

DIRETRIZES PARA DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA: Disfunção Erétil e Ejaculação Prematura

(Texto atualizado em Março de 2009)

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

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

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

DISFUNÇÃO ERÉTIL

Definição, epidemiologia e fatores de risco

A disfunção erétil (DE) é a incapacidade persistente em obter e manter uma ereção suficiente, que permita uma atividade sexual satisfatória. Embora DE seja uma desordem benigna, ela afeta a saúde física e psicológica e tem um impacto significativo sobre a qualidade de vida (QoL) dos portadores e suas parceiras e famílias. Aproximadamente 5 a 20% dos homens têm DE moderada a severa.

DE compartilha fatores de risco comuns com as doenças cardiovasculares, que incluem o sedentarismo, a obesidade, o tabagismo, a hipercolesterolemia e a síndrome metabólica. O risco de DE pode ser reduzido pela modificação destes fatores de risco, particularmente adotando atividade física e perdendo peso. Outro fator de risco para DE é a prostatectomia radical (PR) em qualquer técnica (aberta, laparoscópica ou

robótica), devido ao risco de lesão dos nervos cavernosos, má oxigenação dos corpos cavernosos ou insuficiência vascular. Entre 25 e 75% dos homens submetidos a PR apresentam DE pós-operatória.

Diagnóstico e Manejo

Manejo básico

O manejo básico (avaliação diagnóstica mínima) está demonstrado na Figura 1 e deve ser realizado em todo paciente com DE.

Devido ao potencial risco cardíaco associado com atividade sexual, a Segunda Conferência do Consenso de Princeton estratifica pacientes com DE, que desejam iniciar ou continuar a atividade sexual, em 3 categorias. O grupo de baixo risco inclui pacientes assintomáticos com menos de 3 fatores de risco para doença coronariana (excluindo o gênero), angina estável ou leve (avaliada e/ou sendo tratada), infarto agudo do miocárdio não complicado, disfunção ventricular esquerda ou insuficiência cardíaca congestiva (NYHA classe I), revascularização coronariana bem sucedida, hipertensão controlada e doença valvular leve. Todos os outros pacientes serão incluídos nas categorias de risco intermediário e alto, e necessitam de uma avaliação cardiológica.

Exames específicos

Embora muitos pacientes com DE possam ser manejados dentro de um cuidado sexual padrão, algumas circunstâncias requerem testes diagnósticos específicos:

- pacientes com DE primária (não causada por doença orgânica ou desordem psicogênica);
- pacientes jovens com história de trauma perineal ou pél-

vico que podem se beneficiar de uma cirurgia vascular potencialmente curativa;

- pacientes com deformidades penianas (doença de Peyronie, curvatura congênita) que podem necessitar de procedimento cirúrgico;
- pacientes com distúrbios psiquiátricos ou psicossociais complexos;
- pacientes com distúrbios endócrinos complexos;
- exames específicos podem ser indicados por solicitação do paciente ou de sua parceira;
- por razões médico-legais (implante de prótese peniana, abuso sexual).

Os exames diagnósticos específicos incluem:

