

# Disfunção Erétil Associada à Macroprolactinoma em Adulto Jovem

Ramatis Castro Souza<sup>1\*</sup>, Iriley Castro Souza<sup>2</sup>, Laura Altomare Fonseca Campos<sup>1</sup>, Marina Lacerda Marques<sup>1</sup>, Cristiana Sampaio Mota Souza<sup>2</sup>

Departamento de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares

1) Departamento de Medicina da Universidade Federal de Juiz de fora - Campus Governador Valadares

2) Faculdade de Medicina do Vale do Aço - Univaço / AFYA

**Correspondência\*:** Rua Dom Pedro II, 780  
Sala 203  
Governador Valadares, MG  
ramatic@yahoo.com.br

## ABSTRACT

**Antecedentes:** Erectile dysfunction can affect men of all ages, but it is more common in men over the age of 40, often associated with comorbidities. In young and healthy patients, the complaint of erectile dysfunction prompts the need of further investigation, due to the possibility of hyperprolactinemia, which can be caused by pituitary adenomas (prolactinomas). This tumor tends to be more aggressive and more invasive in men. **Case presentation:** The case refers about a 31 years old man, obese and without other comorbidities, that complained of suffering from severe erectile dysfunction for the last nine years. Upon investigation, he presented high levels of prolactin and testosterone below reference values. A cranial MRI was requested, the result of which showed a macroadenoma, involving noble structures (carotid and optic nerve). The patient showed significant laboratorial and clinical improvement after the administration of pharmacotherapy with cabergoline, with fewside effects. **Conclusion:** The report of this case is important due to the low percentage of prolactinomas in men, and because it is a serious disease, which often presents with erectile dysfunction in patients that are young and without comorbidities. Therefore, further evaluation with the request of serum prolactin levels is of paramount importance.

**Keywords:** Erectiledysfunction, hyperprolactinemia, Pituitary tumor

## RESUMO

**Antecedentes:** A disfunção erétil pode acometer homens de todas as idades, mas tem maior prevalência em homens com idade superior a 40 anos, muitas vezes associada a comorbidades. Em pacientes jovens e hígidos, a queixa de disfunção erétil alerta para a necessidade de investigação elaborada, devido a possibilidade de hiperprolactinemia, que por sua vez pode ter como causa base adenomas hipofisários (prolactinomas). Esse tumor tende a ser mais agressivo e mais invasivo em homens. **Apresentação do caso:** Trata-se de um homem jovem de 31 anos, com queixa de disfunção erétil grave há nove anos, obeso, sem outras comorbidades. Apresentou à investigação níveis elevados de prolactina e testosterona abaixo dos valores de referência. Solicitada RM de crânio, cujo resultado foi macroadenoma, envolvendo estruturas nobres (carótida e nervo óptico). Paciente apresentou melhora laboratorial e clínica importante em tratamento medicamentoso com cabergolina, com poucos efeitos colaterais. **Conclusão:** o presente trabalho se faz importante devido a baixa prevalência de prolactinomas em homens, e por se tratar de doença grave, que se apresenta muitas vezes com quadro de disfunção erétil em pacientes jovens e sem comorbidades, dessa forma é fundamental a avaliação complementar com solicitação de prolactina sérica.

**Palavras chave:** Disfunção Erétil, Hiperprolactinemia, Tumor hipofisário

## INTRODUÇÃO

A Disfunção erétil (DE) consiste na incapacidade ou dificuldade de se iniciar e/ou manter a ereção peniana, de forma a não permitir atividade sexual satisfatória<sup>1</sup>. Pode ser classificada de acordo com três mecanismos básicos: dificuldade de iniciação (associada a causas psicogênica, endócrina- responsável por até 5%<sup>2</sup> ou neurogênica), dificuldade de enchimento (arteriogênica) e dificuldade de manutenção (associada a disfunção venoclusiva)<sup>3</sup>. A queixa de disfunção erétil está presente em todos grupos etários, mas é predominante entre os homens acima de 40 anos<sup>1,3,4</sup>.

