

DISFUNÇÃO ERÉTIL

Leonardo Eiras Messina*

DEFINIÇÃO

A partir de 1993, após o consenso do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, o termo disfunção erétil (DE) passou a substituir a expressão impotência sexual, já que reflete com maior precisão a natureza desta disfunção. A disfunção erétil (DE) é então definida como a incapacidade persistente em obter ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual satisfatória.¹

EPIDEMIOLOGIA

Existem poucos estudos epidemiológicos sobre a prevalência da disfunção sexual masculina, sendo a maioria deles realizados nos Estados Unidos e com dificuldade em comparar os dados coletados devido ao número da amostra ou dos métodos de avaliação serem muito diferentes.

O primeiro estudo dessa natureza foi realizado por Kinsey e colaboradores em 1948, que admitia a presença de disfunção em 1% dos homens abaixo de 19 anos, 3% dos homens até 45 anos, 6,7% entre 45 e 55 anos e 25% até a idade de 75 anos.²

Outro estudo realizado em Massachusets entre 1987 e 1989, nos oferece dados mais precisos, pois foram analisadas as respostas de 1290 homens não institucionalizados entre 40 e 70 anos de idade. Nele, 52% dos homens apresentaram algum grau de DE. Houve predomínio de DE moderada 25%, depois mínima com 17% e completa com 10%.³

Em um estudo brasileiro foram entrevistados 1286 homens nas maiores cidades do país e observados em homens de 40 a 70 anos 48,8% de disfunção erétil de qualquer grau, sendo 26,6% mínima, 18,3% moderada e apenas 3,9% completa.⁴

Em outro estudo realizado na cidade de Poços de Caldas/MG, foram entrevistados 2000 homens com idades que variaram de 20 a 85 (média de 42,6). Foram encontrados 34 homens (1,7%) com queixas de disfunção erétil. Destes, 13

(38,2%) com disfunção erétil grave, 7 (20,6%) com disfunção erétil moderada, 10 (29,4%) com disfunção moderada à discreta e 4 (11,8%) com disfunção discreta, sendo que 18 (53%) homens com disfunção erétil apresentavam idade superior a 60 anos.⁵

Com bases nos dados nacionais sobre a epidemiologia da DE, podemos estimar que temos no Brasil, atualmente, cerca de 25 milhões de homens com mais de 18 anos com algum grau de DE e que 11,3 milhões com graus moderados ou graves de disfunção, mostrando que esta patologia deve ser considerada problema de saúde pública importante em nosso país.⁴

FATORES DE RISCO

Alguns fatores estão correlacionados com a DE, agindo isolados ou em associações, promovendo uma piora na qualidade da ereção. Entre eles podemos citar:

- a) Tabagismo: que associado com doença cardiovascular pode aumentar em 7 vezes a chance de DE;
- b) Alcoolismo;
- c) Dislipidemias: impedem o relaxamento trabecular peniano;
- d) Doenças crônicas: como a cirrose, insuficiência renal crônica e esclerose múltipla;
- e) Depressão;
- f) Diabetes melito: é a doença mais frequentemente associada à DE, por lesões neurológicas e vasculares;
- g) Cirurgias radicais: como prostatectomia, cistoprostatectomias, colectomias ou cirurgias vasculares retroperitoniais;
- h) Traumatismos: raquimedular, pélvico ou perineal e também a radioterapia pélvica;
- i) Medicamentos: metildopa, propranolol, guanetidina, clonidina, hidralazina, clortalidona, cimetidina, assim como vários antidepressivos, anticovulsivantes e tranqüilizantes.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 4, n. 1-2, p. 13-16, 2002

* Médico do Serviço de Urologia do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, responsável pela Unidade de Andrologia.

Como já foi dito anteriormente, a DE é correlacionada com a idade, mas as doenças do envelhecer atuam no sentido de potencializar o efeito do tempo.

Alguns estudos demonstram que no homem idoso e hígido, a proporção de musculatura intracavernosa é proporcional ao do jovem.⁶

DIAGNÓSTICO

A DE foi por muito tempo subdiagnosticada por vergonha dos pacientes e também dos profissionais da saúde de abordarem o assunto. Mas com os recentes avanços nos conhecimentos da fisiologia da ereção peniana e das novas modalidades de tratamento, o tema tem sido cada vez mais discutido entre os interessados (médicos, pacientes e parceiras).

História Clínica: é o mais importante elemento na avaliação do homem com DE. Devemos investigar se o problema é de uma disfunção erétil, de libido, de orgasmo e de ejaculação.⁷

História Sexual: deve ser analisada a história sexual do casal, o uso de medicações e drogas, o início e a duração dos sintomas. Em geral, os casos de origem orgânica tem início lento e progressivo, ocorrendo até na masturbação e nas ereções noturnas (que se tornam raras ou ausentes), além de atingir pacientes de faixa etária mais elevada. Já na DE de origem psicogênica, o início é súbito e pode estar relacionado a eventos específicos ou circunstanciais. Se houver concomitantemente perda da libido, o perfil hormonal deve ser avaliado.