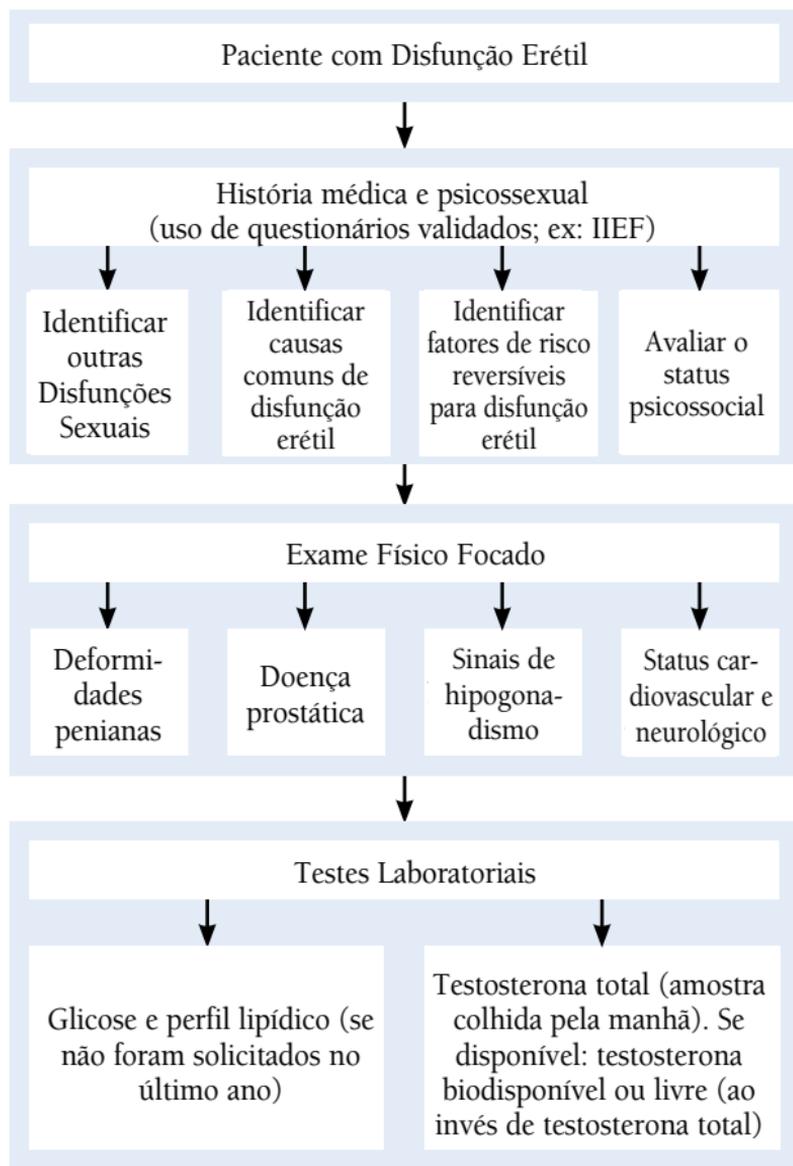
- tumescência e rigidez peniana noturna (NPTR) com Rigiscan®;
- testes vasculares
 - teste de ereção fármaco-induzido (TEFI);
 - ecodoppler das artérias cavernosas com teste farmacológico;
 - cavernosometria/cavernosografia por infusão dinâmica (DICC);
 - arteriografia pudenda interna;
- testes neurológicos (latência do reflexo bulbocavernoso, estudos de condução nervosa);
- estudo endócrino;
- avaliação psicodiagnóstica especializada;

A NPTR deve ser realizada por pelo menos duas noites. Para que o mecanismo de ereção esteja preservado deve haver pelo menos uma ereção de 60% de rigidez, registrada na extremi-

dade do pênis, com duração mínima de 10 minutos. O TEFI fornece limitadas informações sobre o estado vascular. Porém, o ecodoppler peniano permite um acesso simples ao estado da vascularização. Qualquer investigação vascular fica desnecessária se o pico sistólico da artéria cavernosa for maior do que 30cm/s e o índice de resistência for maior do que 0,8, após a administração de fármaco vasoativo intracavernoso. Se o Doppler for anormal, entretanto, a arteriografia e o DICC podem ser realizados, mas somente em pacientes que são potenciais candidatos à cirurgia vascular reconstrutora.

Recomendações para os testes diagnósticos	NE	GR
Uso clínico de questionários validados relacionados à DE podem acessar os domínios da função sexual e o efeito de uma modalidade terapêutica específica.	3	B
O exame físico é necessário na consulta inicial para identificar possíveis condições médicas associadas com DE.	4	B
Os testes laboratoriais de rotina incluem glicemia, perfil lipídico e testosterona, e são necessários para identificar e tratar possíveis fatores de risco e fatores de estilo de vida modificáveis.	4	B
Testes diagnósticos específicos são indicados para apenas poucas situações.	4	B

Figura 1 – Avaliação diagnóstica mínima (avaliação básica)



Tratamento da DE

Somente alguns casos específicos de DE têm um potencial de cura:

- DE psicogênica: terapia psicosssexual pode ser empregada isolada ou associada a qualquer alternativa terapêutica e tem resultados variáveis;
- DE arteriogênica pós-traumática em pacientes jovens: a taxa de sucesso com revascularização peniana é de 60 a 70%;
- DE de origem hormonal: a terapia de reposição de testosterona é efetiva e deve ser utilizada somente após outras causas de falência testicular serem excluídas. Geralmente, está contraindicada em homens com história de câncer de próstata ou com sintomas de prostatismo. Um acompanhamento rigoroso é necessário, incluindo toque retal, antígeno prostático específico e hematócrito, bem como o monitoramento da função hepática e da doença prostática.

O uso de drogas pró-eréteis após a prostatectomia radical é muito importante para preservação da função erétil. Muitos estudos clínicos têm demonstrado altas taxas de recuperação da função erétil pós-prostatectomia radical em pacientes que usam inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (iPDE5) ou injeções intracavernosas (terapêuticas ou profiláticas). A reabilitação peniana deve iniciar tão logo seja possível no pós-operatório.