A investigação da DE deve envolver um ambiente de confiança entre o médico e paciente, uma vez que existe um tabu na busca pelo tratamento devido a questões psicossociais. Na avaliação do paciente deve ser realizada anamnese, exame físico geral e urológico detalhados. De acordo com o Consenso Brasileiro de DE, no início da investigação deve-se solicitar exame hematológico, glicemia de jejum, testosterona total (e livre, quando possível) e perfil lipídico, tal conduta se deve ao fato de que frequentemente alterações metabólicas se associam à DE<sup>4,5,6</sup>. No cenário de avaliação de paciente jovem, hígido, a dosagem de prolactina se torna elemento útil na investigação de DE, uma vez que a elevação de seus níveis pode se associar ao hipogonadismo, redução da libido e disfunção erétil em si. Outros exames devem ser guiados

pelos achados iniciais.

A hiperprolactinemia está associada a diversas causas, entre as orgânicas - decorrentes do estresse, exercício e sono-, como decorrentes do uso de algumas drogas, doenças sistêmicas (como cirrose e insuficiência renal crônica) e endocrinológicas (como hipotireoidismo). Afastando-se o uso de substâncias, em paciente previamente hígido com aumento de prolactina, deve-se iniciar investigação de tumores hipofisários, sendo o mais comum deles o prolactinoma<sup>3,7,8</sup>. Os prolactinomas são os adenomas hipofisários mais comuns, representando até 60% deles, com uma prevalência maior no sexo feminino. Quando acometem o sexo masculino observa-se predomínio de macroprolactinomas (diâmetro >10 mm) e maior agressividade<sup>7,9,10</sup>.

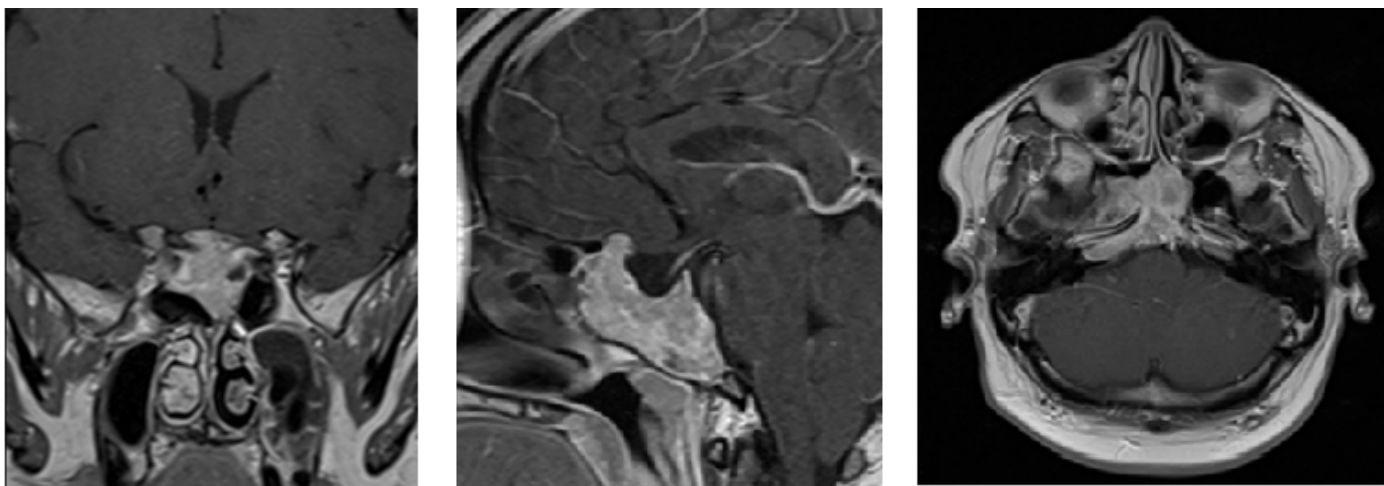
O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de macroprolactinoma diagnosticado em paciente adulto jovem que procurou atendimento devido a quadro de disfunção erétil. A relevância deste trabalho se deve à baixa prevalência de prolactinomas em pacientes do sexo masculino e jovens.

## RELATO DE CASO

Paciente masculino, 31 anos, procurou atendimento urológico com quadro de disfunção erétil grave (com ausência total

FIGURA 1

Ressonância Magnética de Sela Túrcica



Fonte: Arquivo Pessoal.

de ereções, inclusive matinais) e baixa libido há cerca de nove anos. Nega medicações de uso contínuo ou comorbidades. Ao exame: obeso grau III, com rarefação de pelos pelo corpo, testículos com hipotrofia moderada e ausência de alterações penianas, sem outros achados dignos de nota. Foi solicitada revisão laboratorial, cujos resultados foram: Prolactina: 6300 ng/mL (VR: 2,1-17,7); FSH: 1,00 mUI/ml (VR: 1,1-8,0); Testosterona total: 37,4 ng/dL (VR 241-827) , TSH: 2,88 mU/L (0,3-4,0), LH: 0,12 mUI/ml (VR: 1-9), Testosterona Livre: 0,9 ng/dL (VR 2,62-16,7).

