

ORIENTAÇÕES SOBRE DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA: Disfunção Erétil e Ejaculação Prematura

(Texto actualizado em Março de 2009)

E. Wespes, E. Amar, I. Eardley, F. Giuliano, D. Hatzichristou, K. Hatzimouratidis, F. Montorsi, Y. Vardi

Eur Urol 2002;41(1):1-5.

Eur Urol 2006;49(5):806-15

Definição, Epidemiologia e Factores de risco

A disfunção erétil (DE) é a incapacidade persistente em atingir e manter erecção suficiente para permitir um desempenho sexual satisfatório. Embora a DE seja uma patologia benigna, afecta a saúde física e psicossocial, apresentando um impacto significativo na qualidade de vida (QoL) do doente, bem como das respectivas parceiras e famílias. Uma revisão recente de estudos epidemiológicos sobre DE sugere que aproximadamente 5 a 20% dos homens têm DE moderada a grave. A diferença nas incidências reportadas é devida, provavelmente, às diferenças na metodologia, idade e estatuto socioeconómico das populações estudadas.

A disfunção erétil partilha factores de risco comuns com a doença cardiovascular, incluindo falta de exercício, obesidade,

tabagismo, hipercolesterolemia e síndrome metabólica. O risco de DE pode ser reduzido através da modificação destes factores de risco, em particular prática de exercício e perda de peso. Outro factor de risco de DE é a prostatectomia radical (PR), em qualquer das suas vias (aberta, laparoscópica, ou robótica), devido ao risco de lesão dos nervos erigentes, a baixa oxigenação dos corpos cavernosos e a insuficiência vascular. Cerca de 25 a 75% dos homens submetidos a PR sofrem de DE pós-operatória. Idealmente, os doentes que são considerados para prostatectomia radical com preservação do feixe vasculo-nervoso (NSRP) não devem ter disfunção eréctil, de modo a assegurar uma boa recuperação após PR.

Diagnóstico e avaliação

Avaliação básica

A avaliação básica (avaliação diagnóstica mínima) resumida na Figura 1 deve efectuar-se em todos os doentes com DE.

Devido aos potenciais riscos cardíacos associados à actividade sexual, a 2nd Princeton Consensus Conference estratificou os doentes com DE que querem iniciar, ou retomar, a actividade sexual em três categorias de risco (Fig. 2). O grupo de baixo risco inclui doentes assintomáticos com menos de três factores de risco para doença arterial coronária (excluindo o sexo masculino), angina ligeira ou estável (avaliada e/ou a ser tratada), enfarte do miocárdio anterior sem complicações, disfunção ventricular esquerda ou insuficiência cardíaca congestiva ligeiras (classe I NYHA), após revascularização coronária bem sucedida, hipertensão controlada e doença valvular ligeira. Todos os outros doentes foram incluídos numa categoria de risco intermédio ou alto e necessitam de consulta de cardiologia.

Exames e testes específicos

Embora a maioria dos doentes com DE possa ser tratada no âmbito da consulta geral, algumas circunstâncias requerem testes diagnósticos específicos:

- Doentes com disfunção erétil primária (não causada por doença orgânica ou perturbação psicogénica)
- Doentes jovens com história de trauma pélvico ou perineal que podem beneficiar de cirurgia de revascularização potencialmente curativa
- Doentes com deformidade peniana (ex. doença de Peyronie, curvatura congénita) que possa requerer correcção cirúrgica
- Doentes com distúrbios psiquiátricos ou psicosexuais complexos
- Doentes com distúrbios endócrinos complexos
- Doentes ou casais que solicitem exames específicos
- Por motivos médico-legais (ex. implante de prótese peniana, abuso sexual).

Os testes diagnósticos específicos incluem:

- teste de tumescência nocturna e rigidometria peniana (NTPR) com Rigiscan®
- estudos vasculares
 - injeção intracavernosa de fármaco vasoactivo
 - ecografia duplex das artérias cavernosas
 - cavernosometria/cavernosografia com perfusão dinâmica (DICC)
 - arteriografia da artéria pudenda interna
- estudos neurológicos (ex. latência do reflexo bulbocavernoso, estudos da condução nervosa)
- estudos endocrinológicos
- avaliação psicodiagnóstica especializada.

A NPTR deve realizar-se pelo menos durante duas noites. Um evento erétil com pelo menos 60% de rigidez registada na extremidade do pénis, e com duração mínima de 10 minutos, é indicador de mecanismo erétil funcional.

O teste de injeccção intracavernosa de fármaco vasoactivo fornece informação limitada sobre o estado vascular. No entanto, a Ecografia duplex proporciona uma forma simples de avaliação do estado vascular. Não são necessários exames vasculares adicionais se a Ecografia duplex estiver normal, indicada por um pico de fluxo sanguíneo sistólico > 30 cm/s e um índice de resistência > 0,8. Contudo, se o resultado do estudo ecográfico estiver anormal, só deverão efectuar arteriografia e DICC os doentes potencialmente candidatos a cirurgia de revascularização.

Recomendações para a Avaliação Diagnóstica

Recomendações	NE	GR
• Uso clínico de um questionário validado relacionado com a DE pode ajudar a avaliar todos os domínios da função sexual e o efeito de uma modalidade específica de tratamento	3	B
• O exame físico é necessário na avaliação inicial de DE para identificar patologias médicas subjacentes associadas a DE	4	B
• Testes laboratoriais de rotina, incluindo glicemia, perfil lipídico e doseamento de testosterona total, são necessários para identificar e tratar quaisquer factores de risco reversíveis e estilos de vida modificáveis	4	B
• Os testes diagnósticos específicos estão indicados apenas em algumas patologias	4	B

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação; DE = disfunção erétil.