Muitos homens com DE serão tratados com opções que não são causa-específica. Esta alternativa requer uma estratégia terapêutica estruturada, que depende da eficácia, segurança, invasividade e custo, bem como da satisfação do paciente e

de sua parceira. O algoritmo de tratamento é mostrado na Figura 2.

Primeira linha de tratamento

Farmacoterapia oral

Três potentes e seletivos iPDE5 foram aprovados pela Agência de Medicina Europeia (EMA) para tratamento da DE. Eles não são iniciadores da ereção e necessitam de estimulação sexual para que a ereção ocorra. Eficácia é definida como rigidez peniana suficiente para penetração vaginal.

Sildenafil (Viagra®)

Sildenafil foi o primeiro iPDE5 disponível. É efetivo após 30 a 60 minutos da administração. Uma alimentação muito gordurosa pode reduzir ou retardar a sua absorção. É administrado em 25, 50 e 100mg. A dose inicial recomendada é de 50mg e adaptada de acordo com a resposta do paciente, bem como pelos efeitos colaterais possíveis. A resposta pode durar até 12h. As taxas de sucesso (ereções suficientes para penetração) são de 56%, 77% e 84% para homens tomando 25, 50 e 100mg, respectivamente. A eficácia do sildenafil em muitos subgrupos de pacientes com DE está bem estabelecida.

Tadalafil (Cialis®)

Tadalafil é efetivo após 30 minutos da administração, mas seu pico de eficácia ocorre após 2h. Sua eficácia é mantida por até 36h e não é afetada pela alimentação. É administrada em doses de 10 e 20mg. A dose inicial recomendada é de 10mg e é adaptada de acordo com a resposta do paciente e com os efeitos colaterais. A taxa de sucesso é de 67% e 81%, nos homens utilizando 10 e 20mg, respectivamente. Tadalafil

também melhora as ereções em subgrupos de difícil tratamento.

Vardenafil (Levitra®)

O vardenafil é efetivo após 30 minutos da administração. Uma refeição muito gordurosa reduz o seu efeito. É administrado em doses de 5, 10 e 20mg. A dose inicial recomendada é de 10mg e é adaptada de acordo com a resposta do paciente e pelos efeitos colaterais. *In vitro*, é 10x mais potente que o sildenafil, entretanto não é necessariamente mais eficaz clinicamente. As taxas de sucesso são de 66%, 76% e 80% em homens utilizando 5, 10 e 20mg, respectivamente. Vardenafil também melhora as ereções em subgrupos de difícil tratamento.

Escolha ou preferência por diferentes iPDE5

A escolha pelo iPDE5 tenham sido da frequência do intercurso (uso ocasional ou terapia regular, se 3 a 4 relações por semana) e da experiência pessoal do paciente com determinada droga. Os pacientes precisam saber se a droga é de curta ou longa ação, as possíveis desvantagens e como usá-las.

Uso sob demanda ou diário de iPDE5

Embora os iPDE5 foram introduzidos para tratamento sob demanda, em 2008 o tadalafil foi também aprovado para uso diário, em doses de 2,5 e 5ml. O uso diário foi bem tolerado e melhorou significativamente a função erétil. Resultados similares foram encontrados em pacientes diabéticos. Tadalafil diário permite uma alternativa de dose para casais que preferem a espontaneidade ao invés da atividade sexual programada, ou para aqueles que têm atividade sexual frequente.

Efeitos adversos

Os efeitos adversos comuns incluem cefaleia, rubor facial, tontura, dispepsia e congestão nasal. Sildenafil e vardenafil têm sido associados a anormalidades visuais em menos de 2% dos pacientes, enquanto que o tadalafil está associado à dor lombar e mialgia em 6% dos pacientes. Entretanto, os efeitos adversos são moderados, autolimitados com o uso contínuo e a taxa de desistência devido aos efeitos adversos é semelhante aos encontrados no grupo placebo.

Segurança cardiovascular

Os estudos clínicos e os dados de pós-marketing dos 3 iPDE5 não demonstram um aumento nas taxas de infarto agudo do miocárdio. Nenhum iPDE5 afetou adversamente o tempo de exercício, ou o tempo de isquemia desencadeado pelo exercício nos testes em homens com angina estável. De fato, estas drogas podem melhorar estes testes.