Diante dos achados, foi solicitada ressonância magnética de crânio, em que observou-se volumosa formação tecidual expansiva sólida, de caráter infiltrativo e com intenso realce heterogêneo após administração venosa de gadolínio, condicionando erosão do clivus e ocupando grande parte dos seios esfenoidais, muito provavelmente relacionada a macroadenoma. Tal lesão envolve circunferencialmente a porção intracavernosa da artéria carótida interna à direita e estabelece íntimo contato com as porções pré-quiasmáticas dos nervos ópticos, notadamente à direita, sem sinais de compressão destas estruturas. Mede cerca de 5,0 x 4,1 x 3,0 cm (AP xTR x CC). Haste infundibular de espessura normal desviado à esquerda da linha média. Cisterna supraselar sem alterações. As imagens complementares do encéfalo não apresentam alterações.

Mediante o diagnóstico de Macroadenoma de hipófise foi iniciado tratamento com Cabergolina 0,25 mg duas vezes por semana, e após uma semana, aumento da dose para 0,5 mg três vezes por semana. Após iniciar o tratamento, paciente retorna queixando-se de náuseas e diarreia, dessa forma a dose da Cabergolina foi ajustada para 0,25 mg duas vezes na semana em associação com antiemético (ondansetrona 8mg). Foi solicitada nova revisão laboratorial. Paciente retorna, após dois meses, com os seguintes resultados: Prolactina: 12,2.FSH: 3,2.Testosterona total: 63,5.TSH: 2,5. LH: 0,79.Testosterona livre: 1,44. Queixa-se de cefaléia latejante e relata aumento importante da libido, mas com permanência da dificuldade para manter a ereção. Dessa forma, foi prescrito Tadalafila 5 mg diária e Clomifeno em dias alternados, Cabergolina 0,5 mg duas vezes por semana.

## DISCUSSÃO

Em pacientes que não apresentam à investigação inicial fatores de risco para o desenvolvimento de disfunção erétil como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, dislipidemia, doenças neurológicas, distúrbios psicológicos, uso de substâncias e distúrbios hormonais<sup>1</sup>,

uma investigação complementar que envolva a solicitação de prolactina sérica se faz importante. A hiperprolactinemia em homens envolve sinais e sintomas que a princípio podem ser inespecíficos, como disfunção erétil, diminuição da libido e queda de pelos, portanto pode atrasar o diagnóstico<sup>8,9</sup>. Entre as causas de aumento da prolactina sérica pode-se citar as doenças hipotalâmicas (tumores, doenças infiltrativas, radioterapia craniana prévia), lesões da haste hipofisária; neurogênicas (lesões irritativas da parede torácica, lesões do cordão medular), doenças endócrinas, doenças sistêmicas, o uso de drogas (haloperidol, metoclopramida, domperidona, risperidona, reserpina, alfa metildopa, narcóticos, cocaína, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, fluoxetina, entre outros) e doenças hipotalâmicas, entre elas os prolactinomas<sup>7</sup>.

Os prolactinomas são os adenomas funcionantes de hipófise mais comuns, sua prevalência em pacientes do sexo masculino é estimada em 1/2800<sup>9</sup>, outros estudos apresentam prevalência de prolactinomas de 500 casos por milhão de habitantes<sup>8</sup>. Neste, a hiperprolactinemia causa hipogonadismo, níveis baixos de testosterona sérica, disfunção sexual e infertilidade. Na maioria dos casos os pacientes se queixam de redução na libido, disfunção erétil, cefaléia ou alterações visuais, ginecomastia e aumento de peso; a galactorréia é mais comum entre as mulheres, mas rara nos homens, podendo sua ocorrência ser considerada patognomônica de prolactinoma<sup>8,9</sup>. Queixas como estas devem direcionar a solicitação da dosagem de prolactina em pacientes jovens. Alguns estudos correlacionam a dosagem de prolactina ao tamanho do tumor, sendo que em macroprolactinomas (diâmetro <10mm) os níveis séricos de prolactina se encontram entre 50 e 300 ng/mL, enquanto nos macroprolactinomas (diâmetro > 10 mm) entre 200 e 5000 ng/mL<sup>8</sup>.

