

SaúdeSexual



Seção
São Paulo

Archimedes Nardoza Júnior
Adriano Fregonesi
Aguinaldo César Nardi
Carmita Abdo
Renato Falci Júnior



COLEÇÃO
SAÚDE DO HOMEM

Iniciativa e Realização:





SaúdeSexual

Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia:

Secção São Paulo – Biênio 2008/2009

Presidente: Ubirajara Ferreira

Vice-Presidente: Rodolfo Borges dos Reis

1º Secretário: Wagner Eduardo Matheus

2º Secretário: Rodrigo Sousa Madeira Campos

1º Tesoureiro: Archimedes Nardoza Júnior

2º Tesoureiro: Fabiano André Simões

Delegados:

Celso Gromatzky

Douglas Otto Verndl

José Carlos Souza Trindade Filho

Limirio Leal da Fonseca Filho

Miguel Zerati Filho

Renato Falci Júnior

Suplentes Delegados:

Antonio Corrêa Lopes Neto

César Nardy Zillo

Sérgio Félix Ximenes

Walter Antonio Melarato Júnior

Expediente

Coordenação do Projeto: Wagner Eduardo Matheus • Ubirajara Ferreira

Coordenação Editorial: Archimedes Nardoza Júnior

Projeto Visual Gráfico: Lado a Lado comunicação & marketing

(11) 3057 3962 • www.ladoalado.com.br



Editorial

Aos colegas urologistas,

Desde o começo desta gestão, sempre estivemos preocupados em ampliar o campo de trabalho da classe urológica.

Aproveitando o direcionamento da política de saúde do homem em Brasília, a Sociedade Brasileira de Urologia – secção São Paulo (SBU-SP) está empenhada em transformar o urologista no “Médico do homem”.

Pensando nisso, criamos o Projeto de Saúde do Homem, que será composto de quatro fascículos distribuídos da seguinte forma: Saúde Sexual, Cânceres, Perfil Laboratorial do Homem e Tudo Sobre o Check-Up.

Os fascículos serão distribuídos bimestralmente, e o último será entregue no evento de Saúde do Homem, em agosto de 2009.

Com isso, esperamos estar contribuindo na formação dos colegas neste novo papel do urologista.

Dr. Ubirajara Ferreira

Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia – Secção São Paulo

Dr. Wagner Eduardo Matheus

Coordenador do Projeto Saúde do Homem



Sumário

I. Distúrbios do Desejo.....	6
• Diminuição da Libido.....	6
• Aumento da Libido.....	7
II. Distúrbios de Ereção	9
• Doença de Peyronie	15
III. Distúrbios do Orgasmo e Ejaculação.....	17
• Ejaculação Precoce	17
• Ejaculação Retrógrada	19
• Anejaculação	21
• Ejaculação Retardada e Anorgasmia	21
IV. DAEM e Hipogonadismo	22
V. Tamanho do Pênis.....	27
Referências	30





I. Distúrbios do Desejo

Diminuição da Libido

1. Tratamento da depressão, se esta for a causa:

- inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS) (dosagem variável);
- psicoterapia/terapia sexual – em casos de disfunção psicogênica ou mista.

Antídotos para disfunção sexual induzida por antidepressivo, s/n:

- bupropiona (150 a 300 mg/dia);
- inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) [ver agentes orais para disfunção erétil (DE)].

2. Terapia androgênica (em caso de homem com hipogonadismo do adulto)

- Testosterona (oral, gel, injetável, adesivo transdérmico).
 - ▶ A terapia hormonal masculina só é indicada quando houver quadro clínico característico de distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM) e níveis de testosterona abaixo do normal (menos de 300 ng/dL).
 - ▶ Benefícios e riscos devem ser monitorados a cada três meses.
 - ▶ Todas as opções de tratamento devem ser discutidas com o paciente.
 - ▶ Devem ser observadas as contraindicações relativas e absolutas para a terapia hormonal:
 - **Absolutas:** câncer de próstata não tratado; câncer de mama em homens; hipertrofia prostática não tratada.
 - **Relativas:** apneia do sono; doença pulmonar obstrutiva crônica; insuficiência cardíaca congestiva; doenças renais (síndrome nefrótica); hepatopatias; hiperprolactinemia.



