréticos, drogas psicotrópicas (antidepressivos, ansiolíticos, neurolepticos), digoxina, antiácidos (cimetidina, ranitidina), antimicóticos, drogas antiandrogênicas (flutamida, ciproterona, finasterida, dutasterida);
- *hormonais*: hipogonadismo, diabetes, hipotireoidismo;
- *iatrogenias*: urológicas (cistectomias, prostatovesiculectomias radicais, linfadenectomias, orquiectomia), vasculares (simpatectomias, correção de aneurisma de aorta abdominal), proctológicas (amputação de reto).

TRATAMENTO

Para as disfunções sexuais masculinas, os tratamentos adequados variam da psicoterapia ao tratamento cirúrgico, não sendo incomum a necessidade de associação de dois ou mais procedimentos, dependendo de cada caso.⁷ Alguns procedimentos são fundamentais para o êxito do tratamento, que deve objetivar mais que a remissão da sintomatologia:

- orientar, informar e educar o paciente portador da disfunção;
- tratar ou pelo menos minimizar a causa da disfunção;
- comprometer, sempre que possível, a parceira no processo terapêutico.

Tratamento de primeira linha

Diante do paciente com disfunção erétil, é preciso inicialmente orientar e auxiliar na correção dos fatores que contribuem para essa disfunção, ou seja: modificar o estilo de vida, indicar psicoterapia quando houver componente psíquico associado e, finalmente, tratar ou minimizar as doenças físicas, quando presentes.

A terapia oral para a dificuldade de ereção teve grande avanço com o advento dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (IPDE-5), quais sejam: citrato de sildenafil, tadalafila e cloridrato de vardenafila. Este arsenal terapêutico encontra-se no mercado brasileiro nas dosagens indicadas na *Tabela 1*.

As três drogas têm o mesmo mecanismo de ação e são igualmente eficientes, cada qual com características

(rapidez de ação no caso da vardenafila, rigidez de ereção com a sildenafil e tempo mais prolongado de ação com a tadalafila) que permitem ao médico e ao paciente a escolha do medicamento mais conveniente para cada caso.

O incremento no tratamento oral da disfunção erétil prossegue. A lodenafila, desenvolvida no Brasil,⁸ brevemente estará disponível no mercado. Outros medicamentos estão em fase avançada de estudo: avanafil nos Estados Unidos,⁹ udenafil na Coreia¹⁰ e, no Canadá, o PT-141 – bremelanotide (agonista de receptores de melanocortina, por via intranasal).¹¹

Cerca de 10% a 15% de homens com disfunção erétil têm níveis séricos de testosterona abaixo da normalidade e, nestes casos, a sua reposição (Tabela 2) se faz necessária para a recuperação da ereção.

Tratamento de segunda linha

Quando o tratamento de primeira linha falha, parte-se para uma segunda etapa de procedimentos, quais sejam: vacuoterapia e ereção fármaco-induzida.

Comercializado há algum tempo no Brasil, na forma de supositório uretral contendo prostaglandina, o Muse^{®12} deixou de ser utilizado em nosso meio devido aos seus poucos resultados.

A vacuoterapia, muito usada em alguns países, consiste na produção de vácuo em um cilindro onde o pênis é introduzido, permitindo sua ereção.¹³ Após a obtenção dessa ereção, é colocado um anel elástico na base do pênis, anel esse que funciona como um torniquete, impedindo o retorno venoso do pênis, mantendo-o em ereção durante a prática sexual (Figura 1). No Brasil, o aparelho de vácuo vem sendo utilizado com o objetivo de obter aumento peniano, embora não haja comprovação científica nem indicação para tal finalidade.

A ereção fármaco-induzida é feita por meio da injeção intracavernosa de drogas como: prostaglandinas, papaverina, fentolamina, clorpromazina.¹³ Estas drogas podem ser injetadas isoladamente ou combinadas duas a duas (“bimix”) ou

em três (“trimix”), desde que manipuladas pelo urologista, pois não existem produtos comerciais com essas associações (Figura 2). No Brasil está disponível o alprostadil, que contém apenas prostaglandinas, nas dosagens de 5, 10 e 20 mcg. A ereção fármaco-induzida exige que o paciente auto-aplique o medicamento, o que pode gerar algumas complicações como equimoses, hematomas, dores, infecções e fibroses penianas.

