

HBP e Disfunção sexual

Nuno Monteiro Pereira

Assistente Graduado do Serviço de Urologia do Hospital de Pulido Valente, Lisboa

Coordenador da Unidade de Andrologia do Instituto de Urologia, Lisboa

Introdução

Desde há séculos que é conhecida a existência de conexões entre a próstata e a sexualidade. Há muito que se sabe, por exemplo, que o crescimento prostático não ocorre nos homens cujos testículos são removidos ou perdidos antes da puberdade. Também a clara ligação entre o desenvolvimento da próstata e o homem idoso, em que as capacidades sexuais diminuem, mais tem alicerçado a convicção de que a HBP está relacionada com a diminuição da sexualidade.

Na verdade, sabe-se hoje que o principal responsável pelo crescimento prostático é a dihidrotestosterona (DHT), uma substância derivada da testosterona. Os homens que não produzem DHT não desenvolvem a HBP.

A testosterona é a principal hormona masculina, com importante efeito sobre o desejo e a sobre a capacidade erétil, e é produzida pelo testículo ao longo de toda a vida do homem. Progressivamente, com a idade, a produção de testosterona diminui, baixando a sua quantidade sanguínea e tecidual. Isso explica a diminuição do desejo e da motivação erótica, para além da progressiva baixa das performances sexuais.

Mas apesar da baixa de testosterona, muitos idosos produzem e acumulam altos níveis prostáticos de DHT que, não tendo significativo efeito sobre a sexualidade, vão provocar o maior desenvolvimento da HBP.

Os sintomas sexuais da HBP

Embora a próstata cresça durante toda a vida do homem, esse aumento não costuma causar problemas senão tardiamente. De facto, a HBP raramente causa sintomas antes dos 45 anos. No entanto cerca de metade dos homens com 60 anos e 90% dos homens com 80 anos têm sintomas devidos à HBP.

Essencialmente os sintomas de HBP são urinários e devem-se não só à obstrução da uretra, como também à gradual perda da função da bexiga, que resulta no seu esvaziamento incompleto. Os sintomas mais comuns são as micções frequentes, especialmente notadas durante a noite, o jacto urinário fraco, hesitante ou interrompido e a sensação de urgência miccional, por vezes com pequenas perdas involuntárias de urina.

Sintomas de disfunção sexual não são habitualmente referidos pelos doentes de HBP. No entanto, um interrogatório dirigida ao assunto revela que, por vezes, esses sintomas existem e podem estar relacionados com a doença.

A diminuição da capacidade eréctil

No homem, o acto sexual divide-se em três fases complementares, mas funcionalmente autónomas: a erecção, o orgasmo e a ejaculação. As raras alterações da função sexual referidas pelos doentes prostáticos são quase sempre queixas de diminuição da capacidade eréctil.

Num doente prostático é sempre difícil assegurar que eventuais queixas erécteis são directamente causadas pela HBP. De facto, muitos homens da mesma idade referem diminuição das *performances* erécteis, sem terem quaisquer sintomas obstrutivos urinários ou sem que a sua próstata esteja significativamente aumentada de volume.

A própria anatomia e a fisiologia da erecção não favorecem a hipótese etiológica da HBP. O crescimento prostático, mesmo muito grande, não interfere com a vascularização peniana e o trajecto dos feixes nervosos que transmitem o estímulo eréctil, embora muito próxima da próstata, não são fisicamente prejudicados pelo crescimento benigno da próstata.

Resta apenas a possibilidade de uma interferência hormonal da HBP sobre os mecanismos da erecção, hipótese que carece de demonstração.

A quebra do prazer orgásmico

Por vezes os doentes prostáticos referem alterações do orgasmo. São sobretudo queixas de diminuição do prazer sexual, entendendo-se por isso um orgasmo menos intenso. Contudo, é duvidoso que essas queixas sejam específicas desses doentes, já que têm uma carga fortemente emocional e psicológica, sendo também referido por muitos homens idosos sem HBP, especialmente quando são acompanhados de menor motivação erótica e de baixa do desejo sexual.

