

# VII Reunião Ibérica de Andrologia e Medicina Sexual / X Congresso da Sociedade Portuguesa de Andrologia

15/17 de Junio de 2006, Vídago, Portugal

## ABSTRACTS

### EFICACIA DE LA ASPIRACIÓN DE ESPERMATOZOIDES (TESA) COMPARADA CON LA EXTRACCIÓN DE ESPERMATOZOIDES TESTICULARES (TESE) EN AZOOSPERMIAS NO OBSTRUCTIVAS

F. García, S. Egozcue, M. Moragas, M.L. López Teijón, O. Serra, R. Olivares y J.G. Álvarez

*Servicio de Reproducción. Institut Marqués. Clínica CIMA. Barcelona*

**Objetivo:** Comparar la eficacia en la recuperación de espermatozoides testiculares utilizando dos técnicas diferentes: TESE y TESA, realizadas sincrónica o asincrónicamente en pacientes con azoospermia no obstructiva.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 213 casos de azoospermia no obstructiva. El diagnóstico de azoospermia se hizo en base a dos seminogramas obtenidos en días diferentes. Se determinó la FSH basal y se practicó la biopsia testicular para estudio histopatológico y criopreservación espermática ante el hallazgo de espermatozoides. Cuando la calidad de la muestra criopreservada se consideraba deficiente o no había muestra criopreservada para el ciclo, la ICSI se realizaba con espermatozoides en fresco recuperados inicialmente mediante TESA ó TESE si ésta fracasaba.

**Resultados:** De las 213 biopsias diagnósticas se identificaron espermatozoides en 116 (54,4%). En 108 casos el ciclo de ICSI se realizó con espermatozoides en fresco. De ellos, en 49 (45,3%) los espermatozoides pudieron recuperarse mediante TESA. En 58 (53,7%) la TESA no permitió la obtención de espermatozoides y fue necesario recurrir a la TESE. En un caso fracasaron ambas técnicas, realizándose la microinyección con espermatozoides de banco de semen.

**Conclusiones:** Algunas azoospermias no obstructivas conservan focos aislados de espermatogénesis, y en la mayoría de los casos la cantidad y/o calidad de los espermatozoides recuperados sólo permite realizar un ciclo. De no conseguirse gestación, pueden ser necesarias nuevas biopsias. Si bien el TESE tiene un rendimiento superior a la TESA, ya que, en general, permite la extracción de un mayor volumen de tejido testicular, en nuestra experiencia la TESA tiene un gran rendimiento, ya que una mínima extracción de tejido permite obtener espermatozoides viables para ICSI. Además es una técnica simple, mínimamente invasiva y carente de complicaciones importan-

tes lo que la hace que sea la técnica inicial de elección en las azoospermias, y especialmente en las no obstructivas.

### DISFUNÇÃO ERÉCTIL DE CAUSA VASCULAR: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO RETROSPECTIVO DE POPULAÇÃO SUBMETIDA A ECO-DOPPLER

M. Ferreira Coelho, P. Bragão, B. Graça, E. Carrasquinho y M. Lourenço

*Serviço de Urologia do H. Fernando Fonseca - Dir. Dr. Carrasquinho Gomes.*

**Introdução:** O uso da ultrasonografia doppler com prova farmacológica vasoactiva têm-se afirmado nos últimos anos como exame de 1.ª linha no estudo da Disfunção Erétil, sendo em geral utilizados os valores de pico de velocidade sistólica (PSV) < 30 cm/seg e o Índice de resistência < 0,75 para diagnosticar a DE de causa Arterial. A DE de causa Venó-oclusiva é inferida se os picos de velocidade diastólica (PDV) > 10 cm/seg. Os principais factores de risco da DE de causa vascular são: HTA, Tabaco, Diabetes, Hipercolesterolemia.

**Material e Métodos:** Efectua-se uma análise dos factores de risco mais frequentes de DE, numa população de doentes que foi enviada para efectuar ultrasonografia doppler, por suspeita de etiologia vascular da DE, num período de 3 anos. Todos os exames foram efectuados pelo mesmo médico e utilizados os mesmos critérios quanto ao diagnóstico e em todos os exames a droga vasoactiva utilizada foi a prostaglandina E1 na dose de 20 µgm.

**Resultados:** Foram avaliados 177 doentes, com uma idade média de 49,7 anos, dos quais 29,4% eram hipertensos, 22% fumadores, 6,6% tinham uma dislipidemia, 22,2% eram diabéticos. Quanto aos resultados dos exames efectuados foram relatados 45,7% de DE de causa arterial, das quais 33,89% foram consideradas graves e 11,86% foram consideradas ligeiras. Foram relatadas 3,38% de DE de causa Venó-oclusiva.

**Conclusões:** A ultrasonografia doppler, vulgo eco-doppler é um exame de 1.ª linha no estudo da DE de causa vascular. A correlação dos factores de risco para doença do endotélio com a DE são evidentes.

## DISFUNÇÃO ERÉCTIL DE CAUSA VASCULAR: AVALIAÇÃO ESTATÍSTICA DOS FACTORES DE RISCO DE POPULAÇÃO SUBMETIDA A ECO-DOPPLER

M. Ferreira Coelho, P. Bragão, B. Graça, E. Carrasquinho y M. Lourenço

Serviço de Urologia do H. Fernando Fonseca - Dir. Dr. Carrasquinho Gomes

**Introdução:** O uso da ultrasonografia doppler com prova farmacológica vasoactiva têm-se afirmado nos últimos anos como exame de 1.ª linha no estudo da Disfunção Erétil, sendo em geral utilizados os valores de pico de velocidade sistólica (PSV) < 30 cm/seg e o Índice de resistência < 0,75 para diagnosticar a DE de causa Arterial. A DE de causa Venó-oclusiva é inferida se os picos de velocidade diastólica (PDV) > 10 cm/seg. Os principais factores de risco da DE de causa vascular são: HTA, Tabaco, Diabetes, Hipercolesterolemia.

**Material e Métodos:** Efectua-se uma análise dos factores de risco mais frequentes de DE, numa população de doentes que foi enviada para efectuar ultrasonografia doppler, por suspeita de etiologia vascular da DE, num período de 3 anos. Avaliamos os resultados comparativos dos valores de PSV e IR dos doentes com Hipercolesterolemia, Tabagismo, Diabetes e HTA contra uma população de indivíduos sem DE.

Todos os exames foram efectuados pelo mesmo médico e utilizados os mesmos critérios quanto ao diagnóstico e em todos os exames a droga vasoactiva utilizada foi a prostaglandina E1 na dose de 20 µgm.

**Resultados:** Foram aplicados exames de avaliação estatística para comparar os resultados do PSV e IR das várias subpopulações no que diz respeito aos factores de risco vasculares de forma isolada e combinada, e apresentam-se os resultados com significância estatística.

**Conclusões:** A ultrasonografia doppler, vulgo eco-doppler é um exame de 1.ª linha no estudo da DE de causa vascular. A correlação dos factores de risco para doença do endotélio com a DE são evidentes.

## SATISFAÇÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES GRÁVIDAS E NÃO GRÁVIDAS: ESTUDO COMPARATIVO

P. Pascoal<sup>a</sup> y H. Carmo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psicóloga Clínica. Hospital Júlio de Matos. Mestre em Psicologia Clínica. Doutoranda em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. <sup>b</sup>Psicóloga Clínica. Centro e Saúde de Alvalade. Lisboa.

**Introdução:** Este estudo teve como objectivo geral estudar a satisfação sexual e as dificuldades sexuais das mulheres durante a gravidez. Como objectivos específicos pretendeu-se perceber quais as variáveis associadas à satisfação sexual e às dificuldades sexuais antes e durante a gravidez. Procedeu-se ainda à comparação inter-grupal utilizando para isso um grupo de comparação constituído por mulheres não grávidas

**Material:** O estudo foi desenvolvido utilizando um Questionário Sócio-Demográfico e um Questionário Geral (construídos pelas autoras para efeitos deste estudo), a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES- Rosenberg, 1965) e o Índice de Satisfação Sexual (I.S.S.- Hudson, 1974) traduzido por Cardoso e Soares (1994).