Os nitratos são totalmente contraindicados com todos os iPDE5, devido a uma hipotensão imprevisível. A duração da interação entre os nitratos orgânicos e os iPDE5 varia de acordo com a droga e o nitrato. Se o paciente desenvolve angina durante o uso de iPDE5, outros agentes antianginosos podem ser utilizados no lugar da nitroglicerina ou até que o tempo apropriado tenha passado (24h para sildenafil e vardenafil e 48h para tadalafil).

Em geral, o perfil de eventos adversos dos iPDE5 não é pior, mesmo no caso de pacientes em uso de múltiplos agentes anti-hipertensivos.

Interação com alfa bloqueadores

Todos os iPDE5 parecem interagir com os alfa-bloqueadores,

o que pode resultar em hipotensão ortostática. A bula do sildenafil inclui uma precaução de que sildenafil 50 e 100mg (não o de 25mg) devem ser evitados nas primeiras 4h após a tomada do alfa-bloqueador. O uso de vardenafil com alfa-bloqueador não é recomendado. Entretanto, a administração conjunta de vardenafil com tamsulosina não está associada com hipotensão clinicamente significativa. Tadalafil está contraindicado em pacientes tomando alfa bloqueador, exceto tamsulosina.

Ajuste de dosagens

Baixas doses de iPDE5 podem ser necessárias em pacientes que fazem uso de cetoconazol, itraconazol, eritromicina, claritromicina e inibidores da protease do HIV (ritonavir, saquinavir). Altas doses de iPDE5 podem ser necessárias em pacientes utilizando rifampicina, fenobarbital, fenitoína ou carbamazepina. Disfunção hepática ou renal também podem requerer ajuste de dose. Em pacientes com hipogonadismo, a suplementação de andrógenos melhora a função erétil.

Manejo de não respondedores dos iPDE5

Médicos devem verificar se seus pacientes estão usando uma medicação original, se a medicação foi devidamente prescrita e se está sendo usada corretamente (adequada estimulação sexual, dose e tempo suficiente entre a tomada da medicação e o início do intercursos).

Existem várias estratégias para melhorar a eficácia do tratamento com iPDE5. Elas incluem modificação dos fatores de risco, tratamento do hipogonadismo, troca por outro iPDE5 ou uso contínuo de iPDE5.

Vacuoterapia

Os equipamentos de vacuoterapia determinam uma pressão negativa, com intuito de preencher o pênis com sangue venoso, o qual fica represado no seu interior pela aplicação de uma banda constritora na base peniana. Este método é mais aceitável em indivíduos mais velhos. A eficácia, definida como uma ereção suficiente para penetração, é alta, atingindo até 90%. As taxas de satisfação dos pacientes variam de 27 a 94%. Os eventos adversos incluem dor peniana, amortecimento e ejaculação retardada, e acometem até 30% dos pacientes.

Segunda linha de tratamento

Aos pacientes que não respondem às drogas orais, podem ser oferecidas injeções intracavernosas. O alprostadil (Caverject[®], Edex/Viridal[®]) é a única droga aprovada para tratamento intracavernoso para DE. É a monoterapia mais eficaz para tratamento intracavernoso, com doses de 5 a 40 µg. O paciente deve ser orientado e treinado em nível ambulatorial (uma ou duas visitas), para aprender corretamente o processo da injeção.

As taxas de eficácia são de 70%, com relato de atividade sexual após 94% da injeções. As taxas de satisfação variam de 87 a 93,5% para os pacientes e de 86 a 90,3% para as parceiras. A taxa de desistência descrita varia de 41 a 68%, com muitas delas ocorrendo nos primeiros 2 a 3 meses. As complicações do alprostadil intracavernoso incluem dor peniana (50% dos pacientes), ereções prolongadas (5%), priapismo (1%) e fibrose peniana (2%). As combinações de

drogas (principalmente alprostadil, papaverina e fentolamina) podem aumentar a eficácia em até 90%. Fibrose peniana foi mais comum (5 a 10% dos pacientes) quando a papaverina foi usada isoladamente (dependendo da dose total).

Após 4h de ereção, os pacientes devem ser orientados a procurar o seu médico, para evitar danos ao tecido cavernoso, que pode resultar em DE permanente. A aspiração do sangue venoso intracavernoso e a administração de fenilefrina são utilizadas para tratar estas ereções prolongadas. Se este problema ocorreu, a dose da próxima injeção deve ser reduzida.

Prostaglandina E1 pode ser administrada intrauretral, como uma pastilha semissólida, em doses de 125 a 1000 µg. Uma banda constritora na base do pênis pode melhorar a rigidez. A taxa de sucesso clínico é menor do que as injeções intracavernosas, mas aproximadamente 70% dos pacientes ficam satisfeitos com este tratamento. Os efeitos colaterais incluem dor peniana (29 a 41%), tontura (1,9 a 14%) e sangramento uretral (5%).

