

A ACTIVIDADE SEXUAL Após Lesão Medular – Meios Terapêuticos

Ana GARRETT, Fernando MARTINS, Zélia TEIXEIRA

RESUMO

A lesão medular, traumática ou não, afecta o homem nas suas vertentes física e psíquica, condicionado a sua capacidade sexual.

Neste artigo apresenta-se uma revisão breve do conceito e da epidemiologia da lesão medular, assim como da fisiopatologia da erecção.

Dado que a reabilitação da actividade sexual passa pela avaliação e correcção da disfunção eréctil, são revistos os meios terapêuticos que permitem recuperar a vida sexual a melhorar a qualidade de vida, maximizando as potencialidades existentes e promovendo a adaptação às limitações.

SUMMARY

SEXUAL ACTIVITY

After Spinal Cord Injury – Therapeutics Helps

Spinal cord injury affects man in his physical and psychic features, making him go through changes and conditioning his sexual performance.

This article presents a brief review of the concept and the epidemiology of spinal cord injury, as well as erectile physiopathology.

Since sexual rehabilitation considers the evaluation and the restoration of erectile dysfunction, this article reviews the therapeutic means that allow sexual life recovery, allowing a sexual life with quality, maximizing existing potentialities and promoting adaptation to limitations.

A.G., Z.T.: Departamento de Psicologia Clínica. Universidade Fernando Pessoa. Porto
F.M.: Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Centro Hospitalar de Coimbra. Coimbra

© 2009 CELOM

INTRODUÇÃO

A lesão medular condiciona a interrupção das vias nervosas, o que se pode manifestar clinicamente por alterações da motricidade, da sensibilidade e do funcionamento do sistema nervoso autónomo.

A interrupção das vias nervosas pode resultar de um quadro compressivo extrínseco (traumático ou tumoral), de lesões vasculares ou de patologia específica do sistema nervoso. No entanto a lesão medular traumática é a mais frequente e constitui o exemplo tradicionalmente utilizado para estudar este modelo de lesão.

A classificação de uma lesão medular faz-se clinicamente quando ao nível neurológico, por referência aos metâmeros desde o nível cervical até ao nível sagrado, e quanto à extensão transversal, permitindo classificá-la como completa ou incompleta, sendo necessário identificar o tipo de síndrome para melhor caracterizar o quadro clínico.

Assim, vamos poder definir uma lesão como sendo uma para ou tetraplegia, completa ou incompleta, caracterizar os níveis motor e sensitivo; o exame neurológico pode ser quantificado para padronização recorrendo aos critérios da ASIA, aceites pela ISCOS (International Spinal Cord Society)^{1,2}.

EPIDEMIOLOGIA

A informação epidemiológica existente sobre lesões medulares reporta-se com frequência às lesões traumáticas, e as metodologias são em regra díspares, com consequência na comparabilidade dos dados entre diferentes países e no mesmo país. Em Portugal estes estudos são escassos³, havendo um estudo da cadeia epidemiológica na Região Centro sobre os acidentados entre 1989 e 1992⁴. A taxa de incidência descrita foi de 25.4 por milhão de habitantes, excluídos os que faleceram durante o transporte para os hospitais, bem como durante o primeiro mês. Considerando a totalidade dos sinistrados descreveu-se uma incidência de 58 novos casos por milhão de habitantes⁴. No entanto este estudo pode já não corresponder à realidade actual, considerando a melhoria dos cuidados pré-hospitalares que resulta da melhor cobertura do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e até da modificação da sinistralidade.

A revisão da literatura publicada desde 1995 com o objectivo de conhecer a incidência e a prevalência da lesão medular a nível mundial confirma a diversidade dos resultados, em consequência da diversidade das metodologias adoptadas e dos próprios contextos económicos e

sociais⁵. As publicações disponíveis indicam uma prevalência estimada entre 223 e 755 casos por milhão de habitantes, enquanto a incidência anual varia entre 10.4 e 83 por milhão de habitantes. A lesão medular traumática predomina nos jovens, tendo como idade média mais frequente os 33 anos; o homem continua a ser o mais atingido numa relação de 3.8/1. Um terço das lesões medulares actuais tem uma tetraplegia e 50% destes doentes têm uma lesão completa⁵.

FISIOPATOLOGIA

A actividade sexual está fisiologicamente preparada para assegurar a sobrevivência da espécie, pelo que existe uma componente irracional, reflexa e animal. No entanto a evolução antropológica e social introduziram na actividade sexual do homem factores sociais e culturais que são condicionantes importantes a ter em consideração num programa de reabilitação da vida sexual.