**Métodos:** O desenho do estudo é observacional, transversal e comparativo. Os dados foram submetidos a análise quantitativa através de estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos relativamente à satisfação sexual e às dificuldades sexuais ( $p < 0,05$ ). As mulheres grávidas apresentam mais satisfação sexual, mas também mais frequentemente dor associada às relações sexuais quer em comparação com a sua actividade sexual antes da gravidez quer em relação ao grupo de comparação. Não há diferenças entre os grupos relativamente à auto-estima.

**Conclusões:** Os resultados são consistentes com a literatura e indicam que a gravidez é um período de alterações na resposta sexual feminina. A dor nas relações sexuais das gestantes está geralmente associada a outros factores que parecem contribuir para uma diminuição do desejo no 3.º trimestre e que poderá ter influência na sexualidade no puerpério e no futuro ajuste sexual. Consideramos importante a sinalização das situações junto do/a ginecologista/obstetra que poderá informar, acompanhar e promover o ajuste sexual. Salienta-se a importância da formação deste grupo profissional na área da sexualidade. A maior satisfação com a resposta sexual poderá estar relacionada com uma maior satisfação geral com a vida e deverá ser objecto de estudos posteriores.

## O ENVELHECIMENTO MODIFICA A ANGIOARQUITECTURA DO TECIDO CAVERNOSO? ESTUDO MORFOMÉTRICO EM MODELO DE RATO IDOSO

C. Costa<sup>a,b</sup>, H. Almeida<sup>a,b</sup>, P. Vendeira<sup>a,c</sup> y D. Neves<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Laboratório de Biologia Celular e Molecular. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Al. Prof. Hernâni Monteiro. 4200-319 Porto, Portugal. <sup>b</sup>Instituto de Biologia Celular e Molecular da Universidade do Porto (IBMC-UP). Porto, Portugal.

<sup>c</sup>Departamento de Urologia do Hospital de S. João. Porto, Portugal.

**Introdução:** A disfunção erétil (DE) é um problema comum em homens envelhecidos. A etiologia vasculogénica DE é predominante e ocorre devido a desordens do fluxo arterial peniano, num processo mediado por células musculares lisas e pelo endotélio cavernoso. Contudo, não se encontram estabelecidas as alterações na musculatura lisa e/ou nas células endoteliais que contribuem para a DE vasculogénica associada com o envelhecimento.

**Material e método:** Ratos machos da estirpe Wistar foram divididos em grupos com idades de 2, 6, 12, 18 e 24 meses ( $n = 5$ ), e o tecido erétil removido para análise morfológica, imunohistológica e estudos morfométricos.

**Resultados:** A coloração hematoxilina e eosina demonstrou em todos os grupos etários, tecido erétil com organização estrutural similar, distribuído por dois corpos cavernosos contendo numerosos espaços vasculares sinosoidais. Observámos também que os espaços vasculares cavernosos pareciam aumentar com a idade o que foi confirmado pela quantificação morfométrica das áreas vasculares ( $\text{mm}^2 \pm (x)$  [ImageJ] - National Institute of Health, EUA). Nos animais adultos jovens (2 meses) observou-se uma área vascular média de  $2,37 \text{ mm}^2 \pm 1,34$ , aproximadamente 6 vezes inferior à obtida nos animais de 6 meses,  $14,17 \text{ mm}^2 \pm 5,73$  ( $p < 0,001$ ). O mesmo resultado foi obtido quando comparámos o grupo mais jovem com os animais idosos de 12, 18 e 24 meses, para os quais obtivemos áreas vasculares médias de  $22,59 \text{ mm}^2 \pm 7,19$ ;  $24,58 \text{ mm}^2 \pm 9,55$  e  $26,91 \text{ mm}^2 \pm 8,58$ , respectivamente. Observámos ainda, uma diferença estatisticamente significativa entre as áreas de animais de 6 meses e de 12 meses de idade ( $p < 0,05$ ). A presença de células musculares lisas foi investigada por imunohistoquímica com um anti-

corpo específico para a  $\alpha$ -actina muscular, observando-se exclusivamente nas zonas perivasculars onde forma uma camada sub-estotelial, sem aparente diferença entre os grupos estudados.

**Conclusões:** As alterações vasculares observadas, podem eventualmente limitar as funções básicas da árvore vascular peniana no idoso. As consideráveis diferenças das áreas vasculares entre animais jovens e idosos pode contribuir para a DE de origem vascular associada ao envelhecimento.

### FRACTURA DOS CORPOS CAVERNOSOS, ATITUDE CIRÚRGICA E RESULTADOS. EXPERIÊNCIA CONJUNTA DE DOIS CENTROS HOSPITALARES

F. Carmo Reis<sup>a</sup>, C. Braz Silva<sup>b</sup>, P. Vendeira<sup>c</sup>,  
J. Cabral Ribeiro<sup>d</sup>, F. Cruz<sup>e</sup> y A. Santos<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Interno Complementar. Serviço de Urologia do Hospital de São João. Porto. <sup>b</sup>Interno Complementar. Serviço de Urologia do Hospital de São Marcos. Braga. <sup>c</sup>Assistente Hospitalar. Serviço de Urologia do Hospital de São João. Porto. <sup>d</sup>Assistente Hospitalar. Serviço de Urologia do Hospital de São Marcos. Braga. <sup>e</sup>Director do Serviço de Urologia do Hospital de São João. Porto. <sup>f</sup>Director do Serviço de Urologia do Hospital de São Marcos. Braga.

**Introdução:** A ruptura dos corpos cavernosos é uma patologia rara, associada ao acto sexual, mais frequente no adulto jovem. Por este motivo é frequente observar atitudes cirúrgicas diversas, bem como outras abordagens terapêuticas na resolução da situação.

**Material e método:** Dada a raridade da situação clínica, e para observar possíveis diferentes formas de actuação, procedeu-se à avaliação conjunta dos doentes que, com um quadro clínico compatível com ruptura dos Corpos Cavernosos, recorreram ao Serviço de Urgência dos Hospitais de São João – Porto e de São Marcos – Braga, e foram submetidos a tratamento da mesma, no período de tempo compreendido entre Janeiro de 1995 e Abril de 2006. Foram avaliados 22 doentes, com idades compreendidas entre 18 e os 55 anos de idade. Analisou-se o mecanismo de traumatismo, a forma de apresentação, o método de diagnóstico, o tempo para a correcção cirúrgica, a técnica cirúrgica e os resultados.

**Resultados e conclusões:** Todos os doentes foram abordados cirurgicamente, 64% dos quais em menos de 12h após o traumatismo. Concluiu-se que a forma de traumatismo mais frequente é a decorrente da relação sexual, associada a hematoma peniano com detumescência imediata. Constatou-se ainda que uma abordagem cirúrgica precoce se associa a bons resultados funcionais, independentemente da via de abordagem.

### ACTIVIDADE RELAXANTE PARCIAL DA ADENOSINA NO TECIDO CAVERNOSO DE HOMENS PORTADORES DE DISFUNÇÃO ERÉCTIL VASCULOGÉNICA: PAPEL DOS RECEPTORES $A_{2A}$ DO MÚSCULO LISO VASCULAR

J. La Fuente de Carvalho<sup>b</sup>, M. Faria<sup>a</sup>, P. Correia e Sá<sup>a</sup>  
y F. Marcelo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Farmacologia e Neurobiologia. UMIB. ICBAS – Porto.

<sup>b</sup>Serviço de Urologia. HGSA. ICBAS. Porto.

A adenosina, devido à sua semi-vida curta, tem sido utilizada no diagnóstico da disfunção erétil de origem vasculogénica (Kilic et al., 1994, Int. J. Impot. Res., 6, 191-198). No entanto, existe controvérsia sobre o subtipo de receptores da adeno-

sina envolvidos na regulação do tónus da musculatura lisa do tecido cavernoso humano.