Figura 1. Avaliação diagnóstica mínima (avaliação básica) em doentes com disfunção erétil.

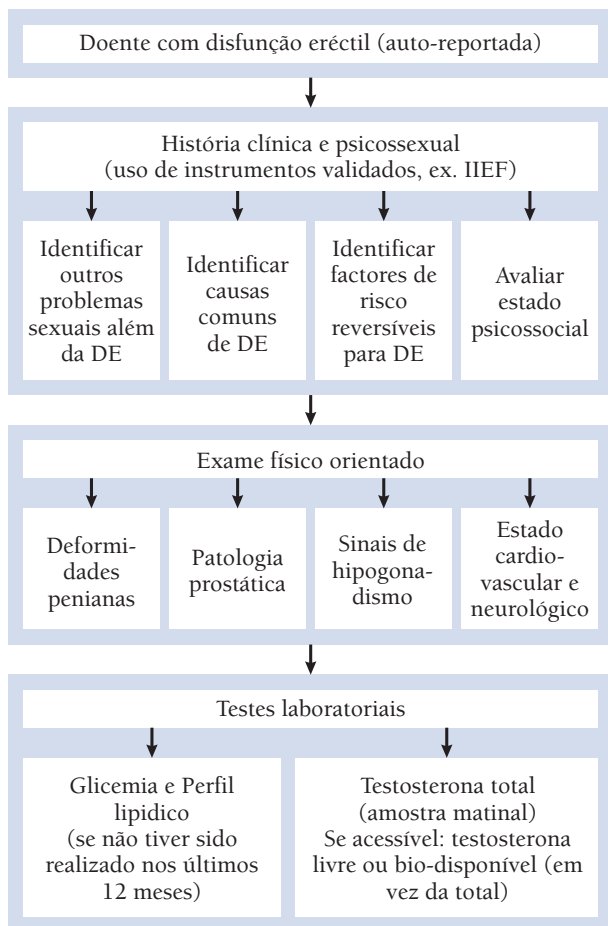
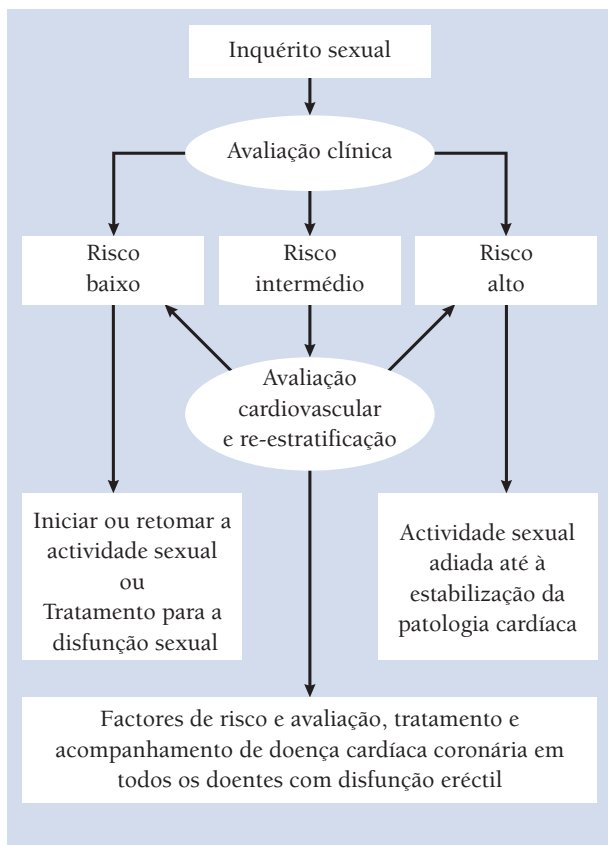


Figura 2. Algoritmo de tratamento de acordo com o risco cardíaco (2nd Princeton Consensus Conference)



Tratamento da DE

Apenas alguns tipos de DE podem ser curadas com terapêuticas específicas:

- DE psicogénica: terapêutica psicosssexual pode ser administrada isoladamente ou associada a outra abordagem terapêutica, mas é morosa e tem tido resultados variáveis
- DE arteriogénica pós-traumática em doentes jovens: a cirurgia de revascularização peniana tem uma taxa de sucesso a longo prazo de 60 a 70%
- Causas hormonais da DE: a terapêutica de substituição de testosterona é eficaz, mas só deve ser usada após terem sido excluídas outras causas endocrinológicas para a falência testicular. Actualmente, está contra-indicada em homens com história de carcinoma da próstata ou com sintomatologia urinária baixa de etiologia prostática. Requer um acompanhamento atento, incluindo toque rectal (DRE), doseamento de antigénio específico da próstata (PSA) e avaliação do hematócrito, bem como a monitorização do desenvolvimento de doença hepática ou prostática.

O uso de fármacos pró-erécteis na sequência de PR é muito importante para se reabilitar a função eréctil após a cirurgia. Vários estudos demonstraram maiores taxas de recuperação da função eréctil pós-PR nos doentes que receberam qualquer tipo de inibidor da fosfodiesterase 5 (PDE5) ou injeção intracavernosa (terapêutica ou profilática). A reabilitação deve começar o mais cedo possível a seguir à PR.