Terceira linha de tratamento (próteses penianas)

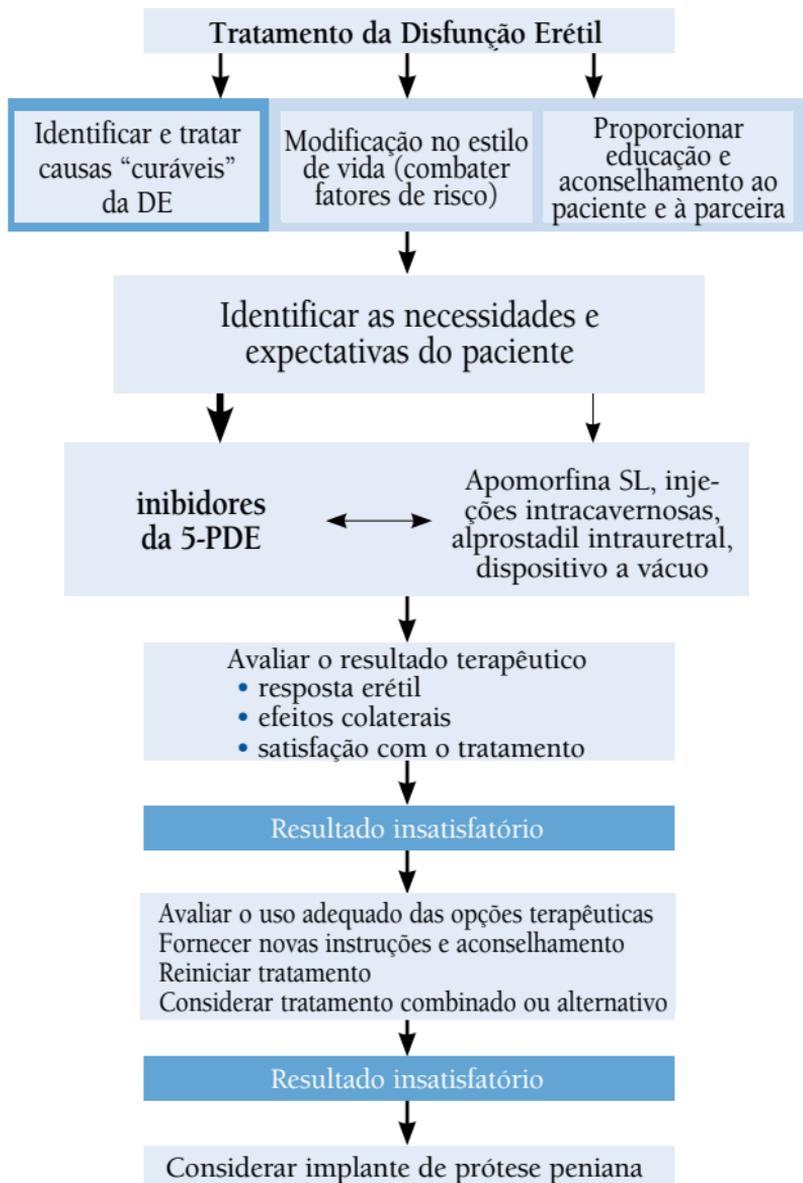
O implante cirúrgico de próteses penianas pode ser considerado em pacientes que não respondem à farmacoterapia ou que desejam uma solução permanente. As próteses são maleáveis (semirrígidas) ou infláveis (dois ou três componentes). Muitos pacientes preferem as próteses de três componentes porque as ereções são mais "naturais", mas estes implantes são muito onerosos. A taxa de satisfação varia de 70 a 87%, após uma avaliação adequada.

As complicações incluem falência mecânica (menos do que 5% após 5 anos de acompanhamento com próteses de 3 componentes) e infecção. Com a antibioticoprofilaxia, a taxa de infecção varia de 2 a 3% e pode ser reduzida com a utilização de implantes impregnados com antibiótico ou com cobertura hidrofílica. A infecção requer a remoção das próteses, administração de antibióticos e reimplante após 6 a 12h. Entretanto, a taxa de sucesso de 82% tem sido alcançada com esta terapia de salvamento, envolvendo a remoção e reimplantando imediatamente, após uma copiosa irrigação dos corpos cavernosos, com uma solução de vários antibióticos.

