

## ESTUDO DE CASO

# UM CASO DE EJACULAÇÃO RETARDADA EM PACIENTE COM TAG E TOC

Arnaldo Barbieri Filho<sup>1</sup>

A CASE OF DELAYED EJACULATION IN A PATIENT WITH GAD AND OCD

UN CASO DE EYACULACIÓN RETARDADA EN UN PACIENTE CON TAG Y TOC

**Resumo:** A Ejaculação Retardada (ER) é um quadro pouco frequente para o qual não há consenso em relação ao tratamento medicamentoso. É fundamental que etiologias orgânicas sejam devidamente diagnosticadas e tratadas, como é o caso do hipotireoidismo, da deficiência androgênica e dos retardos devido à ação de medicamentos, dentre os quais, vários antidepressivos. Porém, muitos pacientes apresentam retardo ejaculatório e anorgasmia devido apenas a razões psicogênicas. Assim, o diagnóstico psiquiátrico é muito importante para a escolha da melhor abordagem medicamentosa para cada indivíduo. No caso clínico apresentado, o paciente tem sintomas de Transtorno da Ansiedade Generalizada (TAG) além do quadro sexual de ER, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e antecedentes de Impulso Sexual Excessivo. Foram devidamente descartadas todas as possíveis causas orgânicas. Portanto, o tratamento medicamentoso exigia drogas que agissem na ansiedade generalizada e no TOC não piorando a ER e, se possível, melhorando-a. Como a ação da serotonina no receptor pós sináptico 5 HT<sub>2A</sub> tende a inibir o reflexo medular do orgasmo, foi escolhida a Mirtazapina (anti 5HT<sub>2A</sub>). Esta também ajudou a melhorar sua insônia pelo efeito anti-histamínico. A Buspirona foi acrescentada devido ao fato de ser um ansiolítico de efeito dopaminérgico, o qual pode melhorar tanto o desejo sexual eventualmente prejudicado pela Mirtazapina como a própria ER.

**Palavras-chave:** Ejaculação Retardada. Ansiedade. Obsessivo-compulsivo. Medicamentos.

**Abstract:** Delayed ejaculation (DE) is an uncommon condition for which there is no consensus regarding drug treatment. It is essential that organic etiologies are properly diagnosed and treated, as is the case with hypothyroidism, androgenic deficiency and delays due to the action of medications, including several antidepressants. However, many patients have ejaculatory delay and anorgasmia due only to psychogenic reasons. Thus, psychiatry diagnosis is very important for choosing the best drug approach for each individual. In the clinical case presented, the individual has symptoms of Generalized Anxiety Disorder (GAD) in addition to the sexual condition of DE, Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and a history of Excessive Sexual Impulse. All possible organic causes were duly ruled out. Therefore, drug treatment required drugs that act on generalized anxiety and OCD, not worsening the DE and, if possible, improving it. As the action of serotonin on the 5HT<sub>2A</sub> post synaptic receptor tends to inhibit the medullary reflex of orgasm, Mirtazapine (anti 5HT<sub>2A</sub>) was chosen. It also helped to improve his insomnia by the antihistamine effect. Buspirone was added due to the fact that it is a dopaminergic anxiolytic, which can improve both sexual desire eventually impaired by Mirtazapine and DE itself.

**Keywords:** Delayed Ejaculation. Anxiety. Obsessive-compulsive. Medications.

**Resumen:** La eyaculación retardada (ER) es una condición poco común para la cual no existe consenso con respecto al tratamiento farmacológico. Es fundamental que las etiologías orgánicas sean debidamente diagnosticadas y tratadas, como es el caso del hipotiroidismo, la deficiencia androgénica y los retrasos por acción de medicamentos, entre ellos varios antidepressivos. Sin embargo, muchos pacientes presentan retraso eyaculatorio y anorgasmia debido únicamente a motivos psicógenos. Por lo tanto, el diagnóstico psiquiátrico es muy importante para elegir el mejor enfoque farmacológico para cada individuo. En el caso clínico presentado, el paciente presenta síntomas de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) además de la manifestación sexual de ER, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y antecedentes de Impulso Sexual Excesivo. Se descartaron debidamente todas las posibles causas orgánicas. Por lo tanto, el tratamiento farmacológico requirió fármacos que actúen sobre la ansiedad generalizada y el TOC, no empeorando la ER y,

