

DISFUNÇÃO ERÉTIL IATROGÊNICA

*Ernesto José D'Ottaviano**

RESUMO

A disfunção erétil acomete milhões de homens no mundo todo e em todas as idades. Além de causas orgânicas e psicogênicas bem definidas na clínica, temos hoje uma causa emergente, a iatrogênica, resultante de efeitos colaterais de fármacos usados com a melhor das intenções, da auto medicação e do abuso e dependência de drogas.

Palavras-chave: disfunção erétil, impotência, fármacos.

ABSTRACT

Erectile dysfunction happens to millions of men off all ages all over the world. Besides the organic and psychogenic causes, which are clearly defined at clinics, now we have an emerging cause - the iatrogenic cause that results from collateral effects of drugs used with the best of the intentions, self-medication and abuse and dependence on drugs.

Key-words: erectile dysfunction, impotence, drugs.

DISFUNÇÃO ERÉTIL IATROGÊNICA

O Estudo de Envelhecimento Masculino em Massachusetts (EUA) encontrou a prevalência de disfunção erétil (DE) em 52% dos homens entre 40 e 70 anos de idade (FELDMAN et al., 1994). Outro estudo – Pesquisa Nacional de Saúde e Vida Social – concluiu que 31% dos homens entre 18 e 60 anos de idade nos EUA já tinham apresentado DE (LAUDMANN et al., 1999). Na Alemanha (BRAUN et al., 2000), encontrou-se um índice geral da prevalência entre 30 e 80 anos de 19,2%, porém acima da 6ª década atingia 39%. Estudos na Inglaterra e na França obtiveram resultados similares (SPECTOR e BOYLE, 1986 e GIULIANO et al., 1996). Isto significa que um em cada cinco homens apresenta disfunção erétil.

Ao contrário do que se pensava antigamente, que a causa da DE era predomi-

* Médico, Livre Docente, Professor Adjunto e Professor Titular de Fisiologia e Biofísica da Unicamp, PUC Campinas e Faculdades Padre Anchieta de Jundiaí. Pós Doutorado em Biologia da Reprodução em Montevideo, Santiago do Chile, Buenos Aires e Nova York. Professor dos cursos de Pós Graduação em Fisiologia do Instituto de Biologia e Fisiologia e Biofísica do Sistema Estomatognático da Faculdade de Odontologia da Unicamp.

nantemente psicogênica, hoje se sabe que são principalmente disfunções orgânicas a causa no grupo etário acima dos 50 anos (KAISER, 1999).

Na maioria dos casos, a disfunção erétil se deve a causas diversas e do ponto de vista etiológico faz-se distinção entre forma orgânica e psicogênica, sendo a forma orgânica enquadrada em vascular (sistema vascular peniano com redução do fluxo sanguíneo por espessamento dos vasos locais ou fuga venosa), neurogênica (AVC, lesões medulares, cirurgias de próstata, reto e bexiga), anatômica (micropênis, doença de Peyronie) e endócrina (diabetes mellitus, anabolizantes, doenças hepáticas, etc.).

Para a forma psicogênica, distingue-se a DE generalizada (depressão, stress) e situação dependente (ansiedade do desempenho) (LIZZA e ROSEN, 1999).

Podemos ter causa puramente orgânica ou puramente psicológica, mas freqüentemente ocorrem formas mistas combinando ambas as causas.

Porém, o uso de álcool, fumo e principalmente de fármacos utilizados no tratamento das mais variadas patologias - hipertensão, diabetes mellitus, hiperlipidemia, doenças renais, depressão, distúrbios de humor, transtornos de ansiedade, antipsicóticos, anti-histamínicos, anticolinérgicos e ainda medicações que causam dependência - levou ao surgimento de uma DE iatrogênica. Ou seja, na tentativa de minimizar ou curar uma determinada patologia usando drogas, criou-se, como efeito colateral, a DE de causa medicamentosa.

Whitehead (1994), abordando a longa lista de fármacos usados pelos idosos, pondera existirem mais de 200 fármacos que, embora usados com as melhores intenções, podem afetar a função sexual.

A grande categoria é representada pelos agentes psicoativos-ansiolíticos e antidepressivos usados por pacientes ansiosos, já deprimidos e com problemas de sexualidade. Isto deve estar na mente dos psiquiatras, endocrinologistas, clínicos, internistas e demais especialistas que usam essas medicações. Às vezes, não se conhecem todos os efeitos colaterais, os pacientes suspendem a terapêutica por conta própria e a situação se complica ainda mais.

Assim, este autor procura destacar aqueles menos nocivos e ressalta as que exercem ação deletéria sobre a sexualidade.

Começando com a hipertensão arterial, Whitehead (1994) refere que as enzimas inibidoras da conversão da angiotensina – captopril, lisinopril, enalapril e derivados ou antagonistas dos receptores da angiotensina – losartan e similares, dificilmente interferem nas ereções. Entre os diuréticos, furosemide, tiazídicos, ácido etacrínico, espironolactona, amiloride, etc., dependendo da dose e do tempo de utilização, levam à disfunção erétil e mesmo à impotência.

Entre os simpatolíticos temos que os alfabloqueadores, como o prazosin e seus sais, e os de ação central, como metildopa, clonidina, guanabenz, reserpina, guanetidina, interferem e pioram as ereções, chegando a casos de incapacidade ejaculatória.

Já os betabloqueadores, propranolol, atenolol, pindolol e derivados, bem como

os inibidores de canais de cálcio verapamil, diltiazem, nifedipina, amlodipina, etc., raramente exercem ação deletéria sobre as ereções.

