

A IMPOTÊNCIA É REVERSÍVEL - 8ª EDIÇÃO

SE SOFRE DE IMPOTÊNCIA ESTE LIVRO PODE MODIFICAR A SUA VIDA

Dr. José Pereira da Silva *



*Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa, realizou a especialidade de Urologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa e treino de Andrologia- disciplinas relacionadas com a Impotência e a Medicina da Reprodução- em vários centros especializados dos EUA, Alemanha e Espanha.

Em 1987 criou a “Clínica do Homem”, uma unidade de diagnóstico e terapêutica de disfunções sexuais masculinas, particularmente disfunções erécteis, que esteve em actividade sob a sua direcção entre 1987 e 1989. Em 1990 fundou a Clínica Harmonia, que continua a dedicar-se ao estudo da disfunção sexual masculina e agora feminina.

Desde 1984 que presta assistência Urológica e Andrológica aos diabéticos da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

É membro da Sociedade Portuguesa de Urologia, da Sociedade Portuguesa de Andrologia, da Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução e da Sociedade Portuguesa de Microcirurgia. Internacionalmente, faz parte da American Fertility Society e da Internacional Society for Sexual and Impotence Research (I.S.S.I.R.), sendo membro fundador da European Society for Genital Microsurgery (E.A.G.M.) e do Internacional Group of Urology, Andrology and Sexology (I. G. U. A.S.).

Publicou numerosos trabalhos e participou em múltiplos congressos e simpósios como orador, no âmbito da Uro- Andrologia, domínio em que está especialmente interessado. Foi director de uma publicação denominada “Saúde e Sexualidade- para uma sexualidade informada”.

Este é o segundo livro que edita sobre o tema, sendo o anterior destinado à classe médica, dado o seu pendor técnico.

Dr. Steven K. Wilson M.D.



Licenciado pela Universidade de Yale e, posteriormente, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Virgínia, centrou a sua prática urológica na Impotência desde 1976 e exerce no “Southwest Impotency Center”, desde a sua fundação em 1986.

Serviu na Força Aérea dos Estados Unidos da América durante o conflito do Vietname e tem exercido Urologia nos últimos dezasseis anos. É membro do “American College of Surgeons” e da prestigiada “Societé Internacional d’Urologie”.

Reconhecido pelo “American Board of Urology”, é membro do comité da “South Central Section do American Board of Urology” e é consultor regional do “Impotence Institute of America”. Galardoado pela Impotence Foundation, realizou trabalhos de investigação para diversas firmas produtoras de próteses e participou com a Federal Drug Administration Trials em experiências com implantes de próteses penianas.

É autor de numerosos artigos científicos dedicados ao tratamento da impotência. Participou como conferencista em reuniões nacionais e internacionais de Urologia e organiza cursos sobre o tratamento da Impotência.

Índice

[Prefácio](#)

[Capítulo 1](#)

[O que é a impotência?](#)

- [Você não está só](#)
- [Quem pode vir a ser impotente](#)
- [Quem é que pode ajudar](#)

[Capítulo 2](#)

[A Anatomia Masculina e como funciona](#)

- [Micção](#)
- [Erecção](#)
- [Ejaculação](#)
- [A inconsistência da impotência](#)
- [O medo de falhar](#)
- [Ejaculação precoce](#)

Capítulo 3

Causas Físicas da Impotência

- I. [Insuficiência vascular- incapacidade de encher](#)
- II [Insuficiência vascular- incapacidade de reter](#)
- III. [Incapacidade de encher e reter](#)
- IV. [Causas Endócrinas da Impotência](#)
- V. [Impotência após cirurgia](#)
- VI. [Doença de Peyronie](#)
- VII. [Priapismo](#)
- VIII. [Impotência causada por lesão traumática](#)
- IX. [Perturbações neurológicas](#)
- X. [Doença renal](#)

Capítulo 4

- [O Diagnóstico da Impotência](#)
- [O Método para estudo da Impotência](#)

Capítulo 5

- Tratamentos da Impotência
- Pouco utilizados
- Tratamentos Médicos da Impotência

Capítulo 6

- Tratamentos Correntes da impotência

Capítulo 7

- Casos Clínicos

Prefácio

Verifica-se hoje na sociedade um interesse cada vez maior das pessoas pelos assuntos ligados à saúde, quer seja por necessidade quer por simples curiosidade.

Considero muito positivo este interesse e tenho procurado com a equipa que dirijo na Clínica Harmonia, dedicada ao exercício clínico nas áreas da Impotência e Infertilidade colaborar na divulgação de informação e conhecimento nestas áreas.

Também para os profissionais de saúde existe pouca literatura disponível, que lhes possibilite, de forma simples e sistematizada, uma informação genérica e concisa sobre diversas áreas. Destas, a Impotência é certamente das que se encontra menos documentada em língua Portuguesa.

“A Impotência é reversível” surge assim como um contributo para minorar um pouco essa falta de informação.

Porque se trata de um tema complexo, em que as disfunções são muito traumatizantes e dizem respeito à intimidade de cada um, porque não há informação organizada e global à disposição do grande público e ainda porque a bibliografia e referências para os profissionais de saúde são manifestamente insuficientes.

Os autores decidiram editar um livro acessível à generalidade dos leitores e compatível com a leitura por profissionais de saúde, nomeadamente os médicos.

A convivência em eventos internacionais com especialistas nesta área permitiu criar e desenvolver relações especiais com alguns deles, nomeadamente com o Dr. Steven Wilson, cirurgião- andrologista de renome mundial. A confiança mútua estabelecida entre ambos viabilizou a realização desta obra conjunta agora editada em Portugal.

O objectivo é fornecer aos leitores instrumentos que lhes permitam entender melhor a função e disfunção erécteis assim como as propostas terapêuticas que lhe possam ser apresentadas, podendo assim facilitar o diálogo sobre o tema com o seu médico assistente e ajudando a tomada de decisões quanto à recuperação e restauração de uma vida feliz.

Se este livro conseguir esse objectivo, terão sido completamente satisfeitas as expectativas que levaram à sua edição.

Capítulo 1

O que é a Impotência?

“Está tudo na sua cabeça”. Era o que muitos homens sofrendo de impotência costumavam ouvir dos seus médicos. Ao rotular-se a impotência como perturbação psicológica, muitos homens com problemas médicos acabavam por se sentir inferiores ou “menos homens”. O estigma associado ao facto de se ser impotente era tão significativo que a maioria dos homens impotentes tinha dificuldade em admiti-lo perante o seu médico assistente. Aqueles que o faziam eram com frequência enviados de imediato ao psiquiatra.

Aos homens impotentes prestava-se um mau serviço. É muito importante que percebamos que a impotência num homem experiente poucas vezes é devida a razões psicológicas. Pode ser um sintoma de perturbação psicológica, mas na maioria das situações é consequência de um problema desordem física. Em suma, provavelmente *não* “está tudo na sua cabeça”.

Este livro tem como objectivo, explicar em linguagem simples, a anatomia do aparelho sexual masculino e a sua fisiologia, nomeadamente a sua capacidade para obter e manter uma erecção. Se soubermos como funciona o corpo do homem, perceberemos melhor as razões da impotência masculina.

Antes de continuarmos, definamos a impotência. *A impotência é a incapacidade de obter e manter uma erecção adequada para completar o coito.* A impotência não tem a ver com desejo sexual, o orgasmo ou a ejaculação. Trata-se simplesmente da incapacidade de encher o pénis com sangue e manter a erecção o tempo suficiente para obter um coito que seja mutuamente satisfatório.

Dado que a relação sexual é uma das funções básicas na vida do ser humano, a capacidade do homem para obter e manter uma erecção pode ser vital para o seu “amor próprio”. Neste livro veremos as causas de uma possível impotência. Este livro foi escrito para ajudar o homem impotente e o seu par a compreender as razões da sua impotência e para responder às suas perguntas sobre o tratamento e eventual cura.

O primeiro passo para abordar um problema de impotência é pesquisar, reconhecer a sua causa, averiguar se é uma impotência de base orgânica, psicológica ou mista. Uma vez este assunto esclarecido e feito o diagnóstico causal, existem várias hipóteses de tratamento: médicas, psicológicas, mecânicas, administração de medicação por via oral, em injectáveis ou até injeções penianas de substâncias vasoactivas, intervenções cirúrgicas de correcção da circulação sanguínea do pénis ou para a implantação dentro do pénis de próteses que possibilitam a um homem a indução e manutenção de uma erecção excelente e segura.

Você não está só

O homem impotente não está só. A impotência é um problema comum. Há mais de 10 milhões de homens nos Estados Unidos que sofrem de alguma forma de incapacidade para conseguir ou manter uma erecção. Em Portugal são cerca de 500.000 os homens que sofrem de impotência a diferentes níveis. O número de casais que actualmente se mostram interessados em curar esta deficiência e que recorrem aos profissionais à procura de ajuda é cada vez maior.

O pensamento obsessivo de que não vão ser capazes de obter ou manter uma erecção faz com que milhares de homens evitem o contacto sexual. Há homens que recorrem a tudo para disfarçar a sua impotência. Muitas vezes evitam a parceira, chegando a conceder-lhe o divórcio ou a separação - o que lhes parecer necessário para evitar que se descubra o que realmente se passa. A impotência não merece este tipo de preocupação. É de fácil solução.

No passado, os médicos acreditavam e difundiam a ideia de que a impotência era um problema totalmente psicológico. Felizmente sabe-se actualmente que há causa psicológica em 10 a 30 % dos casos. A nova tecnologia e os exames que se realizam para estabelecer o diagnóstico evidenciam que em 70% dos casos a impotência é devida a deficiências orgânicas.

A boa notícia é que quase todos os casos de impotência podem ser tratados com êxito. O passo mais importante para a obtenção desse resultado, é a procura de ajuda apropriada. Deste modo, um urologista especializado no tratamento da impotência (andrologista) pode estudar as suas causas e estabelecer um adequado plano de tratamento que leve à cura do doente.

Quem pode vir a ser impotente?

Qualquer homem com suficiente maturidade física para sentir desejo sexual pode vir a ser impotente. Porque a imagem do homem actual inclui não só o ser saudável e atraente, mas também o ser sexualmente activo, a pressão exercida sobre cada homem para se mostrar como tal pode ser tremenda. A incapacidade para o desempenho sexual faz com que muitos homens sintam que “falharam“. Esta situação pode levar a sentimentos de inibição, perda da auto-estima e auto-condenação. A incapacidade de obter ou manter uma erecção pode crescer ao ponto de se tornar numa fonte constante de infelicidade.

No passado, existia um estigma social associado com a discussão do problema da impotência fosse com quem fosse, quer se tratasse do parceiro, do amigo ou do médico. Ao idoso era frequentemente dito que a partir de uma certa idade o relacionamento sexual normal, já não estava dentro das suas possibilidades. Como naturalmente o seu desejo se mantinha, a sua frustração aumentava. O desespero levava-o a tentar tudo. “Charlatanice” e truques anunciados como cura (por exemplo: pó de chifre de rinoceronte, zinco, pau de Cabinda, “filtros do amor”) eram uma tentação para a vítima frustrada. No entanto, tais tratamentos aproveitam-se do desespero do homem impotente e não têm qualquer efeito médico comprovado. Muitos homens recorrem a estes tratamentos conseguindo somente despesas desnecessárias. Soluções de fuga, tais como o recurso ao álcool ou às drogas, em vez de resolverem o problema podem agravar a impotência e tornar a vida ainda mais infeliz.

Quem é que pode ajudar?

O primeiro passo é procurar ajuda médica apropriada- um urologista qualificado que se tenha especializado em Andrologia. Esta especialidade é a que estuda e trata os problemas genitais do homem, isto é, o andrologista está para o homem como o ginecologista para a mulher. O primeiro objectivo é descobrir a causa da impotência. Através do exame físico e de testes de diagnóstico, o especialista pode reconhecer os sintomas, chegar à causa da impotência e conseqüentemente tratar a perturbação.

Outras formas de disfunção sexual podem estar associadas à impotência complicando ou confundindo o tratamento. O andrologista está treinado para distinguir a verdadeira falência erétil de outros problemas sexuais. Segue abaixo uma lista desses problemas. Todos eles, como a incapacidade de obter erecção, podem ser estudados e eventualmente tratados por um urologista/andrologista.

- Ejaculação dolorosa
- Ejaculação retrógrada
- Incapacidade ocasional de conseguir a erecção
- Incapacidade sexual devida ao consumo de álcool
- Incapacidade sexual com uma parceira e não com outra

- Ejaculação precoce ou prematura
- Perda do desejo sexual
- Impossibilidade de atingir o orgasmo.

Porque recebeu um treino específico para lidar com estes problemas, o andrologista é a fonte de ajuda mais eficaz. Felizmente, muitas companhias de seguros e instituições de assistência na doença reconhecem estas condições de incapacidade e pagam o diagnóstico e o tratamento, total e parcialmente. Quer o problema seja físico ou psicológico, o especialista em impotência e a sua equipa podem ajudar cada homem a encontrar uma vida sexual mais satisfatória. Quanto mais cedo o doente dar o primeiro passo, menos tempo sofrerão ele e a sua parceira.

Capítulo 2

A ANATOMIA MASCULINA e COMO FUNCIONA

Há 3 compartimentos distintos no pénis normal: dois compartimentos erectéis ligados entre si, chamados corpos cavernoso, que ocupam a maior parte do pénis, e a uretra, um tubo por onde passa quer a urina quer o esperma (figura 1).

Os compartimentos erécteis estão fixados ao osso púbico e estendem-se para fora da parede abdominal para a porção visível do pénis. Esta “ancoragem” ajuda a manter o pénis rígido quando os compartimentos se enchem de sangue.

Os compartimentos erécteis (corpos cavernosos) são constituídos por um tecido esponjoso (músculo liso e espaço venoso lacunar) que se enche de sangue durante a fase de excitação.

O sangue é retido no pénis, expandindo-se e endurecendo-o para permitir a penetração (Figura 2).

As três funções principais do pénis são: a micção, erecção e ejaculação.

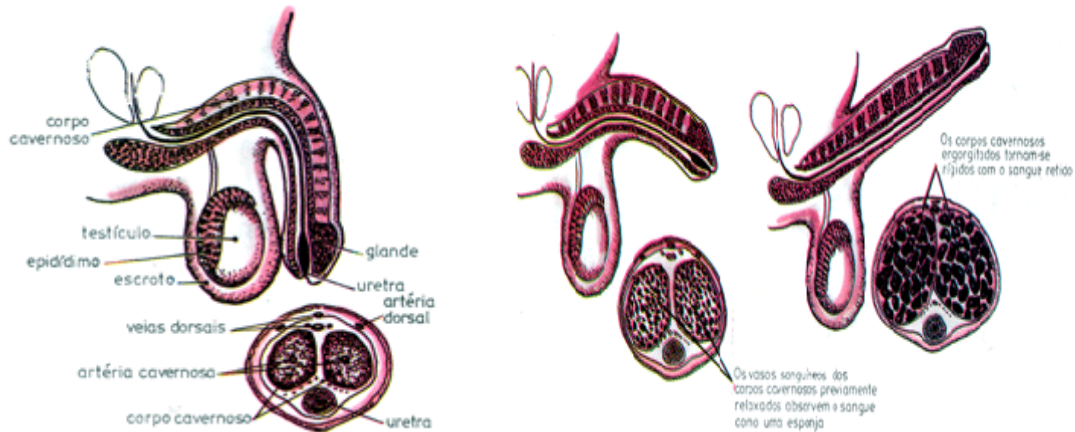


Fig.1 - Detalhes do Aparelho Genital Masculino **Fig.2 - Representação do Processo de erecção**

Micção

A Uretra é o canal que no pénis conduz a urina durante a micção e o esperma durante a ejaculação. Quando há necessidade de urinar, a bexiga esvazia a urina para a uretra para que seja transportada para fora do corpo.

No seu percurso da bexiga para o pénis, a uretra tem que passar pela próstata.

A próstata tem uma forma semelhante a uma castanha perfurada e a uretra passa por dentro do “buraco da castanha”.

Se a próstata está aumentada de volume pode afectar a capacidade para urinar.

A glândula prostática não tem qualquer papel na erecção mas providencia a lubrificação e nutrição para os espermatozoides. Noventa e cinco por cento do esperma é constituído por fluído prostático e seminal (que provém das vesículas seminais) numa proporção aproximada de 30% e 65 %, respectivamente e apenas 5% são espermatozoides.

É por isso que não se verifica uma diminuição no volume do ejaculado após uma vasectomia.

Erecção

Uma erecção inicia-se:

1. ■ Por simulação psicológica (pensar ou imaginar uma situação sexualmente excitante) ou
2. ■ Por estimulação física (acariciando o corpo do homem de forma sensual)

Um centro nervoso do cérebro actua em função de pensamentos eróticos, enquanto que outro centro nervoso, na medula espinal, que responde ao toque. Ambos trabalham em

coordenação para produzir uma erecção como um acto reflexo. Este reflexo é auxiliado pela presença da hormona masculina, a testosterona, de mensageiros químicos do cérebro chamados neurotransmissores.