<sup>1</sup> Médico psiquiatra, professor colaborador da pós-graduação em sexualidade humana da Faculdade de Medicina da USP de São Paulo, professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina Barão de Mauá de Ribeirão Preto. E-mail: [abarbierifilho@gmail.com](mailto:abarbierifilho@gmail.com).

si es posible, mejorándola. Como la acción de la serotonina sobre el receptor postsináptico 5 HT<sub>2A</sub> tiende a inhibir el reflejo medular del orgasmo, se eligió la Mirtazapina (anti 5HT<sub>2A</sub>). También ayudó a mejorar su insomnio por el efecto antihistamínico. Se agregó Bupropiona debido al hecho de que es un ansiolítico dopaminérgico, que puede mejorar tanto el deseo sexual eventualmente afectado por la Mirtazapina como la propia ER.

**Palabras clave:** Eyaculación Retardada. Ansiedad. Obsesivo-compulsivo. Medicamentos.

## Introdução

Segundo o DSM-5, o quadro de Ejaculação Retardada (ER) é definido como retardo acentuado na ejaculação ou baixa frequência marcante ou ausência de ejaculação. Deve ocorrer em 75-100% das relações, durar pelo menos seis meses e causar sofrimento ao indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Não há limites de tempo para a definição de retardo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Alguns autores falam em 20 a 25 minutos após a penetração vaginal, outros quando a ejaculação ocorre acima de 10 minutos (ABDEL-HAMID; ALI, 2018).

A prevalência não é clara, mas parece ser menos de 1% aumentando com a idade, o que pode ocorrer devido à perda de nervos sensoriais periféricos e à redução de hormônios sexuais. Outros autores falam de prevalência de 1-5% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; CHEN, 2016). Como consequência essa disfunção pode levar a dificuldades na concepção (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

É importante diferenciar a ER de outros quadros como a Ejaculação Retrógrada. Nesta, o orgasmo e a ejaculação ocorrem, mas o esperma é liberado de maneira retrógrada para a bexiga e não para a uretra anterior. Pode também ocorrer algum obstáculo nos dutos ejaculadores fazendo com que o orgasmo aconteça, mas sem ejaculação (ALTHOF; McMAHON, 2016).

Etiologias orgânicas precisam ser diagnosticadas e tratadas, sendo que muitas comorbidades podem ocorrer, sejam essas físicas como hipotireoidismo e hipogonadismo ou psicológicas como quadros obsessivos e depressivos (ABDEL-HAMID; ALI, 2018).

O objetivo desta apresentação de caso é mostrar a importância do diagnóstico psiquiátrico concomitante e a necessidade da escolha de psicotrópicos que ajam no quadro emocional sem prejudicar a ER e, se possível, colaborando para o seu tratamento.

## Descrição do Caso Clínico

M.C., 32 anos, branco, profissional de recursos humanos, ensino superior incompleto (contábeis), solteiro, católico não praticante.

## HMA

Refere que há cerca de seis anos vem tendo ER em 80% de suas relações sexuais. Leva de 20 a mais de 30 minutos para ejacular e muitas vezes não consegue. Veio encaminhado pelo urologista o qual descartou possíveis causas orgânicas.

Namorou uma mulher por seis anos e os sintomas se tornaram intensos após um ano desse namoro. Ela tinha um filho criança que dormia com o casal. Assim, passou a ver filmes pornográficos diariamente e se masturbava três vezes por dia sem apresentar retardo. Tinha relações com ela apenas de três em três meses em motéis, nas quais ocorria a dificuldade ejaculatória.

Refere que imaginava que essa namorada (que se tornou sua noiva) deveria achar que ele não tinha atração sexual por ela. Terminaram o relacionamento há cerca de dois anos.

Em seguida iniciou outro namoro com a qual foi morar junto e mantinha relações frequentes. Ficou um ano nesse novo relacionamento, sendo que mesmo parando com as masturbações a ER persistiu.

Em ambos os namoros reclamava de ciúmes por parte das mulheres, sendo que ele também era ciumento mas em menor intensidade.

Ficou então cerca de cinco meses sem namorar. Saía quase diariamente com mulheres diferentes e mantinha o quadro de ER.

Há dois meses está em novo relacionamento com uma moça da qual refere gostar muito mais do que das anteriores. Essa também é ciumenta, porém o seu ciúme em relação a ela é bem mais intenso que com as outras. A ER persiste.