O objectivo deste estudo foi caracterizar funcionalmente estes receptores no tecido cavernoso humano extraído de indivíduos controle (dadores de órgãos) e em doentes com disfunção erétil de origem vasculogénica. Os procedimentos experimentais tiveram a aprovação da Comissão de Ética do HGSA e do ICBAS (Universidade do Porto). Os fragmentos de tecido cavernoso humano foram montados em banhos de órgãos contendo uma solução de Tyrode oxigenada a 37 °C. A variação da tensão isométrica de cada fragmento foi registada continuamente através de um sistema de aquisição de sinal PowerLab (Chart 5; AD Instruments). A actividade relaxante foi avaliada em preparações pré-contraídas com 1  $\mu$ M de fenilefrina e a integridade do endotélio vascular foi testada pelo relaxamento induzido pela acetilcolina (ACh, 1-10  $\mu$ M). No grupo controle, a adenosina (1-1000  $\mu$ M) e o seu análogo estável, 5'-N-etilcarboxamida adenosina (NECA, 0,1-300  $\mu$ M), causaram um relaxamento quase completo do tecido cavernoso humano (IC<sub>50</sub> de 30  $\mu$ M e de 3  $\mu$ M, respectivamente). O agonista selectivo dos receptores  $A_{2A}$  da adenosina, CGS 21680C (0,001-10  $\mu$ M), induziu, nos mesmos indivíduos, relaxamento parcial (30-50%) do tecido cavernoso. O antagonista  $A_{2B}$ , MRS1706 (10 nM), atenuou o relaxamento induzido pela NECA, sem afectar o efeito do CGS 21680C. O mesmo se verificou após a incubação com inibidores da função endotelial, L-NOARG (100  $\mu$ M, inibidor da NOS) e indometacina (10  $\mu$ M, inibidor da COX). O antagonista  $A_{2A}$ , ZM241385 (50 nM), reduziu o relaxamento causado pela NECA (0,1-300  $\mu$ M) e pelo CGS 21680C (0,001-10  $\mu$ M). O tecido cavernoso dos doentes com disfunção endotelial (insensibilidade à ACh) foi parcialmente resistente ao relaxamento pela NECA, mas manteve o efeito relaxante do CGS 21680C. Nestes doentes, o relaxamento causado pelo CGS21680C foi antagonizado pelo ZM241385 (50 nM), tendo sido insensível à L-NOARG (100  $\mu$ M).

Pode concluir-se que a adenosina relaxa o tecido cavernoso humano através da acção sinérgica de dois subtipos de receptores, sensíveis ( $A_{2A}$ ) e insensíveis ( $A_{2B}$ ) ao CGS21680C, localizados respectivamente no músculo liso e no endotélio vascular. Os doentes portadores de disfunção erétil vasculogénica são resistentes à acção da NECA, provavelmente devido a uma deficiente actividade dos receptores  $A_{2B}$  endoteliais antagonizáveis pelo MRS1706.

Trabalho parcialmente subsidiado pela FCT (comparticipação pelo FEDER) e UP/Fundação Ilídio Pinho.

### OS ABRIDORES DE CANAIS POTASSIO ACTIVADOS-CALCIO (KCA) POTENCIAM O RELAXAMENTO INDUZIDO PELO INIBIDOR-PDE5 NAS ARTÉRIAS DE RESISTÊNCIA DO PÊNIS HUMANO E AUMENTAM OS EFEITOS DO INIBIDOR-PDE5 NAS RESPOSTAS ERÉCTEIS DE RATOS DIABÉTICOS.

J. La Fuente<sup>a</sup>, F. Rolo<sup>b</sup>, J. Angulo<sup>c</sup>, I. Moncada<sup>c</sup>, A. Morales<sup>c</sup>,  
P. Cuevas<sup>d</sup> y I. Saenz de Tejada<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Serviço de Urologia do Hospital Santo António. Porto. Portugal. <sup>b</sup>Serviço de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. <sup>c</sup>Fundación para Investigación y el Desarrollo en Andrologia. Madrid. Espanha. <sup>d</sup>Departamento de Investigación. Hospital Ramon y Cajal. Madrid. Espanha.

**Objectivos:** Os canais de potássio activados-calcio (KCa) têm sido identificados no tecido do corpo cavernoso e propostos a

mediarem, pelo menos em parte, o relaxamento induzido pelo NO-GMPc. Neste trabalho avaliamos a relevância dos KCa no relaxamento induzido pelo NO-GMPc no tecido de pénis humano e o efeito dos inibidores-PDE5 no tratamento da disfunção erétil.

**Material e Método:** Foi recolhido tecido cavernoso de homens com disfunção erétil no momento de colocação de prótese peniana. As tiras de corpo cavernoso humano (CCH) e as artérias de resistência (ARPH) foram obtidas a partir destas amostras. Nos estudos in vivo, foram registados os aumentos da pressão intracavernosa à estimulação eléctrica do nervo cavernoso, em ratos anestesiados, após oito semanas de indução de diabetes mellitus com streptozotocin (60 mg/kg) e em ratos idosos como controle.

**Resultados:** O Sildenafil causou relaxamento do CCH e ARPH dependente da dose. Nas ARPH, o relaxamento induzido pelo sildenafil foi reduzido quando o endotélio foi removido ou quando as artérias foram tratadas com charybdotoxin (CTx) a apamin (APA) para bloquear todos os canais KCa. Ao contrário, os relaxamentos induzidos pelo sildenafil foram significativamente, potenciados pela activação dos KCa com NS-8 (10  $\mu$ M) (EC50 0,49  $\pm$  0,22 vs 5,21  $\pm$  0,63  $\mu$ M). Este efeito de NS-8 foi evitado pela remoção do endotélio, pelo bloqueio de todos KCa com CTx+APA ou por bloqueio de KCa de intermédia e pequena-condutância com TRAM-34+APA. Os efeitos induzidos pelo NS-8 também foram observados com o inibidor PDE5, tadalafil, e foram simulados pelo activador dos KCa, NS1619. O NS-8 também aumentou os relaxamentos induzido pela Ach e pelo 8-Br-GMPc nas ARPH. Estes efeitos não foram observados no CCH. A administração intracavernosa de sildenafil (0,3 mg/kg) não reverteu a disfunção erétil em ratos diabéticos. Pelo contrário, a co-administração de sildenafil+activador K-Ca (NS1619 ou NS-8; 5 mg/kg) recuperou completamente a função erétil nos ratos diabéticos.

**Conclusão:** Activação dos canais KCa no endotélio aumenta o relaxamento induzido pelo NO-GMPc nas ARPH. A modulação dos KCa influencia a resposta erétil e este facto poderá ser relevante para a terapêutica da disfunção erétil em doentes resistentes ao tratamento com inibidores da PDE5.

## TERAPÊUTICA MÉDICA E SEXOLÓGICA NUMA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE MEDICINA SEXUAL

S. Carvalho, H. Gandra, A.M. Moreira, J. La Fuente, C. Marques, M. Rodrigues, N. Louro, R. Borges y F. Marcelo

*Serviço de Urologia do HGSA, Porto, Portugal*

**Objectivo:** O presente trabalho tem como objectivo apresentar os dados da Consulta de Medicina Sexual (CMS) com particular ênfase aos resultados terapêuticos.

**Material e Método:** Trata-se de uma amostra de 350 doentes, na sua maioria doentes do sexo masculino, com baixo índice de escolarização e ocupando-se como trabalhadores não qualificados. Os doentes são encaminhados pelos serviços do próprio hospital, bem como das mais variadas instituições de saúde do Norte do país, referenciados por médicos de família ou especialistas. Na avaliação utilizou-se uma entrevista semi-estruturada para a colheita de dados clínicos gerais e meios de avaliação estandardizados: para o diagnóstico psiquiátrico/psicológico a avaliação efectua-se através da ad-

ministração do questionário diagnóstico MINI (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview versão 5.0), para o diagnóstico sexológico procede-se à administração de escalas de avaliação para os indivíduos do sexo masculino e feminino, respectivamente: Índice Internacional de Função Erétil (IIEF); Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) e Entrevista de Avaliação de Disfunções Sexuais Versão Masculina e Feminina (SDI).

**Resultados:** A consulta de Urologia, Medicina familiar, Endocrinologia e a Psiquiatria/psicologia referenciam cerca de 90% dos doentes para a consulta. Quase 10% dos doentes são enviados por 12 serviços de consulta externa e telefone SOS. Quanto à co-morbilidade com doença médica, para além da disfunção sexual, na amostra globalmente considerada, verifica-se a ocorrência em média de 2 diagnósticos por doente. Pelo menos um diagnóstico psiquiátrico ocorre em 40% dos doentes, as perturbações depressivas e ansiosas são as mais frequentes. A acção terapêutica médica/sexológica utiliza em todos os doentes o modelo básico PLISSIT, efectuando cerca de 2 dos doentes terapia intensiva. Por sua vez a terapêutica farmacológica com “fármacos sexuais” efectua-se em 43% dos doentes. Os resultados da intervenção revelam que 62% dos doentes estão melhor e 18% muito melhor comparativamente à sintomatologia inicial.