A maioria dos homens com DE será tratada com opções terapêuticas que não são específicas para as causas. Esta abordagem requer uma estratégia de tratamento estruturada que depende da eficácia, segurança, nível de invasão e custo, bem

como a satisfação do doente e da parceira. A escolha das opções de tratamento deve ter em consideração os efeitos na satisfação do doente, da parceira e outros factores de QoL, bem como a eficácia e a segurança. É apresentado um algoritmo de tratamento para DE na Figura 3.

Terapêutica de Primeira linha

Farmacoterapia oral

Três fortes inibidores selectivos da PDE5 foram aprovados pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) para o tratamento da DE. Não são iniciadores da erecção e requerem estimulação sexual para que esta aconteça. A eficácia é definida como rigidez suficiente para penetração vaginal.

Sildenafil (Viagra™)

O sildenafil, lançado em 1998, foi o primeiro inibidor da PDE5 disponível. Tem efeito 30 a 60 minutos após a administração. Refeições pesadas ricas em gorduras podem reduzir ou prolongar a absorção. É administrado em doses de 25, 50 e 100 mg. A dose inicial recomendada é de 50 mg e adaptada de acordo com a resposta do doente e efeitos secundários. A eficácia pode durar até 12 horas.

Em fase de pré-comercialização, e num estudo de resposta à dose, observou-se que após 24 semanas de tratamento foram reportadas melhorias na qualidade da erecção em 56%, 77% e 84% dos homens que tomaram 25, 50 e 100 mg de sildenafil, respectivamente, em comparação com 25% dos homens que tomaram placebo. A eficácia de sildenafil em quase todos os subgrupos de doentes com DE foi bem estabelecida.

Tadalafil (Cialis™)

O tadalafil foi licenciado para DE em 2003. Começa a fazer efeito 30 minutos após a administração mas o pico de eficácia ocorre após cerca de 2 h. A eficácia mantém-se até às 36 horas e não é afectada pela ingestão de alimentos. É administrado em doses de 10 e 20 mg. A dose inicial recomendada é de 10 mg e é adaptada de acordo com resposta do doente e efeitos secundários.

Em estudos de resposta à dose efectuados na fase de pré-comercialização, foram reportadas melhorias na qualidade da erecção após 12 semanas de tratamento por 67% e 81% dos homens que tomaram 10 mg e 20 mg de tadalafil, respectivamente, em comparação com 35% de homens que tomaram placebo. Os resultados foram confirmados em estudos de pós-comercialização. O tadalafil também contribui para a melhoria da qualidade da erecção em subgrupos difíceis de tratar.

Vardenafil (Levitra™)

O vardenafil foi licenciado para DE em 2003. Começa a fazer efeito 30 minutos após a administração. Uma refeição rica em gorduras (teor de gordura > 57%) reduz o seu efeito. É administrado em doses de 5, 10 e 20 mg. A dose inicial recomendada é de 10 mg e é adaptada de acordo com a resposta e efeitos secundários. In vitro, é 10 vezes mais potente que o sildenafil. No entanto, isto não significa necessariamente maior eficácia clínica.

Em estudos de resposta à dose realizados em fase de pré-comercialização, foram reportadas melhorias na erecção após 12 semanas de tratamento por 66%, 76% e 80% de homens que tomaram 5 mg, 10 mg e 20 mg de vardenafil, respectivamente, em comparação com 30% de homens que tomaram placebo. A

eficácia foi confirmada em estudos de pós-comercialização. O vardenafil também contribui para a melhoria da qualidade das ereções em subgrupos difíceis de tratar.

Escolha, ou preferência, dos diferentes inibidores da PDE5

A escolha de um inibidor da PDE5 depende da frequência das relações sexuais (uso ocasional ou terapêutica regular, 3 a 4 vezes por semana) e da experiência pessoal do doente em relação ao medicamento. Os doentes têm que saber se um fármaco é de longa ou de curta acção, quais são as eventuais desvantagens e como usá-lo.

Toma em necessidade, ou toma diária, de inibidores da PDE5

Embora os inibidores da PDE5 tenham sido introduzidos para tratamento sempre que necessário, em 2008, o tadalafil foi também aprovado para toma diária contínua em doses de 2,5 e 5 mg. Dois estudos, que avaliaram a toma diária de 5 e 10 mg de tadalafil durante 12 semanas e o toma diária de 2,5 e 5 mg de tadalafil durante 24 semanas, demonstraram que a dosagem diária era bem tolerada e melhorava significativamente a função erétil. Os resultados foram idênticos nos doentes diabéticos. No entanto, faltaram nestes estudos braços de tratamento com toma em necessidade. O tadalafil usado diariamente proporciona uma alternativa às doses de uso em necessidade para os casais que preferem uma actividade sexual espontânea e não programada, ou que têm uma actividade sexual frequente. A dosagem diária ultrapassa a exigência de uma ligação temporária entre a toma e a actividade sexual.

Outros estudos demonstraram que o tratamento crónico diário com tadalafil, mas não a toma em necessidade, melhorou a função endotelial com efeito sustentado após descontinuação. Isto foi confirmado noutra estudo de toma diária de sildenafil

em homens com diabetes tipo 2. Por oposição, noutro ensaio clínico aleatorizado verificou-se que uma dose diária única de vardenafil, 10 mg/dia, não apresentava efeito sustentado após interrupção do tratamento em comparação com vardenafil tomado em necessidade nos doentes com DE ligeira a moderada.