Na sequência de uma lesão medular, completa ou incompleta, mais ou menos alta, há uma perturbação das vias de condução nervosa, perturbando a motricidade e a sensibilidade a todos os níveis da actividade da pessoa. Para além das consequências neuromotoras evidentes e das suas implicações na locomoção, há uma alteração nos padrões da resposta sexual prévia condicionada por factores físicos, psíquicos e sociais.

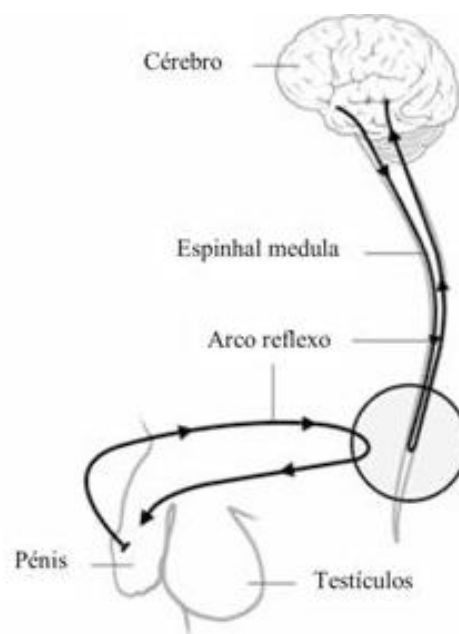


Fig. 1 – Arco-reflexo – integridade das raízes sensitivas e motoras S2-S4

a) Fisiologia da Ereção

A vida sexual do homem (género) é fortemente condicionada pela capacidade de obter uma ereção adequada e duradoura de modo a permitir a cópula. Esta ereção tem na sua génese, ou nos mecanismos de manutenção, condicionantes físicos e psicológicos, que podem ser alterados pela lesão medular.

Assim, a ereção pode ser desencadeada por uma estimulação genital ou erógena correspondendo à activação de um arco-reflexo integrado ao nível da medula sagrada para o qual é indispensável a integridade das raízes sensitivas e motoras entre S2 e S4⁶.

Há no entanto factores emocionais que podem condicionar os mecanismos psicológicos da resposta sexual, que podem constituir o estímulo iniciador da ereção ou da manutenção da mesma. A eficácia destes factores depende não apenas das memórias existentes, mas também da integridade das vias de condução descendentes. Os estímulos erógenos podem ter uma origem periférica (visual, auditiva, olfactiva, sensitiva), ou encefálica, que desencadeiam uma ereção por activação do centro simpático dorso-lombar (T10-L2), posteriormente mantida pela actividade reflexa sagrada (S2-S4).

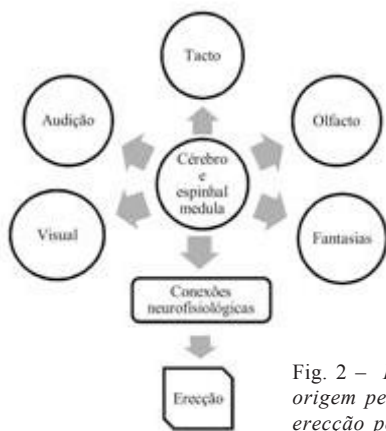


Fig. 2 – Estímulos erógenos de origem periférica envolvidos na ereção por activação T10-L2

Assim, uma ereção normal pode ser desencadeada por qualquer dos mecanismos (reflexo ou psicógeno), havendo, no entanto, necessidade de integridade dos dois centros e das respectivas conexões neurológicas para assegurar uma ereção de qualidade para permitir uma relação sexual⁶.

b) Disfunção sexual após lesão medular

Na sequência de uma lesão medular o distúrbio eréctil vai ser consequência directa das áreas deixadas inactivas.

A destruição do centro Sagrado (S2-S4) ou das vias de condução aferentes ou eferentes vai afectar de modo definitivo a possibilidade de obter uma ereção por estimulação reflexa, assim como a participação deste arco reflexo numa ereção de origem psicógena⁷.

