

PRÓTESE PENIANA

Carlos Roberto Ferreira Jardim

A primeira tentativa com implante de algum material, no sentido de assegurar a rigidez peniana, data de várias décadas, após observações de que alguns mamíferos, como os ursos, são portadores de uma parte óssea na formação do pênis.

Após várias tentativas com materiais diversos, surgiu, em 1973, a prótese de Small-Carrion, que iniciou a era moderna do tratamento cirúrgico da disfunção erétil. Também em 1973 surgiram as publicações iniciais de Scott, descrevendo as primeiras experiências com as próteses infláveis de três peças.

Todo médico que se propõe a trabalhar com portadores de disfunção erétil deve conhecer o manuseio e as técnicas de implante de próteses penianas, sejam elas semi-rígidas ou infláveis. É aconselhável que o cirurgião adquira experiência com cada um dos modelos de cada prótese, e que esteja habilitado a tratar as complicações que possam ocorrer, tanto precoce quanto tardiamente. Deve saber lidar também com as dificuldades técnicas dos implantes cirúrgicos, como fibroses ou áreas de fraqueza dos corpos cavernosos.

As indicações de prótese peniana devem incluir pacientes que não se adaptem a: drogas orais, programas de ereção fármaco-induzida, bomba de vácuo ou outro método minimamente invasivo. Nesses casos, é de

importância fundamental que se proceda à investigação e ao aconselhamento psicológico pré e pós-operatório.

Tipos de próteses

Rígidas: são constituídas de borracha de silicone, como o modelo Small-Carrion, não sendo mais utilizadas.

Semi-rígidas: conta-se com uma gama variada de próteses semi-rígidas, de diferentes fabricantes. Em geral, são compostas por uma camada de silicone firme, que reveste uma outra, de silicone macio (gel), ambas envolvendo uma cordoalha de prata ou aço que permite uma boa rigidez na ereção e dá, ao implante, uma maleabilidade satisfatória. São fornecidas em tamanhos e diâmetros variados. Há também modelos compostos por segmentos proximais ou distais que se encaixam, ou são retiráveis, de acordo com a medida dos corpos cavernosos. Com esses modelos, necessita-se somente de um par de hastes para qualquer tamanho de pênis, devendo apenas ajustar os diâmetros.

As vantagens das próteses semi-rígidas mais utilizadas em nosso meio são as seguintes:

- Melhor custo/benefício a longo prazo;
- Facilidade de implante;
- Índice de complicação muito baixo, rigidez peniana adequada;
- Altas taxas de sucesso;
- Satisfação na relação paciente-parceira.

As desvantagens incluem a dificuldade ocasional em ocultá-la e a realização de procedimentos endoscópicos transuretrais que podem requerer a execução de uretostomia perineal. As contra-indicações relativas são a presença de importantes sintomas obstrutivos infravesicais de qualquer natureza, os quais exigem tratamento prévio e a necessidade de cistoscopia periódica.

Infláveis: o primeiro relato sobre o uso clínico de prótese inflável foi feito em 1973, por Scott e Bradley. A partir daí, o aperfeiçoamento dos mecanismos de inflação e deflação permitiram que os índices de confiabilidade mecânica dessas próteses sejam, atualmente, superiores a 90% , em período de cinco anos.

As principais próteses infláveis disponíveis no mercado são as seguintes:

Peça única:

A Dynaflex, produzida pela American Medical System (AMS), é uma prótese em peça única, com mecanismo de inflação localizado na extremidade que fica na região da glândula, com um mecanismo de deflação incorporado na prótese. Para acioná-lo, basta uma flexão forçada do pênis sobre si mesmo. Sua inserção é fácil. A única dificuldade reside na grande dilatação da parte proximal do corpo cavernoso, necessária para acomodar o reservatório, localizado na porção mais proximal da prótese.

A posição da bomba, na porção subglandular, às vezes acarreta alguma dificuldade no manuseio. É fornecida em vários tamanhos, com espessuras de 11 e 13 mm. Uma das críticas a esse modelo de prótese é o fato de que nem a rigidez nem a deflação são completamente satisfatórias, não sendo, em função disto, implantadas atualmente.

Próteses de dois volumes:

Os dois modelos disponíveis de próteses de dois volumes são a Mark 2, produzida pela Mentor, e a Ambicor, produzida pela AMS.

Ambas consistem de dois cilindros infláveis conectados a um reservatório e a uma bomba. O reservatório da prótese Mark 2 está acoplado à bomba e contém 20 ml, o que lhe confere um volume relativamente grande, sendo por isso melhor acomodado entre os dois testículos. A prótese Ambicor tem o reservatório na sua porção mais proximal e a bomba pode ser acomodada em qualquer ponto da bolsa escrotal.

As grandes vantagens desses dois modelos são as seguintes:

- Não requerem a colocação de reservatório no abdome inferior, o que encurta o tempo cirúrgico;
- Possuem mecanismo de inflação e deflação de fácil manuseio pelos pacientes;
- Nenhum deles necessita de conexões intra-operatórias.

A prótese Ambicor já é fornecida pelo fabricante completamente cheia. No modelo Mark 2, o líquido é introduzido pelo cirurgião, no momento da colocação, através de punção de uma parte selada. De modo geral, essas próteses são satisfatórias, pois oferecem ereção razoável e os pacientes aprendem a manuseá-las com facilidade.