Refere também que sempre foi muito ansioso. É inquieto, sem paciência de esperar. Tem insônia inicial e acorda facilmente. Tem dificuldades de concentração e, às vezes, lapsos de memória.

É muito controlador e tem mania de organização. Durante as relações sexuais muitas vezes pensa em outras coisas, como uma música que não sai da cabeça. Muitas vezes tais pensamentos acontecem também em outras ocasiões, fora das relações sexuais.

## Antecedentes

Quando criança aprendeu sobre sexualidade com seus pais e professores, via filmes e novelas com cenas sensuais.

Nunca sofreu violência sexual. Teve a primeira ejaculação aos 12 anos e sabia do que se tratava. Sempre teve o hábito de se masturbar e teve muitas parceiras.

Sua primeira relação ocorreu com a primeira namorada, aos 17 anos, e foi bem satisfatória. Namorou essa moça dos 17 aos 24 anos sem qualquer disfunção sexual.

A seguir teve outra com a qual ficou menos de um ano. Esta morava em outra cidade e a via menos de uma vez por semana. Passou a se masturbar três a quatro vezes ao dia e algumas poucas vezes retardava a ejaculação quando tinha relações com ela.

Com cerca de 25 anos começou a namorar sua noiva descrita acima. Aos 26 anos passou a ter ejaculação retardada com muito mais frequência. Em 80% das vezes retardava demais a ejaculação ou não ejaculava. Quase parou com as masturbações, mas a ER persistiu. Ficou com essa mulher por cerca de seis anos.

A seguir passou a namorar outra com a qual ficou por um ano. Com esta quase não se masturbava, mas a ER ocorria em quase todas as relações. Depois ficou cinco meses saindo com uma mulher por dia, sempre com ER. Há dois meses está com a atual e a ER persiste. Suas relações foram apenas com mulheres e, em geral, mais de uma vez por semana.

Nega qualquer doença física ou uso de qualquer remédio. Fuma raramente um cigarro de palha.

Os pais se separaram há dez anos e ficou morando com a mãe. Porém, esta é controladora e não gosta que o paciente saia de casa. Há seis anos resolveu então morar com o pai e a madrasta. Tem duas irmãs mais novas, ambas casadas.

## Impressão Diagnóstica

1. Ejaculação retardada adquirida e generalizada.
2. Transtorno da Ansiedade Generalizada.
3. Transtorno Obsessivo-compulsivo.
4. Antecedente de Impulso Sexual Excessivo.

## Conduta Inicial

Mirtazapina (MTZ) 15 mg à noite. Oferecidas consultas semanais.

## Evolução

Com a MTZ 15 mg seu sono melhorou muito, ficou mais concentrado e com “menos ciúmes”. Sua libido diminuiu um pouco e continuava tendo relações com o

mesmo retardo ejaculatório, o qual continuou sem se masturbar. A droga foi elevada para 30 mg.

Refere que após isso a ejaculação continuou retardada, mas por menos vezes e sem anorgasmia.

Foi introduzido então Bupiriona 10 mg de 12/12 horas (iniciado com 5 mg de 12/12 horas nos primeiros dias, a fim de observar os efeitos colaterais). Gradativamente foram diminuindo os episódios de ER, bem como sua ansiedade foi melhorando. Porém, ficou dias sem a Bupiriona e ainda oscilava entre episódios de ejaculação normal e de ER. Tiveram algumas brigas por conta de ciúmes de ambas as partes. Quase se separaram.

Cerca de dois meses e meio após a primeira consulta e 15 dias após o retorno do uso correto de ambas as medicações (30 mg de MTZ à noite e 10 mg de Bupiriona de 12/12 horas) chegou a ter mais relações sem ER. Porém, voltaram a se desentender por conta de ciúmes e se separaram. Dias depois retomaram a relação, sendo que os episódios de ER se mantinham em bem menos vezes (passaram de 80% de ER com episódios de anorgasmia para 50% de ER sem anorgasmia).

Refere que apesar da melhora continuava com pensamento em determinada música durante a relação. Tal pensamento dificulta a concentração no ato e atrapalha atingir o orgasmo. Três meses e meio após a primeira consulta estava ejaculando bem, em cerca de dez minutos. Porém, sempre com a música na cabeça prejudicando.