Recentemente o óxido nítrico foi identificado com o mensageiro principal para o músculo liso do pénis. Dado que ele diminui no pénis do homem impotente, a pesquisa médica tem-se concentrado em como utilizar esta substância química no tratamento da impotência. Estamos provavelmente ainda a 6 ou 10 anos de distância de um produto comercial mas o óxido nítrico oferece promessas de tratamento para a impotência.

Quando um dos dois estímulos atrás citados inicia uma erecção, os compartimentos erécteis ficam ingurgitados com sangue. Quando o homem fica excitado, este alargamento dos vasos permite que o sangue flua para os compartimentos com um fluxo sete vezes superior ao normal. À medida que os compartimentos aumentam de volume, apertam as pequenas veias do pénis, aprisionando o sangue. Na erecção, há uma entrada de 140 a 160 cm³ por minuto nos corpos cavernosos. Para a manutenção dessa erecção são suficientes 40 a 60 cm³ por minuto.

Habitualmente, o pénis mantém a erecção até se dar a ejaculação. Depois do orgasmo, os centros nervosos que iniciaram a recepção revertem a sua acção restringindo o fluxo sanguíneo para o pénis. Esta acção leva à diminuição da pressão de encerramento das pequenas veias, permitindo que o sangue saia do pénis. Quando os compartimentos do pénis já não têm sangue extra, o pénis fica mole. Alguns homens conseguem manter a erecção após ejacularem, mas geralmente o pénis fica flácido (esvaziado) depois do orgasmo e da ejaculação.

Note-se que uma recepção pode ocorrer como resultado de um estímulo mental ou físico. Infelizmente, não pode resultar da simples força de vontade. Muitos factores, mentais e físicos, têm que funcionar correctamente para causar e manter a erecção. Sinais nervosos, resposta vascular e um bom equilíbrio químico, todos têm o seu papel. Tendo em consideração tudo isto, não é de espantar que a impotência possa ocorrer e ocorra em tantos homens. Não admira que seja uma das maiores preocupações do homem.

Ejaculação

O esperma é conduzido para fora do corpo pela uretra durante a ejaculação. Produzidos nos testículos, os espermatozóides são transferidos para um local em que se dá a sua maturação (o epidídimo) localizado numa zona adjacente ao testículo. Após ter obtido a maturidade, os espermatozóides viajam até às vesículas seminais na base da próstata onde ficam até que ocorra a ejaculação. Quando se dá a excitação sexual e por fim a ejaculação, os espermatozóides são projectados através de um pequeno tubo, o canal diferente, para a próstata onde são misturados com os fluídos prostáticos constituindo o esperma que é então emitido pela uretra. Estas emissões seminais actuam como lubrificante e sustentam o esperma durante as primeiras 36 horas, o que permite a passagem até às trompas de Falópio da mulher onde ocorre a fecundação, quando ali encontra o óvulo.

Durante o orgasmo e a ejaculação, o esfíncter interno (músculo na base da bexiga) contrai-se impedindo a passagem da urina. Tal facto permite um fluxo normal do ejaculado através da uretra. Após certas cirurgias, doenças ou devido a certas

medicações, este esfíncter não funciona como deve ser e permanece aberto. Como resultado, o ejaculado retrocede para a bexiga em vez de ser expelido normalmente; nestes casos o esperma sai do corpo mais tarde durante a micção. Chama-se a isto ejaculação retrógrada e é mais comum após uma cirurgia prostática, traumatismo da medula espinal, uma intervenção na cadeia dos nervos simpáticos, ou na diabetes. Pode também ser motivada por certos medicamentos.

A ejaculação nada tem a haver com a erecção. De facto, homens impotentes, normalmente não têm problemas em obter o orgasmo e a ejaculação mesmo com o pénis flácido. Isto significa que o homem impotente pode ter o seu próprio prazer sexual, ainda que incapaz de proporcionar prazer à sua parceira através da relação sexual com penetração, e que o seu próprio prazer seja de pior qualidade e eventualmente insatisfatório.

A inconsistência da impotência

A impotência não é um quadro constante. Alguns homens queixam-se de incapacidade para manter a erecção, outros de que nem sequer a conseguem e outros ainda de que só conseguem uma meia erecção com incapacidade do pénis em ficar suficientemente duro para permitir a penetração. Muitos doentes apresentam estas três queixas em alturas diferentes da sua história clínica. Todos eles estão frustrados por não poderem prever a erecção como é normal podendo esta acontecer, não quando é conveniente, mas quando calha e com características insuficientes.

O medo de falhar

Depois de algumas relações sexuais falhadas, o homem pode ficar (e geralmente fica) assustado com a ideia de que vai falhar sempre. Este medo de falhar ou ansiedade de desempenho piora o problema físico e ele começa realmente a falhar todas as vezes. O próximo passo neste rápido processo pode ser a perda de interesse pelo sexo e a queixa de falta de desejo. De facto, não se trata de falta de desejo mas sim de falta de interesse, como consequência do receio de sofrer e causar sofrimento à parceira.

Ejaculação precoce

Para completar este quadro descorajante, alguns homens desenvolvem ejaculação precoce. Isto significa que eles atingem o orgasmo antes da sua parceira, dando lugar a uma relação sexual insatisfatória. A ejaculação precoce ocorre frequentemente pela pressa que o homem tem de chegar ao orgasmo com medo de perder a erecção ainda que não o faça conscientemente. Muitas vezes, corrigindo a impotência, proporcionar-lhe uma erecção em que ele possa confiar, resolveremos o problema da ejaculação precoce.

Capítulo 3

CAUSAS FÍSICAS DA IMPOTÊNCIA

Mais de dois terços de todas as impotências podem ser atribuídas a causas físicas. O mau funcionamento dos nervos, vasos sanguíneos, hormonas, músculo liso dos corpos cavernosos, albugínea (envólucro dos corpos cavernosos) ou dos processos químicos do organismo podem resultar em dificuldades para obter e/ou manter uma erecção. Esta tem como reflexo uma incapacidade em preencher de forma adequada os corpos cavernosos do pénis ou de manter de forma eficaz o sangue que para lá foi canalizado. Para simplificar, a impotência de causa vascular pode ser considerada como “incapacidade de encher” ou “incapacidade de reter”.

I. Insuficiência vascular- incapacidade de encher

Uma vez que para obtermos uma erecção, necessitamos de uma quantidade de sangue 7 vezes superior ao normal, os vasos sanguíneos devem poder dilatar-se para suportar este volume adicional. O endurecimento das artérias (arterioesclerose) diminui a elasticidade destas pequenas artérias. Assim, as artérias ficam incapacitadas para dar resposta adequada à necessidade de preencher o pénis com sangue. Diabetes, muitos anos de tabagismo e colesterol elevado aceleram a arteriosclerose. Estas condições dão azo a uma situação infeliz, mas muito comum, a de um homem vigoroso que se torna impotente, na maioria dos casos entre os 40 e 60 anos.

A arterioesclerose é uma doença generalizada que afecta muitos outros vasos sanguíneos para além dos do pénis. Muitos dos homens com impotência de causa vascular apresentam algum grau de endurecimento das artérias em todo o seu corpo, mas não sendo contudo suficientemente severo para causar outros sintomas senão impotência devido a “incapacidade de encher”. Outros homens impotentes têm bastantes limitações nas artérias do coração (coronárias) que causam dor no coração com o esforço (angina).

Alguns apresentam sintomas de crise cardíaca iminente devido à insuficiência vascular nos grandes vasos do pescoço (artérias carótidas). A mesma insuficiência vascular que ocorre no coração ou no pescoço também se dá na circulação do pénis do homem impotente. O doente com insuficiência coronária não apresentará sintomas enquanto estiver em repouso, mas terá dores no peito quando fizer esforço. O doente com insuficiência vascular peniana é incapaz de desenvolver uma erecção com estimulação sexual.

Arteriosclerose- causa mais frequente de impotência em homens com mais de 60 anos

Infelizmente, o endurecimento das artérias é uma causa muito comum de impotência. É de longe a causa mais frequente em homens com mais de 60 anos. *Alguns investigadores acham que 65% de todos os homens acima dos 65 anos estão impotentes por insuficiência vascular.* Investigadores médicos sabem que o aumento da impotência verificado em homens idosos se deve ao depósito de gorduras e colesterol nas pequenas artérias do pénis. Quatro factos foram identificados como predisponentes em homens

idosos para desenvolver uma insuficiência circulatória do pênis: o colesterol elevado, tabaco, diabetes e hipertensão.

Deficiências circulatórias

Homens jovens sem arteriosclerose podem estar impotentes devido a limitação da circulação sanguínea do pênis. As artérias penianas profundas têm entre 1 a 2 milímetros de diâmetro. Basta por isso uma pequena restrição para produzir redução no fluxo sanguíneo. Alguns homens nascem com uma circulação peniana inadequada; outros desenvolvem esta situação como consequência de um traumatismo-lesão por montar, fractura da pélvis, etc. Outras vezes, um glóbulo de gordura pode deslocar-se para as artérias penianas obstruindo o fluxo como consequência de uma cirurgia ou de um traumatismo ocorrido numa zona distante do pênis. As técnicas microcirúrgicas são frequentemente bem sucedidas na correção deste tipo de impotência. Infelizmente, são muito poucos os homens impotentes que apresentam este tipo de lesões isoladas. A maioria tem um endurecimento generalizado das artérias e não é candidata para este tipo de cirurgia.

II. Insuficiência vascular- incapacidade de reter

A síndrome do furto

A síndrome do furto é um fenómeno arterial que ocorre durante a relação sexual em certas posições. Uma erecção pode ser obtida com excitação sexual. No entanto, em certas posições durante o acto sexual, o sangue flui para a parte inferior do corpo e dá-se uma restrição do fluxo na zona pélvica. O sangue é “roubado” ao pênis, do que resulta perda da erecção. Uma solução simples é alterar as posições. Por exemplo, mudando da posição de missionário para uma em que o homem fique de costas ou de lado, as constrições podem ser evitadas apoiando-se o homem nas ancas e prevenindo assim o “roubo” de sangue.

Drenagem venosa anormal- “fugas venosas”

As erecções que se mantêm com dificuldade e que desaparecem com rapidez antes da satisfação final podem resultar de uma drenagem venosa anormal. Existem várias razões para tal. Se os compartimentos erécteis não são totalmente preenchidos por causa da falência da musculatura lisa (por exemplo deficiência de óxido nítrico), a fuga é causada por pressão inadequada para fechar as pequenas veias. A falha em reter pode também ser provocada por uma ligação anormal entre as artérias e as veias do pênis que drena o sangue para fora dos compartimentos erécteis. Por último, pode existir uma drenagem exagerada devida à existência de veias extra ou anormais. Chama-se a isto circulação colateral. Um exemplo desta situação noutra parte do corpo é o das veias varicosas ou varizes das pernas.

Quando o sangue “foge” do pênis em erecção, esta é impossível de manter. Imagine a tentativa de encher um balão furado. Mal o ar é soprado para o balão, torna a sair. Isto é o que acontece na drenagem venosa anormal. Esta situação pode por vezes ser corrigida através da cirurgia da fuga venosa, com uma taxa de sucesso razoável. Infelizmente, a situação pode voltar após um certo período de tempo. A cirurgia da fuga venosa pode executar-se por dois métodos diferentes.

A) Laqueação de todas as veias do pênis, visíveis à vista desarmada, associada a plastia dos pilares do pênis, para a redução do volume dos corpos cavernosos e aumento da pressão dentro dos mesmos.

B) À operação indicada em A), associar o aumento do transporte de sangue arterial para o pênis com técnica microcirúrgica.

III. Incapacidade em encher e reter

Terapêutica radiocativa

A terapêutica radiocativa do cancro da próstata, da bexiga, do cólon ou do testículo pode provocar fibrose dos pequenos vasos do pênis, tornando difícil o enchimento e armazenamento do sangue. Por exemplo, mais de 40% dos homens que fizeram terapêutica radiocativa para o cancro da próstata notaram um decréscimo ou cessação da sua função erétil como efeito secundário do tratamento.

Diabetes

Aproximadamente 65% dos homens que sofrem de diabetes tornar-se-ão impotentes dentro de 10 anos. Não é invulgar diagnosticar pela primeira vez uma diabetes em homens que vieram à consulta com queixas de impotência. Na nossa clínica, temos diagnosticado muitas vezes a diabetes em indivíduos insuspeitos cuja queixa actual era impotência. Infelizmente, o tratamento e controlo da diabetes raramente tornam reversível o processo que conduz à impotência, embora essa hipótese exista e deva ser pesquisada sempre que o problema se coloca.

A diabetes é a causa mais frequente de impotência em homens com 20-30 anos. A diabetes causa impotência pelo menos de duas maneiras. Por um lado, o endurecimento das artérias (arterioesclerose) é acelerado resultando numa restrição do fluxo sanguíneo ao pênis. Por outro lado, as lesões nervosas (neuropatias) impedem a normal transmissão de impulsos nervosos para os vasos sanguíneos e corpos cavernosos do pênis. Esta complicação é uma das formas da neuropatia diabética, o mesmo problema que está na base da perda de sensibilidade ou dor nas pernas quando estes nervos estão envolvidos.

O diabético impotente é normal no que respeita aos restantes aspectos da sexualidade. O desejo sexual pode ser tão intenso quanto o era antes de estar impotente. Simplesmente não é capaz de obter uma erecção. Como muitos outros homens impotentes, o diabético pode ser estimulado até à ejaculação e ao orgasmo ainda que com o pênis em flacidez. A impotência não se inicia subitamente- geralmente trata-se de um declínio lento da função. À medida que a impotência do diabético avança, as fibras nervosas ficam permanentemente danificadas e a impotência torna-se completa. Todos os homens jovens apresentando sinais de impotência deveriam fazer pesquisa da diabetes. Infelizmente, o problema frequentemente não é reversível através do simples controlo da diabetes- outras medidas são geralmente necessárias.

IV. Causas Endócrinas da impotência

A testosterona é essencial para o desenvolvimento dos caracteres sexuais masculinos. Contudo, não é necessária a sua presença em grande quantidade na circulação para que se dê uma ereção. É bem conhecido o facto das crianças pequenas terem ereções apesar dos baixos níveis de testosterona. O próprio feto masculino tem ereções ainda dentro do útero materno. Mesmo homens castrados, sem testículos para fornecer testosterona podem ter ereções (embora geralmente não refiram desejo para tal).

A verdade é que muitos homens sofrendo de impotência apresentam níveis normais de testosterona. Mesmo aqueles que têm baixos níveis de testosterona geralmente apresentam outras causas para a sua impotência. Em muitos casos de impotência, a administração de testosterona tem pouco valor, mas pode dar confiança ao homem, melhorando o seu desempenho, mais por razões psicológicas do que médicas. Certamente que a administração de testosterona aumentará o impulso sexual (desejo).

Pequenos tumores da pituitária podem causa impotência ao provocar um aumento de uma hormona chamada prolactina. Alguns estudos revelaram uma grande incidência de níveis elevados de prolactina em homens impotentes. A nossa experiência tem mostrado que este fenómeno é raro. Se for diagnosticado um aumento da prolactina, pode ser revertido através da administração de medicação (Bromocriptina). Outras alterações hormonais pode estar envolvidas no processo de impotência, geralmente associadas às já referidas.

Os efeitos secundários resultantes de medicamentos prescritos ou tomados em auto-medicação podem determinar impotência. Existem mais de 200 medicamentos de uso corrente que podem causar problemas de impotência. O abuso de álcool e de drogas também pode ser causa do problema.

Álcool

Bebido com moderação, o álcool pode ser útil no relacionamento sexual para fazer desaparecer certas inibições e aumentar a sociabilidade. Contudo consumido em demasia, provocará a depressão do sistema nervoso e criará um efeito entorpecente. O álcool tem um efeito anestésico, portanto não é de espantar que seja difícil ficar sexualmente excitado debaixo do seu efeito. O abuso crónico do álcool em grande número sérios problemas.

■ **Aumento dos níveis de estrogéneos** - Os estrogéneos são hormonas femininas que podem trabalhar contrariamente à hormona masculina, a testosterona, reduzindo o desejo sexual. O abuso no consumo de álcool, vai lesar o fígado o que provocará um nível elevado de estrogéneos.

■ **Neuropatia autónoma** - Uma disfunção dos nervos do pénis que pode ocorrer com o abuso prolongado do álcool. Cinquenta por cento dos alcoólicos que desenvolveram esta neuropatia continuaram impotentes mesmo depois de terem deixado de ingerir álcool.

■ Diminuição da testosterona - Pode existir uma diminuição na concentração da hormona masculina, testosterona, no sangue devido a um decréscimo da sua produção nos testículos ou uma quebra desta hormona por lesões do fígado. Os testículos podem mesmo diminuir de tamanho.