Acontecimentos adversos

Os acontecimentos adversos frequentes incluem cefaleias, rubor, tonturas, dispepsia e congestão nasal. O sildenafil e o vardenafil estão associados a alterações visuais em menos de 2% dos doentes, enquanto o tadalafil está associado a lombalgia/mialgia em 6% dos doentes. No entanto, os acontecimentos adversos são geralmente ligeiros, auto-limitados pelo uso contínuo e a taxa de abandono devidas a acontecimentos adversos é idêntica à do placebo.

Segurança cardiovascular

Os ensaios clínicos e os dados pós-comercialização de todos os inibidores da PDE5 demonstraram não haver aumento na incidência de enfarte agudo do miocárdio. Nenhum inibidor da PDE5 afectou negativamente o tempo total de exercício ou o tempo para isquémia durante as provas de esforço em homens com angina estável. De facto, estes fármacos podem melhorar os resultados nos testes de exercício.

Os nitratos são totalmente contra-indicados com todos os inibidores da PDE5 devido a hipotensão imprevisível. A duração da interacção entre os nitratos orgânicos e os inibidores da PDE5 varia de acordo com o inibidor da PDE5 e o nitrato. Se um doente desenvolver angina enquanto está a tomar um inibidor da PDE5, podem usar-se outros agentes antianginosos em vez de nitroglicerina ou após ter passado tempo suficiente (24 h para o sildenafil ou vardenafil e 48 h para o tadalafil).

Em geral, o perfil de eventos adversos dos inibidores da PDE5 não é agravado, mesmo quando o doente está a tomar múltiplos agentes anti-hipertensores.

Interacções com alfa-bloqueantes

Todos os inibidores da PDE5 parecem interagir com os alfa-bloqueantes, o que em algumas condições pode desencadear hipotensão ortostática. A bula do sildenafil inclui actualmente um aviso a alertar que as doses de 50 ou 100 mg (mas não a de 25 mg) de sildenafil não devem ser tomadas no espaço de 4 horas após a toma de um alfa-bloqueante. Não se recomenda o uso de vardenafil com um alfa-bloqueante. No entanto, a co-administração de vardenafil com tansulosina não está associada a hipotensão clinicamente significativa. O tadalafil está contra-indicado em doentes que estão a tomar alfa-bloqueantes, excepto tansulosina.

Ajustes posológicos

Podem ser necessárias doses mais baixas de inibidores da PDE5 em doentes que tomam cetoconazol, itraconazol, eritromicina, claritromicina e inibidores da protease do VIH (ritonavir, saquinavir). Podem ser necessárias doses mais altas de inibidores da PDE5 em doentes que tomam rifampicina, fenobarbital, fenitoína ou carbamazepina. Podem ser necessários ajustes posológicos em caso de disfunção renal ou hepática. Em doentes com hipogonadismo, os suplementos de androgénio melhoram a resposta erétil.

Orientação de doentes que não respondem aos inibidores PDE5

As duas razões principais para que os doentes não respondam a um inibidor da PDE5 são a utilização incorrecta ou a ineficácia do fármaco. Os médicos devem verificar se os doentes estão a tomar um medicamento autêntico, que foi adequada-

mente prescrito e é usado correctamente (estimulação sexual e dosagem adequadas, tempo suficiente entre a toma da medicação e a tentativa de relação sexual).

Desde que o doente esteja a usar o inibidor da PDE5 de forma adequada, existem várias formas de melhorar a sua eficácia. Estas incluem a alteração dos factores de risco associados, tratamento do hipogonadismo associado, mudança para outro inibidor PDE5, ou uso contínuo do inibidor PDE5. Contudo, as evidências que sustentam o uso destas intervenções são limitadas.

Dispositivos de Vácuo

Os dispositivos de vácuo (DV) aplicam uma pressão negativa no pénis para provocar o afluxo de sangue venoso, que é então mantido pela aplicação de um anel constritor na base do pénis. Este método é melhor aceite por doentes mais velhos. A eficácia, definida por uma erecção satisfatória para manter relações sexuais, chega aos 90%. As taxas de satisfação variam entre 27% e 94%. O uso a longo prazo do DV diminui para 50 a 64% após 2 anos. A maioria dos homens que suspende o uso de DVs fá-lo ao fim de 3 meses. Os efeitos adversos associados à terapêutica com vácuo são a dor peniana, entorpecimento, ejaculação retardada e ocorre em menos de 30% dos doentes.

Terapêutica de Segunda Linha

Os doentes que não respondem aos fármacos por via oral podem ser tratados com injeções intracavernosas. O alprostadil (Caverject®, Edex/Viridal®) é o único fármaco aprovado para o tratamento intracavernoso da DE. É a monoterapia mais eficaz no tratamento intracavernoso, utilizando doses que oscilam entre 5-40 µg. A erecção surge após 5 a 15 minutos e a sua

duração está relacionada com a dose injectada. O doente deve ser incluído num programa de treino a realizar em ambulatório (uma ou duas visitas) para aprender o processo correcto de injeção.