Recomendações para o tratamento da DE	NE	GR
Mudanças do estilo de vida e modificação dos fatores de risco devem preceder ou acompanhar o tratamento.	1b	A
Tratamentos com drogas pró-eréteis devem ser oferecidos o mais precocemente possível após prostatectomia radical.	1b	A
Se uma causa curável de DE for identificada, tratar esta causa primeiro.	1b	B
Inibidores da PDE5 são a primeira linha de tratamento.	1a	A
Administração diária de iPDE5 pode melhorar o resultado e restabelecer a função erétil.	1b	A
A administração ou orientação incorretas são as principais causas de falta de resposta aos iPDE5.	3	B
A reposição de testosterona permite a ereção peniana de pacientes hipogonádicos que não respondem aos iPDE5.	1b	B
Apomorfina pode ser utilizada em DE leve-moderada, DE psicogênica ou em pacientes com contraindicação aos iPDE5.	1b	B
A vacuoterapia pode ser empregada em pacientes que têm um relacionamento estável.	4	C
Injeção intracavernosa é segunda linha de tratamento.	1b	B
Prótese peniana é terceira linha de tratamento.	4	C

PDE5 – fosfodiesterase 5; iPDE5 – inibidores da fosfodiesterase 5

Figura 2 – Algoritmo de tratamento da DE



EJACULAÇÃO PREMATURA

Definição, epidemiologia e fatores de risco

Enquanto a definição de ejaculação prematura (EP) prova ser difícil, a Sociedade Internacional de Medicina Sexual (ISSM) adotou uma definição completamente nova de EP permanente, que é uma definição baseada em evidência: “*ejaculação prematura é uma disfunção sexual masculina caracterizada pela ejaculação que ocorre geralmente ou sempre antes da penetração vaginal ou até um minuto após, associada à incapacidade de retardar esta ejaculação, gerando consequências pessoais, como incômodo, angústia, frustração e aversão à intimidade sexual*”.

Então, a EP pode ser classificada como permanente (primária) ou adquirida (secundária). A EP primária é caracterizada pelo início em conjunto com a primeira experiência sexual e permanece durante a vida. A EP adquirida é caracterizada por um início súbito ou gradual, com episódios de ejaculação normal antes do problema. O tempo de ejaculação é curto, mas não tanto quanto na EP primária.

A prevalência de EP adquirida varia de 20 a 30%, enquanto que a primária varia de 2 a 5% dos homens. A etiologia é incerta, com poucos dados apoiando as hipóteses de causa biológica e psicológica, incluindo ansiedade, hipersensibilidade peniana e disfunção dos receptores de serotonina. Em contraste com DE, a prevalência de EP não é afetada pelo avanço da idade. Os fatores de risco para EP são incertos. EP tem um efeito prejudicial sobre a autoconfiança e no relacionamento com a parceira. Pode causar angústia, ansiedade, embaraço e depressão. Entretanto, muitos homens com EP não procuram ajuda médica.

Diagnóstico

O diagnóstico de EP é baseado na história médica e pessoal do paciente. A história permite classificar a EP como primária ou adquirida, e determina se é situacional (sob circunstâncias específicas ou com parceiras específicas) ou permanente.

Atenção especial é dada à duração de tempo da ejaculação, ao grau de estímulo sexual, impacto na atividade sexual e na qualidade de vida, e quanto ao uso e/ou abuso de drogas. É importante distinguir EP de DE.

Tratamento da EP

Recomendações para diagnóstico de EP	NE	GR
Diagnóstico e classificação são baseados na história médica e sexual.		
O diagnóstico deve ser multidimensional e deve considerar o IELT, a percepção de controle, angústia e dificuldades interpessoais secundárias à disfunção ejaculatória.	1a	A
O emprego clínico do IELT é adequado. A medida do IELT, com cronômetro, é necessária em pesquisa clínica.	2a	B
Os resultados relatados pelos pacientes têm um potencial de identificar homens com EP. Mais estudos são necessários para recomendar seu uso clínico.	3	C
Exame físico pode ser necessário na avaliação inicial da EP, para identificar condições médicas associadas ou outras disfunções sexuais, particularmente a DE.	3	C
Exames laboratoriais e testes neurológicos de rotina não são recomendados. Testes adicionais devem ser direcionados a achados específicos de história e exame físico.	3	C

IELT – tempo de latência ejaculatória intravaginal.

Em muitos relacionamentos, a EP causa poucos problemas. Em tais casos, o tratamento deve ser baseado apenas em um aconselhamento psicosssexual. Antes de iniciar o tratamento, é essencial discutir com o paciente sobre as suas expectativas. DE ou outras disfunções sexuais ou infecção geniturinária (prostatite) devem ser tratadas primeiro, ou ao mesmo tempo, que a EP.