Um doente relata o seguinte: “ Pensei que bebendo álcool isso me relaxaria e ajudaria a ultrapassar o meu problema. Ignorando que o álcool só prejudicava a minha impotência, continuei a beber. Era um circulo vicioso! Se ao menos eu tivesse falado primeiro com um especialista, saberia que o álcool não era a resposta”.

Marijuana

Ao actuar no sistema nervoso, a marijuana causa o decréscimo da hormona masculina, a testosterona. Ainda que os consumidores desta droga refiram que intensifica o orgasmo, ela pode igualmente inibir as erecções normais e baixar o número de espermatozóides. A paragem do consumo reverte a queda dos níveis hormonais.

Heroína, Cocaína, Anfetaminas, Barbitúricos, Sedativos, Tranquilizantes, Hipnóticos, Antihistamínicos, Antidepressivos e Fenotiazinas

Estas drogas e medicamentos podem actuar no sistema nervoso central e/ou periférico. Qualquer uma pode causar a interrupção do mecanismo da condução do impulso nervoso provocando a impotência.

Medicação anti- ulcerosa

A Cimetidina é um medicamento largamente usado no tratamento da úlcera gástrica. Pode aumentar a prolactina no sangue do que resultará letargia, perda do desejo sexual e impotência física. A suspensão da medicação corrige a situação. A Ranitidina, um medicamento equivalente, não causa problemas com a prolactina e pode ser um substituto, mas somente com a concordância do seu médico.

Medicamentos anti-hipertensivos

Os medicamentos ocupam um lugar cimeiro na lista das causas da impotência. Provavelmente os medicamentos mais susceptíveis de causa impotência são os utilizados no controlo da hipertensão. A hipertensão pode ser considerada uma situação clínica em que o coração bombeia o sangue a alta pressão para o fornecer através de vasos sanguíneos estreitados. Muitos dos medicamentos (anti-depressivos) usados no tratamento da hipertensão estão ligados à impotência. Na lista abaixo aparecem alguns dos mais usualmente prescritos:

Nome Genérico **Nome Comercial**

| | |
|-----------------------------------|---|
| Espironolactona | Aldactazine, Aldactone, Aldonar, Nefrolactona, Ondolen |
| Metildopa | Aldomet, Aldoretic, Predopa |
| Clonidina Hidroclorato | Catapresan |
| Reserpina | Brinerdine, Reserpinol |
| Clortalidona | Hygrioton, Slow-Trasitensina, Tenoretic |
| Propranolol | Inderal, Inderal – L-A |

Por vezes, mudando a medicação anti-hipertensiva pode melhorar-se a situação de impotência. Normalmente, contudo, a impotência é o resultado da insuficiência vascular e a hipertensão arterial é apenas mais uma manifestação do mesmo problema. Nestes casos, a troca da medicação não será eficaz. *Na nossa experiência, a maioria dos doentes impotentes que tomavam anti-hipertensivos não beneficiaram com a troca de medicação.* A impotência parece ser muito mais causada pelo estreitamento dos vasos sanguíneos do que pela medicação anti-depressiva.

Terapêutica com estrogéneos para o cancro da próstata

A terapêutica com estrogéneos, que por vezes é utilizada no carcinoma da próstata, aumenta os níveis de hormona feminina na corrente sanguínea, a testosterona. O doente experimentará uma diminuição do desejo sexual e uma quebra gradual da função érectil após um período de tempo mais ou menos longo.

V. Impotência após cirurgia

Em algumas intervenções cirúrgicas, os nervos que provocam e mantêm a erecção podem ser lesados. Isto é particularmente frequente após a cirurgia do cancro do cólon, da próstata ou da bexiga. Ao remover completamente o tecido canceroso os nervos adjacentes podem ser sacrificados. Este dano compromete a capacidade para gerar os impulsos nervosos apropriados para controlar a erecção.

As operações ao cancro são assustadoras para o homem em geral. Porque se trata de uma situação que põe em risco a própria vida, pode ficar confuso e sob grande tensão emocional. A cirurgia do cancro desencadeia um largo espectro de emoções: o medo, negação, fuga, raiva e depressão. Mas, mau grado o stress, têm que ser tomadas decisões rápidas para prevenir prejuízos mais graves para a saúde.

Muitos homens adiam a ida ao médico quando os sinais perigosos se manifestam, com medo de que lhes seja diagnosticado um cancro. Esperando demasiado antes de ir à consulta somente põem em risco a vida. Grande parte dos problemas médicos tem solução se for diagnosticada precocemente.

Alguns homens podem adiar a procura de cuidados médicos por temerem a impotência que pode ocorrer na sequência da cirurgia oncológica. Mas, é importante lembrar que o cancro é um risco de vida e a impotência não. Para além disso, a impotência é facilmente tratável por um andrologista competente.

“Eu não queria viver o resto da minha vida desta maneira”, dizia um doente após ter sido curado de um cancro da próstata pela cirurgia. “A minha mulher merece mais do que um meio homem. Finalmente após ter falado com o meu andrologista, compreendi que o tratamento era possível e poderíamos ter novamente um relacionamento sexual. Eu não tinha que ser impotente, podia viver outra vez!”.

VI. Doença de Peyronie

A doença de Peyronie pode ser confundida com cancro. Um sintoma frequente é um pequeno alto que pode sentir debaixo da pele do pénis. Esta doença provoca uma fibrose no interior dos compartimentos erécteis. À medida que a fibrose progride ao longo das paredes dos compartimentos erécteis, o pénis fica incapaz de se manter direito quando em erecção. O tecido cicatricial começa a repuxar o pénis para o lado em que a fibrose ocorreu, dobrando o pénis na direcção da cicatriz. Por vezes a distorção do pénis é tal que a erecção se torna dolorosa ou tão torcida que a penetração e a relação bem sucedida são impossíveis.

Pior do que tudo, a circulação sanguínea para o pénis pode ser restringida pela fibrose, tornando flácida a zona da glândula. Isto torna a entrada na vagina da mulher muito difícil ou mesmo impossível. A doença de Peyronie não rara em homens com idades compreendidas entre os 40 e os 65 anos, pode ocorrer em qualquer idade. A sua causa é desconhecida, mas pode ser associada ao consumo excessivo de álcool e tabaco. Esta doença produz o máximo de lesões nos primeiros 6 meses a 1 ano e depois torna-se inactiva, deixando cicatriz. Não há cura conhecida.

Medicação, doses elevadas de vitaminas e injeções ou perfusões de esteróides, tem sido tentada mas o sucesso é muito limitado. Geralmente a cicatriz não é incapacitante mas se aparecer impotência ou uma curvatura acentuada, é necessária a sua correcção cirúrgica. Muitas operações têm sido tentadas mas a melhor hipótese de sucesso é a que envolve a colocação de uma prótese peniana. A cirurgia para remoção da fibrose sem a colocação de prótese pode encurtar o pénis e agravar a impotência. Nesse caso a única alternativa é o implante peniano.

VII. Priapismo

O priapismo é uma erecção permanente e dolorosa que ocorre sem estimulação sexual e persiste após 6 horas. Os programas de auto-injecção para tratamento da impotência tornaram-se esta outora rara situação em relativamente vulgar. Formalmente, tratava-se de um problema apenas dos doentes com raras doenças de sangue tais como a anemia de células falciformes. Uma erecção para lá das quatro horas deve ser considerada uma emergência médica! É necessária a intervenção de um urologista para prevenir uma destruição extensa devida à falta de fluxo sanguíneo e de oxigénio para o pénis. Paradoxalmente, o resultado final de uma crise de priapismo é a falência permanente da

capacidade de obter erecções. Esta forma de impotência requer o implante de uma prótese peniana para a sua correcção.

VIII. Impotência causada por lesão traumática

O traumatismo de qualquer parte da região pélvica, pode causar impotência. O diafragma urogenital aloja muitos nervos e artérias, frágeis, que alimentam o pénis. Ferimentos graves ou fracturas da pélvis podem lesionar os nervos ou interromper o fluxo sanguíneo para o pénis.

O traumatismo directo do pénis pode ocasionar uma fractura dos corpos cavernosos. Com este traumatismo, o doente tem dor e inflamação do pénis. Não é possível qualquer actividade sexual. Esta situação requer correcção cirúrgica. Depois de resolvida, a função sexual geralmente volta ao normal.

Os traumatismos da medula espinal também podem causar impotência. A medula espinal está abrigada e protegida pelo pescoço e ossos da espinha (coluna vertebral). As vértebras formam um escudo protector para medula espinal. Ferimentos da medula espinal podem resultar na perda do centro nervoso que controla a erecção. Uma pessoa com este tipo de lesão é incapaz de obter erecções através de estímulos emocionais. Há vários graus de lesão da medula espinal que podem gerar diferentes níveis de impotência.

Um traumatismo da medula espinal altera dramaticamente o tipo de vida do doente. Ver-se confinado a uma cadeira de rodas restringe o vigor da vítima, a sua vida activa. Se um relacionamento sexual normal pode ser mantido, o bem-estar emocional doente e da sua parceira poderá ser preservado. Infelizmente, a maioria dos traumatismos da coluna provocam a perda de capacidade dos doentes para obterem uma erecção na altura própria. A correcção deste tipo de impotência pode muitas vezes preservar a unidade da família e corrigir a depressão resultante de se sentir “um homem incompleto”. Esta impotência de causa neurológica pode ser corrigida através de doses muito pequenas de medicamento injectadas no pénis (auto- injeção peniana de medicamentos vasoactivos) ou através de um implante peniano.

IX. Perturbações neurológicas (quando as fibras nervosas são lesadas por doença)

O controlo do fluxo sanguíneo para dentro e para fora do pénis determina se um homem pode ou não ter uma erecção. Este controlo provém principalmente das fibras nervosas que enervam os vasos sanguíneos e as fibras musculares dos corpos cavernosos. A estimulação do pénis envia impulsos para a parte inferior da medula espinal, e nervos daí provenientes enviam impulsos que actuam no sentido de reter o sangue no pénis. Impulsos vindos do cérebro podem também descer a medula espinal até aos vasos sanguíneos e corpos cavernosos provocando uma erecção (pensamentos eróticos produzem este fenómeno).

Existem numerosas situações clínicas que podem causar lesão em nervos vitais que controlam a receção. A impotência pode ocorrer virtualmente em qualquer tipo de doença neurológica. Alguns exemplos são a neuropatia, o alcoolismo crónico, a esclerose múltipla, a distrofia muscular, a poliomielite, a cirurgia em estruturas

próximas, etc... As causas mais comuns da impotência neurológica, como referimos anteriormente, são a diabetes e os traumatismos por acidente.

X. Doença renal

Atendendo a que os rins actuam como o sistema de filtração do sangue para o organismo, todos os medicamentos, drogas, hormonas e outras matérias absorvidas pela corrente sanguínea passam através dos rins. Quando os rins estão lesados e incapazes de cumprir a sua função, um homem pode tornar-se impotente porque os desperdícios do seu corpo continuam na corrente sanguínea quando deveriam ter sido filtrados e eliminados através da urina.

No início de 1960, foi inventada a hemodiálise. Através da utilização do rim artificial, todos os desperdícios e excesso de água são filtrados e removidos do corpo do doente. Infelizmente, muitos homens que fazem hemodiálise perdem a sua capacidade de obter erecção devido à perturbação emocional resultante da necessidade de se ter que ligar à máquina de diálise. Outros doentes que recorrem à hemodiálise tornam-se impotentes devido às alterações químicas que a diálise lhes provoca (por exemplo, decréscimo da concentração da hormona masculina no sangue).

Felizmente o transplante renal tornou-se uma prática comum. Após o transplante renal, muitos doentes relatam a reversão da sua impotência e retomaram a sua capacidade de manter um relacionamento sexual normal.

Capítulo 4

O DIAGNÓSTICO DA IMPOTÊNCIA

Até há pouco, aos médicos era ensinado que a causa da maior parte das situações de impotência era psicológica e/ ou emocional, isto é “estava toda na cabeça”. Como consequência da invenção das próteses penianas pelos Drs. Small e Carrion de Miami em 1972 e das próteses insufláveis pelo Dr. Brantley Scott em 1973, os investigadores médicos descobriram que tinham estado a prestar um serviço inadequado aos doentes que sofriam de impotência. Em vez da impotência ser um problema de origem fundamentalmente psicológica, os médicos descobriram que a causa é habitualmente orgânica. Para além disso, um andrologista pode descobrir as causas e tratá-las em quase todos os casos, não devendo contudo descurar a avaliação das componentes emocionais e psicológicas, pois o ser humano é um todo interactivo.

A impotência crónica é um problema que afecta cerca de meio milhão de homens em Portugal. Pelo menos 90% destes homens estão incapacitados de obter erecções devido a causas físicas. O diagnóstico e tratamento da impotência física é geralmente coberto pelos seguros de saúde e por alguns serviços de assistência na doença. A ajuda aos homens impotentes é possível qualquer que seja a causa.

Quase todos os homens, numa ou outra altura, tiveram problemas de erecção. A impotência ocasional pode ter várias causas tais como a ansiedade, álcool, fadiga,

estados de doença ou períodos de descompensação metabólica (p.ex. na diabetes). Esta impotência temporária é passageira e não necessita de terapêutica. Se a impotência persiste para além de 3 meses deve ser considerada crónica e é necessário o recurso ao médico. A impotência crónica é a incapacidade para obter ou manter uma erecção por um período de tempo prolongado. Salvo razões emocionais, situacionais ou razão clínica de curta duração, um homem deve estar apto a reconhecer os sintomas de impotência respondendo a estas questões:

Pistas para a determinação da impotência de causa psicológica
(responder sim a qualquer destas perguntas sugere que a sua impotência pode ter causa psicológica)

- tem problemas de ejaculação precoce durante as relações sexuais, e estes apareceram antes da impotência?
- É capaz de manter uma erecção até completar o acto sexual em mais de 60% das tentativas?
- É importante quem é a sua parceira sexual? Sente-se impotente com uma e não com outra?
- De manhã ou durante a noite, sente erecções completas e duradouras?
- Consegue obter erecções completas e duradouras através do toque ou carícias no pénis ou através do sexo oral?
- Se se masturba, consegue obter uma erecção normal?
- Houve recentemente uma separação da sua principal parceira sexual?

Pistas para a determinação da impotência de causa física
(Se responder SIM a qualquer destas perguntas aponta para causa física da sua disfunção erétil)

- Ficou impotente após cirurgia?
- Consegue obter uma erecção mas não consegue mantê-la até ao fim do acto sexual?
- Foi-lhe diagnosticada diabetes? Já alguma vez fez testes para pesquisa da diabetes? Existem diabéticos na sua família?
- Nos últimos três meses, deixou de notar erecção quando acorda a meio da noite ou quando toca o despertador?

- Está a tomar alguma medicação que possa causar impotência?
- Observou alguma modificação na angulação do pénis?
- Reparou na existência de altos ou grãos debaixo da pele do pénis?
- Tem sinais de endurecimento arterial (arteriosclerose)?
- Notou um encurtamento do pénis em erecção?

Durante a sua avaliação clínica, estas e outras questões ser-lhe-ão colocadas. A sua história sexual e clínica representa parte muito importante da avaliação da impotência.

Impotência de causa mista- orgânica/psicológica

(quando a impotência tem causa orgânica mas está intensificada pela ansiedade crónica)

A impotência pode ser um problema variado em muitos doentes. Por vezes têm problemas em manter uma erecção. Outras vezes, há problemas em obter a erecção. Estes doentes não devem ser automaticamente catalogados na categoria das causas psicológicas. Frequentemente, estes doentes têm um problema coadjuvante tal como arteriosclerose em fase inicial. Este problema físico é por vezes fortemente intensificado pela ansiedade de desempenho. O doente está constantemente a pensar “serei capaz”. Não admira que por vezes se sinta emocionalmente perturbado. Esta forma de impotência mista, psicológica/orgânica, é muito comum e em geral responde com sucesso à terapêutica. Apenas é necessário que o doente se coloque nas mãos de um andrologista competente.

O Método para o estudo da Impotência

É importante notar que ainda que esta vasta gama de testes esteja disponível para determinar as várias causas da impotência, alguns doentes não necessitam de tão exaustiva análise. Depois de feita uma detalhada história clínica e um exame físico completo, um andrologista pode decidir se ainda são necessários testes adicionais e quais.

Exame físico

Uma história clínica e exame físico completos são instrumentos muito importantes para o andrologista iniciar o tratamento da impotência. Muitas vezes não é necessária uma bateria de testes completa para concluir qual o problema mais provável. A partir do diagnóstico inicial, o doente pode decidir se quer mais exames ou prosseguir com tratamento. Se forem necessários testes adicionais, estes são alguns com que o doente se pode deparar:

Estudo psicológico

Ainda que os estes tenham revelado a existência de uma causa física para o problema, é conveniente proceder a uma avaliação do estado psicológico do doente, sua capacidade de lidar com a doença e reação do par à situação. Estes dados são importantes no sentido de poderem fornecer algum suporte imediato ao doente e /ou ao casal, prevenir situações que podem comprometer ou desaconselhar a utilização de determinado método terapêutico, e ajudar o indivíduo e/ou o casal a “reencontrarem-se” na nova situação criada pelo tratamento da impotência.