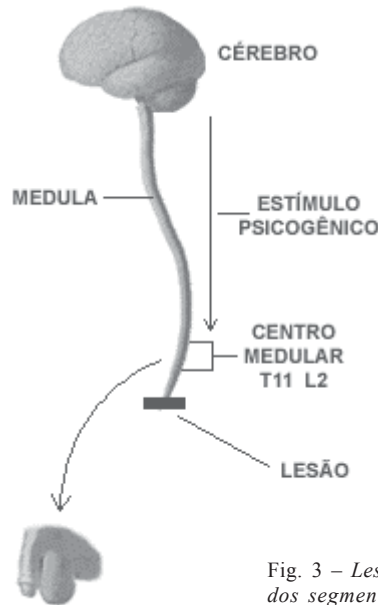


Fig. 3 – Lesão vértebro-medular dos segmentos S2-S4

A inactivação do centro dorso-lombar (T10-L2) liberta o centro sagrado de um controlo supra-segmentar permitindo a obtenção de uma ereção por estímulo reflexo.

Para além da agressão física resultante de uma lesão medular, há uma forte agressão psicológica e da auto-imagem.

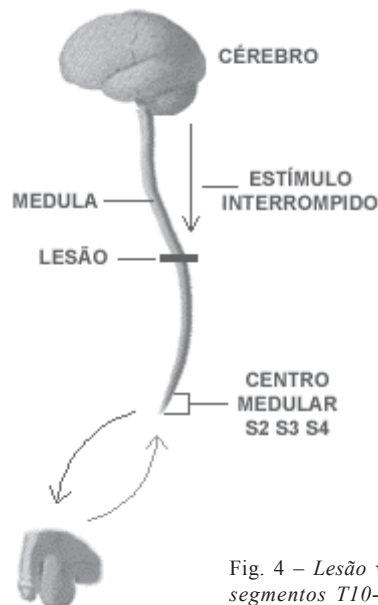


Fig. 4 – Lesão vértebro-medular dos segmentos T10-L2

O modo como o luto e a aceitação desta nova realidade vão decorrer, condicionam os primeiros meses de reabilitação activa. A primeira etapa corresponde à tentativa de recuperação da verticalidade e da marcha, características do ser humano; a perda destas funções nunca é completamente aceite e faz com que grande parte dos indivíduos prossiga uma busca incessante da solução. É difícil dizer em que momento deste processo surge a primeira preocupação de índole sexual, pois depende da hierarquia de valores de cada um.

Quando esta questão emerge, surge a preocupação com a manutenção da sua capacidade sexual, bem como acerca das implicações que a sua lesão terá em eventuais relacionamentos. Outro obstáculo poderá ser a auto-percepção da imagem corporal, dado que a sua aparência física representa uma violação das regras da atractividade e consequentemente da sexualidade⁸.

A preocupação com o desempenho sexual ocorre durante o período de reabilitação e o efectivo apoio nesta vertente da saúde contribui para a obtenção de resultados positivos em todo o processo de recuperação. No entanto, se a função sexual se alterou, a sexualidade persiste e a satisfação sexual deve ser procurada, eventualmente recorrendo a outras actividades que não o coito; o reajustamento à nova condição sexual está directamente ligado com os desejos particulares, a experiência e os hábitos sexuais do indivíduo antes da lesão⁹.

A recuperação da vida sexual é um factor prioritário para a qualidade de vida de um indivíduo com uma lesão medular; o controlo de esfínteres e o risco de disreflexia autónoma, não são um impedimento para reiniciar a vida sexual¹⁰.

No entanto, a obtenção da erecção é tão necessária para permitir o coito como para satisfazer o ego e perspectivar uma vida incluindo a actividade sexual e todas as suas envolventes e consequências. Porém, a obtenção da erecção (psicogénica ou reflexa) pode não bastar para o coito, uma vez que é necessário manter uma rigidez suficiente e duradoura¹¹. A sua qualidade está, nestes casos, condicionadas pelo nível e pela extensão da lesão¹².

TRATAMENTO

Os procedimentos terapêuticos exigem uma rápida intervenção na fase aguda e um trabalho continuado e prolongado por uma equipa multidisciplinar que vai dinamizar e utilizar as capacidades restantes de modo a proporcionar um regresso à vida activa no que respeita à integração familiar, profissional e social.

A vida sexual constitui um dos aspectos relevantes, cuja reabilitação começa no hospital e prossegue na co-

munidade, recorrendo a alguns procedimentos de base, condicionados pelo tipo e extensão da lesão.

a) Meios terapêuticos

Os meios terapêuticos utilizados para permitir a erecção e a relação sexual nos lesionados medulares são adequados ao tipo de dificuldade encontrada, dependendo do nível e extensão da lesão.

b) Medicação via sistémica

O uso de sildenafil (Viagra[®]) foi aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) em 1998 para ser utilizado no tratamento da disfunção eréctil. O seu estudo de introdução no mercado foi efectuado numa vasta população americana e que incluía 27 indivíduos com lesão medular entre T6 e L5, que também beneficiaram com a terapêutica¹³.