Várias técnicas comportamentais têm demonstrado algum benefício no tratamento da EP. Nas EP primárias, as técnicas comportamentais não são recomendadas como primeira linha tratamento. São técnicas demoradas, que necessitam do suporte da parceira, e podem ser difíceis de se aplicar. A farmacoterapia é a base do tratamento da EP primária, mas todos os tratamentos médicos têm indicação “off-label”. Somente inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRI) e agentes anestésicos tópicos, utilizados sob demanda, têm alguma eficácia clínica consistente. O algoritmo de tratamento da EP é apresentado na Figura 3.

Estratégias comportamentais/ psicológicas

As estratégias comportamentais, principalmente, incluem o programa de “stop-start”, desenvolvido por Semans e suas modificações, e a técnica de “squeeze”, proposta por Masters e Johnson (muitas modificações existem). A masturbação antes do ato sexual é outra técnica empregada por muitos jovens.

No geral, a taxa de sucesso varia de 50 a 60%, em um acompanhamento de curto espaço de tempo. A melhora obtida com estas técnicas geralmente não é mantida em acompanhamentos longos.

Agentes anestésicos tópicos

O creme de lidocaína-prilocaina 5% é aplicado de 20 a 30 minutos antes da relação sexual. Um preservativo é necessário para evitar a difusão do agente anestésico tópico na parede da vagina, causando amortecimento na parceira. Em duas pesquisas randomizadas, o creme de lidocaína-prilocaina aumentou significativamente a medida do tempo de latência ejacutória intravaginal (IELT) medido por cronômetro, quando comparado com placebo. Nenhum efeito colateral significativo foi relatado. Uma formulação em aerosol de lidocaína 7,5ml e prilocaina 2,5mg (TEMPE – mistura eutética tópica para EP) está sob investigação e mostrou resultados similares.

O creme SS é um agente anestésico tópico feito com extrato de nove ervas. É aplicado na glândula peniana 1h antes e removido imediatamente antes do coito. Em um estudo randomizado, a aplicação do creme SS 0,2g aumentou significativamente o IELT e a satisfação, quando comparado com placebo. Queimação local leve e dor peniana foram relatados em 18,5% dos pacientes. Nenhum efeito adverso na função sexual ou na parceira foi identificado, assim como também não houve efeitos colaterais sistêmicos.

Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (SSRI)

Os SSRI mais utilizados são a paroxetina (20 a 40 mg/dia), sertralina (25 a 200mg/dia) e fluoxetina (10 a 60mg/dia). Espera-se que estas drogas aumentem o IELT de 2,6 até 13,6 vezes. A paroxetina parece ser superior à fluoxetina, clomipramina e sertralina. O retardo ejacutório parece iniciar alguns dias após o início da droga, mas é mais evidente após

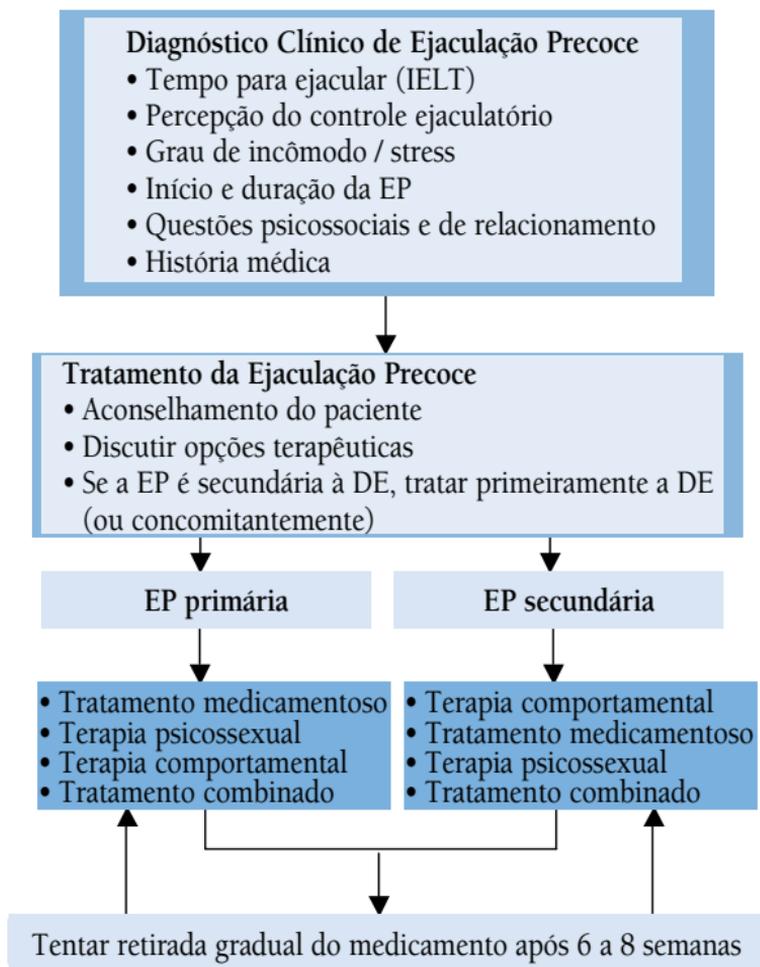
1 a 2 semanas e pode ser mantido por vários anos. Os principais efeitos colaterais são: fadiga, sonolência, bocejos, náusea, vômitos, boca seca e sudorese. Estes efeitos são geralmente leves e melhoram após 2 a 3 semanas. Diminuição de libido, anorgasmia, anejaculação e DE também são referidos. O tratamento sob demanda é inferior ao tratamento diário, mas pode ser combinado com o tratamento inicial diário ou com baixas doses, com intuito de reduzir os efeitos colaterais.

