

PANEL DE OPINIONES

PAINEL DE OPINIÕES

Esta sección de la revista está dedicada a la publicación de las opiniones, observaciones y comentarios breves, en las diferentes áreas de la Sexualidad Humana desde las novedades diagnósticas, las nuevas terapias y/o terapéuticas de aplicación actual (drogas), con el objetivo de comentar o discutir su punto de vista y/o trabajos publicados en esta o en otras revistas, o las opiniones expresadas por los autores en esta sección del Panel.

Essa seção da revista está destinada à publicação de opiniões, comentários e revisões breves, nas diferentes áreas da Sexualidade Humana desde novidades diagnósticas, novas terapias e/ou terapêuticas de aplicação corrente (drogas), com o objetivo de comentar ou discutir seu ponto de vista e/ou trabalhos publicados nessa ou em outras revistas, ou opiniões expressas pelos autores na própria seção do Painel.

REFLEXIONES EN LA PROSTATECTOMIA RADICAL

Desde el inicio masivo de la prostatectomía radical como tratamiento base para el cáncer de próstata localizado, demostrando excelentes resultados oncológicos, estamos cada día viendo estudios mejor diseñados cuyos reportes muestran la verdadera incidencia de disfunción eréctil (DE) en el postoperatorio. Cuando realizábamos prostatectomía radical abierta y no obteníamos la preservación de la erección en nuestros pacientes y viendo en la literatura generosos reportes estadísticos de preservación de la erección en centros de excelencia y en las páginas web de cirugía robótica, dudábamos que estuviésemos haciendo la cirugía adecuadamente. Hoy sabemos que la DE es la regla y no la excepción. Los daños ocurridos con todas las técnicas existentes ya sea injuria nerviosa o vascular o aun la neuropraxia y sus consecuencias, llevan a daños irreversibles donde las terapias orales no han demostrado hoy una adecuada prevención clínica. Cambios aun de acortamiento de pene y fibrosis no son reversibles hoy



con los diferentes manejos aconsejados. Si además de la pérdida de la calidad de la erección, le agregamos no eyaculación, trastornos del orgasmo y en mayor o menor grado alteraciones de la libido, debemos reflexionar sobre el severo impacto que esta cirugía produce sobre la sexualidad. Si bien es cierto, que un porcentaje de pacientes acude a consulta y encuentra un profesional con capacidad de ofrecer todas las opciones para tratar la DE y motiva a su paciente para recuperar su vida sexual, también debemos decir que esto infortunadamente, ocurre pocas veces. Las terapias orales dadas tempranamente ayudan muy poco, llevando al paciente a tratamientos con poca adherencia y malos resultados, terminando en un paciente con DE de mas difícil manejo. ¿Sera que debemos usar la terapia intracavernosa (TIC) temprana como manejo de primera línea en estos

pacientes? ¿O posterior al inicio de la TIC, pasado algunos meses? ¿Sera la terapia oral más efectiva? ¿Podrá el paciente conociendo ambas alternativas definir su tratamiento final? ¿Además de educar al paciente desde el punto de vista sexológico y aun mostrarle el funcionamiento de un implante peneano? No me queda duda que más temprano que tarde la prostatectomía radical dejara de ser el *gold estándar* en el manejo del cáncer localizado de la prostata, dando paso a nuevas tecnologías igual de efectivas y con menos daños en el área sexual.

Mauricio Delgado G.: Urólogo; miembro fundador de la Academia Internacional de Sexología Médica. Bogotá, Colombia.

