# Disfunção erétil

Tamara Melnik[I]

Centro Cochrane do Brasil, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

A ereção peniana é determinada por um complexo mecanismo multifatorial, no qual estão envolvidos fatores locais, hormonais, neurológicos, vasculares e psíquicos. Qualquer alteração em um ou mais desses fatores pode levar à disfunção erétil (DE).[1] A DE é definida como a dificuldade persistente em obter ou manter ereção adequada para intercurso sexual satisfatório. Estudos epidemiológicos sugerem que aproximadamente 5-20% dos homens apresentam DE de grau moderado a grave.[2]

A DE pode ocorrer como consequência de doenças orgânicas: diabetes, doenças renais, alterações hormonais, hipertensão, esclerose múltipla, aterosclerose, doenças vasculares, doenças neurológicas e cirurgias. Traumas no pênis, próstata, uretra e pelve podem levar a DE devido a danos nos nervos, músculos lisos e artérias. O uso de diversos medicamentos e drogas está associado à DE, entre eles os anti-hipertensivos, antidepressivos, antipsicóticos, hormônios, anabolizantes orais, antiácidos, o fumo, a maconha e a cocaína.[3]

Após os 40 anos de idade, existe uma perda progressiva nos níveis séricos de testosterona, que pode levar ao distúrbio androgênico do envelhecimento masculino. Nesses casos, é comum a DE associada à diminuição da libido, sendo indicada a reposição hormonal desde que não haja contraindicações (exemplo: câncer de próstata).[3]

Alguns fatores de risco psíquicos podem estar envolvidos: ansiedade de performance, reação negativa da parceira, monitorização da atividade sexual, mitos em relação ao desempenho sexual, comunicação conjugal escassa, diferentes preferências sexuais, abuso sexual na infância e presença de transtornos psiquiátricos. Para Rosen,[4] características de personalidade e qualidade do relacionamento conjugal são determinantes no surgimento e no agravamento do quadro.

A DE é classificada de acordo com a etiologia (causa) predominante em DE orgânica, psicogênica ou mista. A literatura e prática clínica apontam que, mesmo nos casos de DE orgânica, os fatores psicológicos estão presentes como agravantes ou mantenedores do quadro. Na maioria dos casos, existe uma interação complexa de fatores de risco biológicos, psicológicos e sociais.[4]

As alternativas terapêuticas disponíveis são subdivididas dependendo das causas (curáveis ou não curáveis) e da gravidade da disfunção erétil. Nos pacientes com fatores de risco orgânicos associados (tabagismo, diabetes, níveis alterados de colesterol, fumo etc.), é fundamental a orientação na mudança no estilo de vida. Associada à investigação orgânica, a anamnese psicossexual do paciente portador de DE é componente fundamental do diagnóstico diferencial. Preferencialmente, quando possível, deve ser sugerida a participação da parceira. É por meio de uma história minuciosa que se consegue captar a maneira pela qual o paciente encara a sua dificuldade, bem como suas expectativas e necessidades.[5]

A seguir apresentaremos as alternativas para o tratamento da DE, considerando que o tratamento deve ser iniciado com terapias menos invasivas.

## TERAPIAS DE PRIMEIRA LINHA

### Psicoterapia

Sabemos que em torno de 40% dos pacientes com DE têm etiologia exclusivamente psicogênica.[4] Para esses pacientes e para aqueles com etiologia mista (causas orgânicas e psicológicas envolvidas), a psicoterapia é a modalidade terapêutica que deve ser indicada.[6] Uma revisão sistemática seguida de metanálise publicada em 2008,[1] que buscou sumarizar dados quantitativos acerca da efetividade das intervenções psicoterápicas no tratamento da DE comparadas às drogas orais, à injeção local, dispositivos a vácuo e a outras técnicas psicológicas, demonstrou que a psicoterapia de grupo focada na sexualidade apresentou resultados superiores em relação às demais modalidades psicoterápicas estudadas. A metanálise que comparou a associação da psicoterapia de grupo ao citrato de sildenafila *versus* uso exclusivo do citrato de sildenafila revelou diferença estatisticamente significante a favor da psicoterapia de grupo associada ao citrato de sildenafila. Não foi possível detectar diferença estatisticamente significante em relação à psicoterapia comparada à injeção local de drogas vasoativas e ao dispositivo a vácuo.

### Inibidores da fosfodiesterase tipo 5

Inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE-5) são medicamentos usados sob demanda (quando necessário) ou uso contínuo, e são uma alternativa útil no tratamento.[7] As contraindicações são os usos concomitantes com nitratos e na rara doença visual retinite pigmentosa. A utilização conjunta de nitrato pode produzir importante vasodilatação e hipotensão grave e, talvez, fatal em pacientes coronariopatas.[8] A eficácia do medicamento na literatura oscila en-

[I] Professora do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM). Pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Terapêutica da Unifesp-EPM.

tre 50-90%, dependendo das causas e da gravidade da DE.[8] Uma metanálise recente[9] comparou a eficácia dos inibidores da PDE-5 e terapias hormonais no tratamento da DE, e demonstrou perfis semelhantes de eficácia e segurança entre os diferentes tipos de inibidores da PDE-5 (sildenafila, vardenafila, tadalafila). Os resultados sobre a eficácia dos tratamentos hormonais e do valor dos testes hormonais em homens com DE não foram conclusivos.[9]