Análises sanguíneas

A impotência pode ter como causa diversas anomalias metabólicas e hormonais. Diabetes, valores de colesterol e de outras gorduras elevados e deficiências hormonais (p.ex. testosterona) são causas comuns. O estudo de um doente impotente pode incluir as seguintes análises clínicas:

1. Hemoglobina glicosilada e glicémia - para determinar a possibilidade de existência de diabetes e o seu nível de compensação.

2. Doseamento da Prolactina - a hormona prolactina pode ter valores elevados na presença de um tumor da pituitária ou devido à utilização de certos medicamentos tais como a Cimetidina.

3. Doseamento da Testosterona - esta hormona masculina tem um papel muito importante no desejo sexual. Uma grande deficiência desta importante hormona dá como resultado um indivíduo do sexo masculino com pouca barba e testículos de tamanho muito reduzido. Uma pequena deficiência pode resultar em ereções de baixa qualidade, mas mais frequentemente, provoca diminuição do desejo sexual.

4. Estudo da Tiróide - este exame mede a actividade da tiróide. Tanto o Hipo como o Hipertiroidismo podem ser associados à existência de disfunções erécteis.

5. Doseamento das gorduras no sangue - concentrações elevadas, especialmente quando crónicas, estão associadas a disfunção eréctil e arterioesclerose.

6. Estudo da função renal - alterações da função renal, desequilibram o organismo e podem ser responsáveis por disfunção eréctil.

7. Estudo do sangue - alterações das células sanguíneas, podem indicar estados de doença que condicionam a disfunção eréctil.

Rigidometria peniana (radial)

Trata-se de um método não evasivo, que pode ser executado em duas situações bem distintas:

1. Durante o sono, no decurso de uma a três noites, o doente é ligado a um aparelho – o rigidómetro – que vai verificar e registar se existem ou não períodos de erecção e quais as suas características, quer no respeitante à tumescência (aumento do volume do pénis), quer quanto à rigidez radial máxima e duração de rigidez eficaz.

Estas medições são feitas em simultâneo na base e na ponta do pénis (Fig.3 e Fig.4).

2. Associada a estimulação sexual visual e manipulação ou estimacção farmacológica da erecção, em laboratório, pesquisando as alterações assinaladas na alínea anterior.

Actualmente, na Clínica Harmonia, associa-se ao teste da rigidometria peniana radial, a rigidometria *axial*, pois constatámos que com alguma frequência, uma boa rigidez medida radialmente, *não* corresponde a uma boa rigidez axial e portante não corresponde a uma normal capacidade de penetração e de manutenção da erecção. Na rigidometria *axial*, a rigidez do pénis mede-se em gramas e é normal a partir de quinhentos gramas.

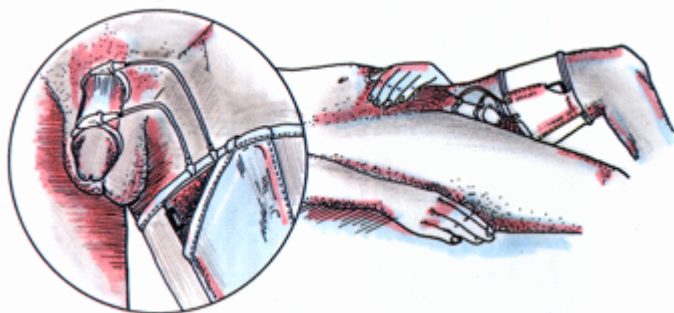


Fig. 3 – Como é aplicado o Rigidómetro



Fig. 4– O Rigidómetro

Estudo ultrassonográfico peniano com Doppler

Trata-se de um aparelho método não invasivo levado a cabo com sofisticados aparelhos de ultrasons que quantificam a capacidade dos vasos sanguíneos responderem à necessidade de um aumento do fluxo de sangue.

Cavernosometria

É um método que permite avaliar a quantidade de sangue necessária para desenvolver e manter uma erecção, bem como avaliar a expansibilidade máxima e rigidez do pénis em

erecção e pesquisar anomalias anatómicas relevantes, por vezes não detectadas pelo próprio doente. A cavernosometria, quando associada a injeção de contraste e visualização com RX, é chamada cavernosografia. Sendo um exame por vezes muito útil, a cavernosografia não deve, em nosso entender, ser realizada por rotina.

E.M.G.-C.C.- Electromiografia dos corpos cavernosos

Este método permite detectar alterações neurológicas e/ou musculares nos corpos cavernosos do pênis. A integridade destas estruturas é essencial para garantir a erecção a este nível.

Outros exames de utilização frequente:

- Arteriografia
- Bioestesiometria
- Densitometria
- Estimulação por medicamentos vasoactivos
- Estimulação vibratória da receção
- Potenciais evocados

Capítulo 5

Tratamentos da Impotência pouco Utilizados

Nota dos autores: um livro dedicados ao tratamento da impotência não ficaria completo sem a discussão dos tratamentos seguintes. Contudo o leitor deve ter em conta que se trata de terapêuticas pouco utilizadas e dar atenção ao capítulo 6 para debate dos tratamentos mais comuns da impotência.

Uma vez que o urologista/andrologista tenha determinado a causa da impotência, distinguindo as causas orgânicas das psicológicas, está em condições de aconselhar o tratamento. Se, através dos exames médicos efectuados, o andrologista concluir que o mecanismo físico está intacto, é sua responsabilidade enviar o doente para o profissional de saúde mental que lhe proporcione o melhor tratamento para o seu problemas psicológico. Muitas vezes, os melhores resultados são atingidos quando o andrologista e o psicólogo trabalham em equipa na procura do melhor tratamento, conduta que advogamos e promovemos.

Muitos trabalhos estimam em menos de 50% a taxa de sucesso para o aconselhamento sexual. Relativamente a métodos terapêuticos mais formais, dos quais a psicoterapia comportamental ou a psicanálise são dois exemplos extremos, a taxa de sucesso é desconhecida, pois verifica-se com frequência que no início da psicoterapia a impotência passa a ser um sintoma de segundo plano.

Se, no decorrer ou após uma tentativa adequada de psicoterapia, o psicólogo entender conveniente a intervenção médica, pode ser pedida a colaboração do andrologista no sentido de recorrer à auto-injecção ou a outra forma terapêutica para relançar a actividade sexual, ajudando a desbloquear algumas inibições e resistências do doente ou do casal. Só muito excepcionalmente estará indicado o implante de uma endoprótese peniana numa impotência de causa psicológica.

Convém salientar que quer nos casos em que a causa é puramente psicológica, quer naqueles em que existe uma causa orgânica bem determinada, é aconselhável a avaliação psicológica do casal e eventualmente o seu acompanhamento em simultâneo com a terapêutica médica.

Tratamentos médicos da impotência

Ioimbina

Outrora considerada pelos antigos gregos como um afrodisíaco, este medicamento, extraído da casca de uma árvore, aumenta o fluxo sanguíneo do pênis através da restrição do fluxo de saída. Pode também ter um efeito central (no cérebro) aumentando o impulso sexual (lívido). É por esta razão que alguns médicos trataram a frigidez da mulher com este medicamento. O produto é bem tolerado, tem poucos efeitos secundários e é relativamente barato.

No passado a ioimbina foi associada com várias outras substâncias para formar uma espécie de “cocktail anti-impotência” (tudo numa única cápsula). Algumas das substâncias usadas incluíam a estriçnina, a cafeína, a testosterona, o zinco e até anfetaminas. Não há qualquer prova de que estas combinações sejam mais eficazes que a ioimbina simples em doses adequadas.

São necessárias no mínimo quatro semanas de tratamento antes de se poder avaliar o sucesso ou fracasso da terapêutica. Quando a ioimbina resulta, o tratamento tem que continuar indefinidamente senão a impotência volta a manifestar-se.

As publicações médicas referem uma taxa de sucesso de cerca de 25% para a ioimbina no tratamento da impotência. Parece resultar pior nos casos de insuficiência vascular. Na nossa experiência a probabilidade de sucesso pode ser prevista pelos resultados da medição da rigidez e duração da erecção do pênis (pletismografia peniana) obtida através do teste da rigidometria com o RigiScan da Dacoméd (ver Fig. 4).

A percentagem de resposta das impotências de causa orgânica à ioimbina é no melhor dos casos pouco significativa. No entanto, dada a sua fácil administração, segurança e

baixo custo, este tratamento é frequentemente ensaiado como um tratamento de primeira linha. Muitos doentes não aceitam de início métodos mais evasivos de tratamento e querem resolver o seu problema com uma “pílula mágica”. Começando por prescrever a ioimbina ajudam-se muitas vezes os doentes a perceber que os comprimidos não constituem resposta e preparam-se para aceitar outros tratamentos. Os efeitos colaterais, ainda que pouco frequentes, são ansiedade, náusea, rubor e tonturas.

Correcção do desequilíbrio hormonal - prolactina e testosterona

Níveis elevados de prolactina (a hormona segregada pela pituitária que estimula da produção de testosterona pelo testículo) pode causar impotência no homem sem quaisquer outros sintomas. Tal situação pode em raros casos estar relacionada com um tumor da pituitária mas mais vulgarmente é devida a medicação (Cimetidina) ou a desequilíbrio hormonal.

O excesso de produção de prolactina pode ser corrigido pela administração de bromocriptina (Pardodel). Níveis elevados de prolactina podem ser encontrados em menos de 1% de todos os homens sofrendo de impotência. Baixos níveis de testosterona total e/ou testosterona livre raramente são devidos a desequilíbrio hormonal. São habitualmente atribuídos a causa desconhecida. Após doenças da pituitária, os testículos e a tiróide ficam desregulados e os níveis de testosterona podem ser tratados com a injeção de 200 a 300 mg.

De hormona de acção retardada todas as duas a quatro semanas. Se a impotência raramente é causada pela baixa da testosterona e a maior parte dos doentes impotentes não tira qualquer benefício dum suplemento hormonal. Pior ainda, as injeções de testosterona podem deixar o doente com um aumento do desejo sexual (lívido) mas com a mesma incapacidade para conseguir uma erecção suficiente.

Muitos especialistas consideram a administração oral de testosterona uma perda de tempo e de dinheiro dado que a hormona é muito fracamente absorvida no tracto gastrointestinal. Para que seja eficaz a testosterona deve ser dada em injeção. Os doentes que tomam injeções de testosterona devem ser sujeitos a um controlo apertado no que respeita ao desenvolvimento de cancro da próstata. As injeções *não causam cancro da próstata*, mas se este surgir a testosterona suplementar ajuda-o a crescer.

Deixar de fumar

A vaso constrição estreita os vasos sanguíneos do pénis. Uma das suas causas é a nicotina do tabaco que origina uma diminuição do fluxo de sangue para o pénis. O consumo prolongado de tabaco durante muitos anos também aumenta a deposição de material (chamado colóide) nas paredes dos pequenos vasos do pénis que é a causa directa da impotência por “incapacidade de encher”.

Os especialistas calculam que são necessários 50 anos/maço para causar impotência. Os anos/ maço são definidos como o número de maços fumados num dia vezes os anos de fumador. Por exemplo um homem de 50 anos que fumou 2 maços por dia durante 32 anos pode ser descrito como tendo 64 anos /maço.

Parar de fumar pode melhorar a erecção. Se a pessoa usar novos adesivos com nicotina como ajuda para deixar de fumar, não sentirá qualquer efeito até que os deixe de usar. Alguns estudos médicos demonstram resultados efectivos da Isoxuprina no retomar das erecções em doentes que foram grandes fumadores e deixaram o tabaco. Efeitos secundários desagradáveis são raros e a dose é de 10 a 20 mg. por dia.

Lamentavelmente, os indivíduos mais velhos (nos quais a arteriosclerose está associada) pode ter lesões irreversíveis e o deixar de fumar não lhes devolve a potência. Contudo, na nossa prática, é sempre pedido ao doente que deixe de fumar ainda que pensemos que o resultado em termos de recobro da potência não seja encorajador. Do nosso ponto de vista, há muitos outros problemas de saúde relacionados com o consumo de tabaco e que são muito mais ameaçadores para a vida de cada um do que a impotência. Encaramos o tratamento da impotência como uma boa oportunidade para ajudar o doente a eliminar esta dependência auto-destrutiva.

Reduzir o consumo do álcool

Em pequenas quantidades, o álcool pode ser um “lubrificante” social e um auxiliar sexual. Um dos dois cocktails, cervejas ou copos de vinho podem mesmo aumentar a capacidade para obter uma erecção. Contudo, mais do que um ou dois, actuam como depressor e podem inibir a erecção.

O abuso actua como anestesia e impede de forma activa a erecção. A perda temporária da capacidade de obter uma erecção depois de uma noite de copos é bem conhecida de todos os grandes bebedores. A impossibilidade de atingir o orgasmo é outro efeito do excesso de álcool e pode persistir por vinte e quatro horas. O alcoolismo leva à lesão dos nervos e do fígado e pode causar impotência permanente. Os alcoólicos desenvolvem uma neuropatia periférica, situação que causa lesão dos pequenos nervos que são os mais distantes do sistema nervoso central.

Os sintomas são perda difusa de sensibilidade, dificuldade em dizer qual a posição dos pés e perturbação da coordenação de pequenos movimentos complexos. Os alcoólicos acabam por apresentar lesões dos pequenos nervos que regulam a erecção. A lesão hepática alimentada pelo prolongado abuso de álcool causa desequilíbrio hormonal com excesso de produção de hormona feminina (estrógeno) e baixa produção da hormona masculina. É muito comum a falta de interesse na actividade sexual por parte dos alcoólicos quando estão “apaixonados” pela garrafa.

Depois do tratamento, o alcoólico recuperado pode descobrir para sua frustração que é incapaz de obter uma erecção apesar de já se manter sóbrio por vários anos. O seu longo percurso de bebedor inveterado causou-lhe lesões nervosas permanentes. *Na nossa experiência, um período de abuso álcool num homem jovem pode vir a causar-lhe impotência de outra origem muito mais cedo, ainda que tenha deixado de beber em excesso há vários anos.* O álcool é pois um factor de risco e de agravamento das situações de impotência.

Os grandes fumadores e bebedores têm um alto risco de desenvolverem impotência numa idade relativamente jovem. Temos visto um grande número de doentes sofrendo de impotência com 50 e poucos anos de idade que foram (ou são) grandes fumadores e bebedores. Estes homens não tinham quaisquer outras causas demonstráveis para a sua

impotência mas eram-no e de causa física conforme se provava no teste de rigidez. *A combinação de excesso de álcool e de nicotina é um desencadeador particularmente potente do falhanço na cama.*

Capítulo 6

Tratamentos Correntes da Impotência

No capítulo anterior falamos de vários tratamentos que são *ocasionalmente usados*. As próteses externas de vácuo, as injeções intracavernosas, a cirurgia vascular de bypass arterial, a cirurgia vascular da fuga venosa, a associação destas duas, e as endóproteses penianas são as leis terapêuticas utilizadas em mais de 90% de todos os doentes tratados.

Iremos analisar cada um destes métodos (adiante sublinhados) de uma forma crítica, decompondo cada um deles em aspectos positivos e negativos.

Tipos de tratamentos correntes da impotência:

- A.** Aparelhos de compressão por vácuo ou próteses externas de vácuo
- B.** Injeções intracavernosas
- C.** Cirurgia vascular de bypass arterial
- D.** Cirurgia vascular de fuga venosa
- E.** Endopróteses penianas

1. Maleáveis:

- a.** Semi-rígidas **b.** Ajustáveis

2. Mecânicas

3. Insufláveis auto-contentoras

4. Insufláveis multicomponentes:

- a.** De duas peças **b.** De três peças

Os aparelhos de compressão por vácuo

A terapêutica por prótese externa de vácuo é um método mecânico, não cirúrgico de preencher o pénis com sangue e simular a erecção natural (Fig.5).

Baseia-se no princípio de que uma erecção pode ser induzida colocando o pénis numa câmara ou cilindro de vácuo que aspira o sangue para o tecido érectil do pénis. O ar é removido do cilindro por uma bomba (manual ou eléctrica), levando o sangue a entrar no pénis.

A erecção é mantida retendo o sangue no pénis pela aplicação de uma tira elástica apertada em torno da base do pénis. Depois do anel constritor ser colocado em volta da base do pénis a câmara de vácuo é retirada (Fig.6). O doente pode então ter a relação sexual. A tira elástica pode permanecer colocada até aos 30 minutos.



