



Tratamento intralesional:

- O verapamil (10 mg) aplicado na lesão, semanalmente, por oito a 12 semanas, parece ter efeito na diminuição da placa. No entanto, não existem estudos controlados que confirmem esse dado
- Litotripsia na placa é controverso, faltando evidências para sua recomendação.

Tratamento cirúrgico: o paciente somente é candidato a tratamento cirúrgico se estiver na fase crônica da doença, portanto, com curvatura estável, ereções preservadas e se a curvatura for impeditiva para a atividade sexual.

Existem dois princípios técnicos: os procedimentos que geram encurtamento contralateral à placa – plicatura ou corporoplastia – e os procedimentos que incisam ou excisam a placa. Nestes, torna-se necessário o uso de enxerto. Diversos enxertos já foram descritos, o que indica que não existe um enxerto ideal. Entre eles: fâscia temporal, *dura mater*, veia safena, pericárdio bovino, derme, pericárdio de cadáver, fâscia lata, dacron, goretex, albugínea, entre outros. Cogita-se que o enxerto talvez não seja necessário com base em experiência clínica de pacientes que necessitaram da remoção do enxerto por infecção e permaneceram sem a partir de então. No entanto, não existe estudo clínico que confirme esse dado.

Para os pacientes que apresentam DE associada ou ereção de má qualidade, deve-se indicar a colocação de prótese peniana que, na maioria das vezes, também corrige a curvatura. Caso haja um encurtamento excessivo da albugínea que limite a retificação do pênis, mesmo com a prótese, deve-se realizar incisão da placa e colocação de enxerto sintético sobre a prótese, cobrindo o defeito originado pela incisão da placa e retificação do pênis.





III. Distúrbios do Orgasmo e Ejaculação

Ejaculação Precoce

Definição

É a ejaculação que ocorre sempre ou quase sempre antes de um minuto após a penetração vaginal; é a incapacidade de retardar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais. Sempre acompanhada de consequências pessoais negativas como ansiedade, frustração ou até mesmo de evasivas em relação à intimidade sexual.

Existem dois tipos de ejaculação: primária, quando o indivíduo nunca conseguiu controlar a ejaculação; e secundária, depois de já ter controlado a ejaculação, apresenta a ejaculação rápida, geralmente associada à DE. Tratando-se a DE com inibidores da PDE, geralmente o paciente consegue novamente o controle ejaculatório.

Tratamento

■ Psicoterapia

O processo prevê técnicas: comportamental, cognitiva e outras técnicas psicoterápicas.

A terapia psicosssexual:

1. Fornece informações sobre sexualidade, reeducando tanto o paciente quanto a parceira.
2. Reduz os focos de ansiedade associados às interações afetivas ou relacionadas à atividade sexual por meio de técnicas cognitivo-comportamentais,





nas quais a prescrição de tarefas objetiva a dessensibilização (redução da ansiedade). As técnicas de treinamento do controle ejaculatório, tais como a técnica de Semans (*stop-start*), auxiliam o homem a estar dentro da mulher. Com a redução da ansiedade, pode ele prolongar o tempo para a ejaculação, ou seja, quebra o reflexo condicionado penetração-ejaculação.

3. Propõe mudanças no comportamento sexual individual ou do casal, estimulando a comunicação.

O período de terapia é de quatro a seis meses, com uma a três sessões semanais. A participação da parceira contribui para melhores resultados.

■ Medicamentos

Os principais medicamentos utilizados para tratar a ejaculação precoce são:

- Antidepressivos ISRS: fluoxetina, paroxetina, sertralina e citalopram.
- Antidepressivos tricíclicos: amitriptilina e clomipramina.
- Alguns medicamentos ansiolíticos em casos selecionados: alprazolam e lorazepam.
- Ultimamente, alguns estudos têm demonstrado a eficácia dos inibidores da PDE em aumentar o tempo de latência ejaculatória, tanto em monoterapia quanto em associação com os ISRS.
- Anestésicos tópicos, como a lidocaína, têm sido usados isoladamente ou em associação com os inibidores da recaptção da serotonina. Esse tipo de tratamento pode anestesiar a glândula do paciente a ponto de o paciente não ter sensação prazerosa assim como pode anestesiar a vagina da parceira.