Email: maudelga@hotmail.com

EREÇÃO E DISFUNÇÃO ERÉTIL PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL: MITOS E VERDADES

Recentemente John Mulhall (2009), em uma metanálise sobre esse assunto, encontrou grande discrepância na literatura. Taxas da disfunção erétil (DE) pós-operatória parecem maiores nas séries multicêntricas, com múltiplos cirurgiões, comparando com um único centro e cirurgião. Nos 24 artigos selecionados, houve grande variação: na natureza das populações estudadas, na aquisição e relato dos dados, na definição adequada da função erétil na linha de base e no pós-operatório. A tentativa de preservar a função erétil no pós-operatório sofre influência de condições predisponentes, como a prevalência da DE na população geral e a faixa etária coincidente do câncer de próstata e DE, de condições determinantes, como o volume prostático e tumoral e as dificuldades técnicas em poupar nervos e de condições agravantes, como a expectativa do paciente e a relação médico/paciente. Uma abordagem realística, menos comprometedora, é desejável (Mulhall, 2010). É leve informar aos pacientes índices de DE pós-operatórios relatados por outrem. Compensa discutir com o paciente sobre a real prevalência da DE pré e pós-operatória, a fisiopatologia da DE pós-operatória, os preditores de recuperação da função erétil e os fatores que comprometem a intenção de poupar nervos. Um grande volume prostático dificulta a dissecação fina, assim como as dimensões e a localização do câncer. Há eventos a evitar para

poupar nervos e vasos, como a percussão, tração, cauterização e transecção dos feixes vasculonervosos. Uma melhor avaliação para orientar adequadamente se beneficia do uso de instrumentos validados de avaliação da DE com *cut-offs* para normalidade. Assim se poderá discutir melhor os aspectos da reabilitação com os pacientes e informá-los dos potenciais e prováveis, mas reais, benefícios associados à reabilitação da função erétil.

Mulhall JP. Defining and reporting erectile function outcomes after radical prostatectomy: challenges and misconceptions. *J Urol*. 2009;181:462-471.

Mulhall JP, Bella AJ, Briganti A, McCulloch A, Brock G. Erectile function rehabilitation in the radical prostatectomy patient. *J Sex Med*. 2010;7:1687-1698.

João Luiz Schiavini: Urologista; Chefe da Clínica de Urologia e Professor Adjunto de Urologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; Professor Adjunto de Urologia da Universidade Gama Filho; Assistente Doutor do Serviço de Urologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Email: joaoschiavini@gmail.com



DISFUNCION ERÉCTIL: ORGÁNICA O PSICÓGENA

La controversia si la disfunción eréctil correspondía a causa orgánica o psicógena fue un reto para los cientos de especialistas sexólogos, urólogos, psiquiatras que a mediados del siglo pasado se debatían entre reconocer los trastornos psíquicos como causa fundamental en el desarrollo del trastorno o atribuirle a factores orgánicos la causa del problema. Investigadores como Masters y Johnson reconocían en los años 1960 que el 90% de los pacientes con impotencia era por causa psicógena, que lejos estaban estos de saber que con los avances en investigación en los últimos años, con el despliegue de métodos diagnósticos como *ecodopler* de pene, procedimientos neurofisiológicos y radioinmunoológicos y el desarrollo en la investigación del papel del óxido nítrico y el endotelio vascular en la erección podemos afirmar en la actualidad que la etiología de la disfunción eréctil es predominantemente orgánica, aunque reconocemos que el apoyo terapéutico sexológico es fundamental para el tratamiento eficaz de la impotencia.

William Uzcategui: Cirujano urólogo; Instituto Docente de Urología. Valencia, Venezuela. Email: williamuzcategui55@cantv.net

LA CIRUGÍA PROTÉSICA PENEANA MALEABLE UNA “SOLUCIÓN DE BAJO COSTO”. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN CUBA*