Fig. 5 - Prótese externa de vácuo (modelo eléctrico) imagem gentilmente cedida pela Ergométrica. Lda.



Fig. 5A - Prótese externa de vácuo (modelo manual e acessórios) imagem gentilmente cedida pela Ergométrica. Lda.

As próteses externas de vácuo têm sido usadas por muitos doentes. Alguns estão satisfeitos com estes aparelhos como forma de tratamento a longo prazo da sua disfunção eréctil. São também úteis como ajuda temporária durante o aconselhamento na impotência de causa psicológica. Alguns andologistas usam-nas como forma de determinar o verdadeiro interesse dos doentes que pensam fazer um implante de prótese ou para aqueles em que as próteses tiveram de ser cirurgicamente removidas.

Alguns autores europeus referem o desenvolvimento de erecções naturais após o tratamento com aparelho de vácuo mas tal não acontece na literatura médica americana.

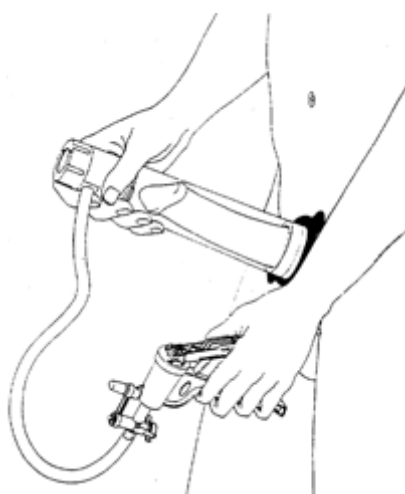
São extramente raras as lesões relacionadas com o uso destes aparelhos, ainda que as equimoses sejam frequentes. Segundo os maiores fabricantes, 90% dos utilizadores dos dispositivos de vácuo referem erecções “satisfatórias”. Contudo, poucos inquiridos consideram as suas erecções “muito boas”.

Na nossa experiência, a terapêutica pelo vácuo tem uma taxa muito alta de desistência. Um levantamento da situação junto dos nossos doentes mostrou que após um ano, apenas um terço estava satisfeito e continuava a usar o aparelho.

Os restantes tinham optado por outra das soluções ou tinham perdido o interesse na terapêutica da sua impotência. Alguns dos nossos doentes ficam preocupados porque com a erecção induzida pelo vácuo o pénis ficou frio, arroxeadado e pouco consistente. Isto pode ser explicado pelo facto de que um terço do pénis está no interior do corpo (Fig.2) e essa porção do pénis não é dilatada com sangue. Daí que a erecção não tenha onde se apoiar. Outros doentes queixaram-se que o aparelho necessita de sete a dez minutos para actuar, interrompendo os preliminares e deixando a parceira “fora da onda”.

Se o anel de borracha estiver demasiado apertado, a ejaculação torna-se desconfortável, difícil de conseguir ou até impossível. Além disso, não só a constrição forçada da base do pénis é incómoda, como também o anel de borracha entra por vezes em contacto directo com a vulva e o clitóris, constituindo uma perturbação suplementar para a parceira.

Há pelo menos 15 empresas a fabricar aparelhos passíveis de prescrição médica e muitos mais são vendidos em lojas de sexo sem qualquer prescrição.



Parece haver um grande interesse neste tipo de tratamento por parte dos novos doentes impotentes. Os dispositivos de vácuo têm muito para oferecer como terapêutica inicial. São indolores e não são evasivos. Não precisam de espetar agulhas ou de cirurgia.

São relativamente baratos, em muitos casos é possível o reembolso das despesas feitas. Apesar de tudo, na nossa experiência, muitas pessoas seriamente interessadas em retomar uma vida sexual natural apenas usam esta terapêutica por um curto espaço de tempo.

Fig. 6- Representação de utilização da prótese externa de vácuo (modelo manual)

B. Injecção intracavernosa – “ Ereccção por injecção”

Um dos métodos mais populares de tratar a impotência envolve a injecção de uma pequena porção de um medicamento directamente no tecido erétil do pénis (Fig.7). O medicamento dilata as artérias e relaxa o delicado músculo liso do compartimentos erécteis. O fluxo sanguíneo total através do pénis fica facilitado e a ereccção é natural e rígica.

A medicação é injectada directamente nos corpos cavernosos com uma fina agulha de insulina provocando apenas um leve desconforto (Fig. 8). A ereccção ocorre geralmente passados dez minutos e, ao contrário da que é induzida pelo aparelho de vácuo, geralmente não se distingue de uma ereccção natural. Esta ereccção dura habitualmente 30 a 90 minutos. Sessenta e cinco por cento de todos os doentes com impotência respondem favoravelmente neurogénica (p.ex. lesão da medula espinal).

Estes doentes apenas necessitam de pequeníssimas quantidades de medicação. É também útil na impotência vascular, ligeira a moderada, mas requer doses mais elevadas. O teste de rigidez pode ajudar o andrologista a quantificar o grau de incapacidade erétil e a determinar a dosagem. A dose adequada obtém-se através de uma série de “testes de dose”, administrados sob supervisão do andrologista.

Enquanto é submetido a estes testes o doente é ensinado a auto-injectar-se. O ideal é que o medicamento induza 75% da ereccção deixando que o doente possa atingir os 100% através da excitação sexual. Uma dose que se propõe levar a ereccção a 75% é muito menos susceptível de efeitos secundários, do que uma injecção que leve a 100% sem excitação sexual.



Fig. 7- Kit para autoinjecção de PGE. Imagem gentilmente cedida pela Upjohn Company.



Fig. 8- “Tratamento com injecção peniana”

Há vários medicamentos próprios para a injecção indutora de ereccção. A papaverina, um vasodilatador desenvolvido para os vasos coronários foi o primeiro a ser usado em 1984. Mais tarde foi-lhe associada a fentolamina para potenciar a papaverina e permitir dosagens mais baixas. A mistura destas duas substâncias permitiu a dezenas de milhar de homens o regresso a uma vida sexual saudável.

Lamentavelmente, grandes grupos de doentes usando estas duas substâncias tiveram uma taxa de complicações superior a 20%. O problema mais frequente foi o priapismo. O priapismo é a ocorrência de uma prolongada erecção na ausência de excitação sexual. O que acontece é que estas erecções quimicamente induzidas numa mais desaparecem! O sangue estagnado no pénis necessita de ser purificado do produto químico causador da erecção. O doente tem de ir à urgência- normalmente a meio da noite- e têm que lhe ser injectados no pénis antídotos da injeccção para a erecção. Por vezes é necessário que o urologista use grandes agulhas para retirar o sangue estagnado. Muito raramente é preciso recorrer à cirurgia para reverter a erecção.

Uma erecção que se prolongue por mais de quatro horas deve ser considerada uma emergência médica e o doente tem de ser preparado para desintoxicação. O problema do priapismo após a injeccção indutora de erecção é maçador mas reversível, se for prontamente tratado. Por ser desastroso se o tratamento for protelado por muitas horas. O resultado de um priapismo não tratado é um pénis fibrosado incapaz de qualquer futura erecção. Um outro problema associado à terapêutica por injeccção intracavernosa é a equimose no sítio da picada.

Uma complicação mais grave é a fibrose no interior do corpo cavernoso no sítio da injeccção. Esta situação pode causar encurtamento e curvatura do pénis semelhante à que se observa na Doença de Peyronie. É também conhecido que muitos homens desenvolvem tolerância à medicação necessitando de doses cada vez maiores com o decorrer do tempo. Altas doses aumentam a probabilidade de ocorrerem efeitos secundários indesejáveis. Eventualmente, apesar do aumento da dose, a medicação deixa de ter utilidade. No final dos anos 80 passou a dispor-se de um novo medicamento injectável- a protaglandina E1.

Esta substância semelhante a uma hormona produz a mesma boa erecção mas com uma muito menor incidência de priapismo. Infelizmente, trata-se de uma medicação bastante cara. Outra desvantagem deste medicamento é sua instabilidade à temperatura ambiente o que obriga a refrigeração. Por último, alguns doentes queima-se de dor no sítio da injeccção horas depois de terem relações sexuais.

A nossa experiência mostra que a medicação mais efectiva através de injeccção é um “cocktail” de papavernina, fentolamina e prostaglandina E1. Neste “Triple Mix” os produtos parecem potenciar-se entre si em associação permitindo baixar as doses de cada um deles tornando assim a medicação mais barata e com menor incidência de priapismo ou de outras complicações. É pena que muitos homens refiram perda de eficácia com o uso prolongado destas substâncias. Também deve ser referido que nenhum destes medicamentos foram ainda aprovados pela Food and Drug Administration dos E.U.A..

No nosso país foi aprovado e colocado no circuito comercial um medicamento, o ALPROSTADIL, que corresponde ao desenvolvimento da Prostaglandina E1, e que – sendo da maior utilidade- é infelizmente muito caro. Mesmo a papaverina, a substância mais vulgar usada com esta finalidade, “não é indicada para o tratamento da impotência masculina” segundo a bula que acompanha a embalagem do seu principal fabricante. A despeito destes factores negativos, milhares de homens estão hoje envolvidos em programas de injeccção para indução da erecção. Estes homens sentem-se muito felizes com o retomar da sua actividade sexual e dispostos a correr um risco mínimo.

Do nosso ponto de vista, a terapêutica através da injeção está indicada como primeira linha se o doente e/ou o casal estiverem em condições de a utilizar. É também útil naqueles casos em que os doentes estão a ponderar, hesitantes em se submeterem a uma intervenção cirúrgica, ou em doentes sem recursos para a operação. Usamos habitualmente uma injeção de substância vasoactiva no nosso protocolo de diagnóstico e aproveitamos a receção resultante (ou a sua ausência) para saber do doente a sua apreciação do método.

Enquanto muitos centros de andrologia utilizam a injeção intracavernosa como a sua terapêutica mais comum, nós continuamos a considerá-la, até ao momento, como uma terapêutica a curto prazo, a equacionar entre outras. Esta opinião pode vir a mudar com o desenvolvimento de melhores agentes vasoactivos injectáveis, ou com a aprovação pela F.D.A. e pelas autoridades Sanitárias Nacionais.

C. Cirurgia vascular (bypass arterial)

A erecção normal depende de um aumento de sete vezes no fluxo sanguíneo arterial. É claro que doentes com significativa doença arterial generalizada ou com problemas localizados nas artérias do pénis, não estão aptos a conseguir um aumento adequado do influxo arterial após a receção nos vasos sanguíneos da correspondente mensagem nervosa.

A cirurgia correctiva vascular do pénis, utilizando um bypass arterial (idêntico ao bypass cardíaco) é praticada em poucos centros dos Estados Unidos e da Europa. Doentes com factores de risco significativos como ataque cardíaco, hipertensão arterial, consumo prolongado de tabaco, colesterol elevado ou idade superior a 50 anos não são candidatos a este tipo de cirurgia.

Doentes jovens com problemas arteriais localizados com os que resultam de uma lesão de cavalgar (ciclismo, motociclismo, montar a cavalo, etc.) ou traumática de outra origem, podem obter excelentes resultados com um bypass arterial do pénis. Tal procedimento é semelhante ao que vulgarmente se pratica nas artérias coronárias e pode associar-se à cirurgia de correcção da fuga venosa. Num grupo de doentes muito bem seleccionados a taxa de sucesso pode ser superior a 60%.

Esta cirurgia é muito demorada, cara e pode ter efeitos colaterais significativos de inflamação do pénis e alteração da sensibilidade, e muito raramente um processo cicatricial susceptível de reduzir e/ou condicionar as dimensões e apresentação do pénis em erecção.

O pós-operatório é mais complexo e prolongado do que em, qualquer outra das opções cirúrgicas, exigindo abstinência sexual durante 12 semanas.

D. Cirurgia vascular da fuga venosa

Pode ser executido um outro tipo de cirurgia vascular em doentes jovens que começam por ter boas erecções que rapidamente diminuem antes de terminarem as relações sexuais. Quando estes doentes são estudados pelas caverno sometria/grafia, podem evidenciar-se veias anormais e uma drenagem anómala do sangue. Estes doentes sofrem

do que se chama “fuga venosa”. Foi desenvolvida cirurgia destinada a encerrar estes canais de drenagem anormal.

O sucesso inicial em doentes bem seleccionados é de 80%. Infelizmente, a percentagem de doentes satisfeitos diminui com o tempo e dois anos depois só cerca de 60% dos doentes referem erecções satisfatórias. Tal como a cirurgia arterial, a correcção da fuga venosa pode apresentar efeitos secundários desagradáveis (os mesmos assinalados para a cirurgia de bypass e seis semanas sem ter relações sexuais). Como já foi dito, podem associar-se os dois tipos de cirurgia vascular aumentando as prespectivas de sucesso a longo prazo.

O índice de sucesso deste tipo de cirurgia vai depender em grande parte da perfeita selecção dos candidatos, da experiência do cirurgião e da interacção entre a pessoa tratada e a equipa que a tratou para uma recuperação funcional efectiva, nem sempre fácil. Se bem que a cirurgia de revascularização de artérias e veias do pénis não possa ufanar-se de conseguir mais do que os 95% da satisfação proporcionada à parceiras dos doentes como implantes penianos, os homens impotentes continuam a desejar que a sua erecção seja restaurada tão naturalmente quanto possível. Tal facto, continua a estimular a pesquisa de novos métodos em cirurgia vascular e de novos agentes químicos.

E. Implante de próteses penianas

Uma prótese peniana é um dispositivo que é cirurgicamente implantado no interior do pénis e permite ao doente impotente obter uma erecção quando desejar. Habitualmente há quatro tipos de próteses penianas: flexível, maleável, mecânica e hidráulica insuflável de 1, 2 ou 3 componentes.

O implante de prótese peniana é hoje um processo muito seguro e as próteses são relativamente isentas de complicações. Com efeito, a nossa taxa de sucesso habitual aos 5 anos é de 86% para o conjunto das várias próteses. O que significa que apenas 14% de todos os implantes tiveram uma qualquer dificuldade que requereu nova cirurgia nos primeiros cinco anos.

Se considerarmos as reoperações devidas a problemas mecânicos, a taxa de sucesso aos cinco anos aproxima-se dos 96%. Nem sempre foi assim. De facto, nos anos 70 os dispositivos tinham uma taxa de revisões superior a 70% - quase sempre por razões mecânicas. Estas primeiras estatísticas deram à cirurgia da prótese como tratamento da impotência uma fraca reputação entre muitos urologistas.

História da prótese peniana

O primeiro implante peniano foi realizado em 1936 quando um cirurgião retirou um pedaço de cartilagem costal e o implantou no pénis de um homem como dispositivo endurecedor. Acabou por ser absorvido pelo organismo e deixou de funcionar. Contudo, esta referência estimulou a pesquisa e muitas tentativas subsequentes para encontrar um material que endurecesse o pénis e permitisse assim a penetração.

Em 1972, os Drs. Small e Carrion da Universidade de Miami inventaram a haste maleável semi-rígida. Estas hastes eram em silicone de uso médico e foram bem toleradas pelos doentes. Além disso, os doentes referiam o seu êxito funcional.

Em 1973, o Dr. Brantley Scott da Universidade de Baylor inventou a primeira prótese peniana insuflável. Tal facto constituiu um extraordinário avanço e permitiu aos doentes comandar à sua vontade a erecção e a flacidez. Este dispositivo insuflável era notável dado que era praticamente indetectável no estado de flacidez e a erecção tinha uma aparência bastante normal. Todos os dispositivos adiante enunciados são melhoramentos posteriores dos modelos concebidos por estes inovadores urologistas.

Próteses flexíveis e maleáveis(Small- Carrion, Menthor- Acuform, AMS 600, Flexirod, Jonas, Subrini)

Estes tipos de próteses (Fig.9, 10 e 11) têm vindo a ser utilizadas há cerca de vinte anos, e através do tempo desenvolveram-se muitas versões diferentes. Este tipo de implante cria uma semi-erecção permanente e, consoante o implante que se utilize, apresenta diferentes graus de acomodação em repouso (Fig. 12 e 13). Oferecem a vantagem de serem as menos caras. Implantam-se com facilidade e têm um índice muito baixo de complicações mecânicas.



Fig.9- Prótese maleável acuform imagem gentilmente cedida pela SUMSA.

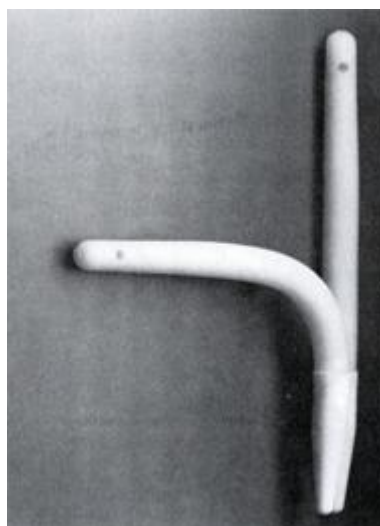


Fig.10 - Prótese semirígida AM5 600 imagem gentilmente cedida pela B.Braun Company.