Principais antidepressivos utilizados para o tratamento da ejaculação precoce:

Droga	Dose
Paroxetina	20 – 40 mg
Fluoxetina	20 – 40 mg
Sertralina	50 – 100 mg
Citalopram	30 – 60 mg
Clomipramina	10 – 50 mg
Dapoxetina	30 – 60 mg



Waldinger em 2003 realizou uma metanálise de estudos de todas as drogas utilizadas para o tratamento da ejaculação precoce e verificou que somente 14,4% dos estudos haviam sido realizados conforme critérios estabelecidos para medicina baseada em evidências e que estudos usando critérios subjetivos de resposta ao tratamento ou mesmo questionários de ejaculação precoce demonstraram uma grande variabilidade. Portanto, torna-se difícil estabelecer que medicamento deve ser utilizado.

Os antidepressivos tricíclicos e também os inibidores da recaptação da serotonina podem apresentar efeitos colaterais importantes a ponto de muitos pacientes abandonarem o tratamento. Os principais efeitos colaterais são: náuseas, fadiga, insônia, constipação e inapetência. Podem também levar à diminuição da libido e à DE.

A administração de inibidores da recaptação da serotonina quatro a seis horas antes da relação sexual é bem tolerada, mas menos efetiva que quando o o medicamento é tomado diariamente.

A dapoxetina é um ISRS de meia-vida curta. Os dados sugerem que a administração desse medicamento uma a duas horas antes da relação sexual é efetiva e bem tolerada, superior à do placebo e aumenta o tempo de latência ejaculatória duas a três vezes ao tempo antes do tratamento.

A integração de profissionais da saúde mental e urologistas é a melhor alternativa para o paciente com ejaculação precoce.



Ejaculação Retrógrada

Definição

É a ejaculação para a bexiga, ou seja, o colo vesical permanece aberto durante a fase de emissão do sêmen. A ejaculação retrógrada classifica-se como: anatômica, neurológica, farmacológica e idiopática.

- Anatômico
 - ▶ Ressecção transuretral da próstata
 - ▶ Adenomectomia aberta da próstata
 - ▶ Ressecção do colo vesical (doença de Marion)
 - ▶ Fibrose do colo vesical
 - ▶ Válvula de uretra posterior
 - ▶ Extrofia vesical





- Neurológica
 - Cirurgias que lesam o plexo simpático toraco lombar e seus ramos (cirurgias colo retais, linfadenectomia retroperitoneal, etc).
 - Trauma raquimedular.
 - Neuropatia autonômica (diabetes, por exemplo)
 - Esclerose múltipla.

- Farmacológica
 - Alfa bloqueadores, principalmente a tamsulosina.
 - Anti psicóticos (clorpromazina, por exemplo).
 - Anti depressivos.
 - Diuréticos tiazídicos.

Diagnóstico

É realizado por intermédio da história de nenhuma ou pouca ejaculação. Nos antecedentes pessoais, pesquisar sobre as doenças, condições e drogas listadas anteriormente.

Para confirmação, solicitar exame de urina pós-ejaculação. O encontro de cinco a dez espermatozoides em campo de alta magnificação, após centrifugação, confirma o diagnóstico de ejaculação retrógrada.

Tratamento

Dependerá do fator desencadeante da ejaculação retrógrada. Nos casos de pós-cirurgias de próstata, colo vesical ou mesmo a fibrose deste, a literatura é pobre sobre tratamentos efetivos para este fim. Portanto, a melhor conduta é a orientação do paciente e, se necessitar de espermatozoides para fertilização, usar algum método de coleta dos espermatozoides.

Quando a etiologia é farmacológica, a conduta é a suspensão do medicamento que produziu o quadro. Geralmente, o sintoma desaparece após a retirada da droga.

Nos casos de pacientes com doenças neurológicas como trauma raquimedular, neuropatia autonômica ou esclerose múltipla, o principal medicamento utilizado é a imipramina. Mas com resultados bastante variáveis. A resposta dependerá do grau de comprometimento do colo vesical. A dose utilizada varia de 25 a 75 mg.