Las prótesis peneanas, constituyen la tercera línea de tratamiento para la disfunción eréctil (DE), en casos aptos física y mentalmente. En Cuba es accesible para todos los pacientes. Durante UROLOGÍA 2009, se presentaron una serie de trabajos que constituyen la salida del protocolo nacional de la cirugía protésica peneana en pacientes con DE. Aunque no constituye toda la experiencia cubana, nuestra casuística (1995 – 2009) estuvo constituida por 536 pacientes operados: hidráulicas 1%, el 99% (maleables). Siempre que fue posible, preservamos el tejido eréctil, para lograr una “erección más fisiológica” y minimizar el riesgo de infección. Usamos la vía penoescrotal (85%), subcoronal (14%) e infrapúbica (1%). Etiología de la DE: diabetes mellitus (28%), riesgo arterial (22%), enfermedad veno-oclusiva (16%), enfermedad de Peyronie (14%), fibrosis post priapismo, entre otras causas. Las complicaciones: edema/hematoma (3%), retención urinaria (2%), infección peri-protésica (2%), erosión de la prótesis (2%), neuralgia (2%), lesión del tabique o uretra (1.5%), perforación de la crura (0.5%), fallecidos (0.5%) (diabetes mellitus, cardiopatía isquémica), sin complicaciones (90%) (482 pacientes). El implante protésico peneano maleable constituye una buena opción terapéutica

en pacientes con DE severa, refractarias a otros tratamientos, siendo “una solución de bajo costo”. Los pacientes con fibrosis post priapismo, hipotrofia del pene, enfermedad de Peyronie, operados de cáncer de próstata son grupos especiales de riesgo que requieren cuidados extremos. Las complicaciones pueden ser evitadas, cumpliendo las normas técnicas de esta cirugía, incluida la profilaxis antibiótica. Los pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica, son un grupo de alto riesgo de letalidad, que requieren una atención clínica y anestésica especial. El acompañamiento psicológico, la consejería y el consentimiento informado fue muy útil para lograr buena satisfacción de los pacientes y sus parejas (95%).

*Estudio Multicéntrico. Coordinado por el Grupo Nacional de Sexología, cuyos resultados fueron presentados en UROLOGÍA 2009 (XII Congreso Centroamericano y Caribeño de Urología y XIX Congreso Cubano de Urología).

*Ramiro Fragas Valdés: Máster en Sexualidad y Profesor Auxiliar de Urología del Hospital Universitario “Cmdte Manuel Fajardo” y la Clínica Central “Cira García”. La Havana, Cuba.
Email: rfragas@infomed.sld.cu*

EJACULACIÓN RÁPIDA OÙ PRECOCE

A Ejaculação Rápida (ER) é frequente nas disfunções sexuais, acometendo de 25 a 40% dos homens em algum período da vida. Para o diagnóstico da ejaculação rápida devem ser obtidas informações quanto ao início, frequência e duração do quadro. Com o advento dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), houve um ganho no tratamento da ER, tanto pela melhora observada nos sintomas como pela diminuição dos efeitos colaterais. Os mais utilizados são: paroxetina (10-40 mg), fluoxetina (20-40 mg), sertralina (50-100 mg) e citalopram (20-40 mg). Essas doses podem ser individualizadas e devemos usar a menor quantidade possível para atingir o efeito desejado. O início de ação dos ISRSs varia entre 5 e 10 dias após o início da terapia e os efeitos colaterais (fadiga, náuseas, diarreia, sonolência, boca seca, redução da libido e diminuição moderada da rigidez peniana – que é reversível) são mais intensos na primeira semana de tratamento, com decréscimo após 2 a 3 semanas de uso. A suspensão abrupta dos ISRSs pode

causar náuseas, vômitos, vertigem, dor de cabeça, letargia, agitação, ansiedade e insônia. Esses sintomas começam a partir de 1 a 3 dias após a interrupção da medicação e podem durar mais de uma semana. Os efeitos secundários geralmente são revertidos com a reintrodução dos ISRSs. Quando for indicada a descontinuação desses medicamentos, a retirada deve ser gradual durante 3 a 4 semanas.

*Leonardo E. Messina: Membro Titular Sociedade Brasileira de Urologia; Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo; Diretor do Instituto de Sexualidade e Urologia de Sorocaba; Delegado da Sociedade Brasileira de Urologia – SP. Sorocaba (SP), Brasil.
E-mail: leonardo@messina.med.br*