As taxas de eficácia rondam os 70% com actividade sexual reportada após 94% das injeções, taxas de satisfação de 87 a 93,5% nos doentes e de 86 a 90,3% nas parceiras. Foram descritas taxas de abandono de 41 a 68%, com a maioria das desistências a ocorrer nos primeiros 2-3 meses. As complicações do alprostadil por via intracavernosa incluem dor peniana (em 50% dos doentes após 11% das injeções), erecções prolongadas (5%), priapismo (1%) e fibrose (2%). A associação de fármacos (principalmente a associação dos três fármacos alprostadil + papaverina + fentolamina) pode aumentar a eficácia até 90%. Verificou-se que a fibrose é mais comum (5-10%) em caso de uso de papaverina (dependendo da dose total).

Após 4 horas de erecção, aconselha-se os doentes a consultarem o médico para prevenir lesões do tecido muscular liso intracavernoso, que pode resultar em impotência permanente. É usada uma agulha de calibre 19 para aspirar o sangue e diminuir a pressão intracavernosa. Esta técnica simples é normalmente suficiente para obter detumescência. No entanto, se houver recorrência da erecção, deve injectar-se fenilefrina intracavernosa, começando com 200 µg de 5 em 5 min, aumentando para 500 µg se necessário. Se este problema ocorrer, a dosagem da injeção intracavernosa seguinte é normalmente reduzida.

A prostaglandina E1 pode ser administrada por via intrauretral como cápsulas de gel (125-1000 µg). Um anel constritor colocado na base do pénis melhora a rigidez resultante. A taxa de

sucesso clínico é mais baixa do que com injeções intracavernosas, mas cerca de 70% dos doentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o tratamento. Os efeitos secundários incluem dor local (29-41%), tonturas (1,9-14%) e uretrorragia (5%).

Terapêutica de Terceira Linha (Próteses Penianas)

A implantação cirúrgica de uma prótese peniana pode ser considerada em doentes que não respondem à farmacoterapia ou que querem uma solução permanente. As próteses podem ser maleáveis (semi-rígidas) ou insufláveis (de duas ou três componentes). A maioria dos doentes prefere os dispositivos insufláveis, porque as ereções são mais 'naturais', mas estas próteses são muito mais dispendiosas. Os doentes reportam taxas de satisfação de 70 a 87% após consulta adequada.

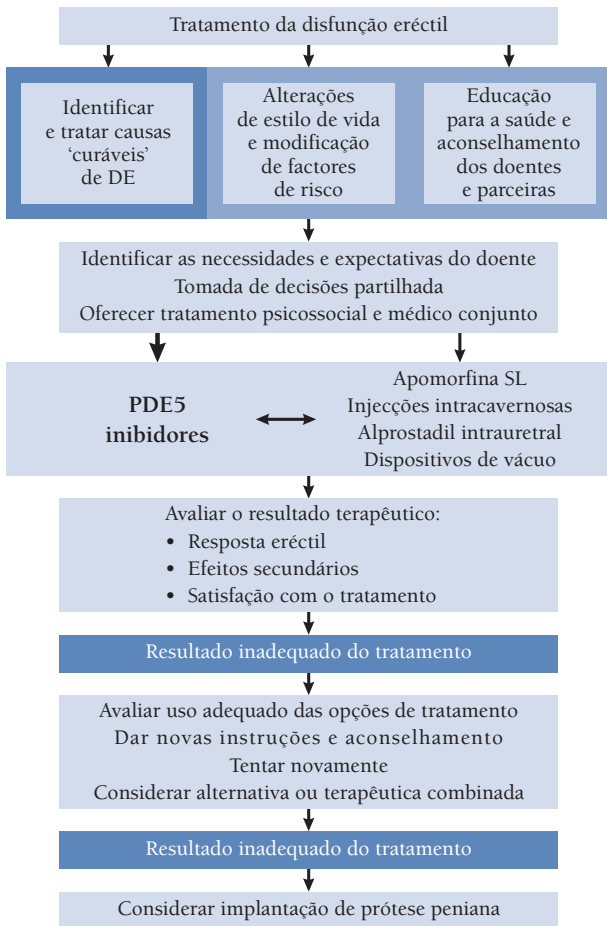
As duas principais complicações da implantação de prótese peniana são a falha mecânica (inferior a 5% após 5 anos de acompanhamento com as próteses de três componentes actualmente disponíveis) e infecção. Com profilaxia antibiótica, a taxa de infecção é de 2 a 3% e pode ser ainda menor usando um implante impregnado em antibiótico ou com revestimento hidrófilo. A infecção implica a remoção da prótese, administração de antibióticos e reimplantação após 6-12 meses. No entanto, foram alcançadas taxas de sucesso de 82% através de terapêutica de salvação, envolvendo a remoção e a reimplantação imediata após irrigação abundante dos corpos cavernosos com uma solução de antibióticos associados. Embora a diabetes seja considerada como um dos principais factores de risco para a infecção, este facto não é sustentado pelos os dados actualmente disponíveis.