Quanto aos psicofármacos usados correntemente, temos, dependendo do grupo de droga, interferência em maior ou menor grau na função erétil, uma vez que o processo fisiológico baseia-se na interação entre mecanismos neurais, neuroquímicos e endócrinos (SACHS, 2000).

Assim, os antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, os atípicos de segunda geração e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina largamente usados são problemáticos, porque deprimem a excitabilidade em ambos os sexos. Então, são preferidos os menos problemáticos como fluoxetina, paroxetina, nefazodona, bupropiona e a trazodona (a qual, paradoxalmente, causa priapismo em 2% dos usuários) (AYDIN et al., 1996).

Os ansiolíticos benzodiazepínicos, os barbitúricos e os estabilizadores do humor como a carbamazepina, o lítio, o valproato levam a disfunção erétil, distúrbios da ejaculação e mesmo impotência (CRENSHAW e GOLDBERG, 1997; BERNIK 1999). Isto levou Cohen e Bartlik (1998) a preconizarem o uso do fitoterápico GINKGO BILOBA para tratamento da disfunção sexual induzida por antidepressivos. Entre os ansiolíticos, os melhores, que causam menos problemas, são o lorazepam, o alprazolam e a buspirona.

Das outras drogas utilizadas no tratamento de patologias psiquiátricas, a flufenazina, a perfenazina e a trifluoperazina são as mais seguras, enquanto a clorpromazina, a tioridizina, o haloperidol, a fenotiazina, a amisulprida, a risperidona e a maioria dos antipsicóticos deprimem a excitabilidade e a libido. Modernamente, a olanzapina seria a menos prejudicial.

Outro tipo de medicação muito usada em gastroenterologia são os anticolinérgicos – cimetidina, ranitidina e omeprazol – bloqueadores dos receptores H_2 , que podem causar disfunção erétil. Ainda, como drogas parassimpáticas, temos as drogas de abuso e dependência como a benactizina, o triexifenidil, os famosos chás “de lírio, saia branca, véu de noiva, trombeta, zabumba, etc.”, que causam verdadeira atropinização dos usuários, comprometendo o desempenho sexual.

Outras drogas que se enquadram como abuso e dependência são deletérias para a libido e a ereção, como é o caso do álcool, da nicotina, dos opióides, cocaína, maconha (diminui inclusive a produção de espermatozoides), ácido lisérgico (LSD), ecstasy, DOM, fenciclidina, quetamina, etc.

Finalmente há uma série de fármacos amplamente usados com indicação médica que podem alterar a sexualidade. É o caso do clofibrato, do dissulfiram, dos anti-histamínicos, da L-Dopa, dos digitálicos, das anfetaminas, etc. (WHITEHEAD, 1994).

Em conclusão, se nos detivermos em consultar Marcolin (1998), Cordioli et al. (2000) e Bazire (2001), veremos que as interações farmacológicas com drogas psiquiátricas e as demais do receituário médico atual, a auto medicação e mesmo

as criadoras de dependência fisiológica e/ou psicológica são no momento uma grande causa de disfunção erétil-iatrogênica.

As opções terapêuticas para a disfunção erétil serão abordadas em um futuro artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYDIN, S., ODABAS, O., ERCAN, M. et al. (1996). Efficacy of testosterone, trazodone and hypnotic suggestion in the treatment of non-organic male sexual dysfunction. *Br. J. Urol.* 77(2): 256-260.
- BAZIRE, S. (2001). *Psychotropic drug directory* Polestar Wheatons Lt. Exeter, Devon, UK.
- BERNIK, M. A. (1999). *Benzodiazepínicos – Quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp.
- BRAUN, M., WASSMER, G., KLOTZ, T. et al. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction: results of "Cologne Male Survey". *Int. J. Impot. Res.* 12: 305-311.
- COHEN, A. J. and BARTLIK, B. (1998). Ginkgo biloba for antidepressant induced sexual dysfunction. *J. Sex Marital Ther.* 24(2): 139-143.
- CORDIOLI, A. V. e cols. (2000). *Psicofármacos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- CRENSHAW, T. and GOLDBERG, J. (1997). *Sexual pharmacology: drugs that affect sexual functioning*. cap. 27. W. W. Norton & Company.
- FELDMAN, H. A., GOLDSTEIN, I., HATZCHRISTOU, D. G. et al. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.* 151: 54-61.
- GIULIANO, F. A., KNELLESON, S. and PATURAUD, J. P. (1996). Epidemiologic study of erectile dysfunction in France *Eur. Urol.* 30: (suppl. 2): 250.
- KAISER, F. E. (1999). Erectile dysfunction in the aging man. *Med. Clin. North. Am.* 83: 1267-1278.
- LAUMANN, E. O., PAIK, A., ROSEN, R. C. (1999). The epidemiology of erectile dysfunction: results from the National Health and Social Life Survey. *Int. J.*

Impot. Res. 11: (suppl.1): 560-564.

LIZZA, E. F. and ROSEN, R. G. (1999). Definition and classification of erectile dysfunction: Report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research. *Int. J. Import. Res.* 11: 141-143.

MARCOLIN, M. A. (1998). *Interações farmacológicas com drogas psiquiátricas*. Rio de Janeiro: MEDSI – Ed. Médica e Científica Ltda.

SACHS, B. D. (2000). Contextual approaches to the physiology and classification of erectile function, erectile dysfunction, and sexual arousal. *Neurosci and Biobehav. Rev.* 24: 541-560.

SPECTOR, K. R. and BOYLE, M. (1986). The prevalence and perceived aetiology of male sexual problems in a non-clinical sample. *Br. J. Med. Psychol.* 59: 351-358.

WHITEHEAD, C. (1994). Erectile dysfunction and drugs. *Br. J. Anaesth.* 72: 443-446.