- Tipos

Forma de reposição	Via	Dose	Duração
Undecanoato	IM	1.000 mg/3 meses	90 d
Cipionato	IM	200-400 mg/ 2-4 semanas	12 d
Propionato/isocaproato	IM	250 mg/2-4 semanas	10 d
Adesivos	transdérmica	5 mg/dia	24 h
Gel (1%)	transdérmica	5-10 mg/dia	24 h
Metiltestosterona	oral	10-30 mg/dia	6-10 h
Undecanoato (cp)	oral	40-160 mg/dia	3-4 h
Mesterolona (cp)	oral	50-75 mg/dia	8 h

Aumento da Libido

Um programa abrangente, envolvendo farmacoterapia, psicoterapia individual ou de grupo, terapia de casal ou familiar, deve ser oferecido e mantido por tempo indeterminado, dependendo da gravidade do quadro e das possíveis complicações.

■ Medicamentoso

- Fármacos mais indicados são os ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina) e os estabilizadores de humor.
- Os fármacos de ação antiandrogênica, como o acetato de medroxiprogesterona não são utilizados para este fim, no Brasil.
- É recomendável tatear a dose terapêutica, instruindo o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais e dando a este a incumbência de alcançar a dose que cause alívio, sem aplacar completamente a libido.

Os esquemas mais recomendados são:

1. Inibidores da recaptação da serotonina (ISRS):

- ▶ fluoxetina apresenta boa resolatividade, baixo custo e manejo conhecido; é utilizada entre 20 e 80 mg/dia (tatear a dose, pois a inibição completa do desejo sexual interfere negativamente na adesão terapêutica);
- ▶ sertralina é indicada para pacientes com sintomas físicos e que façam uso de outros medicamentos (menor índice de interação medicamentosa); dose de 100 a 200 mg/dia;





- ▶ paroxetina em casos com significativos sintomas ansiosos; 20 a 60 mg/dia, conforme a intensidade da sintomatologia.

2. Estabilizadores de humor

Alterações de humor e não resposta aos ISRS indicam a prescrição deste grupo farmacológico como primeira escolha:

- ▶ topiramato – na dose de 200 mg/dia;
- ▶ lamotrigina – nas dosagens de 200 a 400 mg/dia.

3. **Associação de ISRS e estabilizador de humor:** nos casos de ausência ou insuficiência de resposta terapêutica esperada ao ISRS ou na concomitância de alterações de humor significativas (depressão, irritabilidade e excitação).

4. **ISRS e naltrexona:** recomendam-se doses de 150 mg/dia; nessa dosagem, é fundamental solicitar controles séricos das enzimas hepáticas.

■ Psicoterápico

Fortalece os mecanismos de autorregulação e a capacidade para estabelecer relações interpessoais significativas e estáveis. Basicamente três são os principais medos dos portadores de compulsão sexual (da intimidade; da perda do controle e de ficar só), os quais norteiam a condução da psicoterapia desses sujeitos.

1. Psicoterapia psicodinâmica individual

Tem como principais metas: ampliar o autocontrole do indivíduo e desenvolver a capacidade de estabelecer relações afetivas significantes.

2. Psicoterapia psicodinâmica de grupo

Segue as etapas da psicoterapia individual. O grupo favorece a constituição de ambiente terapêutico acolhedor e de cumplicidade, propicia a convivência com outras pessoas com histórico e mecanismos de ação semelhantes, possibilitando a identificação do problema e dificultando a manutenção da negação, exatamente pela integração do sujeito ao grupo.

3. Psicoterapia de casal ou família

O estímulo à compulsão pode vir da família, quando esta apresenta psicodinâmicas relacionais disfuncionais, codependentes e de muito sofrimento. A dinâmica codependente do casal e dos familiares também precisa ser enfrentada, como uma oposição à terapêutica.