Foi então aplicada a escala de Yale-Brown para Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) que resultou numa pontuação de 23, sendo que entre 16 e 40 o indivíduo é considerado portador dessa doença (ASBAHR et al., 2000). A MTZ foi então aumentada para 45 mg. No entanto, ele só aumentou a dose 15 dias depois, ou seja, quatro meses após a primeira consulta. Em tal data estava muito bem do TAG e sem ER, mas os pensamentos obsessivos persistiam.

Realizou exames laboratoriais que se mostraram todos normais (ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio, magnésio, hemograma, urina tipo I, glicemia, lipidograma, TSH, T4 livre, TGO, TGP, gama GT, testosterona total, testosterona livre, prolactina, SHBG e LH).

Uma semana após o aumento para 45 mg — quatro meses e uma semana após a primeira consulta —, os pensamentos estavam menos intensos, sem sintomas de TAG ou de ER. Na semana seguinte os pensamentos diminuíram mais ainda, mantendo-se tranquilo e ejaculando em cerca de dez minutos, plenamente satisfeito.

## Discussão

As opções medicamentosas para a ER têm evidência limitada, sendo que a abordagem biopsicossocial é de fundamental importância para o tratamento mais adequado para cada caso. Ou seja, a terapêutica deve levar em

consideração a etiologia do quadro e incluem estratégias psicoterápicas, farmacológicas e de estimulação peniana vibratória (ABDEL-HAMID et al., 2016; JENKINS; MULHALL, 2015; SADOWSKI et al., 2016).

Inúmeros fatores emocionais podem estar associados à ER. Vários medos como da gravidez ou problemas de fertilidade, ansiedade de castração, medo de aniquilação associada à perda do sêmen, medo da perda de controle, medo de se expor, medo da intimidade, de ser abandonado, de machucar a parceira ou a fobia do sucesso. Outras questões como traços obsessivo-compulsivos de personalidade, hostilidade, conflitos em relação à orientação sexual, ansiedade de desempenho, falta de autoafirmação, culpa religiosa, falta de vontade de se entregar ao amor, sentir-se satisfeito com a masturbação, alta frequência de masturbações, disparidade entre as fantasias masturbatórias (por ex.: fantasias parafilicas) e a realidade do sexo com a parceira. Outras disfunções sexuais como falta de desejo e disfunção erétil, depressão e outras doenças psiquiátricas e também questões de relacionamento como uma parceira disfuncional (ABDEL-HAMID; ALI, 2018; CHEN, 2016).

Por outro lado, inúmeros fatores biológicos também podem estar associados à ER. A idade (devido a possível perda neuronal), fatores genéticos e congênitos, lesões neurológicas por traumas físicos, doenças ou cirurgias, doenças infecciosas dos órgãos sexuais, hipogonadismo, hipotireoidismo, hiperprolactinemia e vários medicamentos (ABDEL-HAMID; ALI, 2018; CHEN, 2016).

Drogas que estimulam o receptor pós-sináptico 5HT<sub>2A</sub> e as que são anti alfa<sub>1</sub> adrenérgicas inibem a ejaculação. Enquanto medicações dopaminérgicas, adrenérgicas e anti 5HT<sub>2A</sub> podem estimulá-la (BESTANE et al., 2002; HALLWARD; ELLISON, 2001; MONTEJO et al., 2019; STAHL, 2013).

Antidepressivos (AD) com importante efeito agonista 5HT<sub>2A</sub> como a Paroxetina e antagonista alfa<sub>1</sub> adrenérgicos como a Trazodona, retardam a ejaculação. O retardo também pode ocorrer com antipsicóticos, medicações para hiperplasia prostática como a Tansulosina e com outras drogas por mecanismos semelhantes (ABDEL-HAMID; ALI, 2018; BESTANE et al., 2002; CHEN, 2016; STAHL, 2013).

No paciente descrito não havia comorbidades médicas gerais. No entanto, ele apresentava TAG e TOC como comorbidades psiquiátricas e questões emocionais e de relacionamento que precisaram ser trabalhadas em psicoterapia. Masturbava-se muitas vezes por dia sem fantasias parafilicas e chegando ao orgasmo. Referia sofrimento por isso, caracterizando assim um quadro de Impulso Sexual Excessivo. Estudos apontam que tal situação pode estar associada a ER (ABDEL-HAMID; ALI, 2018; SADOWSKI et al., 2016). No entanto, mesmo quando deixou de se masturbar excessivamente a ER persistiu.