Exame Físico: o exame físico geral é importante, onde são observados os caracteres sexuais masculinos secundários, ginecomastia, palpação da tireóide, pulsos femurais e pediosos, tamanho e consistência testicular, presença de nódulos ou placas na albugínea peniana (*Peyronie*), reflexo bulbo cavernoso. A avaliação prostática está indicada nos pacientes sintomáticos e naqueles acima de 45 anos.

Avaliação Psicológica: também deve fazer parte da triagem inicial, sendo o paciente encaminhado para o profissional responsável quando necessário.

Exames Laboratoriais: atualmente, a avaliação laboratorial deve englobar os seguintes exames, segundo o II Consenso Brasileiro sobre Disfunção Erétil de 2002: testosterona total ou livre, prolactina (quando a DE é acompanhada de perda da libido), glicemia, perfil lipídico, hematológico e antígeno prostático específico quando indicado. É sabido que a testosterona não está diretamente ligada com a ereção, embora tenha ação na libido.

Responsabilidade ao Sildenafil: uma outra forma de diagnóstico seria separar os pacientes com DE em homens que respondem ou não ao sildenafil, desde que não apresentem contra-indicação absoluta ao uso da medicação (pacientes que usem nitratos). Nos que não respondem, podemos continuar com a propedêutica.

Teste de Ereção Fármaco Induzida (TEFI): é realizado com a injeção intracavernosa de drogas vasoativas (prostaglandina E1, com ou sem fentolamina e/ou papaverina) para avaliar o grau de ereção desenvolvido. Quando ocorre a ereção rígida, podemos afirmar que o sistema venoso oclusivo se encontra normal.

Índice Internacional da Função Erétil: é um questionário que pode ser empregado na auto-avaliação da DE, pois mede como parâmetros: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação na relação e satisfação global. Na prática diária pode ser utilizado o índice reduzido, chamado de IIEF-5. Mesmo assim, existe um certo grau de dificuldade no preenchimento do mesmo pelos nossos pacientes.

Outros: cavernosometria (não se usa mais), ecodoppler peniano, tumescência peniana noturna com RegiScan, avaliação neurológica, arteriografia pudenda seletiva.

TRATAMENTO

Atualmente, uma série de tratamentos estão disponíveis, cabendo ao médico indicá-los aos pacientes e parceiras para que o melhor método seja utilizado em cada caso particular.

Sem dúvida, o controle do sedentarismo, da hipercolesterolemia, do estresse e da obesidade ajudam a evitar a DE.

É necessário também, o controle efetivo da hipertensão, do diabetes, além de evitar o tabagismo e o consumo de álcool e drogas.

Medicamentos orais

a) Sildenafil (Viagra®): é um inibidor seletivo da fosfodiesterase tipo 5 específica do GMPc, que relaxa a musculatura lisa dos corpos cavernosos, permitindo a entrada de sangue, promovendo a ereção. Tem índice de melhora na qualidade da ereção em torno de 70%. É utilizado nas dosagens de 25, 50 ou 100mg e tem pico de ação em torno de 60 minutos, desde que a libido esteja preservada.⁸ Tem como contra-indicação absoluta aos pacientes que fazem uso de medicamentos doadores de óxido nítrico.

b) Apomorfina (Uprima®): é um agonista dopaminérgico, atuando no sistema nervoso central (SNC). Tem comprimido sublingual de 2 e 3mg e provoca ereção em cerca de 20 minutos.

c) Trazodona (Donaren®): antidepressivo não tricíclico, agonista de serotonina no SNC e antagonista alfa-2 periférico. É utilizado no tratamento medicamentoso da ejaculação precoce na dosagem de 50mg ao dia.

d) Ginseng Vermelho Coreano (GVC): tem efeito relaxante no músculo liso vascular. Usado na dose de 3g diárias, em estudo na Escola Paulista de Medicina, nos casos de DE leve e moderada, apresentou melhora significativa no grupo que recebeu o ginseng (66,6%) contra o grupo placebo (18,5%) ($p < 0,001$).

e) Yoimbina (Yomax®): é um antagonista dos receptores alfa-2 e mostrou-se eficiente em casos psicogênicos primários e na DE leve. São recomendados 15mg ao dia em três tomadas.^{9,11}

f) Novas medicações: devem entrar no mercado (a partir de 2003) duas novas drogas, também inibidoras da 5-fosfodiesterase, o tadalafil (Cialis®) e o vardenafil (Levitra®).

Drogas Intra-uretrais

a) Alprostadil (MUSE®): O uso de prostaglandina E1 intra-uretral, na posologia de 500 a 1000mg, pode desencadear ereção peniana por relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos. Mas os índices de sucesso são bastante baixos.