4. Grupos de autoajuda

Como adjuvantes do tratamento das compulsões.





II. Distúrbios de Ereção

Definição

É a incapacidade permanente ou recorrente de o homem ter ou manter uma ereção suficiente para uma relação sexual. É aceito que o tempo para o estabelecimento do diagnóstico da DE seja de três meses, exceto nos casos induzidos por trauma ou cirurgia quando esse período pode ser menor que o tempo estipulado anteriormente.

As principais causas são:

■ Orgânicas:

1. Vasculogênica

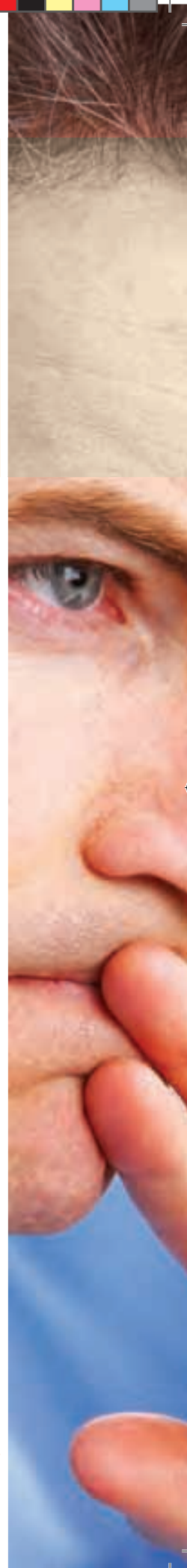
a. Arterial

- i. Hipertensão
- ii. Dislipidemia
- iii. Sedentarismo
- iv. Tabagismo
- v. Obesidade
- vi. Doença coronariana
- vii. Doença arterial oclusiva periférica

b. Cavernosa

- i. Disfunção veno-oclusiva
- ii. Fibrose cavernosa (pós-priapismo, por exemplo)

c. Mista





2. Neurogênica:

- a. Acidente vascular cerebral (AVC)
- b. Mal de Parkinson
- c. Trauma raquimedular
- d. Neuropatias periféricas
- e. Esclerose múltipla

3. Fatores endócrinos

- a. Diabetes melito tipo 2
- b. Diabetes melito tipo 1
- c. Hipogonadismo
- d. Hiperprolactinemia
- e. Hipo e hipertireoidismo

4. Iatrogênica

- a. Induzida por medicamentos.
- b. Pós-cirúrgica (prostatectomia radical, por exemplo)
- c. Pós-radioterapia

5. Outras doenças

- a. Sintomas do trato urinário inferior
- b. Insuficiência hepática
- c. Doenças respiratórias e apneia do sono
- d. Insuficiência renal
- e. Insuficiência cardíaca

6. Outros fatores

- a. Idade
- b. Alcoolismo
- c. Drogadição
- d. Pós-trauma de bacia ou de pênis





■ Psicogênicas:

- Estresse emocional
- Coerção sexual
- Coerção pré-puberal
- Problemas de relacionamento: conflitos conjugais, separação.
- Problemas com o emprego: desemprego, diminuição de renda.
- Depressão
- Insatisfação com a vida
- Atitude pessimista

Diagnóstico e exames complementares

O diagnóstico da DE é eminentemente clínico, ou seja, com base nos dados de história médica e exame físico.

A medida sérica da testosterona, a glicemia de jejum e o perfil lipídico são a avaliação básica da DE. O ideal seria a medida da testosterona livre por método dialítico, no entanto, é muito caro e pouco disponível. O índice de testosterona livre calculado segundo Vermeullen é uma boa alternativa nessa avaliação. Não havendo possibilidade desse exame, a testosterona total deve ser utilizada.

Exames mais específicos como cavernosografia, cavernosometria, testes neurológicos e outros são relegados a casos muito especiais por motivos médicos legais ou quando o paciente deseja saber a causa da DE.

O US Doppler colorido com ereção fármaco induzida prévia tem sido utilizado para avaliar baixo fluxo arterial e disfunção veno-oclusiva também em casos especiais.