As queixas ejaculatórias

Mesmo na ausência de queixas sexuais, um inquérito especificamente orientado frequentemente encontra nestes doentes queixas de diminuição da força e do volume do ejaculado. Estranhamente, essa hipospermia e essa ejaculação asténica, são queixas que o doente raramente refere de modo espontâneo. Provavelmente porque as enquadra não nos sinais da doença, mas nos sinais da idade, não lhes dando assim particular atenção ou preocupação. Nesses casos, contudo, há uma clara relação com fenómenos obstrutivos devidos à HBP, tendo origem nas alterações fibroelásticas da glândula.

A disfunção sexual "fisiológica"

Embora os sintomas de disfunção sexual não sejam, como já referimos, habitualmente referidos pelos doentes de HBP, é relativamente comum que homens de 40 ou 50 anos, sem HBP significativa, refiram receios em relação à sua próstata quando começam a notar problemas sexuais, especialmente erécteis. É o velho mito da relação entre a idade, a próstata e a sexualidade.

Na verdade, a partir da meia-idade existem uma série de sinais biológicos que o homem nota e que traduz inequivocamente uma perda da sua capacidade viril. É o caso do enfraquecimento muscular, da diminuição de pilosidade, da baixa da actividade sexual. O crescimento prostático também pode começar a obrigar a um jacto urinário mais fino e menos poderoso e a micções mais frequentes. Esse início de "andropausa" é também acompanhado de outros sinais que, embora muito menos evidentes e intensos do que os da menopausa feminina, se exprimem pelo aparecimento de adiposidades, situações de taquicardia, irritabilidade, insónia e, até, rubores faciais.

Reflectindo uma disfunção do eixo hipotálamo-hipófise, esses sinais biológicos devem-se essencialmente a uma hipofunção testicular primária, com a conseqüente baixa da testosterona circulante, da concentração tecidual de androgêneos e da paradoxal acumulação prostática de dihidrotestosterona.

A idade, factor de mudança

A meia-idade pode trazer uma disfunção sexual psicogénica secundária. Tudo depende da capacidade individual de adaptação à mudança.

A consciência da diminuição da actividade sexual e o receio duma perda definitiva dessa capacidade marcam psicológica e comportamentalmente o homem a partir da meia-idade. Notando os sinais da "andropausa" hipogonádica fisiológica começa a ficar preocupado, vítima dos mitos sobre a sexualidade do homem idoso, profundamente enraizados na nossa sociedade.

O principal desses mitos é o da perda progressiva e natural da actividade sexual com a idade. A actual sociedade, com uma vastíssima e permanente operação de marketing dirigida aos consumidores, contribui, de modo decisivo, para continuar a "vender" a sexualidade como um património exclusivo da juventude, determinando modelos publicitários jovens e sensuais.

Outro mito, relacionando de modo nefasto o sexo com o estado de saúde, é particularmente notado nos homens mais idosos, com 60 ou 70 anos, especialmente nos homens que já tiveram algum efectivo sinal de doença, especialmente do foro cardiovascular e prostático.

Por si só, contudo, o receio do insucesso sexual e da perda definitiva da capacidade erétil pode ser causa primária de impotência, num circulo vicioso de difícil superação. A agravar a situação, a chegada da velhice trás ao homem a opressiva sensação de ter ultrapassado a marca de "não retorno". A reforma profissional já chegou ou parece cada vez mais próxima. Se tem filhos, estes já são adultos e independentes. Muitas vezes já é avô. Familiar e economicamente mais livre, o homem sente-se, no entanto, incapaz de recomeçar uma nova vida. A diminuição da capacidade viril é sentida como sinal da irreversibilidade da velhice, agravando a disfunção sexual.

Por outro lado, para manter uma sexualidade harmoniosa é necessário capacidade de luta contra a monotonia, apoio da mulher, infringir os comportamentos ditados pela atribuição social dos papéis sexuais. É também necessário um certo grau de desprendimento e, até, de espírito "desportivo". Ou seja, são necessários predicados que muitas vezes não estão ao alcance deste grupo etário.

A verdade dos mitos

Mas existe, ou não, uma perda progressiva da capacidade sexual com a idade?. De facto, parece existir uma diminuição importante da capacidade erétil com a idade, mas geralmente só perto dos 70 anos.

O históricos trabalhos de Kinsey revelam 95% de homens sexualmente activos aos 60 anos e apenas 30% aos 70 anos. Igualmente optimistas foram as conclusões de Isadora Rubin que, num inquérito realizado pela revista norte-americana *Sexology*, abrangendo 800 homens com mais de 65 anos, encontrou 70% de homens sexualmente activos aos 65 anos e 50% aos 75 anos.