Os macroadenomas invasivos são mais comuns nos homens, estudos colocam como hipótese que isso se deve a um atraso no diagnóstico, já que os sintomas como disfunção erétil e redução da libido, apesar de muito frequentes, dificilmente levam o paciente a buscar atendimento imediato<sup>9</sup>. Outros estudos sugerem que os macroprolactinomas em homens expressam maiores índices de antígenos que agem na proliferação celular – como KI-67 e o PCNA; também questiona-se que os tumores tenham maior expressão de receptores estrogênicos quando comparado aos tumores em mulheres, esses fatores podem ser responsáveis pela maior agressividade no sexo masculino, independente da precocidade ou não do diagnóstico<sup>9</sup>.

O tratamento busca restabelecer o eugonadismo, a fertilidade, reduzir os sintomas e controlar a massa tumoral,

reduzindo o possível efeito de massa e suas consequências<sup>8</sup>. O padrão ouro atualmente são os agonistas dopaminérgicos (AD), sendo a Cabergolina a droga de primeira escolha. Segundo a literatura seu uso foi eficaz em normalizar os níveis de prolactina na maioria dos casos, além de promover a redução da massa tumoral. A Cabergolina tem a vantagem de poder ser administrada até 2 vezes na semana, com aumento gradual da dose; a dose inicial recomendada é de 0,25 mg 1 a 2 vezes na semana, com reajustes semanais até atingir a dose de 1 mg por semana. Seus efeitos colaterais mais comuns são: náuseas, vômitos e hipotensão postural. Caso os níveis de prolactina não sejam normalizados com doses otimizadas de AD, ainda existem as opções de tratamento cirúrgico ou radioterápico. Em alguns casos se observa a euprolactinemia após tratamento clínico<sup>8,10</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, ressalta-se que em pacientes jovens, com queixa de disfunção erétil, sem história de patologias prévias que possam estar associadas com o quadro tal como: doenças vasculares, diabetes, uso de substâncias, dentre outros, a dosagem da prolactina sérica é uma propedêutica importante, uma vez que, quando alterada pode estar relacionada com doenças graves e agressivas, como o adenoma hipofisário.

## REFERÊNCIAS

1. Sarris AB, Nakamura MC, Fernandes LGR, Staichak RL, Pupillim AF, Sobreiro BP. Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão. RevMed (São Paulo). 2016 jan-mar.;95 (1): 18-29.
2. Nardi AC, NardozzaAJr, Bezerra CA, Fonseca CEC, Truzzi JC, Rios LAS, Sadi MV, editores. Urologia Brasil. 1ª edição. Rio de Janeiro: Planmark; 2013.
3. Fauci AS, Longo DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Medicina Interna de Harrison. 19ª edição. Porto Alegre; 2019.
4. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzmouratidis K, Montorsi F, Vardi Y. Diretrizes para disfunção sexual masculina: disfunção erétil e Ejaculação Prematura. Eur Urol. 2006;49 (5): 806-815
5. Sociedade Brasileira de Urologia - II Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil, 2002.
6. Salonia A, Bettocchi C, Carvalho J, Corona G, Jones TH, Kadioglu JI, Martinez Salamanca S, Minhas S, Serefoglu EC, Verze P, editores. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. European Association of Urology, Amsterdam; 2020.
7. Vilar L, Naves LA, Gadelha, M. Armadilhas no diagnóstico da hiperprolactinemia. ArqBrasEndocrinolMetab. 2003 aug; 47(4): 347-357.
8. Glezer A, Bronstein MD. Prolactinoma. ArqBrasEndocrinolMetab. 2014 Mar;58( 2 ): 118-123.
9. Braucks GR, Naliato ECO, Tabet ALO, Gadelha MR, Violante AHD. Aspectos clínicos e terapêuticos de prolactinomas em homens. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2003 Dec ; 61( 4 ): 1004-1010.
10. Vilar L, Naves LFMC, Oliveira Jr S, Leite V, Canadas V. Tratamento medicamentoso dos tumores hipofisários. Parte I: prolactinomas e adenomas secretores de GH. ArqBrasEndocrinolMetab .2000 Oct; 44( 5 ): 367-381.