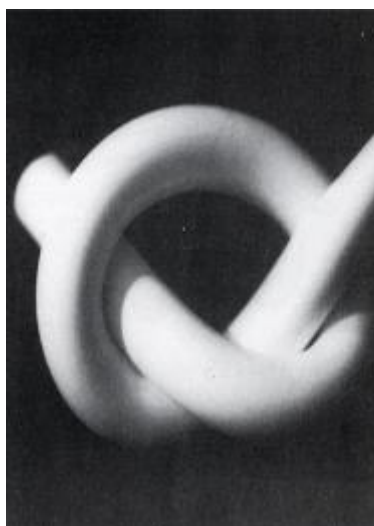


Fig. 11- Implante macio de Subrini. Imagem gentilmente cedida pela Ergométrica. Lda.

A desvantagem é a de que a erecção não é tão boa como a que se obtém com os dispositivos hidráulicos e não tem expansão circunferencial. A prótese maleável pode ter um núcleo aramado para ajudar a sua flexão permitindo que o homem possa dobrar o pénis na direcção que lhe for mais conveniente. Há muitos utilizadores que dizem ser necessário ajustar o pénis quando mudam a posição do corpo, por exemplo quando se sentam ou se põem de pé.

Próteses Mecânicas

(Omniphase, Duraphase e Dura II da Dacomed)

Este engenhoso dispositivo tem um mecanismo accionado por cabo que permite a erecção do pênis dobrando-o para retesar o cabo, podendo também deixá-lo flácido dobrando-o de novo. Dada a melhoria da sua flacidez e acomodação, este implante poderá tornar-se muito atraente para os doentes insatisfeitos com a erecção e flacidez que se podem obter com o dispositivo flexível ou maleável. O modelo Dura II, corresponde à 3ª geração deste tipo de implante, com uma fiabilidade e segurança acrescida em relação aos anteriores (Fig. 14 e 15).

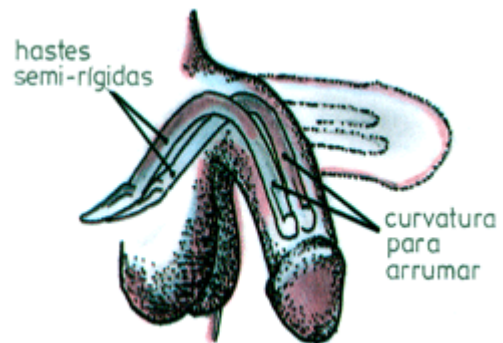
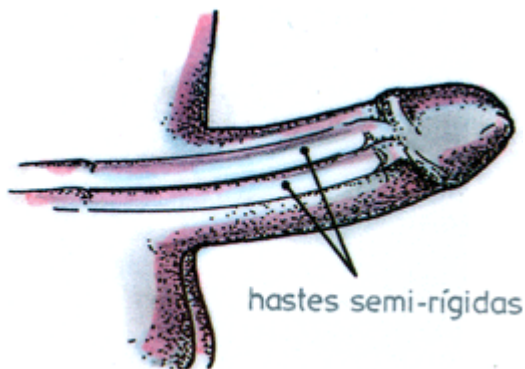


Fig. 12 - Em posição erecta à qual se pode acrescentar a erecção do próprio **Fig. 13** - Em posição de repouso.

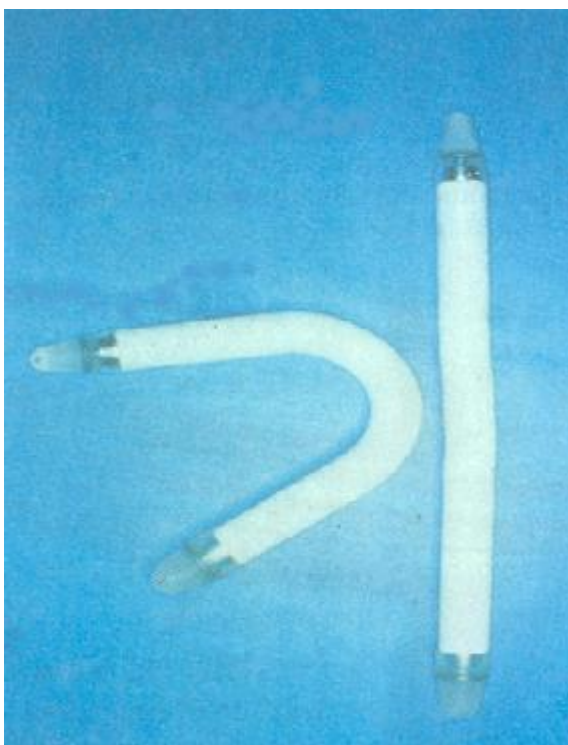


Fig. 14 - Prótese mecânica Dura II. Imagem gentilmente cedida pela Ergométrica, Lda.

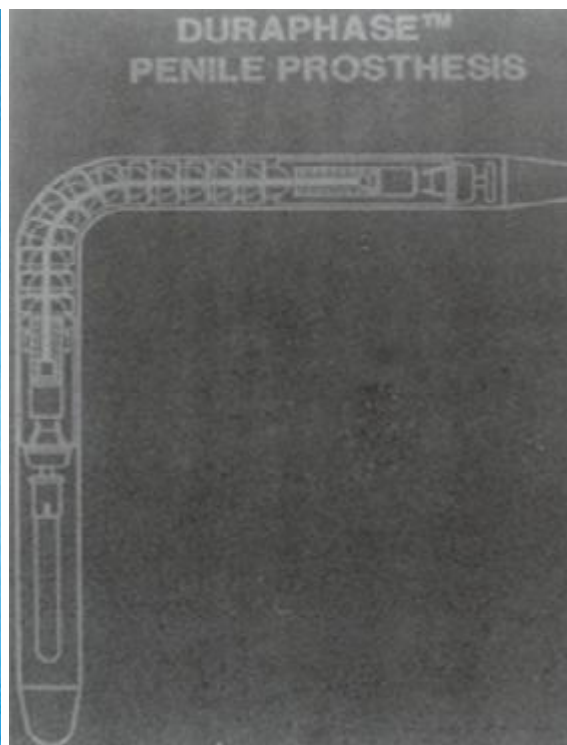


Fig. 15 - Representação da estrutura de prótese mecânica. Imagem gentilmente cedida pela Ergométrica, Lda.

Próteses Hidráulicas ou insufláveis de 1 componente (Hydriflex e Dynaflex da AMS)

A prótese insuflável de 1 componente ou auto- contentora é colocada cirurgicamente através de uma pequena incisão na base do pénis. Esta prótese pode ser considerada como uma “haste líquida”. O sistema pode ser composto por um reservatório cheio de fluido, válvulas e uma bomba de insuflar-tudo contido numa única peça a implantar. A erecção é conseguida apertando a bomba que fica situada por trás da glande. São necessárias duas hastes- uma para cada corpo cavernoso. Assim, é preciso bombear cada implante várias vezes para obter a erecção.

A desinsuflação consegue-se dobrando o pénis a 90 graus e segurando-o nessa posição durante 10 segundos. Isto acciona uma válvula de esvaziamento, o fluído regressa ao reservatório e o pénis fica mole. (Fig. 16 e 17). Esta prótese é considerada a mais fácil de colocar de todas as insufláveis e causa muito menos desconforto ao doente após a intervenção cirúrgica do que as próteses insufláveis multi- componentes. A operação causa tão pouco incómodo que geralmente pode ser executada com anestesia loco-regional e nalguns casos mesmo sem internamento.

Ainda que se trate de facto de um dispositivo insuflável, a flacidez nunca é completa, dado que o pénis mantém uma tumescência. Também a erecção não é máxima por que não há uma adequada expansão circunferencial ou radial. Quando comparada com a

prótese de três peças adiante descrita, nem a erecção nem a flacidez são satisfatórias. No entanto, os resultados com uma prótese auto-contentora são superiores aos das flexíveis, maleáveis e mecânicas descritas atrás, e o modelo mais recente, a Dynaflex, introduzida no mercado em 1990, corrigiu parcialmente a falta de expansão circunferencial e deficiente flacidez de que se queixavam os utilizadores da Hydroflex original, lançada em 1984.

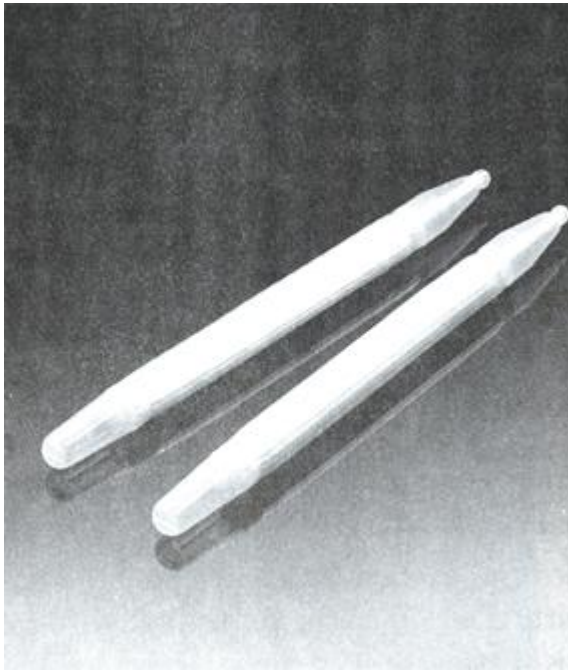


Fig. 16 - Prótese hidráulica de 1 componente - Dyna Flex. Imagem gentilmente cedida pela B. Braun Compagny.

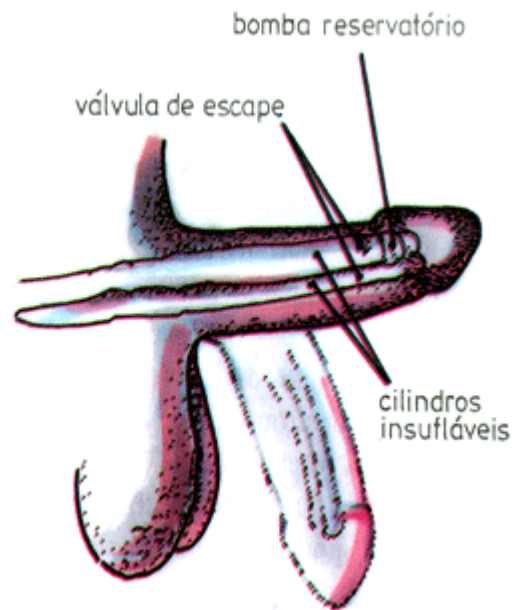


Fig. 17 - Representação do funcionamento com Dynaflex - prótese Hidráulica.

Esta prótese tem sido uma opção muito popular em doentes idosos que queiram um mínimo de cirurgia e ao mesmo tempo um dispositivo fiável e fácil de acomodar. Para estas pessoas é menos importante a aparência do pénis em erecção ou flacidez. Um dos autores deste livro participou na investigação clínica destes dispositivos quando estiveram em processo de aprovação pela F.D.A..

Após o licenciamento ficou muito entusiasmado e colocou mais de 300 destas próteses. Infelizmente, a experiência mostrou-lhe que a semi-rigidez destes dispositivos actua com o tempo como expensor dos tecidos ocasionando um ligeiro alongamento do pénis. Daqui pode resultar uma erecção pouco consistente dois anos após o implante originando a insatisfação nos doentes. Removeu 45% de todas as próteses auto-contentoras colocadas quer por falência mecânica quer por insatisfação do doente. Em geral substituímos as próteses por implantes insufláveis de três peças e muitos doentes ficaram satisfeitos com as suas novas erecções. A nossa experiência mostrou-nos que a

prótese insuflável de 3 peças (de que mais adiante falaremos) oferece uma segurança mecânica superior e uma maior satisfação dos doentes. Actualmente, há algumas razões para utilizar as próteses insufláveis auto- contentoras, nomeadamente:

A prótese hidráulica insuflável de 1 componente como tratamento do retraimento pré-púbico: o “pénis desaparecido”

Alguns doentes idosos obesos, têm uma situação que os médicos designam por retraimento pré-púbico do pénis. Tal situação que é devida à obesidade e a um débil tónus muscular, é caracterizada pelo facto de parecer que o pénis recolheu para dentro do corpo. Alguns chamam-lhe o “pénis desaparecido”. A prótese insuflável auto-contentora é a prótese de escolha para estes casos dado que a relativa rigidez do dispositivo traz o pénis para fora do plano do corpo, proporcionando melhor aspecto exterior que qualquer dos outros implantes disponíveis quer na erecção quer na flacidez. Os autores têm tratado o problema do retraimento pré-púbico do pénis com muito sucesso usando a prótese auto-contentora.

A prótese hidráulica insuflável multi- componente, de duas peças (Mark II da Menthor)

Num esforço para comercializar um dispositivo que não precise de um reservatório colocado no abdómen, este implante associa bomba e reservatório numa única unidade que se localiza no escroto. A segunda parte deste aparelho consiste em dois cilindros previamente ligados à primeira unidade e colocados no pénis (Fig. 18). Este implante produz erecção e flacidez satisfatória e requer uma cirurgia mais simples que o dispositivo de três peças de que lhe falaremos adiante. É usado como primeira escolha nos casos em que o andrologista quer evitar situações colocar um reservatório no abdómen. Pode ser este o caso de doentes que foram submetidos a radiações de forma extensiva ou que foram submetidos a radiações de forma extensiva ou a cirurgia abdominal. A desvantagem deste implante é a de que o reservatório escrotal só pode conter 15 cc. de fluido a libertar para os cilindros. Depois de um certo tempo, este fluido não é suficiente para uma erecção firme. O fabricante informa que o dispositivo pode conter mais fluido se este lhe for injectado através da pele mas existe a hipótese de causar uma infecção. Na nossa experiência, mais de metade dos implantes de duas peças colocados foram removidos e substituídos por dispositivos de três peças por insatisfação do doente. Recomendamos esta prótese de duas peças em menos de 5% de todos os casos.



Fig.18 - Prótese hidráulica de 2 peças Mark II imagem gentilmente cedida pela SUMSA.

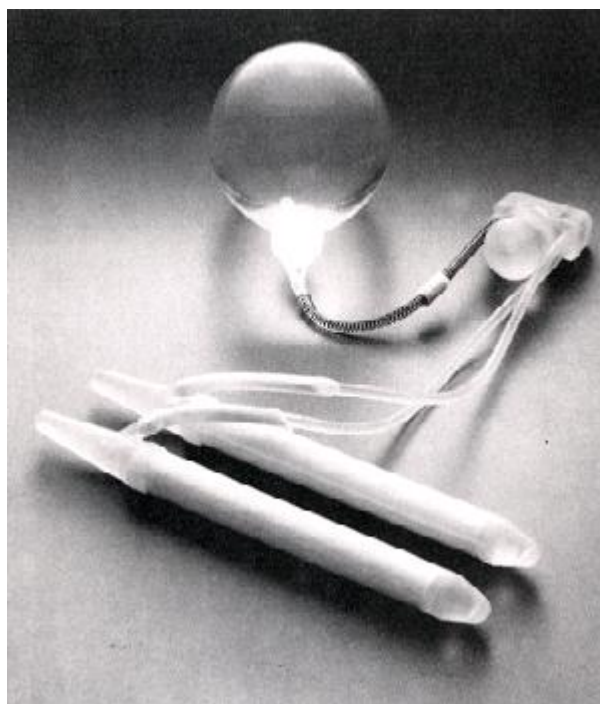


Fig.19 - Prótese hidráulica de 3 peças AMS 700cx (AMS-American Medical Systems). Imagem gentilmente concedida pela B. Braun Company.

Prótese insuflável multi-componente, de três peças (AMS 700 CX, Alpha I da Menthor)

A introdução das próteses insufláveis foi feita em 1973 por Brandly Scott, M. D. de Houston- Texas. Ao longo dos últimos vinte anos, os implantes insufláveis sofreram contínuas melhorias. Nas suas versões iniciais, a taxa de sucesso mecânico era de 30% nos primeiros cinco anos. Isto queria dizer que sete em cada dez implantes tinham de ser reparados nos 5 anos após implantação. Actualmente, alguns dos dispositivos têm uma notável fiabilidade mecânica de 96% nos cinco primeiros anos! (Fig.19).

As próteses penianas insufláveis constituem a imitação mais bem sucedida da erecção natural que hoje existe. Também devemos sublinhar que em 1988, as próteses insufláveis multi-componentes ultrapassaram pela primeira vez em vendas as próteses maleáveis (apesar do custo ser três vezes superior) indicando uma generalizada aceitação por parte de médicos e doentes. Não há dúvidas de que a prótese insuflável de três peças é hoje um padrão de referência dos implantes penianos. Esta prótese tem os melhores índices de fiabilidade mecânica e de satisfação do doente de todas as próteses disponíveis. Este implante insuflável multi- componente consegue a melhor erecção- uma erecção realmente rígida, de aparência natural (Fig.21). É indetectável à vista quando desinsuflada e em geral não se sente quando se apalpa o pénis (Fig.20).