Esses resultados, não contrariando o mito da incapacidade sexual dos homens idosos, adiam o problema para idades avançadas e, mesmo então, revelam taxas de incidência muito animadoras.

Resta o problema da qualidade e características das respostas sexuais nessas idades. Serão elas eficazes? Masters e Johnson, recolhendo dados da observação laboratorial de 39 homens entre os 51 e os 89 anos, complementados com dados obtidos em entrevistas com 212 homens do mesmo intervalo de idade, concluíram que, efectivamente, com o envelhecimento há uma diminuição qualitativa da capacidade sexual:

- A erecção demora bastante mais tempo a estabelecer-se
- Obtida a erecção, conserva-se mais tempo sem ejacular
- É mais difícil tornar a conseguir uma erecção, se por acaso esta é perdida antes da ejaculação
- O orgasmo dá-se com diminuição da sensação de inevitabilidade ejaculatória e da própria sensação ejaculatória
- Após a ejaculação, é mais difícil e demorado atingir nova erecção e nova ejaculação

Repare-se que estas alterações qualitativas da erecção geralmente não se acompanham de uma diminuição do desejo sexual, apesar de existir uma baixa de androgéneos. Com a idade, o homem fica geralmente satisfeito com 1 ou 2 ejaculações semanais, quaisquer que sejam as ocasiões ou a exigência sexual da parceira. Embora o desejo se mantenha, as erecções são cada vez menos espontâneas e só se estabelecem sob um estímulo eficaz. Daí a necessidade de uma maior participação da mulher, muitas vezes difícil se a mulher também já se sente pouco motivada. Muitas vezes para isso é necessário que a mulher abandone o comportamento passivo de toda uma vida e que o homem aceite deixar de ter ele o papel mais activo.

Mas estas alterações qualitativas não impedem que o homem idoso não possa ser um parceiro sexual muito eficaz, desde que pratique o coito segundo a sua própria frequência e, como vimos, haja a participação da mulher. Na verdade, até há algumas vantagens sexuais, como o maior controlo ejaculatório aliado à experiência sócio-sexual anterior. Como apontou Clyde Martin, os homens mais activos e satisfeitos depois dos 60 anos são os que tiveram uma actividade sexual mais intensa e satisfatória entre os 20 e os 40 anos.

A disfunção sexual por factor intercorrente

Estando, ou não, presente uma HBP, várias são as situações que podem ser causa de disfunção sexual. Relevam sobretudo aquelas que resultam dos hábitos sociais, do uso e consumo de medicamentos e da iatrogenia cirúrgica. Também a insuficiência arterial peniana, a diabetes, a insuficiência veno-oclusiva e a degenerescência do tecido cavernoso têm, nesta idade, características muito particulares.

O tabaco e as drogas sociais

Parece hoje em dia demonstrado que o tabaco é o principal factor de risco de doença coronária e arterial periférica. Noventa por cento de doentes com essas patologias são ou foram fumadores. Embora os efeitos nocivos do tabaco sobre as artérias coronárias e sobre as artérias dos membros inferiores seja há muitos anos conhecida, a descrição do tabaco como causa de impotência é relativamente recente, sendo muito pouco difundida socialmente.

Os prostáticos que fumam, geralmente fazem-no há mais de quarenta ou cinquenta anos. O tempo de consumo, associado ao número de cigarros/dia, está directamente relacionado com grau da incapacidade erétil.

A acção do tabaco sobre a erecção é essencialmente vascular, mas por dois mecanismos diferentes: o favorecimento do aparecimento de placas de aterosclerose nos grandes vasos e nos ramos das artérias pudendas, e a interferência directa da nicotina com os neuromediadores do

eixo neurovascular, a nível do músculo liso cavernoso, bloqueando o relaxamento cavernoso e não permitindo o aumento do aporte arterial.

No que se refere ao álcool, cerca de 40% dos alcoólicos crónicos apresentam queixas de impotência. Contudo, ao contrário do que se passa com o tabaco, se abandonarem a bebida, mesmos com muitos anos de vício, cerca de metade melhoram a função sexual. Os mecanismos envolvidos parecem ser a neuropatia periférica autónoma, dificultando a erecção e impedindo a ejaculação, e o efeito directo do álcool no bloqueio da síntese de testosterona. A disfunção hepática alcoólica não parece ter efeitos directos e claros sobre a disfunção sexual, embora a cirrose hepática possa elevar os níveis de estrogéneos, produzindo ginecomastia, obesidade e atrofia testicular.