A melhoria da performance sexual em doentes com lesão medular permitiu melhorar a sua qualidade de vida¹³, a sua função eréctil (em 88,2% dos participantes) e da satisfação das suas parceiras (85,3% dos casos)¹⁴.

O vardenafil (Levitra[®]) tem efeitos principais e secundários idênticos aos descritos para o sildenafil em indivíduos com lesão medular¹⁵.

Num estudo comparativo entre a eficácia do Viagra[®] (sildenafil) e do Cialis[®] (tadalafil), apurou-se que a utilização do Cialis[®] permitia à maioria dos homens com lesão medular atingir um funcionamento sexual com uma durabilidade de 12 a 24 horas após a ingestão do medicamento. Comparado com o uso do sildenafil, o tadalafil permite, assim, o planeamento da intimidade. Baseados nos resultados, os autores apontam o tadalafil como opção recomendada nestes casos, dado que o potencial de acção não é alterado pelo nível e grau da lesão, parecendo ser a única opção terapêutica para os doentes que não obtiveram resposta com o sildenafil¹⁶.

Como efeitos indesejáveis destes fármacos têm sido referidos a cefaleia, o rubor, a dispepsia, a congestão nasal e alterações da visão, que limitam com a continuidade do tratamento¹⁷.

c) Medicação via tópica

Alguns fármacos têm sido utilizados por aplicação directa nos corpos cavernosos, permitindo a obtenção de uma erecção de boa qualidade como é o caso da utilização do Alprostadil ou uma combinação (Moxisilite, uma combinação da papaverina e fentolamina e uma combinação de fentolamina e do polipéptido intestinal vasoactivo). Se a injeção não é problemática pelas alterações da sensibilidade, a sua vigilância requer cuidados especiais pelo risco de priapismo⁷.

O MUSE (Medicated Urethral System Erection) é outra via de administração tópica de um fármaco vasoactivo (Alprostadil em comprimido uretral) para obtenção da erecção. É referida disúria pelo efeito mecânico do comprimido e redução da tensão arterial após a administração do medicamento¹⁸. Esta terapêutica não é comercializada em Portugal e não se encontram outras referências à sua utilização.

d) Bomba de vácuo

A bomba de vácuo recorre a um efeito vasoactivo desencadeado pela chamada de sangue aos corpos cavernosos, condicionada pelo vácuo provocado num cilindro em plástico duro. O vácuo é induzido por uma acção manual ou eléctrica e a erecção é mantida pela aplicação de um anel constrictor colocado na base do pénis¹⁹. Este anel, para além de evitar o retorno venoso, reduz o risco de perdas de urina, pode ser mantido durante 20 a 30 minutos e deve ser retirado no fim da relação sexual²⁰. É um sistema simples e eficaz, mas que no caso dos tetraplégicos pode necessitar de maior apoio da parceira.

e) Implante cirúrgico

A correcção cirúrgica é uma alternativa disponível em caso de ineficácia das outras técnicas; exige a colocação de dois cilindros em silicone no espaço até então ocupado pelos corpos cavernosos. Estes cilindros podem ser semi-rígidos, maleáveis ou insufláveis, sendo, no entanto, uma solução irreversível. Não está indicado em indivíduos com a sensibilidade preservada e a sua utilização reduziu-se com o desenvolvimento dos fármacos vasoactivos⁶.

CONCLUSÃO

Os meios referidos permitem encontrar as formas mais adequadas à obtenção de uma erecção suficiente para uma relação sexual eficaz e satisfatória. No entanto, a satisfação com a actividade sexual não está apenas ligada e dependente de factores orgânicos. A vivência sexual prévia, a capacidade de reencontrar uma nova sexualidade e um parceiro complacente com esta nova situação são tanto ou mais importantes que os meios técnicos disponíveis. Para este efeito é por vezes necessário proporcionar um apoio técnico adequado ao próprio e eventualmente ao casal.

A reabilitação após uma lesão medular (traumática ou outra) propõe-se utilizar o capital residual para promover a autonomia e permitir a reintegração no meio familiar e social. Para lá do trabalho neuromotor para eventual aquisição da verticalidade e marcha, desenrola-se um proces-

so de luto das perdas e de confrontação com outras dificuldades e limitações de natureza pessoal, tais como as relacionadas com a sua vida sexual.

Paralelamente desenrola-se um trabalho de avaliação e orientação que permite conduzir à obtenção de uma vida sexual, modificada ou não.