Anejaculaçã

A anejaculaçã pode ser devida a:

- agenesia das vesículas seminais e próstata;
- obstruçã dos ductos ejaculat3rios;
- extirpaçã cirúrgica da próstata e vesículas (prostatovesicuclectomia radical).

Também pode ser diagnóstico diferencial da ejaculaçã retrógrada.

Se o paciente não tem os 3rgãos de produçã do esperma, não existe proposta terapêutica. Caso a anejaculaçã seja um caso de ejaculaçã retrógrada, deverá ser tratada como tal.

Ejaculaçã Retardada e Anorgasmia

Definiçã

Ejaculaçã retardada é a dificuldade persistente e recorrente em alcançã a ejaculaçã após estímulo sexual suficiente.

Anorgasmia é quando o indivíduo não consegue chegar ao orgasmo.

Causas

- Abuso de bebidas alcoólicas.
- Psicotr3picos.
- Hipogonadismo.
- Culpa e ansiedade por ejacular por motivos religiosos.
- Medo de engravidar a parceira.
- Homens que preferem a masturbaçã à parceira.

Tratamento

- Específico para a etiologia do problema.
- Abordagem multidisciplinar com urologista e terapeuta sexual.
- Na maioria das vezes, o pacientes necessitará de psicoterapia.





IV. DAEM e Hipogonadismo

Com o envelhecimento, os níveis séricos de testosterona apresentam um declínio progressivo. A seguir, observe qual a porcentagem aproximada de homens que apresentam níveis de testosterona abaixo do normal, conforme faixa etária:

- 8% entre 40 e 49 anos;
- 12% entre 50 e 59 anos;
- 19% entre 60 e 69 anos;
- 26% entre 70 e 79 anos;
- 49% acima de 80 anos.

Esse declínio pode levar a alterações clínicas também denominadas distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (DAEM) ou Hipogonadismo de início tardio (HIT).

■ Classificação de Hipogonadismo:

1. Hipogonadismo primário (causas testiculares):

- síndrome de Klinefelter;
- orquite;
- anorquia congênita ou adquirida;
- criptorquidia;
- tumores testiculares.

2. Hipogonadismo secundário:

- Causas hipotalâmicas:
 - hipogonadismo hipogonadotrófico idiopático;
 - síndrome de Kallmann;





- ▶ atraso constitucional no crescimento e no desenvolvimento.
- Causas hipofisárias:
 - ▶ hipopituitarismo;
 - ▶ tumores hipofisários.

3. Resistência do órgão-alvo

- Feminilização devida à resistência androgênica ou deficiência de 5 alfa-redutase.
- Deficiência estrogênica devida à deficiência de aromatase.

4. Hipogonadismo relacionado à idade

- DAEM

Testosterona

O andrógeno plasmático testosterona é produzido em sua maioria (95%) nos testículos pelas células de Leydig e o restante pela glândula adrenal, sendo regulado por um sistema de *feed-back* negativo que engloba o eixo hipotálamo-hipofisário. A maior parte desse hormônio encontra-se ligada às proteínas plasmáticas, e apenas de 1% a 2% encontram-se na forma livre. As proteínas mais importantes são a globulina transportadora (*sexual hormone binding globulin* – SHBG), responsável pela ligação de 60% da testosterona sérica, e a albumina, que se liga a aproximadamente 38% da testosterona.

A testosterona livre e a ligada à albumina são denominadas frações biodisponíveis, e a forte ligação à SHBG (mil vezes maior que à albumina) não permite dissociação significativa. A ação da testosterona é mediada por sua ligação ao receptor de andrógeno (RA). Ela pode agir diretamente ou após redução a di-hidrotestosterona ou conversão a estradiol.

Em adultos saudáveis, os níveis séricos matinais de testosterona variam entre 315 e 1.000 ng/dL (11 a 35 nmol/L), com produção diária de 4 a 10 mg. A concentração plasmática apresenta ritmo circadiano, com níveis máximos durante a manhã e mínimos ao final da tarde, sendo a variação ao redor de 35%

Diversos fatores, como a idade, o alcoolismo, o tabagismo, o estresse, e as alterações do hormônio tireoideano podem levar a aumento do SHBG, tornando inativa a maioria do hormônio circulante. Portanto, mesmo com nível de testosterona total normal, podemos ter alterações que podem levar à DAEM. Dessa maneira, a dosagem de testosterona deve sempre estar relacionada com os níveis de SHBG.