A ideia que a toxicoddependência existe apenas nos grupos etários mais jovens não é correcta. Em certos meios sociais o consumo de drogas como o haxixe, a cocaína, a cannabis e as anfetaminas não é invulgar. O mecanismo de acção de todas essas drogas é basicamente o mesmo: têm efeito sobre o sistema nervoso autónomo, dificultando a erecção e a ejaculação, e aumentam a prolactina, inibindo a libido e libertação normal de gonadotrofinas.

Nos toxicómanos não podemos nunca dissociar o factor psíquico ou psiquiátrico que pode existir como doença de base. Por vezes é extremamente difícil separar os efeitos da doença, os efeitos dos fármacos e os factores psicológicos associados.

A iatrogenia medicamentosa e cirúrgica

Com o surgimento de outros padecimentos, que obrigam ao emprego de drogas terapêuticas, frequentemente induz-se uma disfunção erétil. Um estudo das 200 substâncias mais utilizadas medicamente, demonstrou que 15% delas afectava de modo adverso a sexualidade masculina. Nesse enorme grupo destacam-se, pela sua frequente utilização, os antidepressivos tricíclicos, as benzodiazepinas, os bloqueadores beta-adrenérgicos, a digoxina, as tiazidas, a cimetidina.

Os mecanismos de actuação podem ser extremamente variados, embora habitualmente a interferência se exerça sobre o sistema nervoso autónomo e sobre o sistema endócrino.

Do mesmo modo, as terapêuticas cirúrgicas também podem levar a uma disfunção sexual. O caso específico da cirurgia prostática é referido mais adiante. Mas o homem idoso está sujeito a muitas outras doenças cirúrgicas, nomeadamente do foro oncológico e vascular. São especialmente significativas as cirurgias retroperitoneais e abdominopélvicas, em que pode haver lesão dos nervos autónomos periféricos. É o caso da simpaticectomia bilateral L1-L3, da linfoadenectomia radical pélvica e lombar, da ressecção abdominoperineal do recto, da hemicolecotomia, da cistoprostatectomia, da prostatectomia radical. Também a cirurgia vascular sobre aneurismas da aorta e sobre obstruções aorto-iliacas pode levar à diminuição do fluxo sanguíneo e à lesão das fibras nervosas toracolombares.

A insuficiência circulatória peniana

A partir dos 50 anos, isolada ou em associação, a insuficiência circulatória peniana é a mais frequente causa orgânica de disfunção erétil.

Na etiologia arterial, os chamados "factores de risco de aterosclerose" (tabagismo, dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes), particularmente evidentes a partir da meia-idade, estão indiscutivelmente relacionados com a presença de insuficiência circulatória das artérias cavernosas e a conseqüente diminuição da capacidade erétil. Os dois últimos factores referidos, a hipertensão e a diabetes, muito frequentes na meia-idade, apresentam aspectos muito particulares, merecedores da nossa atenção.

A hipertensão arterial

Nos doentes hipertensos com vários anos de doença, a insuficiência da circulação cavernosa parece dever-se à acção directa da pressão sanguínea sobre as paredes arteriolares, lesando-as e favorecendo o aparecimento de fibrose e de aterosclerose. Quando estes doentes são tratados e se consegue uma boa e duradoura resposta, há franca diminuição do risco de lesão directa sobre as pequenas artérias, mas passa muitas vezes a existir alterações da libido ou da própria erecção, provocadas pelos medicamentos diuréticos ou hipotensores.

A diabetes

A diabetes é geralmente classificada não como causa vascular de disfunção eréctil, mas como causa neurológica. Na verdade ela é uma etiologia mista, ou melhor dizendo, multifactorial. De facto, a diabetes pode desencadear factores neurológicos (polineuropatia periférica), neurovasculares (interferência com os neurotransmissores do músculo liso cavernoso), vasculares (microangiopatia do eixo arterial ilíaco-hipogástrico-peniano), hormonais (baixa de androgénios com atrofia testicular) e, finalmente, descompensação metabólica geral. Na diabetes o factor duração da doença está também directamente relacionado com o grau da disfunção eréctil, surgindo em 50% dos diabéticos com mais de 10 anos de evolução. Já a gravidade da doença, a medicação e a qualidade do controlo não parecem ter relação segura com a disfunção. Esta pode ser, até, o primeiro sintoma de diabetes. Para além de interferir com a erecção, a diabetes também pode interferir neurovascularmente provocando ejaculação retrógrada.