Dapoxetina é um potente SSRI que foi desenvolvido para tratamento sob demanda específico para EP. A análise de dois estudos randomizados usando dapoxetina 30 e 60mg demonstrou melhora do IELT, quando comparado com placebo. Melhora do controle ejaculatório foi relatado em 51 e 58% dos pacientes que usaram 30 e 60mg, respectivamente. Ambas as doses da dapoxetina foram eficazes na primeira dose. Os efeitos colaterais mais comuns foram náusea, diarreia, cefaleia e tontura. Dapoxetina foi aprovada (dezembro de 2008) para uso sob demanda no tratamento da EP em sete países europeus (Suécia, Áustria, Finlândia, Alemanha, Espanha, Itália e Portugal). É a primeira e única droga aprovada para esta indicação.

Inibidores da PDE5

Vários estudos recentes têm sugerido o emprego terapêutico dos iPDE5 para EP. Entretanto, existe apenas um trabalho randomizado comparando o sildenafil com o placebo. Embora o IELT não aumentou significativamente, o sildenafil aumenta a autoconfiança, o controle da percepção ejaculatória e a satisfação geral com o sexo, reduz a ansiedade e diminui o tempo de latência para adquirir uma segunda ejaculação.

Figura 3 – Manejo da EP.



EP – ejaculação precoce; IELT – tempo de latência ejaculatória intravaginal; DE – disfunção erétil; SSRI – inibidores seletivos da recaptação da serotonina

Recomendações para o tratamento da EP	NE	GR
DE, outras disfunções sexuais ou infecções geniturinárias (prostatite) devem ser tratadas primeiro.	2a	B
Técnicas comportamentais podem beneficiar a EP. Entretanto, elas são demoradas, necessitam da colaboração da parceira e podem ser difíceis de empregar.	3	C
Farmacoterapia é a base do tratamento da EP primária.	1a	A
Uso diário de SSRI é a primeira linha de tratamento “off-label” da EP. O perfil farmacocinético destas drogas não é adequado para uso sob demanda.	1a	A
Dapoxetina, um SSRI de curta ação, já foi aprovado para uso sob demanda em EP, em 7 países da Europa.	1a	A
Agentes anestésicos tópicos representam uma alternativa viável aos SSRI (“off-label”).	1b	A
O emprego de iPDE5 pode ser tentado.	2b	C
A recorrência da EP ocorre após a parada do tratamento.	1b	A
Terapia comportamental pode melhorar a terapia farmacológica e prevenir a recorrência.	3	C

SSRI – inibidores seletivos da recaptação da serotonina; iPDE5 – inibidores da fosfodiesterase 5; EP – ejaculação precoce.

Tradução para o Português:

Carlos Teodósio Da Ros – Urologista

Urologista, TISBU

Mestre em Farmacologia

Doutor em Clínica Cirúrgica

Centro de Andrologia e Urologia

Porto Alegre, RS, Brasil

Revisão:

Dr. Márcio Augusto Averbeck - TiSBU

O processo de tradução para a Língua Portuguesa foi realizado sob supervisão da Sociedade Brasileira de Urologia. A European Association of Urology - EAU, juntamente com a “Guidelines Office”, não se responsabiliza pela correção das traduções disponibilizadas.

Este texto resumido está baseado nas recomendações da EAU (ISBN 978-90-79754-96-0), disponíveis aos membros da Associação Europeia de Urologia no seu website, <http://www.uroweb.org>.