**Conclusão:** A co-morbilidade com disfunção sexual, quer com doença médica quer com perturbação psiquiátrica na nossa consulta é a regra. Realça-se a importância de uma equipa multidisciplinar com formação para a dimensão sexológica. A nossa postura assenta num modelo compreensivo, em que variáveis somáticas, cognitivas, sociais, religiosas e de ajustamento conjugal e familiar são valorizadas.

## A INIBIÇÃO DA FOSFODIESTERASE TIPO 2 (PDE2) POTENCIA A ACUMULAÇÃO DE NUCLEÓTIDOS CÍCLICOS NO CORPO CAVERNOSO HUMANO E AUMENTA AS RESPOSTAS ERÉCTEIS IN VIVO EM RATOS

J. La Fuente<sup>a</sup>, F. Rolo<sup>b</sup>, J. Angulo<sup>c</sup>, I. Moncada<sup>c</sup>, A. Morales<sup>c</sup>, P. Cuevas<sup>d</sup> y I. Saenz de Tejada<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Serviço de Urologia do Hospital Santo António. Porto. Portugal. <sup>b</sup>Serviço de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal. <sup>c</sup>Fundación para Investigación y el Desarrollo en Andrología. Madrid. Espanha. <sup>d</sup>Departamento de Investigación. Hospital Ramon y Cajal. Madrid. Espanha.

**Introdução:** A PDE2 é uma enzima que hidroliza o AMPc e GMPc, presente ao nível do tecido erétil humano, cuja relevância funcional não tem sido todavia determinada. O objectivo deste estudo foi caracterizar o papel funcional da PDE2 na regulação dos níveis de nucleótidos cíclicos no corpo cavernoso humano (CCH) e avaliar os efeitos da inibição da PDE2 sobre as respostas erécteis em ratos.

**Material e Método:** Foi determinado o conteúdo de nucleótidos cíclicos no CCH exposto a uma combinação de nitroprusiato sódico e o péptido intestinal (SNP+VIP; 1\_M+0.1\_M) para estimular, simultaneamente, a formação de AMPc e GMPc. Também foram avaliadas as respostas erécteis induzidas pela estimulação eléctrica do nervo cavernoso em ratos anestesiados. Os efeitos da inibição simultânea da PDE5 e PDE2 sobre as respostas erécteis foram avaliadas em ratos diabéticos (estreptozotocina; 40 mg/kg; i.p.).



**Discussão:** A exposição ao SNP+VIP causou um aumento significativo de AMPc ( $0,67 \pm 0,32$  vs  $2,24 \pm 0,37$  pmoles/mg proteína) e GMPc ( $0,18 \pm 0,08$  vs  $0,54 \pm 0,20$  pmoles/mg proteína) no CCH. O tratamento com o inibidor PDE5, vardenafil (10 nM), ou o inibidor PDE2, BAY 31-9472 ( $0,2 \mu\text{M}$ ), não alterou significativamente a acumulação de AMPc. Porém, esta foi potenciada significativamente quando se administrou a combinação de ambos os inibidores ( $3,15 \pm 0,41$  pmoles/mg proteína).

O vardenafil aumentou a acumulação de GMPc ( $2,10 \pm 0,54$  pmoles/mg proteína), apesar do BAY 31-9472, individualmente, não produzir um efeito significativo. No entanto, o BAY 31-9472 potenciou, dramaticamente, o efeito sobre o GMPc provocado pelo vardenafil ( $11,17 \pm 2,5$  pmoles/mg proteína,  $p < 0,01$  vs vardenafil). A administração intravenosa de BAY 31-9472 (1 mg/kg) causou um aumento significativo das respostas erécteis em ratos sem disfunção erétil. Em ratos diabéticos, nem o inibidor da PDE5, sildenafil ( $0,3$  mg/kg; i.v.) nem o BAY 31-9472 (1 mg/kg; i.v.) conseguiram, individualmente, reverter a disfunção erétil (DE) nestes animais. Porém com a administração, conjunta, obteve-se uma recuperação total da função erétil.

**Conclusão:** Após a inibição da PDE5, a PDE2 desempenha um papel relevante na regulação dos níveis de GMPc no CCH, como também participa na degradação de AMPc. O aumento das respostas erécteis provocado pela inibição da PDE2, em ratos normais, e a potenciação do efeito do sildenafil em ratos diabéticos sugerem que a PDE2 tenha um papel na modulação da erecção.

Portanto, a PDE2 pode vir a representar um alvo terapêutico no tratamento da DE, especialmente nos casos rebeldes aos inibidores da PDE5.

## PRIAPISMO BAIXO DÉBITO: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FÍSTULA SAFENO-CAVERNOSA - A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

L. Osório, N. Louro, R. Borges, P. Massó, A.P. Carvalho, F. Vila, V. Cavadas, E. Lima, J. La Fuente y F. Marcelo

*Serviço de Urologia. Hospital Geral Santo António. Porto. Portugal.*

**Introdução:** O priapismo é uma condição patológica da erecção peniana persistente e não relacionada com a estimulação sexual. O priapismo pode ocorrer em todos os grupos etários, mas a sua incidência apresenta uma distribuição bimodal. Na infância, compreendida entre 5-10, são mais frequentes os priapismo de alto débito em consequência de traumatismo perineal. No doente jovem, entre os 20 - 50 anos, o priapismo encontra-se vulgarmente associado a doença falciforme, neoplasia, e na maioria das situações existe uma relação com agentes farmacológicos. Classicamente, esta condição patológica pode apresentar uma etiologia primária ou idiopática e secundária. Em termos hemodinâmicos, pode ser dividida em duas variantes distintas: isquémico (baixo débito) e não-isquémico (alto débito). O diagnóstico é baseado na história e exame físico. Nos casos de tipo isquémico, é acompanhado, usualmente, de dor severa, mas nos casos de priapismo de alto-débito, apesar de vários dias de evolução, não se acompanha de dor. A gasimetria do sangue intra-cavernoso é um exame de grande utilidade para a

determinação do tipo de priapismo. O tratamento tem como objectivo primário terminar a erecção peniana e prevenir o dano permanente do corpo cavernoso. Nos casos de priapismo de alto-débito a opção terapêutica de primeira linha é a arteriografia suprasedlectiva da artéria cavernosa e embolização da fistula artério-cavernosa. Nos casos de baixo-débito, a opção assenta no tratamento médico, e resolução da causa primária, estando a cirurgia reservada a uma percentagem pequena de doentes.

**Métodos e Materiais:** Descrevemos o caso clínico de dois doentes enviados para o Serviço de Urgência do nosso Serviço. O primeiro caso clínico refere-se a um doente do sexo masculino, com 30 anos de idade, que apresentava erecção peniana dolorosa com cerca de 48 horas de evolução, sem relação com a estimulação sexual. Nega doença orgânica de relevo; e refere o uso recente de Triticum® (Trazadone) (3 dias). No Serviço de Urgência foi submetido, sem sucesso, a tratamento médico com fenilefrina, tendo-se efectuado posteriormente a criação de shunts distais, inicialmente pela técnica de Winter e mais tarde pela técnica de El-Ghorab.

O segundo caso refere-se a um indivíduo do sexo masculino, com 62 anos, que apresentava um quadro de priapismo de baixo-débito com 72 horas de evolução. Não foram identificados quaisquer antecedentes patológicos ou medicamentosos. As medidas de tratamento médico e os shunts distais efectuados no hospital de origem não resolveram o quadro.

Em ambos os casos, e por manterem erecção peniana, optou-se pela criação de anastomose safeno-cavernosa proximal, bilateral, segundo a técnica de Grayhac, com resolução eficaz do quadro clínico.