Os meios disponíveis devem ser adequados à situação clínica de cada doente, possibilitando ultrapassar as barreiras de natureza física, permitindo uma erecção de qualidade e duração.

Para além da nova competência física importa esclarecer o paciente e o seu parceiro da necessidade de uma maior colaboração mútua e mesmo de reavaliação da sua sexualidade, que fomente a obtenção de uma satisfação sexual de ambas as partes.

A recuperação da capacidade sexual é um pressuposto importante para a obtenção de um equilíbrio pessoal e familiar, que possa conduzir à etapa da procriação, que por si só merece um tratamento particular.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

À Fundação Para a Ciência e a Tecnologia – SFRH/BPD/27626/2006

BIBLIOGRAFIA

1. DOMÍNGUEZ J, DEL BUSTO J, SUÁREZ F, PÉREZ F, GONZÁLEZ E, RODRÍGUEZ M: Lesión medular traumática. Rev Mex Neuroci 2003;1(4):21
2. MAYNARD FM JR, BRACKEN MB, CREASEY G, DITUNNO JF JR et al: Padrões internacionais para classificação neurológica e funcional de lesões na medula espinal. Edição em português: BARROS FILHO TP, MARTINS F, ASIA/IMSOP 1999;3-24
3. FARIA F: Lesões vértebro-medulares – A perspectiva da reabilitação. Rev Port Pneumol 2006;XII(1),(supl.1):45-53
4. MARTINS F, FREITAS F, MARTINS L, DARTIGUES J, BARAT M: Spinal cord injuries – Epidemiology in Portugal's central region. Spinal Cord 1998;36(8):574-8
5. WYNDAELE M, WYNDAELE JJ: Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? Spinal Cord 2006;44(9):523-9
6. ELLIOT S: Sexual dysfunction and infertility in men with spinal cord disorders. In: Vernon, W. (Ed.). Spinal Cord Medicine, principles and practice. New York: Demos 2003;349-65
7. GOMES J, VENDEIRA P, REIS M: Priapismo. Acta Med Port 2003;16:421-8
8. SAKELLARIOU D: If not the disability, then what? Barriers to reclaiming sexuality following spinal cord injury. Sex Disabil 2006; 24:101-111
9. BIERING-SORENSEN F, SONKSEN J: Sexual function in spinal

cord lesioned men. Spinal Cord 2001;39(9):455-70

10. ANDERSON K, BORISOFF J, JOHNSON R, STIENS S, ELLIOTT S: The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. Spinal Cord 2007; 45(12):328-37

11. ANDERSON K, BORISOFF J, JOHNSON R, STIENS S, ELLIOTT S: Long-term effects of spinal cord injury on sexual function in men: implications for neuroplasticity. Spinal Cord 2007;45(12):338-48

12. LINDSEY L: Sexuality in males with spinal cord injury. Medical RRTC 1993;InfoSheet #3

13. HULTLING C, GIULIANO F, QUIRK F, PEÑA B, MISHRA A, SMITH M: Quality of life in patients with spinal cord injury receiving VIAGRA® (sildenafil citrate) for the treatment of erectile dysfunction. Spinal Cord 2000;38(6):363-70

14. RAMOS A, SAMSÓ J: Specific aspects of erectile dysfunction in spinal cord injury. Int J Impot Res 2004;16(2):42-5

15. GIULIANO F, RUBIO-AURIOLES E, KENNELLY M et al: Efficacy and safety of vardenafil in men with erectile dysfunction caused by spinal cord injury. Neurology 2006;66:210-6

16. DEL POPOLO G, LI MARZI V, MONDAINI N, LOMBARDI G: Time/duration effectiveness of sildenafil versus tadalafil in the treatment of erectile dysfunction in male spinal cord-injured patients. Spinal Cord 2004;42(11):643-8

17. LUNA R: O correcto cuidado com a indicação do sildenafil sob o ponto de vista cardiovascular. SOCERJ 2000;XIII(3):57-60

18. PORST H: Transurethral alprostadil administration with MUSE (*Medicated Urethral System for Erection*). Current overview and personal experience. Urologe A 1998;37(4):410-6

19. UTIDA C, TRUZZI J, BRUSCHINI H et al: Male infertility in spinal cord trauma. Int Braz J Urol 2005;31(4):375-83

20. ELTORAI I, MONTROY R, LAURENTE F: Gangrene of the penis in a tetraplegic due to the use of vacuum constriction device for erection. Sex Disabil 2003;8(2):105-14