A "fuga venosa"

O aumento patológico da drenagem venosa dos corpos cavernosos, hoje em dia atribuído a uma deficiência dos mecanismos cavernosos e penianos da veno-oclusão, que alguns responsabilizam por cerca de 15-25% das impotências, é também mais frequentemente encontrado no homem com mais de 50 anos. A "fuga venosa" pode surgir isolada, mas é muito frequente surgir associada à diabetes e à doença de La Peyronie.

A degenerescência do tecido cavernoso e a Doença de La Peyronie

A presença de alterações do próprio tecido miocavernoso, sinusóidal e albugíneo, que leva à diminuição da capacidade elástica e dificulta a expansão dos corpos cavernosos, foi inicialmente descrita por Virag em 1982. A importância dessas alterações cavernosas, primárias ou secundárias, é cada vez mais aceite. O surgimento recente do estudo da actividade eléctrica cavernosa parece trazer uma nova perspectiva da situação, evitando a execução de biópsias e permitindo uma boa avaliação não só da inervação autónoma, como também da função do próprio músculo liso cavernoso.

Um caso particular de alteração do tecido dos corpos cavernosos é a Doença de La Peyronie, cuja maior incidência é precisamente na década dos 50 anos. A lesão patológica é uma placa hialinizada ou fibrosada da albugínea cavernosa, que pode produzir alterações do mecanismo hemodinâmico da erecção, nomeadamente por perturbação da veno-oclusão. Por vezes o processo de fibrose estende-se ao septo intercavernoso e mesmo ao tecido cavernoso, determinando lesões obstrutivas arteriais e sinusoidais e diminuição da rigidez eréctil do pénis distal.

A disfunção sexual pós cirurgia prostática

Nos últimos decénios, com o aumento da esperança de vida, tem aumentado o número de doentes prostáticos. Em Portugal realizam-se anualmente cerca de 8.000 operações por HBP.

Uma das maiores preocupações dos homens quando são confrontados com a necessidade de fazerem uma operação à próstata é com as consequências da operação sobre a sua vida sexual. Também aqui, alguns mitos e falsas informações contribuem para alguma confusão.

A cirurgia prostática por HBP pode produzir impotência em cerca de 15% dos homens operados por cirurgia "aberta" e em 5% dos homens submetidos a ressecção endoscópica transuretral.

Nestes números influem decisivamente factores psicológicos, nomeadamente devidos aos mitos existentes e à ejaculação retrógrada secundária a estas cirurgias. Na verdade, raramente a função sexual fica seriamente afectada com a cirurgia, embora possa ser necessário 3 a 12 meses para que haja uma retoma da actividade sexual regular. Muitas vezes, a preocupação sobre a função sexual provoca mais problemas do que a própria operação. Compreender o que se passa geralmente permite que o homem retome a sua função sexual mais cedo. Por vezes pode ser útil ter algum aconselhamento psicológico no período imediatamente a seguir à operação.

Quando a cirurgia causa disfunção eréctil orgânica, fá-lo por lesão dos plexos nervosos periprostáticos. Na prostatectomia suprapúbica, a lesão nervosa acontece com a rotura accidental da cápsula, geralmente quando o plano de clivagem entre a cápsula e a próstata é pouco definido. Na ressecção transuretral a lesão nervosa pode dever-se a várias causas: falsos trajectos induzidos pela instrumentação endoscópica, roturas capsulares com lesão pericapsular, infiltrado inflamatório pós-operatório que induz lesão nervosa.

Embora a maior parte dos homens continue a ter erecções normais após a operação, quase todos passam a ter os chamados orgasmos secos, ou seja, passam a ter sensação do clímax sexual sem haver emissão de esperma para o exterior.

A que é que se deve esse fenómeno? Durante o acto sexual, o esperma proveniente das vias espermáticas entra na uretra logo abaixo do esfínter interno, localizado a nível do colo da bexiga, e logo acima do esfínter externo, localizado abaixo da próstata. Normalmente, no momento da ejaculação, o esfínter interno encerra, impedindo a passagem do esperma para a bexiga; por sua vez o esfínter externo abre, facilitando a saída do esperma para o exterior.