Como apresentava TAG e TOC, as medicações escolhidas deveriam contemplar ambas as patologias psi-

quiátricas sem que houvesse ER e, se possível, melhorando-a. A Mirtazapina é um AD que inibe o 5HT<sub>2A</sub> enquanto a Buspirona é um ansiolítico que tem ação dopaminérgica e noradrenérgica. Ambas as drogas são eficazes no tratamento da TAG, sendo que a Mirtazapina tem efeito também no TOC (STAHL, 2013).

Várias outras drogas têm efeito dopaminérgicos e anti 5HT<sub>2A</sub>, porém não seriam uma boa escolha para as patologias psiquiátricas em questão. A Bupropiona, por exemplo, é dopaminérgica, mas pode até piorar a ansiedade. Outros dopaminérgicos como Metilfenidato, Cabergolina e Amantadina não têm efeito nos quadros emocionais do paciente. Enquanto outras medicações anti 5HT<sub>2A</sub> como a Ciproheptadina, também não. Drogas adrenérgicas como Efedrina e Pseudoefedrina, da mesma maneira, não são indicadas.

Não há um tratamento medicamentoso específico para a ER (ABDEL-HAMID et al., 2016). Assim, os alvos das drogas foram, além da ER, os sintomas de TAG e de TOC. As medicações foram cuidadosamente escolhidas para não piorar a ER, sendo que de fato a melhoraram. Medicações dopaminérgicas (como a Buspirona) e anti 5HT<sub>2A</sub> (como a Mirtazapina) podem teoricamente melhorar a ER. O efeito anti-histamínico da Mirtazapina foi importante para a melhora do sono. Ambas as medicações ajudam na ansiedade e a Mirtazapina pode melhorar o TOC. A Bupropiona, por exemplo, também é dopaminérgica e poderia ajudar na ER, mas não seria uma boa escolha, pois pode piorar a ansiedade de um paciente que já tem TAG. Assim, o tratamento mais adequado para ER depende do diagnóstico médico geral e psiquiátrico, além do transtorno sexual propriamente dito.

## Referências

- ABDEL-HAMID, I. A.; ALI, O. I. Delayed Ejaculation: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *The World Journal of Men's Health*, Seul, v. 36, n. 1, p. 22-40, jan. 2018. Disponível em: <https://wjmh.org/DOIx.php?id=10.5534/wjmh.17051>.
- ABDEL-HAMID, I. A.; ELSAIED, M. A.; MOSTAFA, T. The drug treatment of delayed ejaculation. *Translational Andrology and Urology*, [Hong Kong], v. 5, n. 4, p. 576-591, Aug. 2016. Disponível em: <http://tau.amegroups.com/article/view/10477/11781>
- ALTHOF, S. E.; McMAHON, C. G. Contemporary Management of Disorders of Male Orgasm and Ejaculation. *Urology*, [s. l.], v. 93, p. 9-21, July, 2016. Disponível em: [https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(16\)00189-8/fulltext](https://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(16)00189-8/fulltext)

## AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ASBAHR, F. R. et al. Escalas de avaliação de transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H.; ZUARDI, A. W. (org.). *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 174-179.

BESTANE, W.; PAGANI, E.; BARTOLO, E. B.

Fisiopatologia do descontrole ejaculatório.

In: GLINA, S. et al. (org.). *Disfunção sexual masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 87-99.

CHEN, J. The pathophysiology of delayed ejaculation. *Translational Andrology and Urology*, [Hong Kong], v. 5, n. 4, p. 549-562, Aug. 2016. Disponível em: <http://tau.amegroups.com/article/view/10617/11776>

HALLWARD, A.; ELLISON, J. M. *Antidepressants and sexual function*. London: Harcourt Health Communications, 2001.

JENKINS, L. C.; MULHALL, J. P. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertility and Sterility*, New York, v. 104, n. 5, p. 1082-1088, Nov. 2015. Disponível em: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(15\)01957-3/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(15)01957-3/fulltext).

MONTEJO, A. L. et al. Management Strategies for Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: A Clinical Approach. *Journal of Clinical Medicine*, Basel, Switzerland, v. 8, n. 10, p. 1640, Oct. 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1640>.

SADOWSKI, D. J.; BUTCHER, M. J.; KÖHLER, T. S. A review of pathophysiology and management options for delayed ejaculation. *Sexual Medicine Review*, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 167-176, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052115000074>.

STAHL, S. M. *Stahl's essential*

*psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. 4. ed. New York: Cambridge University Press, 2013.