## TERAPIAS DE SEGUNDA LINHA

### Injeção local de drogas vasoativas

Atualmente, a farmacoterapia intracavernosa é uma das modalidades de tratamento mais utilizadas na ausência de resultado das terapias de primeira linha.[10] Os agentes vasoativos mais comumente usados são papaverina, fentolamina e prostaglandina E1 (PGE1). A eficácia do método varia de 45% a 80%, dependendo da utilização de uma única droga ou associação entre elas (bi ou trimix). O aumento da eficácia está associado à combinação de drogas, o que também ocorre em relação à duração da ereção, que pode chegar até a duas horas em alguns casos.[11] Os principais efeitos colaterais são: pequenos hematomas no local da aplicação, ardor, dor, fibrose peniana, ereção prolongada (priapismo).[12] Alguns estudos que contemplaram os aspectos psicológicos e relacionais implicados no uso da droga intracavernosa apontam alto índice de abandono do tratamento, apesar da sua eficácia e segurança. A falta de espontaneidade no relacionamento e a necessidade de habilidade para seu uso são algumas das razões para este fato.[11]

### Dispositivo a vácuo

Dispositivos a vácuo têm maior aceitação nos Estados Unidos e em homens idosos. Um acompanhamento por questionário realizado nos Estados Unidos com 216 pacientes usando essa modalidade terapêutica mostrou uma percentagem de satisfação de 84% dos pacientes e de 89% nas parceiras, durante um período de 29 meses.[13] Porém, outro estudo reportou uma taxa de abandono de 47% ao ano, atribuída pelos pacientes à baixa resposta terapêutica e ao incômodo do método.[14] Estes resultados podem ser relacionados a pacientes que já tenham falhado com outros tratamentos, constituindo um grupo de mau prognóstico.

## TERAPIAS DE TERCEIRA LINHA

### Prótese peniana

A prótese peniana é indicada nos casos de DE severa e para pacientes não responsivos a terapêutica oral, à psicoterapia e às drogas vasoativas. Atualmente, existem as próteses maleáveis e as infláveis de dois e três volumes. Existe uma satisfação com este procedimento em 81% dos pacientes desde que em comum acordo com a parceira. Rejeição, hematoma e infecção estão presentes em um número reduzido de casos.[15]

## REFERÊNCIAS


1. Melnik T, Soares BG, Nasello AG. The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. J Sex Med. 2008;5(11):2562-74.
2. Kubin M, Wagner G, Fugl-Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. Int J Impot Res. 2003;15(1):63-71.
3. Hatzimouratidis K, Hatzichristou DG. A comparative review of the options for treatment of erectile dysfunction: which treatment for which patient? Drugs. 2005;65(12):1621-50.
4. Rosen RC. Psychogenic erectile dysfunction. Classification and management. Urol Clin North Am. 2001;28(2):269-78.
5. Melnik T, Abdo CHN. Psychogenic erectile dysfunction: comparative study of three therapeutic approaches. J Sex Mar Ther. 2005;31(3):243-55.
6. Althof SE. When an erection alone is not enough: biopsychological obstacles to lovemaking. Int J Impot Res. 2002;14 Suppl 1:S99-S104.
7. Carson CC, Burnett AL, Levine LA, Nehra A. The efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in clinical populations: an update. Urology. 2002;60(2 Suppl 2):12-27.
8. Kriston L, Harms A, Berner MM. A meta-regression analysis of treatment effect modifiers in trials with flexible-dose oral sildenafil for erectile dysfunction in broad-spectrum populations. Int J Impot Res. 2006;18(6):559-65.
9. Tsertsvadze A, Fink HA, Yazdi F, et al. Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2009;151(9):650-61.
10. Carson C, Giuliano F, Goldstein I, et al. The 'effectiveness' scale--therapeutic outcome of pharmacologic therapies for ED: an international consensus panel report. Int J Impot Res. 2004;16(3):207-13.
11. Ruutu M, Lindström BL, Virtanen J, Alfthan O. Intracavernous self-injection for erectile failure. Eur Urol. 1988;15(1-2):96-8.
12. Porst H, van Ahlen H, Block T, et al. Intracavernous self-injection of prostaglandin E1 in the therapy of erectile dysfunction. Vasa Suppl. 1989;28:50-6.
13. Bosshardt RJ, Farwerk R, Sikora R, Sohn M, Jakse G. Objective measurement of the effectiveness, therapeutic success and dynamic mechanisms of the vacuum device. Br J Urol. 1995;75(6):786-91.
14. Casabé A, Bechara A, Chéliz G, Romano S, Fredotovich N. Nuestra experiencia con dispositivos de vacio para el tratamiento de la sisfunction sexual erectil [Vacuum device for erectile dysfunction treatment. Our Experience]. Rev Argent Urol (1990). 1998;63(1):34-9.
15. Minervini A, Ralph DJ, Pryor JP. Outcome of penile prosthesis implantation for treating erectile dysfunction: experience with 504 procedures. BJU Int. 2006;97(1):129-33.


## INFORMAÇÕES

Esta seção é um serviço público da Revista Diagnóstico & Tratamento. As informações e recomendações contidas neste artigo são apropriadas na maioria dos casos, mas não substituem o diagnóstico do médico. Esta página pode ser fotocopiada não comercialmente por médicos e outros profissionais de saúde para compartilhar com os pacientes.


**Endereço para correspondência:**
Rua Martiniano de Carvalho, 864 – conj. 302
Bela Vista – São Paulo (SP)
CEP 01321-000
Tel. (11) 2308-5368
E-mail: tameln@terra.com.br



**Fontes de fomento:** nenhuma declarada
**Conflitos de interesse:** nenhum declarado

**Data de entrada:** 1º de outubro de 2010
**Data da última modificação:** 5 de outubro de 2010
**Data de aceitação:** 17 de dezembro de 2010