Com a operação as coisas já não se passam do mesmo modo, pois o esfínter interno é ressecado e desaparece. Não encontrando resistência à sua passagem, o esperma, em vez de sair para o exterior, entra na bexiga onde se mistura com a urina. É a chamada ejaculação retrógrada.

Sendo o orgasmo a sensação de prazer no momento do clímax sexual, deve ficar claro que ele não desaparece com a cirurgia. Embora possa demorar algum tempo até se habituar à ejaculação retrógrada, a maior parte dos homens não nota qualquer diferença entre o orgasmo antes e depois da operação.

Os métodos de diagnóstico etiológico da disfunção sexual

As disfunções sexuais ligadas à HBP são geralmente, como vimos, de causa psicológica. As situações orgânicas são essencialmente devidas à presença de uma próstata que obstrui a via espermática ou a alterações neurogénicas, geralmente medicamentosas ou pós-cirúrgicas. Outras causas são raras, se não considerarmos as situações de disfunção eréctil que nada têm a ver com a HBP, apenas com ela coexistem.

O diagnóstico etiológico pode ser importante para, entre outros interesses, determinar se uma disfunção sexual é, ou não, devida à HBP.

Em relação às disfunções orgásmicas e ejaculatórias, o diagnóstico etiológico não é habitualmente difícil. O problema reside sobretudo no diagnóstico da disfunção erétil.

O diagnóstico etiológico da disfunção erétil procura, antes de qualquer outro objectivo, distinguir a origem psicológica da orgânica. A etiologia psicogénica está, como vimos, muitas vezes na origem das disfunções sexuais relacionadas com a HBP.

Desde que exista um psiquismo normal, é o sistema nervoso autónomo que controla o miorelaxamento cavernoso, determinando o aporte sanguíneo e a veno-oclusão. Embora um endócrino funcionante seja também indispensável, a erecção peniana é essencialmente um fenómeno neurovascular.

As causas orgânicas da disfunção são, assim, a endócrina, a neurológica e a vascular. Dentro desta última, a disfunção pode dever-se a insuficiência arterial, a insuficiência veno-oclusiva ou a degenerescência do tecido muscular liso dos corpos cavernosos.

Os protocolos de estudo da disfunção erétil variam de centro para centro. A par de exames de uso menos generalizada, como a electromiografia cavernosa, que pretende avaliar a inervação autónoma do pénis, existem alguns exames que invariavelmente são utilizados, numa unanimidade demonstrativa da sua real utilidade. Referimo-nos ao teste de vasoactividade peniana, ao doppler peniano e à cavernosometria, que pretendem avaliar, respectivamente o miorelaxamento cavernoso, a circulação arterial e a veno-oclusão.

A rigidometria peniana com teste de vasoactividade e estimulação audiovisual

Com o aparecimento, há alguns anos, dos fármacos vasoactivos de aplicação intracavernosa, toda uma nova metodologia passou a ser aplicada no diagnóstico da disfunção erétil. A indução de um miorelaxamento cavernoso pela injeção intracavernosa, semelhante ao desencadeado fisiologicamente através do sistema nervoso autónomo permite, de facto, avaliar a hemodinâmica peniana de um modo anteriormente inimaginado. E isso mesmo na ausência de estimulação erótica central.

A rigidometria peniana com teste de vasoactividade é o principal método diagnóstico da disfunção erétil. A injeção intracavernosa vasoactiva permite 3 tipos de resposta: resposta completa com baixa dose de fármacos, que permite concluir existir uma hemodinâmica peniana intacta; resposta nula ou incompleta, que sugere hemodinâmica peniana alterada; resposta exagerada, que faz suspeitar de uma etiologia neurológica.

Claro que, se for possível desencadear os mecanismos cerebrais, tanto melhor. É esse o princípio da utilização dos testes com estimulação audiovisual, especialmente úteis se realizados em homens com menos de 50 anos. Com a visão de um vídeo erótico consegue-se mais informação: se houver uma resposta erétil normal antes de qualquer injeção, conclui-se obvia "psicogenicidade"; se a resposta for anormal antes e depois da injeção, pode existir qualquer causa, orgânica ou psicológica; finalmente se a resposta for anormal antes e normal depois da injeção, podem excluir-se as causas miocavernosa e venosa.