Recomendações para o Tratamento da DE

Recomendações	NE	GR
• Alteração do estilo de vida e modificação dos factores de risco devem preceder ou acompanhar o tratamento da DE	1b	A
• As terapêuticas pro-erécteis devem iniciar-se assim que possível após prostatectomia radical	1b	A
• Se for detectada uma causa curável da DE, tratar primeiro a causa	1b	B
• Os inibidores da PDE5 são terapêutica de primeira linha	1a	A
• A administração diária de inibidores da PDE5 pode melhorar os resultados e restabelecer a função eréctil	1b	A
• A prescrição inadequada/incorrecta e uma fraca educação para a saúde do doente são as principais causas para a ausência de resposta aos inibidores da PDE5	3	B
• A administração de testosterona restabelece a eficácia dos inibidores da PDE5 nos doentes hipogonádicos que não respondem inicialmente ao tratamento	1b	B
• A apomorfina pode ser usada em DE ligeira a moderada, DE psicogénica, ou em doentes com contra-indicação para inibidores da PDE5	1b	B
• Os dispositivos de vácuo podem ser utilizados nos doentes com relações estáveis	4	C
• As injecções intracavernosas são terapêutica de segunda linha	1b	B
• A prótese peniana é terapêutica de terceira linha	4	C

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação; DE = disfunção eréctil; Inibidor da PDE5 = inibidor da fosfodiesterase tipo5.

Figura 3. Algoritmo de tratamento para a DE



Inibidor da PDE5 = inibidor da fosfodiesterase tipo 5.

EJACULAÇÃO PREMATURA

Definição, Epidemiologia e Fatores de Risco

Tem havido dificuldade em chegar a um consenso sobre a melhor forma de definir EP. As duas definições mais amplamente aceites são:

- A Second International Consultation sobre Disfunção Sexual e Erétil definiu a EP como ‘ejaculação com estimulação mínima e mais cedo do que o desejado, antes ou pouco depois da penetração, o que causa incómodo ou perturbação, e sobre a qual o doente possui pouco ou nenhum controlo voluntário’.
- A International Society for Sexual Medicine (ISSM) adoptou uma definição completamente nova de EP permanente, que é a primeira definição baseada na evidência, ‘Ejaculação prematura é a disfunção sexual masculina caracterizada por ejaculação que ocorre sempre ou quase sempre antes ou cerca de um minuto depois da penetração vaginal; e incapacidade de adiar a ejaculação em todas ou quase todas as penetrações vaginais; e consequências pessoais negativas, tais como perturbação, incómodo, frustração e/ou o evitar ter intimidade sexual’.

Assim, a ejaculação prematura pode ser classificada como ‘permanente’ (primária) ou ‘adquirida’ (secundária). A EP permanente é caracterizada por ter início desde a primeira experiência sexual e permanece um problema ao longo da vida. A ejaculação ocorre de modo demasiado rápido antes da penetração vaginal ou < 1-2 minutos depois. A EP adquirida é caracterizada por ter um início gradual ou súbito, com ejaculação normal antes do início do problema. O tempo até à ejaculação é curto, mas normalmente não tão rápido como a EP permanente.

A ejaculação prematura é a disfunção sexual masculina mais comum, com taxas de prevalência de 20 a 30%. Dados limitados sugerem que a prevalência de EP permanente, definida como tempo de latência ejaculatória intravaginal (IELT) <1-2 min, é cerca de 2 a 5%. A etiologia da EP é desconhecida, com poucos dados que sustentem as hipóteses biológicas e psicológicas sugeridas, incluindo ansiedade, hipersensibilidade peniana e disfunção do receptor da serotonina. Em contraste com a disfunção eréctil, a prevalência de EP não é afectada pela idade. Os factores de risco para a EP são normalmente desconhecidos.

A ejaculação prematura tem um efeito prejudicial na autoconfiança e na relação com a parceira. Pode provocar perturbação mental, ansiedade, embaraço e depressão. No entanto, a maioria dos homens com EP não procura ajuda.

Avaliação diagnóstica

O diagnóstico de EP é baseado na história clínica e sexual do doente. A história deve classificar a EP como permanente ou adquirida e determinar se a EP é situacional (sob circunstâncias específicas ou com uma parceira específica) ou persistente. Deve ser dada atenção especial à duração do tempo de ejaculação, nível de estímulo sexual, impacto sobre a actividade sexual, QoL, e uso ou abuso de fármacos. É também importante distinguir entre EP e DE.

A avaliação do IELT não é suficiente para definir EP, uma vez que existe uma sobreposição significativa entre homens com e sem EP. Na prática clínica de rotina, o IELT auto-calculado é suficiente. Vários questionários foram criados devido à necessidade de avaliar a EP objectivamente, tal como o *Premature*

Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT). Outros questionários usados para caracterizar a EP e determinar os efeitos do tratamento incluem o Perfil de Ejaculação Prematura (PEP), o Índice de Ejaculação Prematura (IPE), e o Questionário de Saúde Sexual Masculino da Disfunção Ejaculatória (MSHQ-EjD). Atualmente, apresentam um papel opcional na prática clínica de rotina.

O exame físico inclui uma breve avaliação dos sistemas vascular, endócrino e neurológico para identificar patologias médicas subjacentes associadas à EP ou outras disfunções sexuais, tais como doença crónica, endocrinopatia, neuropatia autónoma, doença de Peyronie, uretrite ou prostatite. As análises laboratoriais ou testes psicológicos devem ser orientados por achados específicos da história ou exame físico e não são recomendados como rotina.