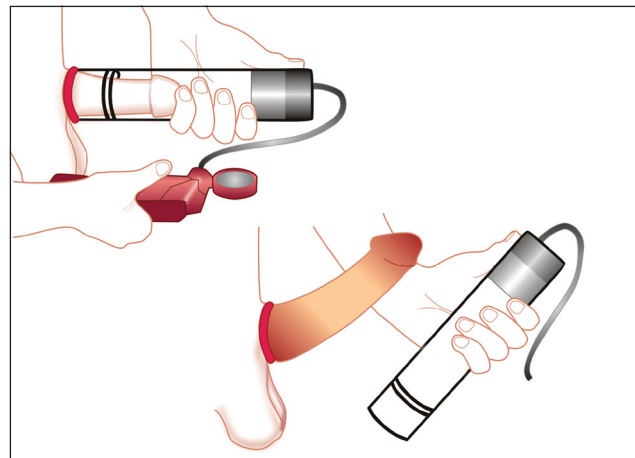


Figura 1. Vacuoterapia.

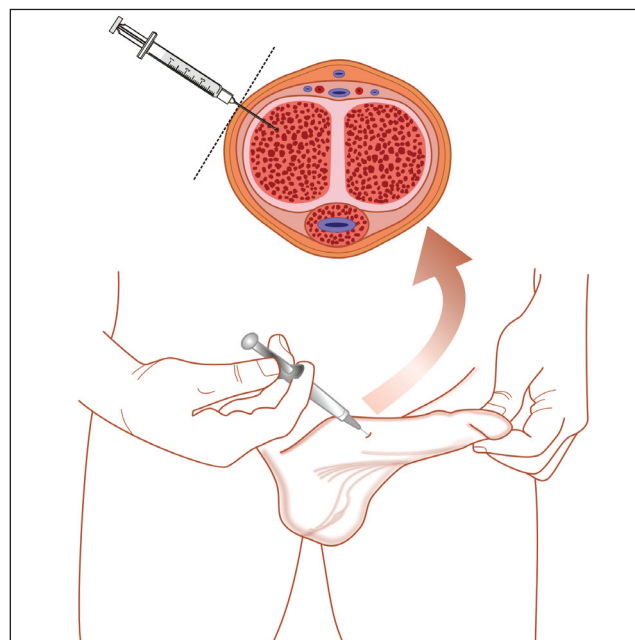


Figura 2. Ereção fármaco-induzida.

Tabela 1. Dosagens de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 e suas equivalências no tratamento da disfunção erétil

Princípio ativo	Dosagens		
Citrato de sildenafil	25 mg	50 mg	100 mg
Tadalafila	-	-	20 mg
Cloridrato de vardenafila	5 mg	10 mg	20 mg

Tabela 2. Reposição hormonal em homens com hipogonadismo

Forma de reposição	Via	Dose	Duração
Undecanoato	intramuscular	1000 mg a cada - 3 meses	90 dias
Cipionato	intramuscular	200-400 mg/2 - 4 semanas	12 dias
Propionato/isocaproato	intramuscular	250 mg/2 - 4 semanas	10 dias
Adesivos	transdérmica	5 mg/dia	24 horas
Gel (1%)	transdérmica	5-10 g/dia	24 horas
Metiltestosterona	oral	10-30 mg/dia	6-10 horas
Undecanoato (cp)	oral	40-160 mg/dia	3-4 horas
Mesterolona (cp)	oral	50-75 mg/dia	8 horas



Figura 3. Próteses penianas. A = Maleável ou semi-rígida; B = Inflável de dois volumes; C = Inflável de três volumes.

Tratamento de terceira linha

Em última instância, se nenhum dos procedimentos acima descritos for eficiente, após detalhada e criteriosa avaliação, cabe ao urologista a indicação do implante de prótese peniana, uma vez que a cirurgia de revascularização do pênis, muito utilizada no passado, foi praticamente abandonada, devido aos resultados insatisfatórios.⁷

As principais indicações para implante de prótese peniana são os casos de disfunção erétil orgânica grave, quando outros tratamentos menos invasivos falham. Entre essas situações encontram-se: diabetes com microangiopatia avançada; pós-radioterapia; cirurgias pélvica ou perineal radicais; uso crônico de drogas que interfiram negativamente na ereção; alguns casos de doença de Peyronie.

Dentre as próteses disponíveis há as maleáveis ou semi-rígidas e as infláveis de dois ou três volumes, conforme o tipo de reservatório de líquido que possuem (*Figura 3*).

CONCLUSÃO

Apesar da disponibilidade de tratamento, grande parcela dos portadores de disfunção erétil não se apresenta espontaneamente ao médico, por constrangimento.

Cabe ao profissional de saúde a iniciativa de investigar a função sexual de seu paciente e tratar os casos de disfunção. Esse tratamento consiste não só na remissão da sintomatologia disfuncional, mas no controle e possível exclusão da causa, geralmente uma doença silenciosa ou manifesta para a qual o homem não investe o devido cuidado.