Tratamento

O tratamento muitas das vezes se faz apenas por orientação do homem ou do casal sobre sua sexualidade ou de ambos.

Se o paciente apresentar baixos níveis de testosterona, medidos duas vezes consecutivas, a conduta é a reposição hormonal.

Não havendo sucesso na orientação do paciente e da parceira, e os exames da investigação mínima da DE estando normais, instaura-se o tratamento propriamente dito.





O paciente deve ser orientado que não é a intenção desse tratamento a cura da DE e, sim, seu controle.

Em algumas situações especiais, a DE acaba sendo curada, são elas:

- reposição hormonal com melhora da DE;
- problemas psicossociais transitórios (conflito conjugal, por exemplo);
- colocação de prótese peniana.

O tratamento deve ser escalonado, do menos invasivo e mais tolerado para o mais invasivo e menos tolerado.

Algumas drogas via oral já foram utilizadas para tratar a DE, no entanto, nenhuma classe foi tão efetiva, segura e com tão poucos efeitos colaterais quanto os inibidores de PDE.

Atualmente, temos quatro dessas drogas no mercado. A pioneira foi a sildenafil, vieram a seguir a tadalafila, a vardenafila e alodenafila.

Todas apresentam mecanismo de ação semelhante. Diferem na farmacocinética, sendo que a meia-vida da tadalafila é em torno de 18 horas e das outras três drogas, em torno de quatro horas.

Os principais efeitos colaterais desses medicamentos são relacionados ao relaxamento da musculatura lisa de vasos ou órgãos ocos: cefaleia, rubor facial, congestão nasal e pirose. Dores lombares ou musculares podem ocorrer mais frequentemente com a tadalafila. No entanto, a taxa de abandono do medicamento relacionado aos efeitos colaterais é baixa.

Nenhum desses medicamentos deve ser utilizado quando o paciente estiver usando nitratos de qualquer natureza e sob qualquer via.

Os inibidores da PDE não são efetivos quando o impulso nervoso do nervo eferente não consegue chegar aos corpos cavernosos, por exemplo, secção dos nervos erigentes na prostatectomia radical e na neuropatia diabética. Pacientes que apresentam corpos cavernosos com grande percentual de fibrose também não responderão adequadamente aos inibidores da PDE.

Quando não existe resposta satisfatória aos inibidores da PDE, o passo seguinte é a injeção intracavernosa de drogas vasoativas. Tais medicamentos relaxam ou interferem na contração da musculatura lisa cavernosa.

Os principais medicamentos que relaxam a musculatura lisa são a prostaglandina E1 (alprostadil), a papaverina, a clorpromazina e a fentolamina. Essas medicações podem ser utilizadas isoladamente ou em associações:



1. Bimix (papaverina + fentolamina ou papaverina + alprostadil).
2. Trimix (papaverina + fentolamina + alprostadil ou papaverina + clorpromazina + alprostadil).

Alguns cuidados devem ser tomados quando se escolher esse método:

- Tomar muito cuidado em pacientes com coagulopatias pelo risco de hematoma e com história de priapismo, pelo risco de novamente vir a desenvolver o quadro.
- Orientar o paciente muito bem sobre a forma de se usar o medicamento e onde aplicá-lo. Explicar que a injeção só pode ser aplicada na face lateral do pênis, nunca na face dorsal, ventral e na glândula. O paciente só deve sair do consultório para usar o medicamento se estiver sem dúvidas sobre o uso.
- Orientá-lo sobre ereção prolongada. Se a ereção se prolongar por mais de quatro horas, procurar pronto-socorro.
- Explicar ao paciente que esse tipo de tratamento pode evoluir com fibrose do corpo cavernoso, sendo assim, é prudente o paciente ser avaliado frequentemente pelo urologista.



Próteses penianas

Quando não houve sucesso em nenhuma terapia anterior, o paciente pode ser submetido à colocação de prótese peniana.