Recomendações para o diagnóstico da EP

Recomendações	NE	GR
• O diagnóstico e a classificação da EP são baseados na história clínica e sexual. Deve ser multidimensional e avaliar IELT, percepção do controlo ejaculatório, perturbação e dificuldades interpessoais devido à disfunção ejaculatória	1a	A
• A utilização clínica do IELT auto-calculado é adequada. Em ensaios clínicos, requer-se a avaliação do IELT através de cronómetro	2a	B
• Os elementos clínicos reportados pelo doente podem eventualmente ser utilizados para identificar homens com EP. É necessária investigação complementar antes de poderem ser recomendados para uso clínico	3	C

<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser necessário o exame físico na avaliação inicial de EP para identificar patologias médicas subjacentes associadas à EP ou outros disfunções sexuais, em particular DE 	3	C
<ul style="list-style-type: none"> • Não se recomendam análises laboratoriais ou testes neuropsicológicos de rotina. Os testes adicionais devem ser dirigidos por achados específicos a partir da história ou exame físico 	3	C

NE = nível de evidência; IELT = tempo de latência ejaculatória intravaginal; GR = grau de recomendação.

Tratamento da EP

Em muitas relações, a EP causa poucos ou nenhuns problemas. Nestes casos, o tratamento deve limitar-se ao aconselhamento psicosssexual. Antes de começar o tratamento, é essencial discutir cuidadosamente quais são as expectativas do doente. A disfunção erétil, ou outra disfunção sexual ou infeção genitourinária (ex. prostatite), deve ser tratada primeiro ou ao mesmo tempo que a EP.

Várias técnicas comportamentais demonstraram benefícios no tratamento da EP. Na EP permanente, não se recomendam as técnicas comportamentais como tratamento de primeira linha. Consomem muito tempo, requerem o apoio da parceira e podem ser difíceis de realizar. A farmacoterapia é a base do tratamento da EP permanente, mas os tratamentos farmacológicos estão fora das respectivas indicações terapêuticas aprovadas. Apenas a utilização crónica dos inibidores selectivos da recaptação da serotonina (SSRIs) e os agentes anestésicos de aplicação tópica demonstraram eficácia consistente na EP. Apresenta-se um algoritmo para o tratamento da EP na Figura 4.

Estratégias Psicológicas/Comportamentais

As estratégias comportamentais incluem principalmente o programa 'parar-começar' desenvolvido por Semans e a sua modificação, a técnica de 'compressão peniana', proposta por Masters e Johnson (existem várias modificações). A masturbação quando se antecipa a relação sexual é outra técnica usada por muitos homens jovens.

No geral, foram reportadas taxas de sucesso a curto prazo de 50 a 60%. Um estudo cruzado, aleatorizados e em dupla ocultação demonstrou que o tratamento farmacológico resulta num maior prolongamento do IELT do que a terapêutica comportamental. Além disso, a experiência clínica sugere que as melhorias alcançadas com estas técnicas não se mantêm normalmente a longo prazo.

Agentes anestésicos de aplicação tópica

O creme de lidocaína-prilocaina (5%) é aplicado 20 a 30 minutos antes da relação sexual. A aplicação prolongada de agentes anestésicos de aplicação tópica (30-45 min) pode resultar na perda de erecção devida a anestesia do pénis. É necessário usar preservativo para evita a difusão do agente anestésico de aplicação tópica para a parede vaginal provocando anestesia na parceira. Em dois ensaios clínicos aleatorizados, o creme de lidocaína-prilocaina aumentou significativamente o IELT avaliado através de cronómetro em comparação com placebo. Não foram reportados efeitos secundários significativos. Está a ser avaliada uma formulação em aerosol de lidocaína 7,5 mg juntamente com prilocaina 2,5 mg (Preparado Eutético de Aplicação Tópica para a Ejaculação Prematura, TEMPE) que demonstrou resultados idênticos.

O creme-SS é um agente anestésico de aplicação tópica feito de extractos de nove ervas. É aplicado na glândula do pénis 1 hora antes e que se lava imediatamente antes do coito. Num ensaio clínico aleatorizado, a aplicação de 0,2 g de creme-SS melhorou significativamente o IELT e a satisfação em comparação com o grupo de placebo. Foram reportados ardor local e dor ligeiros por 18,5% dos doentes. Não foram observados efeitos adversos na função sexual, na parceira ou efeitos secundários sistémicos.

Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina

A primeira escolha de tratamento da EP são os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (SSRIs), em toma diária, mas são usados na EP fora das indicações terapêuticas aprovadas. Os SSRIs usados normalmente incluem a paroxetina (20-40 mg/dia), sertralina (25-200 mg/dia) e a fluoxetina (10-60 mg).

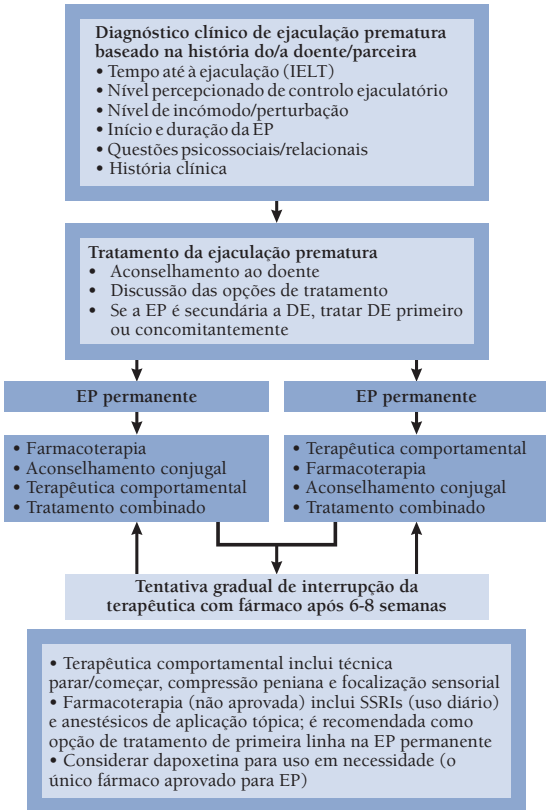
Com base numa revisão sistemática e em meta-análises, esperava-se que os SSRIs aumentassem a média geométrica do IELT entre 2,6 a 13,2 vezes. Verificou-se que a paroxetina é superior à fluoxetina, clomipramina e sertralina. O atraso da ejaculação pode notar-se alguns dias após o início da toma do fármaco, mas é mais evidente após 1 a 2 semanas e pode manter-se por vários anos. Os efeitos secundários frequentes dos SSRIs incluem fadiga, sonolência, bocejos, náuseas, vômitos, xerostomia, diarreia e sudorese; são normalmente ligeiros e melhoram gradualmente após 2 a 3 semanas. Também foram reportadas diminuição da libido, anorgasmia, anejaculação e DE. O tratamento em necessidade é menos eficaz que a dosagem diária, mas pode associar-se a uma tentativa inicial de tratamento diário ou tratamento diário concomitante de dose baixa para reduzir os efeitos adversos.