Fig.20 - Representação da fase de repouso obtida uma prótese hidráulica de 3 peças com o pênis pendente e o reservatório cheio. Imagem gentilmente concedida pela B. Braun Company.



Fig.21- Representação da fase de ereção obtida com uma prótese hidráulica de 3 peças, como o pênis em posição erecta e o reservatório vazio. Imagem gentilmente cedida pela B. Braun Company

Estes dispositivos são compostos por dois cilindros colocados no pênis, uma pequeníssima bomba no escroto e um reservatório cheio de fluido localizado atrás do osso púbico. O sistema hidráulico é cheio com 60 a 100 cc. de fluido. Quando se deseja uma erecção, o doente aperta a bomba implantada no escroto, que bombeia o fluido do reservatório para os cilindros do pênis.

Desenvolve-se uma erecção que pode ser mantida quanto tempo se quiser (mesmo toda a noite!). Quando o doente e a parceira se satisfizerem, a válvula de escape da bomba é pressionada e o fluido volta para o reservatório. Alguns doentes referem que o pênis erecto com o auxílio dos implantes, tem um comprimento menor do que o que teria anteriormente com as erecções totalmente naturais.

Pensa-se que este possível encurtamento poderá ser devido a que a ponta do pênis - a glândula - não esteja preenchida pela prótese. Com os implantes insufláveis a satisfação dos doentes é maior do que com qualquer outro tratamento disponível para a impotência (Fig. 22). Noventa e cinco por cento dos nossos doentes declaram-se “muito satisfeitos” após um ano de utilização comparados com os 50% da terapêutica com injeção intracavernosa e os 33% com dispositivos de vácuo. Muitos doentes exprimiram-nos o desejo “de o terem feito mais cedo”.

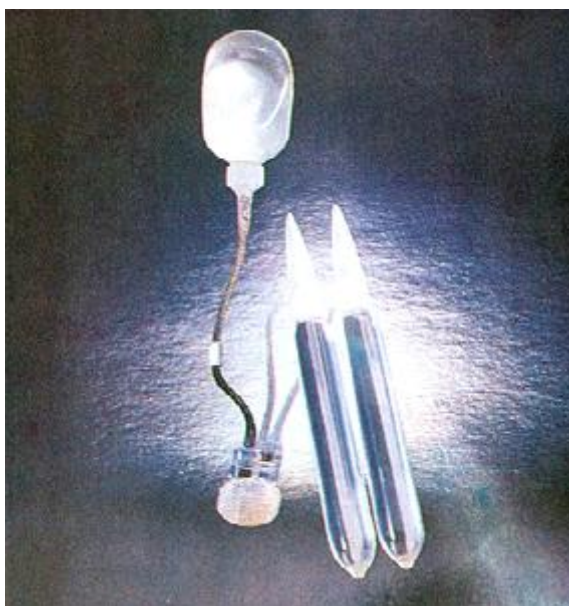


Fig.22 - Prótese hidráulica de 3 peças Alfa I imagem gentilmente cedida pela SUMSA.

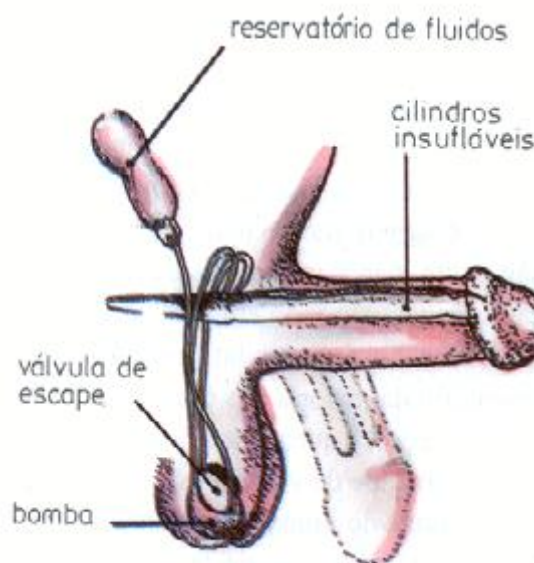


Fig.23 - Representação do funcionamento com prótese hidráulica de 3 peças

Assistimos a verdadeiras reviravoltas na vida dos doentes após implantarem uma prótese. Pararam de fumar, trataram os dentes, perderam peso. A qualidade das suas vidas melhorou muito com a capacidade de saberem que podiam ter relações sexuais satisfatórias com as suas parceiras (Fig. 23). Os comentários referidos pelas esposas vão de “é como dantes” a “melhorou” ou “ele aguenta mais”. Só uma reduzida minoria (3%) faz com que as parceiras pareçam preocupadas com este “pouco natural” interesse, sendo comum que passado pouco tempo da retoma da vida sexual activa do casal, haja uma total superação das “reticências” e se estabeleça a satisfação mútua. Pesem embora estas vantagens, há alguns aspectos negativos. Em primeiro lugar, o dispositivo é caro.

Felizmente, muitos seguros de saúde e sistemas de assistência na doença, cobrem no todo ou em parte os custos do implante quando a impotência é de causa orgânica. Em segundo lugar, alguns doentes referem que a erecção não é tão duradora como a natural. Isto deve-se ao facto de a glândula não insuflar como o implante, mas expandir-se na erecção natural, não podendo portanto em alguns casos “somar-se” à erecção obtida com a prótese. A técnica cirúrgica para implantar uma prótese de 23 componentes, é mais complicada que a usada para os outros tipos de próteses. Esta intervenção deve ser realizada por andrologistas experientes, de forma a otimizar o resultado. Quem efectua esporadicamente este tipo de operações, não está em condições de prestar um bom serviço ao doente.

Por último, a avaria mecânica e a complicação clínica podem ocorrer criando a necessidade de uma segunda intervenção. Contudo, esta situação dá-se com muito menos frequência do que há alguns anos, e para além disso, as revisões cirúrgicas são muito menos incómodas e complicadas do que a intervenção inicial, não indo em geral além da correcção de algum problema hidráulico relativamente pouco importante.

O comentário da maioria dos doentes que tiveram que passar por esta situação, é que perante uma tal melhoria conseguida na sua qualidade de vida, consideram essas revisões como “parte integrante do processo de tratamento”. Os autores implantaram já mais de três mil próteses insufláveis. Em 1983, 85% foram das de três peças. Em Portugal, a frequência de ultimização deste tipo de próteses é comparativamente muito mais baixa do que nos E.U.A, embora venha a crescer significativamente nos últimos anos.

Segurança das próteses

Recentemente a F.D.A. iniciou um re-exame dos vinte anos de história dos implantes penianos de forma a determinar se existe algum problema físico ou psicológico não detectado na população de doentes de mais de 200.000 homens que reverteram a sua impotência através de um implante. Esta informação tem estado a ser cuidadosamente compilada pelos fabricantes de próteses. Como parte deste estudo, estamos a investigar os nossos doentes mais recentes. As autoridades estão particularmente interessadas em compilações semelhantes às associadas aos implantes mamários em gel de silicone. Ainda que este estudo não esteja concluído no momento em que escrevemos, os estudos preliminares mostraram *não* haver problemas relativos ao silicone.

Os implantes penianos têm componentes em silicone próprio para fins médicos (tal como acontece com os de substituição da cápsula do joelho, articulação da anca e válvula cardíaca), estão cheios com uma solução salina (e não gel de silicone). Desta mistura química de origem que não há qualquer semelhança com a prótese mamária cheia de gel de silicone, pelo que não admira que não haja referências a casos de migração de silicone ou doenças auto- imunes. Antevemos que quando o estudo acabar, os implantes penianos obterão um certificado de saúde.

A escolha do cirurgião para colocar a prótese

A colocação de uma prótese insuflável multi-componente é algo mais complicado do que a de uma prótese fléxivel, maleável, mecânica ou insuflável auto-contentora. Esta cirurgia é habitualmente executada apenas por urologistas/andrologistas, e não está indicada para um urologista que só ocasionalmente coloca uma prótese. Os fabricantes referem que 80% das próteses insufláveis são colocadas por apenas 10% dos urologistas/andrologistas. É importante perceber que ainda que o urologista hábil realize com facilidade esta cirurgia, é necessária experiência com implantes para obter os melhores resultados.

Quando colocada por nós, a prótese é inserida através de uma incisão de três centímetros feita abaixo do pénis. A operação demora em regra menos de uma hora. Outros cirurgiões podem colocar o implante através de incisões maiores. A nossa vasta experiência de implantes reduziu aquilo que alguns consideram uma grande cirurgia, a um acto operatório que pode ser realizado em regime ambulatorio, isto é , sem internamento.

Para decidir ser operado

O doente deve ter conhecimento de todos os métodos de tratamento e sentir-se confortável antes de iniciar qualquer terapêutica. Os doentes candidatos a uma prótese peniana, devem ter perfeito conhecimento de outros métodos de tratamento razoáveis e devem poder ponderá-los antes de se decidirem pela cirurgia. Todos os problemas, perguntas ou medos devem ser resolvidos antes de se operar ou realizar qualquer tratamento. Pensamos que se deve gastar todo o tempo necessário debatendo com o doente as alternativas de tratamento. É claro que vão continuar a existir tensões não resolvidas.

Por exemplo, se o doente colocou uma prótese peniana, parte de uma situação sem capacidade sexual carregada de ansiedade de desempenho para um estado em que é capaz de ter uma erecção durante toda a noite. Por vezes isto pode representar uma ameaça para a sua parceira sexual. A princípio muitas mulheres sentem que já não são necessárias para excitar ou estimular os seus homens. Algumas dessas mulheres podem perguntar a si próprias se o seu companheiro de novo potente não quererá procurar uma parceira mais nova ou mais atraente. Felizmente, em breve muito casais abandonam estes sentimentos e referem uma intensa satisfação nas suas relações sexuais. Não é invulgar ouvir das esposas que “nunca foi tão bom”.

Os casais devem saber que com os avanços obtidos até à actualidade no campo dos implantes de próteses penianas, as relações sexuais podem retomar-se como o processo muito natural que realmente são. Este dispositivo, a prótese peniana, não é absolutamente nada visível do exterior pois o que se continua a ver é o pénis e nada mais. Não se trata pois de algo feio ou anormal. Na prática, limita-se a auxiliar uma função normal do organismo que de outra forma estaria gravemente comprometida. Há que recordar que hoje a impotência é reconhecida como um problema físico e não como um problema mental. *Muitos doentes escolhem uma prótese para corrigir uma impotência de causa orgânica, tala como escolheriam uma articulação sintética para tratar um joelho ou um anca.*

Apesar de todas as estatísticas de sucessos e da literatura educativa, há pessoas para quem é muito difícil decidir-se pelo implante de uma prótese peniana. A nossa sugestão é de que estas pessoas, sempre que possível, falem com outros doentes que passaram pela mesma situação, já que estes os podem ajudar a dissipar os receios e lhes mostrarrão que para voltar a alcançar a felicidade sexual, vale a pena algum sacrifício. As próteses penianas, são a última solução a adoptar para o tratamento da impotência, contudo, é o tratamento que maior êxito funcional proporciona, sendo de grande fiabilidade e de poucos riscos quando efectuado por um especialista experiente.

F. Medicamentos

- Se existirem deficiências hormonais, o médico pode prescrever uma terapia de substituição hormonal, consoante os casos.
- Suprimir, substituir ou alterar a dosagem de qualquer medicamento que o doente esteja tomar e que possa contribuir para a disfunção erétil.
- Medicamentos combinados com sessões de psicoterapia conseguem melhores resultados em alguns casos.
- Os medicamentos que induzem e/ou melhoram a erecção de aplicação tópica, injectável por administração oral, devem ser tomados por prescrição médica e após a correcta avaliação do paciente.
- Existem novas perspectivas no tratamento da disfunção erétil através da administração de Hormona de Crescimento.

Na Clínica Harmonia® esta prática que iniciámos em 1999, apresenta resultados muito positivos em grande número de pacientes, por vezes em associação com outros fármacos. Os resultados são particularmente favoráveis na Doença de Peyronie e em todas as situações que implicam atrofia e/ou fibrose dos corpos cavernosos e/ou túnica albugínea.

Citrato de sildenafil, e tadalafil, e vardenafil

O mais recente tratamento da disfunção erétil, o citrato de sildenafil (Viagra), e o tadalafil (Cialis), e vardenafil (Levitra) são de administração oral. Eficazes em muitas situações de disfunção erétil, necessitam de avaliação cuidadosa da situação cardiológica e oftalmológica dos candidatos à sua utilização.

O futuro trará por certo, a curto prazo, novos desenvolvimentos nesta linha de tratamento.

Capítulo 7

Casos Clínicos Exemplares Casos clínicos

Os casos de estudo seguintes foram seleccionados dos nossos arquivos a fim de ilustrar situações comuns vividas pelos nossos doentes de impotência. Nomes, idades e

profissões foram mudadas de modo a que nenhum doente actual pudesse ser referenciado. O leitor pode achar algumas destas situações clínicas muito familiares. Estes exemplos da realidade mostram até que ponto pode melhorar a qualidade de vida e a satisfação na vida sexual quando se trata uma doença grave, como é a impotência. É por isso que afirmamos que *a impotência é reversível!*

Caso 101

Alberto, um viúvo de setenta e seis anos, esteve sexualmente inactivo nos últimos anos de um longo casamento. A sua mulher foi afectada por um cancro e uma quente e amorosa relação foi o seu apoio durante a doença dela. Depois da morte da mulher, Alberto começou a ter encontros e deu conta para seu desgosto, que o desejo permanecia no cérebro mas a erecção faltava-lhe. Em determinada altura, envolveu-se com uma senhora extraordinariamente compreensiva, que lhe sugeriu que fosse assistir a uma reunião de um grupo de apoio da impotência.

Foi então que o Alberto descobriu que não estava só. Havia muitos outros que tinham desenvolvido e tratado com êxito esse perturbante problema. Foi encaminhado para um urologista especializado em impotência. Depois de uma história clínica e um exame físico detalhados, o seu urologista realizou um teste de Rigidez Peniano Nocturna que revelou a inexistência de “erecções no sono” e apontou para o diagnóstico de impotência orgânica por insuficiência vascular. Foi-lhe colocada uma prótese peniana e dentro de três meses ele e Carolina estavam em lua de mel.

Comentários:

Trata-se de um dos exemplos mais comuns de doentes na clínica da impotência. O homem interrompeu a actividade sexual nos últimos anos do casamento devido a doença da sua parceira. Depois da perda da pessoa amada e do subsequente período de desgosto, o homem volta a interessar-se em estabelecer novas relações. Lamentavelmente, e muitas vezes para sua grande surpresa, está interessado na sua nova namorada mas não consegue satisfazer os seus desejos, e os dela, por causa da impotência. Estas pessoas podem beneficiar imenso com a terapêutica, desde que saibam que ela existe! É pena que tantos homens sofram em silêncio e que as suas possíveis parceiras fiquem privadas de uma nova relação saudável e feliz.

Caso 35

Roberto era um empresário de 46 anos cuja relação com a mulher se foi deteriorando no decurso dos últimos oito anos em virtude dos seus periódicos acessos de impotência. Ainda que outros aspectos do seu casamento parecessem ter escapado intactos durante este período, sofriam agora os efeitos negativos da sua incapacidade de erecção e ansiedade de desempenho. Quando tudo já parecia perdido, Roberto consultou o seu urologista/andrologista que lhe sugeriu na leitura de livros sobre fisiologia e a função

sexual masculinas, Em breve, Roberto aprendeu a controlar os seus “medos de falhar” através de métodos de relaxamento.

Ele e a mulher começaram a ter aconselhamento sexual onde lhes foi sugerida uma comunicação mais íntima e a criação de mais oportunidades para a vida sexual. Iniciaram também terapêutica sexual, onde aprenderam através de leituras e de conversas na intimidade a explorarem-se mutuamente de uma forma calma e agradável. Roberto manteve o seu progresso e começou a constatar uma clara melhoria. Aumentaram a sua auto-estima e confiança e o seu casamento atingiu um mais alto nível de entrega e partilha. Em pouco tempo, Roberto foi incapaz de melhorar do seu arrastado problema de impotência.

Comentário:

O aconselhamento sexual é particularmente eficaz quando os casais têm uma relação de amor e estão aptos a participar nas sessões sem se apontarem culpas. O aconselhamento sexual está condenado ao fracasso se os problemas sexuais do casal forem apenas uma manifestação de um quadro mais vasto de incompatibilidade.