A dosagem da testosterona livre calculada pode ser obtida com os valores da testosterona total, albumina e SHBG, acessando o site www.issam.ch/freetesto.htm. Os valores normais e relacionados ao diagnóstico de DAEM estão a seguir:





Níveis normais plasmáticos de testosterona:

- Testosterona total < 300 ng/dL ou 10,4 nM/L
- Testosterona livre calculada < 0,255 nmol/L ou 7,35 ng/dL
- Testosterona biodisponível < 3,8 nmol/L ou 110 ng/dL

Níveis de testosterona relacionados ao DAEM:

- Testosterona total entre 7 e 12,2 nM/L (200 a 350 ng/dL) associados a sintomas de hipogonadismo
- Testosterona total < 7 nM/L – Diagnóstico de hipogonadismo

Características clínicas principais:

- início insidioso;
- diminuição da libido;
- disfunção erétil;
- Suor intenso;
- mudança no humor, depressão e fadiga;
- diminuição da atividade intelectual;
- alteração da orientação espacial;
- diminuição da massa muscular;
- diminuição dos pelos corporais e alterações cutâneas;
- modificações do padrão do sono;
- aumento da gordura visceral (barriga).



Fatores de Risco:

- vida sedentária;
- obesidade;
- tabagismo;
- alcoolismo;
- síndrome metabólica: hiperlipidemia + diabetes.

Tratamento:

A reposição hormonal é indicada para pacientes que apresentem quadro clínico e laboratorial, e, além disso, não tenham contraindicação absoluta para seu uso, como no câncer de próstata e de mama.

Como o quadro clínico é muito subjetivo, uma adequada análise laboratorial é obrigatória.





A reposição androgênica deve prover uma quantidade fisiológica de testosterona, mantendo os níveis séricos dentro dos limites da normalidade, e procurando ao máximo:

- perfil seguro;
- ausência de efeitos adversos;
- fácil administração;
- posologia prática.

A testosterona e seus derivados estão disponíveis comercialmente em preparações orais, bucais, transdérmicas e injetáveis.

Apresentações farmacológicas da testosterona:

Apresentação	Via	Dose	Posologia	Comentário
Bucal	Gengival	30 mg	2 x/dia	Não disponível no Brasil
Injetável	Intramuscular (enantato e cipionato)	200-400 mg	Cada 1-2 semanas	Aplicação frequente Flutuação dos níveis séricos
Injetável de depósito	Intramuscular (undecilato)	1.000 mg	Trimestral	Posologia adequada Níveis séricos mais estáveis
Transdérmica (gel)	Tópica	50 mg (5 g gel)	1 x/dia	Pode ser absorvido pela parceira Mais fisiológico
Adesivo cutâneo	Tópica	2,5/5 mg	1 x/dia	Elevado índice de dermatite. Necessita troca frequente do local de aplicação
Adesivo escrotal	Tópica	10 a 15 mg	1 x/dia	Necessita raspagem dos pelos Dermatite associada
Comprimidos	Oral (undecanoato)	80 mg	2 x/dia	Não causa toxicidade hepática

A apresentação bucal, transdérmica e gel não são disponíveis no Brasil. Entretanto, a forma gel pode ser encontrada em farmácias de manipulação, utilizando como veículo o DMSO que tem a função de melhorar a absorção através da pele. A concentração inicial é de 50 mg/mL, podendo ser alterada de acordo com a evolução clínica. A aplicação é de 1 mL pela manhã.





As injeções intramusculares sob as formas de absorção rápida (cipionato e enantato) apresentam flutuação dos níveis hormonais chegando a valores suprafsiológicos de 1.400 Mg/dL no quarto dia após aplicação, o que favorece efeitos colaterais como: policitemia, aumento da apoptose de células neuronais e ginecomastia, devendo, portanto, ser evitadas.

■ Contraindicações:

Absolutas:

- câncer de próstata ativo;
- câncer de mama ativo.