João Afif-Abdo. Urologista. Mestre em Urologia pela Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM). Professor da Disciplina de Sistema Urinário da Universidade Nove de Julho. Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Santa Cruz, São Paulo.

EDITOR RESPONSÁVEL POR ESTA SEÇÃO:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Projeto Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Coordenadora do Núcleo de Medicina Sexual do Hospital das Clínicas da FMUSP.

INFORMAÇÕES

Local onde foi produzido o manuscrito: Serviço de Urologia do Hospital Santa Cruz, São Paulo.

Endereço para correspondência:

João Afif-Abdo
Rua Primeiro de Janeiro, 47
São Paulo (SP) — CEP 04044-060
Tel. (11) 5081-3584 — Fax. (11) 5573-8848
E-mail: afif@abdo.med.br

Fonte de fomento: nenhuma.

Conflito de interesse: nenhum.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
2. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA. 1993;270(1):83-90.
3. Benet AE, Melman A. The epidemiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am. 1995;22(4):699-709.
4. Abdo CHN. Descobrimto sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus; 2004.
5. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994;151(1):54-61.
6. Aytac IA, McKinlay JB, Krane RJ. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. BJU Int. 1999;84(1):50-6.
7. Jardin A, Wagner G, Khorui S, et al. **Recommendations of the 1st International Consultation on Erectile Dysfunction.** In: Jardin A, Wagner G, Khorui S, et al., editors. Erectile Dysfunction. Plymouth: Health Publication Ltd; 2000. p. 709-26.
8. Meyer V. Disfunção erétil. Manipulação Magistral de 12 de abril de 2006 Disponível em: <http://www.rxonline.com.br/homeindustria/DefaultNivel2.asp?ID=1015>. Acessado em 2007 (7 ago).
9. Kaufman J, Dietrich J. Safety and efficacy of avanafil, a new PDE5 inhibitor for treating erectile dysfunction. In: Abstracts from the Sexual Medicine Society of North America Fall Meeting, November 17-20, 2005; New York, NY. Abstract 68. J Sex Med. 2006;3(Suppl 1):35.
10. Kim JJ, Choi HK, Lee SW, et al. A phase III study to evaluate the efficacy and safety of udenafil in Korean ED patients. In: Abstracts of the 8th Congress of the European Society for Sexual Medicine, December 4-7, 2005; Copenhagen, Denmark. J Sex Med. 2006;3(Suppl 3):255.
11. Wessells H, Padma-Nathan H, Rajfer J, et al. At-home efficacy of an intranasally administered melanocortin receptor agonist, PT-141, in men with erectile dysfunction (ED). Disponível em: http://www.urotoday.com/287/conference_reports/ava_2004_selected_abstracts/ava_2004_male_sexual_dysfunction_erection_selected_abstracts.html. Acessado em 2007 (7 ago).
12. Lewis R. Review of intraurethral suppositories and iontophoresis therapy for erectile dysfunction. Int J Impot Res. 2000;12(Suppl 4):S86-90.
13. Lue TF. Erectile dysfunction. N Engl J Med. 2000;342(24):1802-13.

Data de entrada: 16/7/2007

Data da última modificação: 28/8/2007

Data de aceitação: 28/8/2007

RESUMO DIDÁTICO

- Disfunção sexual é a incapacidade de participar do ato sexual com satisfação.
- Disfunção erétil é a dificuldade em obter e/ou manter uma ereção adequada para um intercurso sexual satisfatório.
- O tratamento da disfunção erétil deve se iniciar pelo reconhecimento da causa e obedecer a critérios, evitando-se procedimentos invasivos e cirurgias antes de tratar ou minimizar as questões clínicas e os fatores de risco para tal disfunção.
- Para as disfunções sexuais masculinas, os tratamentos adequados variam da psicoterapia ao tratamento cirúrgico, não sendo incomum a necessidade de associação de dois ou mais procedimentos, dependendo de cada caso.
- Cerca de 10% a 15% de homens com disfunção erétil têm níveis séricos de testosterona abaixo da normalidade e, nestes casos, a sua reposição se faz necessária.
- Quando o tratamento de primeira linha falha, parte-se para uma segunda etapa de procedimentos, quais sejam: vacuoterapia e ereção fármaco-induzida.
- As principais indicações para implante de prótese peniana são os casos de disfunção erétil orgânica grave, quando outros tratamentos menos invasivos falham.
- O tratamento consiste não só na remissão da sintomatologia disfuncional, mas no controle e possível exclusão da causa, geralmente uma doença silenciosa ou manifesta para a qual o homem não investe o devido cuidado.