**Discussão:** Numa revisão da literatura actual, Pohl descreveu os factores etiológicos do priapismo em 230 casos - 33% idiopático, 21% associados ao consumo de álcool e fármacos, 12% relacionados com traumatismos perineais e 11% secundários a doença falciforme. No primeiro caso, o uso de trazadone pareceu ser o factor causal para o evento. Os fármacos anti-hipertensivos e anti-depressivos estão claramente associados com erecções prolongadas. O mecanismo do priapismo secundário aos fármacos parece estar relacionado com o bloqueio  $\alpha$ -adrenérgico ou estimulação dos receptores  $2c/1d$  da serotonina. Contudo, o priapismo ocorre apenas numa pequena percentagem destes doentes, não existindo relacionamento com a dosagem, levantando assim o problema da des-regulação do sistema autonómico.

No segundo caso clínico, não foram encontrados quaisquer factores etiológicos para o evento, assumindo-se assim tratar-se de um provável priapismo idiopático. A etiologia do priapismo é desconhecida em cerca de 30-50% dos casos. Contudo, deverá ser sempre realizada uma avaliação compreensiva do doente de forma a descartar outras causas subjacentes.

Os doentes foram submetidos a anastomose safeno-cavernosa bilateral para tratamento do priapismo, dado o insucesso das terapêuticas previamente usadas, conseguindo-se a resolução do quadro. Actualmente, não apresentam erecções penianas, voluntárias ou involuntárias.

**Conclusão:** O priapismo de baixo débito é considerado uma emergência urológica, sendo actualmente possível a sua resolução com tratamento médico. No entanto, nas situações de tempo prolongado (> 12 horas) entre o início do episódio e o tratamento, a única solução poderá ser o recurso ao tratamento cirúrgico.

## DOENÇA DE PEYRONIE: RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO CORRECTOR

N. Monteiro Pereira, M. Rodrigues y J. Santos Dias

*AndroClinic. Lisboa.*

**Introdução:** A Doença de Peyronie (DP) é uma doença benigna do pénis caracterizada pelo aparecimento de áreas de endurecimento na albugínea cavernosa. Existindo inúmeros tratamentos farmacológicos e com agentes físicos, a cirurgia é o tratamento preferencial quando existe curvatura acentuada ou disfunção erétil.

**Material e métodos:** No período de 11 anos, entre Janeiro de 1993 e Dezembro de 2003, observámos 148 homens com DP. Noventa e oito (66,2%) estavam em fase aguda da doença, tendo feito 600 mg/dia de Vitamina E. Foi necessário recorrer a Potaba em 14 dos doentes (14,2%) por agravamento da placa ou persistência da dor. Quando a doença se encontrava estabilizada há mais de 4-6 meses, suspendemos o tratamento. Propusemos cirurgia correctora a todos os que possuíam encurvamento superior a 45° e implantação de prótese a todos os que tinham disfunção erétil acentuada. Aceitaram a cirurgia 51 doentes, dos quais só 45 (88,2%) foram incluídos em estudo por terem *follow-up* mínimo de 24 meses. Foram submetidos a correcção do encurvamento 33 doentes e a implantação de prótese os outros 12.

**Resultados:** A operação de Nesbit foi utilizada em 11 doentes, todos com encurvamentos inferiores a 45°. Não tivemos qualquer complicação pós-operatória. O resultado estético foi sempre bom, embora a diminuição do comprimento peniano tivesse sido significativa, com uma média de -1,68 cm.

A colocação de enxerto (Pelvicol®, Goretex® ou veia safena) foi realizada em 22 doentes, com encurvamento complexo, múltiplo ou “em ampulheta”, ou com o pénis curto. Em 14 doentes procedemos a excisão da placa. Nos restantes oito optámos pela técnica descrita por Sousa Sampaio em 1992, em que se faz uma incisão em forma de H sobre a placa. Não houve complicações pós-operatórias significativas. Mas, ao contrário do que se acontecera com a técnica de Nesbit, os resultados da corporoplastia com enxerto nem sempre foram bons: houve três casos (13,6%) com persistência do encurvamento por fibrose acentuada reaccional ao material de enxerto e um doente em que persistiu uma curvatura de cerca de 35°. Em quatro doentes (18,2%), houve disfunção erétil secundária à cirurgia, embora em grau moderado. O comprimento do pénis sofreu uma redução média de -0,76 cm (contra os -1,68 cm da técnica de Nesbit).

Globalmente, com um *follow-up* mínimo de 24 meses, 22 dos doentes (66,7%) estavam satisfeitos com o resultado da cirurgia, estando seis (18,2%) razoavelmente satisfeitos, quatro (12,1%) pouco satisfeitos e um (3%) muito insatisfeito. Os motivos da insatisfação estavam claramente correlacionados com as complicações, nomeadamente com a disfunção erétil, a persistência do encurvamento e, finalmente, com o encurtamento peniano.

**Conclusão:** Os resultados fazem parecer que a operação de Nesbit é mais eficaz e com menores complicações do que a aplicação de enxertos. Tal não é exacto, pois essa técnica é habitualmente utilizada nos dismorfismos mais simples, com menor grau de encurvamento e com pénis maiores. A indicação para se optar pela colocação de enxertos, sejam eles de que tipo forem, é essencialmente quando o pénis é pequeno ou

quando o grau de encurvamento ou de dismorfismo é grande, logo situações de pior prognóstico e piores resultados.

## ENCURVAMENTO CONGÉNITO DO PÉNIS: RESULTADOS DA OPERAÇÃO DE NESBIT

N. Monteiro Pereira, M. Rodrigues y J. Santos Dias

*AndroClinic., Lisboa.*

**Introdução:** O encurvamento congénito do pénis com ângulo superior a 30 graus é uma deformidade cuja prevalência é de 3,8%, segundo o estudo IPEHP (Pereira, 2002). A sua correcção é preferencialmente cirúrgica, sendo frequentemente utilizada a técnica descrita por Nesbit em 1965. Desde a concepção original, a técnica foi objecto de várias tentativas de modificações com o objectivo de tentar melhorar os aspectos técnicos e os resultados obtidos. Ebbehøj e Metz (1985) propuseram que, ao invés de se proceder a excisão da albugínea, se realizasse uma ou mais plicaturas com sutura monofilamentar não reabsorvível. Em 1990, Yashia recuperou o conceito defendido em 1973 por Saalfeld e Ehrlich, aconselhando que as excisões fossem feitas longitudinalmente e suturadas transversalmente. Os trabalhos internacionais com *follow-up* superior a dois anos, apontam taxas de satisfação entre 85 e 96% com a técnica de Nesbit, entre 70-80% para a técnica de Yashia e de apenas 60-65% para as técnicas de plicatura de Ebbehøj-Metz.

**Material e métodos:** No período de 11 anos, entre Janeiro de 1993 e Dezembro de 2003 observámos 51 doentes com encurvamento congénito do pénis superior a 30 graus. Embora tivéssemos operado 31 desses doentes, apenas 26 (84%) tinham *follow-up* superior a 24 meses. A idade média foi de 23,3 anos (15-43 anos). O encurvamento era ventral em 20 doentes (77%), enquanto que os restantes seis (23%) correspondiam a encurvamentos para a esquerda. Treze doentes nunca haviam tido relações sexuais com penetração. Dos restantes 13, oito afirmavam ter dificuldade no coito e cinco afirmavam que as relações eram impossíveis. O único homem que dizia não ter dificuldade coitais, quis ser operado por razões essencialmente cosméticas. O tamanho médio pré-operatório dos pénis em estiramento foi de 17,1 cm, um valor manifestamente superior à média do homem português (15,14 cm segundo o estudo IPEHP). Executámos sempre a técnica descrita por Nesbit em 1965, com a única diferença da sutura albugínea ser feita com pontos separados e nós invertidos de Vicryl® 4/0.

**Resultados:** Não tivemos qualquer complicação pós-operatória significativa. O resultado morfológico foi sempre muito bom. Após a cirurgia, com um *follow-up* mínimo de 12 meses, 21 doentes (81%) estavam muito satisfeitos com o resultado da cirurgia, estando os restantes razoavelmente satisfeitos. Nos nossos doentes, o encurtamento médio pós-operatório auto-avaliado pelos doentes foi de 1,90 cm (máx = 3,0; mín = 1,0), estando o grau de insatisfação directamente relacionado com esse encurtamento. A característica da malformação existir quase sempre em pénis compridos e volumosos minimizou esse desagrado.