Repare-se que a estimulação sexual audiovisual provoca uma resposta em cerca de 40% dos doentes e, só por si permite que 10-12% sejam classificados de psicogénicos puros. Uma resposta à injeção vasoactiva reconhece-se em cerca de 80% dos doentes, mas só em cerca de 40% ela é ampla e mantida.

Mas mesmo quando não desencadeia uma erecção, a utilização da injeção vasoactiva em todos os testes vasculares é fundamental, pois permite obter o máximo relaxamento miocavernoso. Se a inibição psicogénica é muito intensa, o que acontece frequentemente pelo *stress* que a

própria impotência e envolvimento emocional provocam, o tónus alfa-adrenérgico resultante impede o relaxamento miocavernoso. Más condições ambientes e ausência de estimulação audiovisual adequada aumentam muito os falsos negativos. A elevação psicogénea do tónus alfa-adrenérgico também pode resultar em falsos negativos.

O doppler peniano

Para o estudo da vascularização arterial peniana, geralmente utiliza-se o estudo com doppler bidireccional, que determina as velocidades sistólica e diastólica das artérias penianas. É também indispensável a prévia injeção intracavernosa vasoactiva, para provocar o máximo relaxamento miocavernoso e, portanto, a máxima vasodilatação. Mantém-se a possibilidade de existência de falsos negativos resultantes de inibição psicogénea, apesar da injeção vasoactiva.

Por vezes, especialmente se existe insuficiência arterial, é difícil identificar as artérias cavernosas e manter um correcto ângulo do transdutor. Esses problemas são facilitados pela utilização do ecodoppler, especialmente se codificado a cores. Contudo, sendo um exame bastante mais oneroso, o ecodoppler colorido deve ser limitado aos doentes nos quais o doppler bidireccional detectou insuficiência arterial. Se a idade do doente for inferior a 50 anos, isto é, com idade que permita pensar numa eventual correcção cirúrgica., confirmada a insuficiência arterial, deve realizar-se uma arteriografia do eixo aorto-ilíaco e selectiva das pudendas, para a avaliação da possibilidade do tratamento cirúrgico.

A cavernosometria e a cavernosografia

Em situações fisiológicas, desencadeado o miorelaxamento cavernoso, o enchimento dos sinusóides inicia-se, facilitado pelo maior débito sanguíneo da vasodilatação arteriolar. Ultrapassada uma determinada pressão intracavernosa, estabelece-se um mecanismo passivo de veno-oclusão, por compressão das vénulas e das veias pelos sinusóides ingurgitados e pela albugínea e fasquias penianas. Atinge-se, assim, a rigidez peniana, apanágio de uma erecção plena.

Claro que, se por algum motivo, não se consegue induzir um completo miorelaxamento, então não se consegue uma conveniente vasodilatação arterial, uma boa dilatação sinusoidal, uma eficaz veno-oclusão. E o homem não atinge uma erecção satisfatória.

A cavernosometria é o único método que pode afirmar ou infirmar a existência de uma eficaz veno-oclusão. É um exame que naturalmente exige a prévia injeção intracavernosa de uma substância miorelaxante. Depois, por meio de uma infusão de soro fisiológico nos corpos cavernosos, tenta-se criar uma pressão capaz de provocar uma erecção completa e, portanto, a veno-oclusão. Medindo os débitos necessários para obter e para manter essa erecção consegue-se saber se estamos perante uma insuficiência veno-oclusiva. Se no soro fisiológico tivermos dissolvido uma substância rádio-opaca, podemos também realizar uma cavernosografia, que revela claramente para que veias se faz a "fuga venosa".

Conclusão

Hoje, as mulheres e os homens idosos já não pertencem às gerações cujo paradigma normativo era o chamado "modelo sexual reprodutivo". Este, dominante no século XIX e na primeira metade do século XX, marginalizava todas as sexualidades que se afastassem do coito com fins reprodutivos.

O actual homem idoso tem uma mentalidade mais aberta e livre, não desprezando viver a sua sexualidade. Está, igualmente, mais preparado para combater os mitos do passado.