A dapoxetina é um SSRI forte, que foi concebido especificamente para tratamento oral de uso em necessidade para a EP. Uma análise integrada de dois ensaios clínicos aleatorizados concluiu que a dapoxetina, 30 e 60 mg, melhora significativamente o IELT em comparação com placebo. Foi reportada uma melhoria no controlo da ejaculação por 51% e 58% dos doentes nos grupos de dosagem de 30 mg e 60 mg, respectivamente. Ambas as doses de dapoxetina foram eficazes na primeira dose. Os efeitos adversos frequentes foram náuseas, diarreia, cefaleias e tonturas. A proporção de homens com um incremento de duas ou mais categorias no controlo e satisfação relativamente às relações sexuais (de uma escala com 5 pontos, ‘muito fraco’ a ‘muito bom’) com dapoxetina 30 e 60 mg foi de 36,3% e 44,5%, respectivamente (versus 15% com placebo). Noutro ensaio clínico aleatorizado, a dapoxetina reduziu a perturbação pessoal e as dificuldades interpessoais associadas à EP. A dapoxetina foi aprovada (Dezembro de 2008) para o tratamento em necessidade da EP em sete países europeus (Suécia, Áustria, Finlândia, Alemanha, Espanha, Itália e Portugal). Este é actualmente o primeiro e único fármaco aprovado para esta indicação.

Inibidores da fosfodiesterase de tipo 5

Vários estudos recentes sustentam o papel terapêutico dos inibidores da PDE5 na EP. No entanto, só há um ensaio clínico aleatorizado que estabelece a comparação entre o sildenafil e placebo. Embora o IELT não tenha melhorado significativamente, o sildenafil aumentou a confiança, a percepção de controlo ejaculatório e a satisfação sexual global, reduziu a ansiedade e diminuiu o tempo refractário para alcançar uma segunda erecção após a ejaculação.

Figura 4. Orientação da EP



EP = ejaculação prematura; IELT = tempo de latência ejaculatória intravaginal; DE = disfunção erétil; SSRI = inibidor selectivo da recaptação da serotonina. Adaptado de Lue et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunction in men. *J Sex Med* 2004;1:6-23.

Em dois outros ensaios clínicos aleatorizados, a monoterapia de lidocaína-prilocaína apresentou eficácia similar à da associação com sildenafil, enquanto que a eficácia de sildenafil isolado foi similar à do placebo. Noutro estudo, o sildenafil melhorou significativamente o IELT e a satisfação e reduziu a ansiedade global em comparação com vários SSRIs e com a técnica ‘pausa-compressão peniana’. Em vários estudos abertos verificou-se que o sildenafil associado a um SSRI é superior à monoterapia com SSRI.

Recomendações para o tratamento da EP

Recomendações	NE	GR
• Disfunção erétil, outra disfunção sexual ou infecção genitourinária (ex. prostatite) devem ser tratadas primeiro	2a	B
• Técnicas comportamentais podem beneficiar os doentes com EP. No entanto, consomem muito tempo, exigem o apoio da parceira e podem ser difíceis de realizar	3	C
• Farmacoterapia é a base do tratamento na EP permanente (primária)	1a	A
• SSRIs tomados diariamente são o tratamento farmacológico de primeira linha para a EP, embora não aprovados para o efeito. O perfil farmacocinético dos SSRIs disponíveis actualmente não é adequado para a utilização em necessidade	1a	A
• Dapoxetina, um SSRI de acção curta, já se encontra aprovada para o tratamento em necessidade da EP em sete países da Europa	1a	A
• Agentes anestésicos de aplicação tópica constituem alternativas viáveis aos SSRIs	1b	A

• Inibidores da PDE5	2B	C
• Recorrência é provável após cessação do tratamento	1b	A
• Terapêutica comportamental pode potenciar a farmacoterapia para otimizar a prevenção das recorrências	3	C

NE = nível de evidência; GR = grau de recomendação; DE = disfunção eréctil; EP = ejaculação prematura; SSRI = inibidor selectivo da recaptção da serotonina; pm = administração on-demand

O texto deste folheto é baseado nas orientações mais abrangentes da EAU (ISBN 978-90-79754-09-0), disponíveis para todos os membros da Associação Europeia de Urologia no sítio - <http://www.uroweb.org>.