**Conclusões:** Quando comparamos os nossos resultados com as maiores séries publicadas na literatura internacional com *follow-up* superior a dois anos, séries que raramente ultrapassam as 60 operações, verificamos que a taxa de satisfação dos nossos doentes (81%) é superior à referida pelos autores que utili-

zam a técnica de Yashia (70-80%) e técnica de Ebbehoj-Metz (60-65%), embora inferior à registada pelos autores que utilizam a operação de Nesbit (85-96%). Acreditamos que possamos ter sido mais exigentes na avaliação de resultados, nomeadamente no que se refere a questionar a satisfação com a dimensão peniana, com medição pré e pós-operatória, dado que quase nenhum outro estudo aborda.

### ESTUDO ULTRA-ESTRUTURAL DO CORPO CAVERNOSO DO RATO EM MODELO EXPERIMENTAL DE PROPENSÃO PARA A DISFUNÇÃO ERÉCTIL.

J. Santos<sup>a</sup>, A.L. Cordeiro<sup>a</sup>, A. Figueiredo<sup>a</sup>, F. Godinho<sup>a</sup>, I. Martins<sup>a</sup>, H. Almeida<sup>a</sup>, P. Vendeira<sup>a,b</sup> y D. Neves<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Serviço e Laboratório de Biologia Celular e Molecular e IBMC da Universidade do Porto. <sup>b</sup>Serviço de Urologia do Hospital de S. João 4200-319 Porto – Portugal.

**Introdução:** A Disfunção eréctil (DE), define-se como a incapacidade persistente em obter e/ou manter uma erecção suficiente para permitir um desempenho sexual satisfatório, podendo apresentar diversas etiologias. As causas vasculogénicas são as mais frequentes, sendo o envelhecimento, a diminuição androgénica que lhe está associada, diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia factores de risco para a disfunção eréctil. Sabe-se que alterações estruturais e/ou ultraestruturais nos componentes fibroelásticos das trabéculas penianas, músculo liso cavernoso e endotélio podem contribuir para uma inadequada expansão sinusoidal, diminuindo a rigidez do pénis erecto, repercutindo-se em desordens do fluxo arterial e na capacidade de relaxamento do músculo liso cavernoso. Por outro lado, alterações da integridade funcional do endotélio vascular conduzem a disfunção endotelial sendo considerado por alguns autores o prenúncio de disfunção eréctil (Goldstein 2003, Int. J. Impot. Res. 15, 229). Deste modo, o estudo da organização e ultraestrutura do tecido cavernoso que apresentamos neste trabalho assume extrema importância no estudo da progressão da disfunção eréctil.

**Material e método:** Ratos machos da estirpe Wistar foram divididos em grupos (n = 5), com idades de 2, 6, 12, 18 e 24 meses, orquidectomizados (orquidectomia bilateral aos 2 meses de idade e sacrifício aos 6 meses) e diabéticos (injecção ip de estreptozotocina 90 mg/Kg e sacrifício aos 6 meses). Os ratos foram sacrificados por decapitação e um fragmento de tecido eréctil removido, fixado em glutaraldeído (2h) e processado para inclusão em *Epon*. A observação e estudo ultraestrutural comparativo foi efectuada num microscópio electrónico de transmissão Jeol 100B. Foi efectuada a pesquisa de marcadores tecidulares (imunocitoquímica Sm22- $\alpha$  - músculo liso) e van Gieson (colagénio) em todos os modelos experimentais.

**Resultados e conclusão:** O tecido cavernoso do rato apresenta uma camada de tecido muscular liso de localização exclusivamente perivascular, suportado pelas trabéculas penianas que possuem colagénio abundante. O envelhecimento, a depleção androgénica e a diabetes provocam desorganização do tecido conjuntivo e das fibras de colagénio assim como alterações ultra-estruturais tanto em células endoteliais como nas fibras musculares lisas o que poderá contribuir para disfunção eréctil. Projecto de Investigação Científica na Pré-graduação financiado por Universidade do Porto e Caixa Geral de Depósitos 2005/2006

### SÍNDROME DE KLINEFELTER – CASO CLÍNICO

J.E. Carrasquinho, M. Ferreira Coelho, M. Lourenço y B. Graça

Serviço de Urologia. Hospital Fernando Fonseca. Director: Dr. Carrasquinho Gomes – Amadora.

**Introdução:** O síndrome de Klinefelter, descrito desde 1942, resulta de uma deficiência genética com cariótipo 47,XXY na maioria dos casos, existindo no entanto cinco tipos de erros genéticos variantes. Leva ao hipogonadismo hipergonadotrófico, azoospermia, atrofia testicular de consistência firme e hipodesenvolvimento dos caracteres sexuais secundários geralmente associado a ginecomastia.

**Caso clínico:** Apresentamos um homem de 33 anos de idade com azoospermia cujo motivo de consulta foi um quadro de orquialgia direita sem outra sintomatologia. Ao exame físico constatou-se diminuição bilateral e simétrica do volume testicular de consistência firme, com normal diferenciação dos caracteres sexuais secundários e sem evidência de ginecomastia. O ecodoppler testicular apenas revelou nódulo hipoeocogénico central do testículo direito. Analiticamente demonstrou-se uma elevação das gonadotrofinas, com níveis de testosterona normais e ligeiro aumento da prolactina. A RMN cerebral não revelou alterações. Foi realizada biópsia testicular cuja histologia mostrou hiperplasia de células de Leydig, hialinização dos túbulos seminíferos e paragem da espermatogénese na fase de espermátide. Perante o quadro foi pedido o cariótipo que revelou 47,XXY.

**Discussão:** O mecanismo determinante da deficiência androgénica não é ainda totalmente conhecido e alguns doentes apresentam níveis de testosterona normais. É variável o grau de disfunção das células de Leydig cujo número relativo em geral se apresenta aumentado simulando um tumor de células de Leydig. É uma doença com repercussões sobre o aparelho reprodutor masculino, com uma incidência de 1/1000 nascimentos. Representa uma importante causa de infertilidade associada a 14% das azoospermias. A ginecomastia está presente em 80 a 90% dos casos, com alterações variáveis no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Em cerca de 30% dos doentes o cariótipo é do tipo 47,XXY e estima-se que 22% dos pacientes apresentam mosaicismo (47,XXY / 46,XY), com formas mais leves da patologia. O tratamento fundamenta-se na terapia de reposição hormonal à base de testosterona, de acordo com as exigências clínicas de cada caso. Em alguns casos é possível proceder a reprodução assistida mesmo em doentes sem mosaicismo.

**Conclusão:** Trata-se de uma apresentação tardia e pouco comum desta patologia cuja frequência não é desprezível como causa de infertilidade.

### PROJECTO DE ESTUDO DA SEXUALIDADE DA COMUNIDADE BDSM (BONDAGE, DISCIPLINE, DOMINATION, SUBMISSION, SADISM & MASOCHISM) EM PORTUGAL

P. Pascoal<sup>a</sup> y R. Henriques<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psicóloga Clínica no Hospital Júlio de Matos. Mestre em Psicologia Clínica. Doutoranda da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. <sup>b</sup>Psicólogo Clínico. Mestre em Sexologia.

**Introdução:** Os comportamentos sexuais minoritários têm sido referenciados ao longo da história como Bizarrias, Perversões



ou Desvios. A revisão da DSM IV-TR alterou os critérios diagnósticos referentes ao sadismo e masoquismo sexual para que estes comportamentos somente sejam considerados patológicos quando causam mal-estar clinicamente significativo a outro ou ao próprio. Neste estudo temos como objectivo geral estudar a sexualidade da comunidade BDSM em Portugal e como objectivos específicos estudar o perfil de ajustamento sócio-emocional, as características e satisfação relacional, a história sexual, a satisfação e disfunção sexual e ainda as práticas sexuais preferenciais da população alvo. Proceder-se-á ainda a um estudo comparativo entre o grupo exclusivamente e o não exclusivamente BDSM relativamente às variáveis em estudo.

**Material:** Utilizar-se-á um questionário Sócio-Demográfico e um Questionário Geral construídos pelos autores para o efeito. O ajustamento sócio-emocional será estudado através do Brief Symptom Inventory (BSI- L. Derogatis, 1993) validado para a população portuguesa (Canavarro, 1995); o comportamento sexual através da The Cowart-Pollack Scale of Sexual Experience (D.Cowart & R. Pollack, 1984) traduzida e adaptada para este estudo (P.Pascoal & R. Henriques, 2006) e a qualidade relacional através da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC- Narciso e Costa, 1996). O instrumento está validado para a população portuguesa.