Uma das consequências práticas dessa mudança de mentalidade é a crescente e espontânea procura de aconselhamento sexológico em consultas de clínica geral, de urologia e de andrologia. É cabe ao médico, e em primeiro lugar ao médico de clínica geral, esclarecê-lo de quaisquer dúvidas e questões que coloque sobre o assunto. Deve explicar-lhe a verdade sobre os mitos sexuais que rodeiam a idade e a doença. A próstata, motivo de receio de quase todos os homens, deve ser compreendida por eles. Desse modo se combaterá o desconhecimento individual e facultará ao homem idoso uma melhor e mais ampla qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Arrondo JL, Goñi J - Factores etiológicos de la disfunción eréctil - Prática andrológica. Ed. Masson-Salvat 398-407 (1993)
2. Bancroft J - Human sexuality and its problems - Churchill Livingstone, Edinburgh (1989)
3. Buvat J, Marcolin G - Impuissance par fuite veineuse. A la recherche de critères diagnostiques fiables - J Urol, 95(7): 98-104 (1989)
4. Condra M, Morales A, Owen JA - Prevalence and significance of tobacco smoking in impotence - Urology, 6: 495-498 (1986)
5. Confort, A - A boa idade. Difel, S. Paulo (1979)
6. Galvão-Teles A - Gonadal consequences of alcohol abuse: lessons from the liver - Hepatology, 6: 135-140 (1986)
7. Goldstein I, Krane RJ - Drug induce sexual dysfunction - World J Urol, 1: 239-243 (1983)
8. Gomes FA - A sexualidade na segunda metade da vida - Sexologia em Portugal, Texto Editora, vol 1: 94-103 (1987)
9. Gomes FA - Sexualidade na 3ª idade - O Médico, 1413: 379-382 (1978)
10. Gomes FA - Sexualidade na idade madura - Bol Plan Famil, 35: 2-6 (1987)
11. Kinsey A, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH - O comportamento sexual do homem. Meridiano, Lisboa (1972)
12. Libman E, Fichten C - Prostatectomy and sexual function - Urology, 29: 467 (1987)
13. Lue TF - Penile venous surgery - Urol Clin North Am, 16: 607-611 (1989)
14. Martin CE - Factors affecting sexual functioning in 60-70 years old married males - Arch Sex Behav, 10(5): 399-420 (1981)
15. Masters WH, Johnson VE - The human sexual inadequacy - Little Brown and Co., Boston, versão portuguesa da Edit. Meridiano (1970)
16. Masters WH, Johnson VE - The human sexual reponse - Little Brown and Co., Boston, versão portuguesa da Edit. Meridiano (1966)
17. Mendes, JR - Disfunção sexual masculina na segunda metade da vida: factores orgânicos - Acta Urol Port, 6: 39-42 (1989)
18. Oller E, Farré JM - Analysis of the arteriosclerosis risk factors in a sample of 299 impotent men - II World Meeting of Impotence, Abstracts, Praga (1986)
19. Pereira NM, Dias JR, Vale P, Bastos J, Silva MM - O dispositivo de erecção por vácuo na prática clínica: resultados práticos em 12 doentes - Acta Urol Port, 9-3/4 (1992)

20. Pfeiffer E, Verwoerd A, Wang AS - The natural story of sexual behavior in a biologically advantaged group of aged individuals - *J. Gerontol*, 24: 198-199 (1969)
21. Pimenta A, Moreira A, Ferraz L, LaFuente J - Impotência sexual na 2ª metade da vida: terapêutica médica - *Acta Urol Port*, 7-4: 61-68 (1990)
22. Rubin I - Sex after forty and seventy - In: *Analysis of human sexual response*. Edit. Crown Academic Press, London, 281-299 (1968)
23. Saenz de Tejada I, Goldstein I - Diabetic penile neuropathy - *Urol Clin North Am*, 15(1), 17-22 (1988)
24. Slag MF et al. - Impotence in medical clinic out patients - *JAMA*, 249: 1736 (1983)
25. Virag R - Arterial and venous haemodynamics in male impotence. In: *Management of male impotence*. Ed. Williams and Wilkins, Baltimore (1982)
26. Virag R, Bouilly P, Frydman D - Is impotence an arterial disorder? A study of arterial risk factors in 440 impotent men - *Lancet*, I: 181 (1985)
27. Wagner NN - Sexual behavior and the cardiac patient. In: *Handbook of sexology*, Edit. Excerpta Medica, Amsterdam, 959-969 (1977)
28. Wein AJ, Van Arsdalen KN - Drug-induced male sexual dysfunction - *Urol Clin North Am*, 15: 23-32 (1988)