É de suma importância a orientação do paciente:

- Sempre obter consentimento informado.
- Explicar que o pênis dele poderá reduzir de tamanho.
- Orientar sobre a irreversibilidade da cirurgia por causa da destruição dos corpos cavernosos.
- Não haverá alteração de libido e orgasmo.
- Poderá haver alteração da sensibilidade, dependendo da abordagem cirúrgica.
- A cirurgia poderá ser realizada sob anestesia local, bloqueio espinal ou até mesmo anestesia geral.

Existem dois tipos de próteses penianas: as maleáveis e as infláveis. As infláveis, por sua vez, têm dois modelos: de dois e três volumes.

Algumas complicações podem acontecer durante ou após a colocação das próteses. Mas a mais temida é a infecção. Para preveni-la, devemos tomar alguns cuidados:

- Uso profilático de antibióticos. A melhor alternativa é a vancomicina, no entanto, outros antibióticos têm sido usados com sucesso, como é o caso de fluoroquinolonas e aminoglicosídeos.





- Antissepsia rigorosa e técnica cirúrgica asséptica.
- Evitar contato da luva e da prótese com a pele do paciente.
- Não operar o paciente diabético descompensado (avaliado pela hemoglobina glicada).
- Não operar o paciente com algum foco infeccioso, principalmente próximo ao sítio cirúrgico.

Quando existe infecção da prótese, algumas condutas podem ser tomadas:

- Antibioticoterapia apenas se não houver sinal de comprometimento sistêmico, principalmente em pacientes diabéticos, ou local (presença de grande quantidade de pus e sinais de necrose).
- Retirada das próteses e recolocação após três meses.
- Retirada das próteses e recolocação de outra na mesma internação após lavagem contínua com antibióticos (conduta de exceção e realizada apenas por equipe ou cirurgião experiente com a técnica).





Doença de Peyronie

Caracteriza-se por formação de placas fibrosas na túnica albugínea. Estima-se que a incidência seja próxima a 1% nos homens. A idade média de aparecimento dos primeiros sintomas é 53 anos.

Diagnóstico

Clínico: apresenta-se em duas fases, a aguda e a crônica, sem divisão precisa de tempo entre elas.

Fase aguda: representada pela fase inicial, ocasião em que o paciente apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: ereções dolorosas, tortuosidade peniana ou placa palpável.

Fase crônica: segue a fase aguda. Caracteriza-se pela diminuição da dor (até um terço dos pacientes pode passar por ambas as fases sem manifestar dor) e estabilização da curvatura. A placa geralmente é dorsal, local da inserção das fibras do septo dos corpos cavernosos. Considera-se a que a doença está estável somente após um período de 12 a 18 meses após os primeiros sintomas. Portanto, somente após esse período, deve-se avaliar a seqüela e planejar sua eventual correção.

Imagem: pode-se identificar a placa de fibrose acompanhada de calcificação por radiografia em filme de mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética.

Tratamento clínico: a história natural e o espectro da doença dificultam a avaliação da eficácia das diferentes drogas. Isso é confirmado pelo fato de pacientes com doença de Peyronie seguidos por cinco anos sem tratamento apresentarem até 14% de resolução espontânea e até 46% da redução da curvatura.

Tratamento sistêmico:

- Vitamina E: utilizada na dose de 600 mg por dia não mostrou ser melhor que o placebo quanto ao resultado final. No entanto, estudos não controlados demonstraram melhora da dor quando usada na fase inicial.
- Colchicina: na dose de 2 mg/dia, associada a 400 mg de vitamina E. Essa associação mostrou-se benéfica em relação ao placebo, havendo melhora da curvatura peniana e diminuição da placa. No entanto, a colchicina pode apresentar efeitos colaterais como diarreia, náuseas, elevação das enzimas hepática e leucopenia.
- Para-aminobenzoato de potássio: nos estudos controlados, não mostrou eficácia tanto na fase aguda quanto na crônica.
- Em síntese, as evidências apontam eventual benefício no uso da associação de colchicina e vitamina E na fase inicial da doença.