Drogas Intracavernosas

O uso de medicações intracavernosas tem

grande sucesso em se obter a ereção, com uma ou mais drogas combinadas. Mas por ser um método invasivo, tem pouca aceitação atualmente.¹²

a) Papaverina: é um derivado não narcótico de ópio e potente relaxante da musculatura lisa. Tem como efeitos colaterais a fibrose dos corpos cavernosos e o priapismo. Usado em associações e em doses menores causam menos efeitos deletérios.

b) Fentolamina: é um antagonista dos receptores α -adrenérgicos, tanto α_1 como α_2 . É usado sempre em combinação com a papaverina e/ou prostaglandina E1. Pode causar hipotensão, taquicardia, arritmia e isquemia.¹³

c) Prostaglandina E1: é um derivado do metabolismo do ácido araquidônico. Produz efeito de inibição nos receptores adrenérgicos, impedindo a liberação de noradrenalina das terminações nervosas. Pode ser utilizada isoladamente ou em associação. É muito segura, mas pode causar dor intensa no local da aplicação em cerca de 10 a 20% dos casos. Apresenta também, baixos índices de priapismo (menos de 2%).

Vacuoterapia

Neste caso o vácuo é utilizado para promover um fluxo de sangue arterial e venoso para o pênis, causando ereção. Um anel de borracha é colocado na base do pênis para impedir o retorno venoso. A temperatura do órgão fica diminuída e uma coloração arroxeada se faz presente. Deve ser utilizado por, no máximo, 30 minutos. Tem poucas complicações como: dificuldade na ejaculação, dor, parafimose, necrose de pele, petéquias e raramente hematomas.

Este método tem bons resultados, promovendo a ereção em cerca de 70% dos pacientes que testaram o produto, mas sua aceitação é mínima, principalmente, em nosso país.

Prótese Peniana

Uma outra alternativa no tratamento da DE é a colocação de próteses penianas que ficam instaladas dentro dos corpos cavernosos, mas sem ocupar a totalidade desta estrutura, para permitir uma ereção residual que aumente o calibre peniano. Basicamente, existem dois tipos: as semi-

rígidas e as infláveis. As maleáveis são constituídas de uma haste cilíndrica maciça de silicone e com um eixo central metálico. Este tipo de prótese pode ser colocado com anestesia local, com grande sucesso.¹⁴

Já as infláveis são mecanismos que promovem a ereção pelo enchimento dos cilindros de silicone com líquido, que pode ficar em um reservatório no abdome. Essas próteses podem ter dois ou três volumes e simulam uma ereção fisiológica. Têm um custo aproximado, 20 vezes maior que as maleáveis.

ABSTRACT

Erectile Dysfunction

Erectile dysfunction (ED) is a major problem that affects aging male in considerable proportion. In this short review, we analyze the main causes, diagnostic approach and treatment of this syndrome.

Diabetes, cigarette smoking, alcoholism and vascular disease are the main cause of ED. Diagnosis is based on clinical data and examination, and the first line treatment is generally oral medication. Other treatment should be offered when oral treatment fails, or vascular disease is too severe, such as in diabetic patients. Also, psychological evaluation and hormonal levels of testosterone and prolactina are indicated in selected patients, mainly when decreased libido is present.

ED is a syndrome that causes major concern in the aging male population. Patient approach should be individualized and urologists should be aware of all modalities of treatment.

Key Words: erectile dysfunction, impotence, testosterone, erection dysfunction diagnosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NIH Consensus Development Panel on Impotence, 1993.
2. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: Saunders; 1948.
3. 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.
4. Moreira Jr ED, Abdo CNE, Torres EB, Lobo CFL, Fittipaldi JAS. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian Study of Sexual Behavior. *Urology* 2001; 58:583-8.
5. Lopes JAM. Prevalência da disfunção erétil em Poços de Caldas Minas Gerais: avaliação com 2000 entrevistados. [tese]. São Paulo (SP): UNIFESP; 2000.
6. Teloken C, Drozdowicz S, Lawrence WD. Computerized morphometric study of the erectile tissue of human corpora cavernosa and age related change. *Int J Impot Res* 1992; 4(2):30.
7. Padma-Nathan H. My approach to evaluating erectile dysfunction. *Contemp Urol* 1995; 7:53.
8. Lue TF. The sildenafil study group. A study of sildenafil (Viagra™), a new oral agent for the treatment of male erectile dysfunction. *J Urol* 1997; 156.
9. Andrade EF, Messina LE, Alarcon G, Claro JA, Srougi M. Disfunção erétil. *Rev Bras Med* 2001; 58(Ed. Esp.):51-8.
10. Choi YD, Rha KH, Choi HK. In vitro and in vivo experiment effects of Korean red ginseng on erection. *J Urol* 1999; 162:1508.
11. Teloken C, Sogari P, Dambros M. Efeitos terapêuticos do hidrocloreto de yohimbina na disfunção sexual erétil. *J Bras Urol* 1993; 19(3):138.
12. Claro JFA, Andrade E, Fregonesi A, Brandão M, Appuzzo F, Riccetto C, et al. Auto-injeção de drogas vasoativas no tratamento da impotência. *Rev Bras Med* 1994; 51:1344.
13. Levine SB, Althol SE, Turner LA, Risen CB, Boduer DR, Kursch ED, et al. Side effects of self-administration of intracavernous papaverine and phentolamine for treatment of impotence. *J Urol* 1989; 141:54.
14. Claro JFA, Netto Jr NR, Scaffi C, Fregonesi A, Riccetto C. Implante de prótese peniana com anestesia local e preservação da vascularização cavernosa. *Rev Bras Med* 1994; 51:652.