**Métodos:** O presente estudo é exploratório, descritivo e comparativo. O protocolo de investigação será disponibilizado online e será feita a divulgação do endereço junto da comunidade BDSM através dos fóruns e news letters já existentes para divulgação de eventos BDSM e também na festa de BDSM que irá decorrer a 13 de Maio de 2006 em Lisboa. Os dados recolhidos serão submetidos a análise estatística de tipo descritivo e inferencial.

**Resultados e Conclusões:** O protocolo estará disponível on-line a partir de dia 1 de Maio pelo que ainda não temos resultados disponíveis.

### EXPRESSÃO DO VEGF E DO SEU RECEPTOR-1 (FLT-1) NO CORPO CAVERNOSO HUMANO. ESTUDO POR MICROSCOPIA CONFOCAL

N. Tomada<sup>a</sup>, J. Santos<sup>b</sup>, D. Neves<sup>b</sup> y P. Vendeira<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Serviço de Urologia do Hospital de S. João. Porto. Portugal. <sup>b</sup>Serviço e Laboratório de Biologia Celular e Molecular e IBMC da Universidade do Porto.

**Introdução:** A disfunção erétil (DE) afecta cerca de 10% da população masculina na Europa podendo apresentar etiologias diversas. De entre as causas orgânicas, as vasculogénicas são predominantes. Está descrito que alterações estruturais e funcionais do tecido muscular, endotelial e nervoso conduzem concertada e gradualmente a perda de função do tecido erétil e a DE. Deste modo, urge esclarecer os mecanismos de angiogénese e interacção celular no corpo cavernoso no sentido de melhorar a prevenção e terapêutica da doença. O VEGF (*vascular endothelial growth factor*) é o factor de crescimento vascular mais potente e abundante, fundamental para a proliferação e sobrevivência da célula endotelial e liga-se a dois receptores de membrana com função de tirosina-cinase VEGFR-1/Flt-1 e VEGFR-2/Flk-1. Neste estudo experimental efectuou-se o estudo por imunofluorescência do VEGF e do seu receptor VEGFR-1 no corpo cavernoso humano.

**Material e método:** Fragmentos de corpo cavernoso foram removidos de 9 pacientes submetidos a cirurgia programada de

correção de desvio peniano (8) ou patologia tumoral (1), fixados em formol, incluídos em parafina e processados para imunohistoquímica. Procedeu-se à pesquisa de PECAM-1/CD31 marcador endotelial (Serotec), VEGF (R&D) e VEGFR-1 (Labvision co.). A detecção por imunofluorescência do VEGF e do seu receptor -1 foi efectuada usando anticorpos secundários conjugados com fluorocromos e o resultado observado num microscópio confocal (Bio-Rad).

**Resultados:** A marcação do CD31 restringiu-se ao endotélio vascular evidenciando os vasos sinusoidais do corpo cavernoso. Por outro lado, a expressão do VEGF apresentou uma distribuição mais difusa na musculatura lisa onde co-localiza com o VEGFR1 conforme observado em microscopia confocal.

**Conclusão:** Os nossos resultados demonstram a expressão do VEGF e do VEGFR-1 na célula muscular lisa no corpo cavernoso humano contribuindo deste modo para a caracterização da organização vascular e para o esclarecimento da expressão molecular no tecido erétil.

### DEFICIT DE INFORMAÇÃO NA REFERENCIAÇÃO A UMA CONSULTA DE MEDICINA SEXUAL

S. Carvalho, A.M. Moreira, H. Gandra, M. Rodrigues, J. La Fuente, N. Louro, R. Borges y F. Marcelo

Serviço de Urologia, HGSA-SA. Porto. Portugal.

**Objectivo:** O presente trabalho tem por objectivo avaliar a qualidade, quantidade e adequação da informação inserida nos documentos de referenciação para a Consulta de Medicina Sexual (CMS), do Hospital Geral (HGSA, Porto).

**Material e Método:** Os doentes são encaminhados pelos Serviços do próprio hospital, bem como das varias instituições de saúde, públicas e privadas, particularmente do Norte do país, referenciados através do procedimento habitualmente utilizado, PI/carta de referenciação. São excluídos os doentes da própria consulta de urologia do HGSA. Os procedimentos utilizados consistiram na avaliação da qualidade da referenciação dos clínicos consultantes, utilizando uma "Grelha de Avaliação de Qualidade de Referenciação". Esta é composta por diversos itens que faltam/estão presentes nos documentos de referenciação nomeadamente: identificação do técnico, hospital ou instituição referenciadora, causa/motivo do pedido, história sumária do problema, tratamentos actuais e anteriores, diagnóstico(s) físico, psíquico, sexual, dados sócio-demográficos, formulação clara de um pedido, adequação do pedido, informação legível.

**Resultados:** Os Centros de Saúde referenciam quase 50% dos doentes, seguindo-se o HGSA com 30%, sendo os restantes 20% dos doentes enviados por outros hospitais e instituições privadas. Realça-se que apenas 4% da amostra apresenta os dados sócio-demográficos completos, sendo em 45% dos casos uma informação ilegível. Cerca de 80% dos doentes não possui história sumária do problema. Um diagnóstico físico existente não foi referido em 54% dos casos; um diagnóstico psíquico existente não foi citado em 80%. Faltou a formulação clara de um pedido em 45% dos doentes referenciados.

**Conclusão:** Parece-nos assim importante referir que a informação considerada fundamental está ausente num número considerável de casos (e.g. história sumária do problema, dados sócio-demográficos, legibilidade, diagnósticos físico, psíquico ou a formulação clara de um pedido).



A falha no processo de referenciação é um problema multifactorial, em que se salienta a formação técnica e sensibilidade do médico referenciador para a dimensão sexológica, conhecimentos científicos na área sexológica, quer nos aspectos psicológicos quer orgânicos da disfunção de sexual.

Torna-se assim importante a formulação de uma estratégia de dinamização externa da CMS junto dos especialistas que a ela recorrem.

### DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENO-PANCREÁTICO

P. Massó<sup>a</sup>, F. Vila<sup>a</sup>, N. Louro<sup>a</sup>, R. Borges<sup>a</sup>, A. Carvalho<sup>a</sup>, L. Osório<sup>a</sup>, V. Cavadas<sup>a</sup>, M. Gomes<sup>a</sup>, C. Henriques<sup>b</sup>, J. La Fuente<sup>a</sup> y F. Marcelo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Serviço de Urologia do HGSA. Porto. Portugal. <sup>b</sup>Serviço de Nefrologia do HGSA. Porto. Portugal.

**Introdução:** A disfunção erétil nos doentes diabéticos, e com insuficiência renal crónica, tem uma etiologia multifactorial, incluindo causas psicogénicas. Os autores propõem avaliar a sua prevalência numa população submetida a transplante reno-pancreático, sincrónico.

**Material e método:** Estudo retrospectivo, descritivo, não randomizado de uma população de homens diabéticos insulino-tratados, com insuficiência renal crónica, submetidos a transplante reno-pancreático, sincrónico.

A função sexual foi avaliada através de entrevista clínica, o exame físico, um questionário individual (International Index of Erection Function 5 – IIEF-5) e da função dos enxertos renal e pancreático pós-transplante.

**Resultados:** Foram avaliados 12 homens com idade média  $38,5 \pm 7,2$  anos e com evolução da diabetes entre  $22,5 \pm 4,9$  anos. O tempo médio de diálise pré-transplante foi de  $33,2 \pm 17,2$  meses. O *follow-up* médio pós-transplante é  $31,2 \pm 12,4$  meses. Todos os doentes têm função renal e pancreática normais. Cinquenta por cento (6) tinham disfunção erétil pré-transplante (score inferior a 21) e 50% mantiveram disfunção pós-transplante.

**Conclusão:** A disfunção erétil é uma patologia com prevalência elevada nesta população. São necessários estudos em maior escala para melhor esclarecimento da sua etiologia e do impacto do transplante renal e pancreático na sua evolução.

### DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA EM DOENTES SUBMETIDAS A TRANSPLANTE RENO-PANCREÁTICO

F. Vila<sup>a</sup>, P. Massó<sup>a</sup>, N. Louro<sup>a</sup>, R. Borges<sup>a</sup>, A. Carvalho<sup>a</sup>, L. Osório<sup>a</sup>, V. Cavadas<sup>a</sup>, M. Gomes<sup>a</sup>, C. Henriques<sup>b</sup>, J. La Fuente<sup>a</sup> y F. Marcelo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Serviço de Urologia do HGSA. Porto. Portugal. <sup>b</sup>Serviço de Nefrologia do HGSA. Porto. Portugal.

**Introdução:** A disfunção sexual feminina tem elevada prevalência, atingindo 40 a 45% das mulheres adultas. Os factores de risco possíveis incluem a diabetes, insuficiência renal crónica, doença cardiovascular, alterações hormonais e condições psiquiátricas.

**Material e método:** Estudo retrospectivo, descritivo, não randomizado de uma população de mulheres diabéticas insulino-tratadas, e com insuficiência renal crónica, submetidas a transplante reno-pancreático, sincrónico.

Procedeu-se a avaliação da função sexual com um questionário individual (Female Sexual Function Index – FSFI) e da função dos enxertos renal e pancreático pós transplante.

**Resultados:** Foram avaliadas 11 mulheres com idade média  $35,5 \pm 4,2$  anos e  $21,5 \pm 3,8$  anos de evolução de diabetes. O tempo médio de diálise pré-transplante era de  $36,8 \pm 27$  meses. O *follow-up* médio pós-transplante era de  $28,3 \pm 18,6$  meses. Todas as doentes têm função renal e pancreática normais. Oitenta por cento (9) tinham disfunção sexual pré-transplante (score FSFI inferior a 26,5) e 54,5% mantiveram a disfunção pós-transplante.

**Conclusão:** A disfunção sexual feminina é uma patologia com prevalência elevada nesta população, com uma etiologia multifactorial, sendo necessários estudos em maior escala para melhor esclarecimento e compreensão da disfunção sexual neste grupo de doentes.

### MICROLITÍASE TESTICULAR E NEOPLASIA DO TESTÍCULO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

V. Cavadas, N. Louro, R. Borges, P. Massó, A. Pedro, F. Vila, L. Osório, M. Ramos, J. La Fuente y F. Marcelo

Serviço de Urologia, Hospital Geral de Santo António. Porto. Portugal.

**Introdução:** O carcinoma do testículo representa 1 a 1,5% das neoplasias do sexo masculino e 5% dos tumores urológicos. Os factores de risco epidemiológico, habitualmente, referidos na literatura, são a história de criptorquidismo testiculoatrófico ou hipoplásico, síndrome de Klinefelter, história familiar de tumor testicular, presença de tumor ou Cis contralateral e infertilidade.

A microlitíase testicular tem uma etiologia desconhecida, caracterizada por depósitos de cálcio nos tubos seminíferos. Doentes sintomáticos (aumento de volume ou dor escrotal) com microlitíase testicular exibem uma incidência de tumor testicular superior à da população geral.

Apresentamos o caso clínico referente a um jovem do sexo masculino, 27 anos, solteiro, saudável. Notou endurecimento e aumento do volume, assintomático, do testículo direito há cerca de 3 meses. Ao exame objectivo apresentava testículo direito de dimensões normais, endurecido, de superfície regular. O testículo esquerdo tinha dimensões reduzida e consistência “amolecida”. A ecografia escrotal confirmou a assimetria testicular, padrão de microlitíase bilateral, e alteração estrutural difusa no testículo direito e focal no testículo esquerdo. O estudo analítico realizado mostrou marcadores tumorais negativos (AFP, B-hCG e DHL); FSH elevada, Prolactina, LH e testosterona normais. O espermograma evidenciou oligospermia grave ( $0,001 \times 10^6/\text{mL}$ ). A TAC toraco-abdomino-pélvica revelou uma imagem nodular de 2 cm de diâmetro, próximo à bifurcação da aorta e compatível com adenomegalia metastática.

O doente foi submetido a orquidectomia radical à direita e biopsias do testículo esquerdo no mesmo acto operatório.

O exame anatomo-patológico da peça de orquidectomia concluiu por seminoma clássico. As biopsias do testículo esquerdo

mostraram paragem de maturação do epitélio germinativo e fibro-hialinização tubular.

**Discussão:** Numa população sintomática, a microlitíase testicular está associada a incidência elevada de malignidade testicular; no entanto, a natureza desta relação está ainda por estabelecer. O achado de microlitíase testicular contralateral em doente com neoplasia do testículo de células germinativas, está associado a maior risco de carcinoma *in situ* nesse testículo (OR = 28). A microlitíase testicular e as neoplasias de células germinativas do testículo podem ter um defeito comum, como a degeneração tubular, e a microlitíase neste contexto pode configurar como marcador de tais anomalias.

A vigilância de doentes com achado accidental de microlitíase testicular permanece controversa. É sugerido o auto-exame testicular e exame físico anual na ausência de factores de risco; adicionalmente, deve ser realizada ecografia anual em doentes com factores de risco. Homens inférteis, e com espermograma anormal, têm uma incidência 20 vezes superior de carcinoma testicular quando comparados com a população geral. No entanto, a maioria (> 99,5%) nunca desenvolverá tumores de células germinativas. A microlitíase testicular bilateral em homens inférteis é um parâmetro informativo para pesquisa de carcinoma *in situ*.

O caso clínico presente mostra como a atrofia testicular, a microlitíase testicular e anomalias do espermograma podem estar associadas a neoplasia testicular.

### **PSEUDOHERMAFRODITISMO MASCULINO – UM CASO DE REATRIBUIÇÃO DE GÉNERO POR DEFICIÊNCIA DE 17 $\beta$ -HIDROXISTEROIDE DE HIDROGENASE**

R. Borges, N. Louro, P. Massó, F. Vila, L. Osório, V. Cavadas, A. Carvalho, H. Gandra, M. Monteiro, J. La Fuente y F. Marcelo

*Serviço de Urologia do HGSA. Porto. Portugal.*

Os estados intersexuais são situações raras com uma prevalência de 1 para 25000 nados vivos na Europa. Referem-se a situações de ambiguidade sexual em que não é possível caracterizar ao nascer, um indivíduo como masculino ou feminino, baseado apenas no exame físico, pois coexistem nesse mesmo

indivíduo elementos anatómicos característicos dos dois sexos. Apresentamos um caso de pseudohermafroditismo masculino, por deficiência de 17 $\beta$ -hidroxisteroide dehidrogenase (17 $\beta$ -HSD), em que após psicoterapia e reatribuição de género foi efectuado tratamento cirúrgico com faloplastia e plastia dos genitais externos.

Actualmente o doente tem relação uma heterossexual com ejaculação anterógrada e sensação orgasmo.

### **HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO POR HIPOPIUITARISMO**

#### **A propósito de um caso clínico**

H. Castro, P. Vendeira, T. Sousa y J. Lindoro

*Hospital Padre Américo. Vale do Sousa. EPE.*

As situações de hipogonadismo caracterizam-se por um défice do desenvolvimento das gónadas devido a causas primárias (dependentes das próprias gónadas) ou secundárias (dependentes da hipófise).

Os autores estudaram um indivíduo do sexo masculino, de 16 anos, que apresentava ausência de caracteres sexuais secundários, ginecomastia, atrofia testicular e do pénis.

Cariótipo: 46 XY.

O estudo analítico sumário revelou: FSH-2,6 mUI/mL; LH-1,4 mUI/mL; testosterona - 14,9 ng/dL. A ressonância magnética nuclear da célula turca mostrou uma glândula hipofisária de pequenas dimensões - nanismo pituitário/ectopia da hipófise posterior.

Diagnóstico: Hipogonadismo hipogonadotrófico por hipopituitarismo.

Tratamento: gonadotrofina coriónica

Após 2 anos de seguimento apresenta caracteres sexuais secundários normalizados e de acordo com a idade, pénis de dimensões no limite inferior do normal e erecções rígidas.

Analiticamente: LH-1,2 mUI/mL; FSH-0,9 mUI/mL; testosterona-228,2 ng/dL (ligeiramente diminuído)

Apresenta ainda ginecomastia residual, estando o doente orientado para consulta de cirurgia plástica a fim de efectuar correcção definitiva.