Próteses de três volumes:

A AMS e a Mentor fabricam os modelos existentes no mercado.

A AMS produz cilindros da série CX: Ultrex CX 700CX e 700 CXM.

Em todos eles há uma camada de dácron entre duas camadas de silicone, de modo a evitar deformação da prótese e formação de aneurismas.

O cilindro 700 CX é o mais versátil e o mais utilizado.

O cilindro Ultrex apresenta, como característica principal, além da expansão do diâmetro (comum a todas as próteses infláveis de três volumes), uma expansão longitudinal de 2 a 3 cm, o que produz crescimento linear do pênis.

Na verdade, o cilindro CXM é mais fino, pois foi primariamente desenvolvido para a população asiática. Apesar de mais estreito, produz ereção bastante rígida, sendo mais indicado em pacientes com fibrose do corpo cavernoso, quando a opção for uma prótese inflável.

Os modelos da Mentor são de bioflex, material muito durável, resistente e menos propenso a formações aneurismáticas. Contudo, essa substância é mais sensível a danos térmicos, exigindo que o eletrocautério seja utilizado com cuidado.

Todos os modelos de próteses de três volumes têm, como característica comum, a colocação da bomba no escroto, um reservatório abdominal, e a necessidade de certa habilidade manual. Entretanto, são as que produzem ereções mais semelhantes às naturais.

Um problema comum a essas próteses é um certo grau de auto-inflação, que pode ocorrer após exercícios físicos, o que exige que o indivíduo esvazie periodicamente a prótese. Uma forma de minimizar esse problema é tomar o cuidado de manter o reservatório cheio nas primeiras semanas do pós-operatório, para que a cápsula fibrosa, que se forma ao redor dele, seja ampla.

Técnicas cirúrgicas

Pré-operatório

O uso de antibióticos profiláticos está bem esclarecido. Devem ser administrados pelo menos duas horas antes da intervenção.

Recomenda-se o uso de um aminoglicosídeo associado a uma cefalosporina ou a vancomicina. Alternativamente, pode-se usar uma quinolona. Para tomar essa decisão, o cirurgião deve conhecer as particularidades da população bacteriana do seu centro médico.

A tricotomia deve ser feita imediatamente antes da cirurgia e a anti-sepsia local deve ser rigorosa, com o uso de soluções de povidine ou de clorexidina, durante cinco minutos. No decorrer da intervenção, é recomendável irrigar a ferida operatória com solução de antibióticos, geralmente aminoglicosídeos.

Anestesia

A anestesia pode ser local, com mistura de xilocaína a 1% e marcaína a 0,5%, por bloqueio dos nervos penianos e pudendos, ou por bloqueio peridural. Em casos especiais, pode ser indicada a anestesia geral.

Técnica do implante

De modo geral, é utilizado um cateter uretral, o que facilita a identificação da uretra e previne a retenção urinária pós-operatória, embora isto não seja obrigatório.

Prótese semi-rígida - Vias de acesso:

Via penescrotal: é a via mais utilizada pela maioria dos cirurgiões. O cateter de Foley, colocado imediatamente antes da operação, pode ser retirado imediatamente ou mantido. Para prevenir o edema e o desconforto local, podem ser utilizadas bolsas de gelo e/ou anti-inflamatórios. A alta hospitalar pode ser imediata ou no dia seguinte, dependendo das condições do paciente e da anestesia utilizada. O paciente, no entanto, deve ser revisto no máximo em 48 horas.

Via de acesso subcoronal e perineal: essas vias são menos utilizadas na atualidade.

Próteses infláveis - Técnica:

De modo geral, os cuidados pré, trans e pós-operatórios são idênticos aos indicados nas próteses semi-rígidas.

Vias de acesso:

Para inserção de uma prótese inflável, as vias de acesso mais utilizadas são a penescrotal (associada ou não a uma incisão abdominal) e a infrapúbica. Quando possível, inicia-se o funcionamento da prótese na primeira semana pós-operatória. Deve ser repetido três ou quatro vezes nas primeiras quatro semanas, para evitar a formação de aderências e testar o mecanismo. Após a quarta semana, o paciente é instruído no funcionamento da prótese e liberado para utilização, após seis semanas.

Seleção de pacientes/orientações pré-operatórias:

O êxito do implante de uma prótese peniana está diretamente relacionado aos seguintes aspectos:

- Auto-estima do paciente;
- Satisfação pessoal do paciente e da parceira;
- Técnica operatória correta;
- Cuidados do pré e pós-operatórios.

O conhecimento sobre o diagnóstico e o tratamento das complicações dos implantes é fundamento indispensável ao médico que se propõe a

colocar uma prótese peniana. Para prevenir tais complicações, deve-se programar adequadamente a intervenção, sem omitir informações ao paciente e à sua parceira.

Complicações:

- Hematomas;
- Perfuração da albugínea do corpo cavernoso;
- Lesão da uretra; Retenção urinária;
- Erros de tamanho dos cilindros ou hastes;
- Fibrose;
- Insatisfação com a espessura, tamanho e rigidez do pênis;
- Dor persistente;
- Edema prolongado e balanite;
- Infecção;
- Defeitos mecânicos das próteses.