Reativas:

- policitemia;
- apneia do sono não tratada;
- insuficiência cardíaca severa;
- sintomas do trato urinário inferior (LUTS) importantes.

Pacientes submetidos a tratamento curativo do câncer de próstata que apresentam hipogonadismo sintomático são candidatos à reposição hormonal, desde que não haja evidência de doença residual ou recorrente.

A administração de testosterona em indivíduos selecionados com câncer de próstata tratados por braquiterapia ou prostatectomia radical não demonstrou recorrência da doença, entretanto, o paciente deve ser orientado quanto aos riscos e benefícios do tratamento e tem de aderir a um acompanhamento frequente e rigoroso.

Seguimento

O toque retal e PSA servem como referência da saúde da próstata previamente ao início da reposição hormonal e devem ser repetidos trimestralmente até 12 meses antes do tratamento e anualmente depois deste.

Elevação do PSA maior que 0,5 mg/mL nos primeiros três a seis meses de tratamento deve ser investigada.

A realização de biópsia só é indicada nos casos de alteração do toque retal ou PSA.

Outros exames recomendados são a densitometria óssea bianual para seguimento da massa óssea, quando disponível, e hematócrito seriado, para avaliação de eritrocitose.

No primeiro ano após o início do tratamento os seguintes exames devem ser realizados trimestralmente: hemograma, perfil lipídico, PSA, enzimas hepáticas, testosterona e SHB.





V. Tamanho do Pênis

A autoestima masculina pode ser afetada quando o homem se sente inferiorizado por acreditar que seu pênis é pequeno. Essa sensação (com base real ou imaginária) é frequente, atingindo homens de todas as faixas etárias. Esse processo geralmente inicia-se na infância.

Malformações da genitália masculina e hipoplasia do pênis são condições anômicas que afetam a imagem corporal, porém a grande maioria de homens com queixas de pênis pequeno apresenta o órgão dentro de medidas consideradas normais.

O comprimento do pênis deve ser considerado normal a partir de 4 cm em estado de flacidez e de 7,5 cm quando está em ereção. As médias registradas para o homem adulto são de 8,5 a 9,4 cm em flacidez e de 12,9 a 14,1 cm em ereção. As variações decorrem das técnicas de medição utilizadas. Da flacidez para a ereção, o pênis aumenta em média 4,5 cm em seu comprimento.

Cirurgia do Aumento Peniano

Os primeiros procedimentos cirúrgicos para aumento peniano datam da década de 1970. Foram realizados em pacientes com: anomalias congênitas ou adquiridas, tais como epispádias; extrofia vesical; atrofia genitais consequentes a lesão medular.

A cirurgia do aumento peniano pode ser indicada em algumas situações especiais: casos comprovados de micropênis e epispádias; casos severos de hipospádias; retrações ou encurtamentos consequentes à doença de Peyronie; amputações parciais por neoplasia e outros defeitos traumáticos adquiridos; retrações penianas, em pacientes com lesão medular com o objetivo de facilitar a implantação de próteses e coletores urinários penianos.





Técnicas Cirúrgicas

As técnicas mais utilizadas para o alongamento da haste peniana são:

- secção do ligamento suspensor do pênis;
- lipectomia ou lipoaspiração da gordura pré-púbica;
- avanço da pele abdominal inferior para o pênis por meio de técnicas cutâneas de rotação de retalho;
- zetaplastia da trave peniano-escrotal ventral.

Para aumento da circunferência do pênis empregou-se inicialmente injeção de gordura autóloga subcutânea. Mais recentemente, enxertos de derme desepitelizada, retirados da região inguinal ou glútea e colocados entre o dartos e a fásia de Buck.

Nas reconstruções penianas são utilizadas técnicas de enxertia da albugínea e colocação de próteses intracavernosas.

Extensores Penianos

Não existe na literatura médica especializada estudo clínico ou experimental cientificamente revisado e aceito, com bom nível de evidência, relatando utilização e resultados de equipamentos para alongamento peniano.

A hipótese de uma eventual hiperplasia do tecido cavernoso, que resultaria em aumento da haste peniana, não tem comprovação científica.