Caso 81

Carlos, um investidor bancário de trinta e sete anos, estava divorciado há pouco tempo e procurava companhia feminina. Tinha passado por um período de grande solidão quando encontrou Mónica, uma mulher atraente dos seus trinta e muitos anos. Excitado com a perspectiva de uma relação, Carlos estava cego para os defeitos de Mónica. Em breve iniciaram uma relação sexual. A actividade sexual era habitualmente precedida por uma noite de contínuo consumo de álcool.

A princípio a relação era excitante. Nessa altura, Carlos começou a abusar sistematicamente da bebida e por vezes era incapaz de “cumprir” na cama. Mónica começou a pôr em causa o seu desempenho e mesmo a troçar dele. Felizmente, ele associou os seus sentimentos de culpa e a falta de controlo com a sua relação com Mónica e começou a sair com outras mulheres. Iniciou então uma relação mais estável com outra senhora, diminuiu acentuadamente o seu consumo de álcool e retomou uma vida sexual normal.

Comentário:

O consumo de álcool uma das principais causas de impotência temporária. É importante notar que a probabilidade de impotência associada ao consumo de álcool aumenta com a idade. Alguns homens ao envelhecerem desenvolvem uma sensibilidade muito alta ao álcool, bastando um ou dois copos para lhes diminuir a capacidade de manter relações sexuais. A impotência temporária é geralmente ultrapassada quando as relações sexuais não são precedidas por “uns copitos”.

Caso 91

Jorge, um professor de liceu foi a um rastreio grátis durante a Semana de Rasteiro do Cancro da Próstata. Foi-lhe efectuado um toque rectal e uma análise de sangue chamada P.S.A. Uma semana mais tarde, Jorge voltou a ser chamado e foram-lhe feitas uma ecografia e biópsia. Foi-lhe diagnosticado um tumor localizado na próstata. Por sorte o tumor ainda não se tinha espalhado e tinha sido descoberto muito cedo graças ao rastreio preventivo. Jorge foi submetido à remoção cirúrgica da sua próstata cancerosa por uma operação chamada prostatectomia radical.

O seu urologista avisou-o de que tinha 60% de possibilidade de ficar impotente após a operação. Seis meses depois de ter sido operado Jorge foi considerado curado do cancro e retomou um estilo de vida preenchido e produtivo. Infelizmente as suas erecções eram muito fracas. Ele e a mulher tentaram denodadamente estimular uma erecção. O pénis do Jorge apenas conseguia ficar “gordo” mas nunca suficientemente rígido para penetrar. O seu urologista prescreveu-lhe um dispositivo de vácuo para ver se isso ajudaria o casal.

O dispositivo de vácuo aumentava a rigidez o suficiente para permitir a penetração mas o orgasmo era difícil e a erecção não era natural para Jorge. Ele também não gostava de interromper as carícias para activar o aparelho. A seguir, o urologista prescreveu-lhe um programa de auto- injeção para provocar erecção. De início tudo correu bem, produzindo erecções naturais, mas então o Jorge teve uma erecção que persistiu por mais de seis horas (priapismo). Tal facto determinou uma ida constrangedora à Urgência para fazer tratamento de reversão da erecção. O urologista do Jorge encaminhou-o então para um andrologista que normalmente colocava próteses penianas insufláveis.

Dado que os outros tratamentos tinham sido tentados e falharam, não foram necessários mais exames ou análises e a prótese foi colocada pouco depois da primeira consulta. A cirurgia foi efectuada com um curto internamento com um mínimo de desconforto, e num prazo de poucas semanas o Jorge e a mulher estavam de novo juntos beneficiando de uma vida activa. Agora é que ele está de facto recuperado da sua operação ao cancro!

Comentários:

Ainda que a operação ao tumor da próstata seja feita respeitando os nervos que controlam a erecção, a impotência continua a ser uma complicação vulgar da prostatectomia radical. É comum a prescrição precoce de dispositivos de vácuo ou de injeções intra- cavernosas no pós- operatório. No final, contudo a terapêutica habitual para dar uma solução definitiva ao problema é uma prótese peniana. Este caso ilustra também uma prática desejável entre os urologistas: a de enviar os seus doentes interessados na colocação de um implante a um dos seus colegas com mais experiência nesta intervenção cirúrgica.

Caso 15

António, um reformado de setenta anos de idade, sofria de impotência há vários anos, antes de ter um grave ataque cardíaco e de lhe ser diagnosticada arteriosclerose. Tinha problemas cardíacos há muitos anos, mesmo antes de ter o ataque cardíaco, mas nunca se apercebeu que a sua impotência era somente mais um sintoma do endurecimento generalizado de todas as artérias do seu corpo. Depois de um prolongado internamento, o cardiologista pôs de lado a hipótese de lhe ser feito um bypass coronário devido a outros problemas de saúde. Foi tratado com medicação e em breve se sentiu mais forte do que alguma vez se sentira nos últimos anos. Sentiu-se tão bem que começou a pensar em retomar a actividade sexual.

Ele e a mulher tinham partilhado uma relação sexual muito íntima anteriormente à sua impotência e aos seus problemas cardíacos, rejubilaram ao saber que a impotência podia estar resolvida. A situação cardíaca significava risco acrescido para um implante de prótese, e como estava a fazer medicação anti-coagulante, a injeção intracavernosa não era possível. Por este motivo, o cardiologista e urologista recomendaram uma terapêutica não invasiva. O António trouxe um dispositivo de vácuo do seu urologista e planeou usá-lo até que os médicos o considerassem apto para a colocação da prótese. Para sua surpresa, ele e a mulher gostaram tanto das relações sexuais obtidas deste forma que continuaram com o dispositivo de vácuo depois do seu cardiologista lhe dizer que tinha um risco operatório aceitável.

Comentário

Os dispositivos de vácuo são particularmente úteis quando há grande motivação do casal e as injeções intra-cavernosas ou o implante peniano não são aconselháveis. Na nossa experiência, a ideia de usar estes dispositivos é mais desagradável do que o uso em si. Se um casal é levado a usar estes dispositivos por não poder usar melhores terapêuticas, a ansiedade pode desaparecer e pode colher um prazer satisfatório.

Caso 69

Alfredo, um jovem toureiro na casa dos vinte anos, sofreu uma grave lesão durante uma tourada. Os médicos em breve descobriram que o Alfredo tinha danificado a medula espinal, o que o deixou parcialmente paralizado e quase totalmente impotente. Destruído emocionalmente, Alfredo não era capaz de manter uma erecção durante a relação sexual. De facto, foi-se tornando cada vez mais difícil para ele ter sequer erecção. Dado que era recém-casado, a vontade do Alfredo em reconstruir a sua vida sexual era importante tão para ele como a terapêutica para recuperar outras funções físicas.

Quando o urologista/andrologista lhe disse que o implante de uma prótese peniana era uma opção para o seu caso, Alfredo não hesitou. Iniciou de imediato um programa de auto-injeção para indução da erecção que lhe manteve o moral elevado durante a sua difícil reabilitação física. A sua esposa deu-lhe um grande apoio neste período de provação. Uma vez completada a reabilitação, Alfredo optou pela colocação de uma

prótese insuflável. Actualmente, Alfredo e a sua mulher referem uma grande felicidade com a sua qualidade de vida sexual.

Comentário

A impotência neurogénica (tal como acontece na lesão da medula espinal) é habitualmente tratada com bastante sucesso com a opção pelas injeções intracavernosas para indução da erecção. Dado que as doses de medicação injectável são muito pequenas, a probabilidade de complicações é também pequena. Este doente podia ter prosseguido a terapêutica injectável indefinidamente se não tivesse querido submeter-se à implantação de uma prótese.

Caso 92

Frederico, um grande fumador, começou a notar dificuldades em manter uma erecção após ter atingido os cinquenta anos. Para o fim, começou a falhar tantas vezes que passou a evitar situações de envolvimento sexual. Quando a sua mulher lhe pedia para ter relações sexuais, ficava completamente incapaz de obter uma erecção. Com o seu casamento de 35 anos em grave risco, Frederico pediu ajuda. O urologista/andrologista descobriu que Frederico tinha uma impotência vascular ligeira, seriamente agravada por ansiedade de desempenho. Acabar com o tabaco e tranquilidade ajudaram a princípio o Frederico, mas voltou a não conseguir uma erecção.

Finalmente, iniciou um programa de “injecção para erecção” e quer Frederico quer a esposa, mostraram-se muito satisfeitos com esta terapêutica. As injeções só ocasionalmente foram necessárias. O facto de dispôr delas quando eram necessárias, acabou por eliminar virtualmente a sua ansiedade de desempenho. O Frederico sabe que por fim a sua impotência vascular lhe vai causar a falência eréctil completa. Mas, no entanto, uma relação cheia de amor e apoio de medicação injectável à disposição melhoram grandemente a sua vida sexual!

Comentário

O caso de Frederico ilustra uma utilização da terapêutica da “injecção para a erecção” como tratamento de manutenção em homens que são parcialmente funcionais. Ainda que a capacidade para conseguir erecções esteja prejudicada, estes homens podem ter relações durante anos sem terapêutica de apoio desde que a ansiedade de desempenho possa ser aliviada. Os dispositivos de vácuo também podem ser úteis nestes casos.

Caso 10

André era um estudante de 19 anos sem experiência sexual, tinha contudo um conhecimento suficiente para perceber que a forma do seu pénis em erecção não era normal. Com efeito, ele fazia um ângulo muito acentuado para o lado direito, o que o incomodava e lhe dificultava a masturbação e seguramente viria a impossibilitar uma relação sexual com a namorada. Esta situação e com tendência para se isolar e, sem soluções à vista, era frequentemente agressivo para com aqueles de quem mais gostava.

Os pais tentavam em vão levá-lo a falar no que o preocupava, até que o André se decidiu a falar no assunto à mãe, com quem se sentia mais à vontade, a fim de que ela o

ajudasse a resolver o problema. A mãe, embora aflita com a situação, foi compreensiva e colaborante o que tornou tudo muito mais fácil, e uma semana depois o André estava na consulta de Andrologia. O médico explicou-lhe então que cerca de 6 rapazes em cada mil nascem com esta curvatura que por isso é chamada congénita, e que se tratava de um problema de fácil solução.

Uma semana depois, aproveitando as férias da Páscoa, estava operado sentindo-se bem e confiante. E tinha razão para isso, pois 6 semanas mais tarde quando o médico o autorizou a ter vida sexual activa o pesadelo tinha acabado por que o pénis erecto era perfeitamente normal e de novo o futuro lhe sorria.

Comentário

Há por vezes situações que embora muito perturbantes são relativamente comuns e de fácil solução. É contudo frequente transformarem-se em tragédias e conduzirem em certos casos à destruição de vidas, por falta de informação e de comunicações. Se em vez de se arrastar o estigma e o medo que como se viu não se justifica, se adoptar a atitude que o André acabou por tomar e se procurar a ajuda profissional de um urologista/ andrologista competente, tudo se resolverá em pouco tempo e da melhor maneira.

Caso 115

Manuel, comandante de aeronaves, de 44 anos, casado e com dois filhos, tem uma vida social e conjugal equilibrada. Nos tempos livres ele e a mulher Bárbara, aproveitavam para praticar o seu desporto favorito, o montanhismo. Um dia, durante a prática desse desporto, Manuel caiu e chocou violentamente com a região genital num ângulo rochoso. O traumatismo, extremamente doloroso, causou-lhe um inchaço que com tratamento simples e gelo depressa desapareceu.

Quando algum tempos após o acidente, o casal tentou retomar as relações sexuais, sempre ricas e compensadoras na sua vida conjugal, Manuel mostrou-se incapaz de obter uma erecção eficaz, o que no imediato não os deixou preocupados. Porém, após algumas tentativas falhadas, o casal resolveu encarar de frente o problema, pois era evidente que aquela situação prejudicava cada um deles e a sua relação, e daí até inquinarem todo o ambiente familiar ia um pequeno passo, que preferiam evitar.

Decidiram então ir à consulta de Andrologia onde ficaram a saber, após exames e estes apropriados, que em consequência do acidente, tinha havido um bloqueio à passagem do sangue arterial, impedindo assim o enchimento do pénis, e que além disso e também por causa do traumatismo, havia um excesso de saída de sangue do pénis, impedindo-o de manter a erecção caso ela fosse possível (fuga venosa). Manuel foi submetido a uma operação demorada, com o apoio de microscópio operatório, em que não só foram fechadas todas as veias do pénis visíveis á vista desarmada, como também foi aumentado o transporte de sangue arterial pela canalização de uma artéria dos músculos abdominais para o pénis, através de técnica microcirúrgica.

Uma intervenção deste tipo permite criar uma nova situação, em que o pénis passa a ter uma boa entrada de sangue arterial e uma redução significativa da saída do sangue venoso. Paulatinamente, três meses após a operação, o casal retomou a sua vida sexual,

com grande satisfação mútua e com a consciência de que tinham preservado de forma de forma inteligente e eficaz o equilíbrio do casal e da família, que tão inesperadamente tinha sido posto em causa.

Comentários

Os traumatismos genitais e/ou perineais (é a região entre o ânus e o escroto) violentos ou moderados e repetidos, podendo causar impotência, que se diagnosticada correctamente e atempadamente, pode ser revertida com cirurgia vascular com ou sem microcirurgia. O prognóstico será tanto mais favorável quanto mais jovem e saudável for o homem.

Caso 72

Miguel, um gestor de 50 anos casado, com um filho, com uma vida social muito intensa, tinha hábitos de consumo excessivo de álcool e tabaco que considerava uma consequência e necessidade da sua actividade profissional, muito ligada às relações públicas com clientes e parceiros. Certa noite, próxima do Natal de 1991, sem nenhum acontecimento prévio susceptível de ser responsabilizado, acordou com dor intensa no pénis. Levantou-se para urinar na expectativa de que ao fazê-lo desaparecesse a a erecção dolorosa que sentia. Foi então que verificou que o pénis tinha uma curva acentuada para a esquerda, e que sentia um nódulo duro e doloroso, do tamanho de uma ervilha, do lado esquerdo do pénis, no sítio onde ele parecia “partir-se”.

Alarmado com a situação, decidiu ir ao médico para esclarecer e tratar o problema, mas... não sabia a que especialista se dirigir, tinha sempre muito trabalho e estava sempre em atraso. Aquele problema, ainda por cima no pénis, era embaraçoso de expor e não tinha voltado a sentir aquela dor tão intensa; ainda doía, mais menos e apenas quando tinha relações sexuais. Pensando bem, magicou o Miguel, “ tiro umas férias da vida sexual activa para “poupar” o pénis, tomo um anti-inflamatório que me sobrou de uma outra ocasião e pode ser que isto passe”. O tempo passou, a dor também. Só a curvatura e o nódulo duro é que não passaram e até aumentaram.

O que também “passou à história” foi a vida sexual activa. Entretanto chegaram as férias de Verão! “ E agora?”. Pensou o Miguel. “Tenho de encontrar um médico que me resolva isto de forma a não estragar as férias”. Decidiu então ter uma conversa com a Lurdes, a sua mulher e, para sua grande surpresa, ela já tinha um médico para ele consultar, indicado pelo seu médico de família, quando ela o tinha posto ao corrente do “afastamento” do Miguel, sem que na altura percebesse porquê.

Com a consulta , ficaram a saber que o Miguel tinha doença de Peyronie com placa, doença que não sendo cancerosa era susceptível de ser incapacitante e eventual causadora de impotência sexual. Depois do caso ter sido cuidadosamente estudado, foram colocadas ao casal 2 hipóteses de tratamento, ambas envolvendo uma operação:

1ª Reconstrução do pénis após remoção da zona de fibrose, placa de Peyronie e a correcção das anomalias vasculares associadas.

2ª Implante de endoprótese peniana, com vários modelos de opção.

Foram informados que na 1ª hipótese seria restaurada a erecção natural, ainda que a taxa de sucesso fosse a médio prazo significativamente menor do que na 2ª hipótese; a primeira operação seria mais demorada e complexa e, caso não fosse bem sucedida, continuaria em aberto a possibilidade de implantar uma prótese. Caso optassem desde logo pela segunda intervenção, a possibilidade de ficarem com o problema totalmente resolvido a curto prazo era muito alta, e ainda que uma componente importante da rigidez deixasse de ser natural, manteria a sua própria excitação, erecção e restantes componentes da relação amorosa. Não lhes foi fácil decidir, mas acabaram por escolher o “encurtar razões”, poupando tempo e dissabores tanto quanto possível. O Miguel foi operado para a colocação de uma prótese peniana maleável, tendo o resultado sido altamente satisfatório para o casal.

Comentário

Por vezes é assim, de forma inesperada e devastadora, que estes problemas de erecção se apresentam. Frequentemente, as alternativas de tratamento não são fáceis de escolher. Ouvido o parecer técnico do médico e os que se entenderem adequados, acabam por ser as preferências, sensibilidade, forma de estar, necessidades e conveniências do doente e do casal que determinam a escolha. É importante ponderar e decidir em consciência. Uma tal conduta é, em nossa opinião, “meio caminho andado” para o sucesso da intervenção terapêutica.