■ Complicações

1. A secção do ligamento suspensor diminui o ângulo de elevação do pênis ereto, que fica com menos de 90°, ou seja, mesmo rígido, o órgão fica voltado para baixo. Essa situação geralmente não compromete a função sexual.
2. O encurtamento peniano pode ocorrer se não forem utilizadas condutas para prevenir a readesência do ligamento ao púbis no pós-operatório imediato.
3. O avanço da pele abdominal inferior em direção ao pênis, por meio de técnicas cutâneas de rotação de retalho, zetaplastia ou plástica V-Y, pode ocasionar cicatrizes hipertroóficas e/ou retráteis, levando a deformidades e diminuição do órgão.
4. Essa complicação é mais comum nos avanços V-Y muito amplos, realizados na junção peno-púbica.
5. As técnicas de aumento da circunferência peniana podem ocasionar danos à estrutura do pênis: lesões neurológicas e arteriais, levando a hipoestesia, infecção do leito operatório, abscesso suprapúbico, fístulas e disfunção erétil. Após a cirurgia, os pacientes apresentam um edema significante que pode persistir por até seis meses.



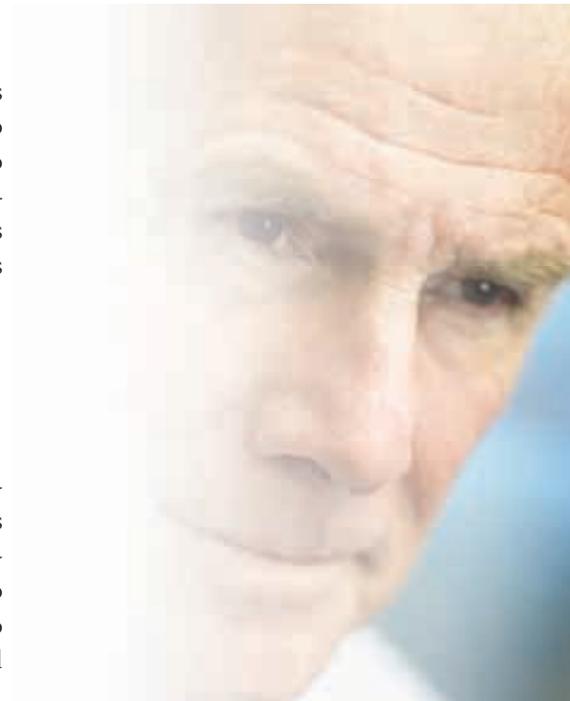


Resultados

Há poucos dados na literatura, avaliando o aumento do pênis após cirurgias. O ganho médio varia de 1 a 2 cm. A liberação do ligamento suspensor, o aumento da convexidade peniana com o avanço da pele do abdome inferior, a lipectomia púbica e a liberação da trave peniano-escrotal dão a ilusão de um pênis mais longo. Não há dados quanto ao aumento do pênis em ereção após tais procedimentos.

Recomendações

O aumento peniano, como procedimento cosmético do pênis normal, é ainda uma técnica investigacional, reservada a pacientes selecionados. Só poderá ser realizada em centros médicos credenciados, de acordo com as normas de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução 1476/97 do Conselho Federal de Medicina.





Referências

Abdo CHN, Rubio-Aurioles E, Kusnetzov JC. Disfunção erétil e distúrbios da ejaculação. In: SLAIS (org.) Consenso Latino-Americano de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Cultural; 2003.

Fonseca GN, Campos RMC, Glina S. Distúrbios Androgênicos do Envelhecimento Masculino. Int Braz J Urol. 2003; Supl 4: 20-3.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censos Demográficos. 2000 [cited 2007 3/4/2007]; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm.

Nardoza Jr. A, Gromatzky C, Facio Jr. N. Indicações, Dosagens e Administração dos Inibidores da Fosfodiesterase Tipo 5. Int Braz J Urol. 2005; 31(Supl 1): 21-23.

Rhoden EL, Morgentaler A. Risks of Testosterone-Replacement Therapy and Recommendations for Monitoring. N Engl J Med. 2004; 350(5): 482-92.

Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Cultural; 2002.

Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. Antidepressants and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with mirtazapine and paroxetine. J Clin Psychopharmacol. 2003; Oct; 23(5): 467-70.

