

Disfunción eréctil: tabú en el pasado, problema de salud actual

MANUEL MARTÍNEZ

La disfunción eréctil se caracteriza por dos rasgos contrapuestos: alta prevalencia y bajo diagnóstico. En la mayoría de casos el origen de esta patología es orgánico, al cual se suman factores psicológicos que agravan el problema. Actualmente, la práctica totalidad de los pacientes afectados pueden aspirar a recuperar unas relaciones sexuales satisfactorias, siendo para ello fundamental el modificar determinados estilos de vida y factores de riesgo.

Qué es la disfunción eréctil? Se denomina así a la dificultad permanente para alcanzar y/o mantener una erección de duración y rigidez suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria. Esta definición excluye, por tanto, otros trastornos como los del deseo sexual, eyaculación y orgasmo, así como los fallos ocasionales de la erección que pueden ocurrir en determinadas situaciones y que no implican una alteración persistente de la erección.

Dos rasgos contrapuestos caracterizan esta patología: alta prevalencia y bajo diagnóstico; es decir, a pesar de ser un problema muy frecuente son pocos los pacientes que acuden a la consulta en busca de solución. Así, los datos del primer estudio epidemiológico en España (proyecto EDEM) nos ha permitido conocer que un 12% de los varones entre 25 y 70 años presentan algún grado de disfunción eréctil, lo que equivale en términos absolutos a, aproximadamente, dos millones de españoles. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que consultan de forma explícita es escaso (16%) y rara vez manifiestan este problema cuando acuden por otros motivos en los que está enfermedad es altamente prevalente, como son las consultas de hipertensión arterial y diabetes.

Son múltiples los motivos por los que los pacientes no consultan a su médico. Por un lado por vergüenza. Muchas personas sienten pudor y ansiedad y tienen dificultad para comunicar problemas sobre sexualidad. Otros tienen miedo a mostrar su “fragilidad masculina” y viven esta situación como una tragedia de la masculinidad, lo que contribuye a perpetuar y agravar el problema. Además la mayoría de los hombres mayores de 60 años (cerca del 90%), creen que es una situación natural ya que consideran la falta de una erección adecuada un acontecimiento relacionado con el envejecimiento y por tanto consustancial con la edad. Finalmente muchos piensan que no hay soluciones eficaces o que su médico no puede proporcionárselas. También, la propia actitud del médico ante la sexualidad, su falta de formación en el manejo de estos problemas, así como la falta de tiempo en las consultas, contribuyen a que ésta sea una patología infra-diagnosticada. No obstante, esta tendencia está cambiando en los últimos años. La aparición de fármacos eficaces junto con la difusión de estos problemas por los medios de comunicación, entre otros, está permitiendo que un gran número de pacientes acudan a nuestras consultas con el ánimo de afrontar un trastorno benigno que

no amenaza la vida del paciente, pero que provoca un gran impacto emocional y que afecta negativamente a la calidad de vida, tanto del sujeto que la sufre como de su pareja.

¿Cuáles son las causas de estos problemas? Hasta fechas recientes se pensaba que en general los problemas de la erección tenían un origen psicológico. Hoy sabemos que esto no es así y que la mayoría tienen un problema orgánico, fundamentalmente vascular, y que sobre el mismo se suman factores psicológicos que potencian y agravan el problema.

Son múltiples los factores con los que se asocia esta patología. Sin lugar a dudas, destacan, entre otros, la edad, la diabetes, las alteraciones del colesterol y triglicéridos, la hipertensión arterial, determinados fármacos, cirugías previas... Factores que en muchas ocasiones se asocian en un mismo paciente. Es importante destacar dos factores externos, y por tanto potencialmente eliminables, que juegan un gran papel en la aparición de los trastornos de la erección, en el deterioro progresivo y en la pérdida de respuesta al tratamiento: el tabaco y el alcohol.

¿Se pueden tratar los trastornos de la erección? Tradicionalmente, la disfunción eréctil era una patología difícil de tratar. En la actualidad, la práctica totalidad de los pacientes afectados pueden aspirar a recuperar unas relaciones sexuales satisfactorias. Las alternativas terapéuticas son múltiples, y en su elección deben participar activamente, en función de cuales sean sus deseos y expectativas, el paciente y su pareja (ver cuadro).

Medidas básicas y comunes

Es fundamental, en todos los pacientes con disfunción eréctil, alterar aquellos estilos de vida y factores de riesgo que sean modificables: suprimir el tabaco y el alcohol, establecer un buen control de las enfermedades médicas asociadas (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias e hipercolesterolemias...), sustituir, siempre que sea posible, los fármacos que puedan tener implicación etiopatogénica. Además, y dado que la disfunción eréctil es un proceso multifactorial, el abordaje debe ser integral tanto de los factores orgánicos como psicosexuales, por lo que es necesario establecer un adecuado asesoramiento y educación sexual que permita mejorar la calidad de las mismas. Así, por ejemplo, es imperativo transmitir al paciente que su problema no disminuye su valor ni como persona ni como varón y que es posible una sexualidad satisfactoria aun sin erección. Es preceptivo combatir mitos negativos que generalmente van unidos a este trastorno: la disfunción eréctil no supone necesariamen-

te un conflicto afectivo con la pareja, ni que haya una pérdida de interés por la misma, o que esté teniendo relaciones extraconyugales... Es fundamental intervenir en el estilo de vida, haciendo ver el impacto negativo que tiene el estrés y el exceso de trabajo en la sexualidad. Tener unas relaciones sexuales satisfactorias requiere un clima emocional adecuado que hay que cultivar.

Tratamiento etiológico

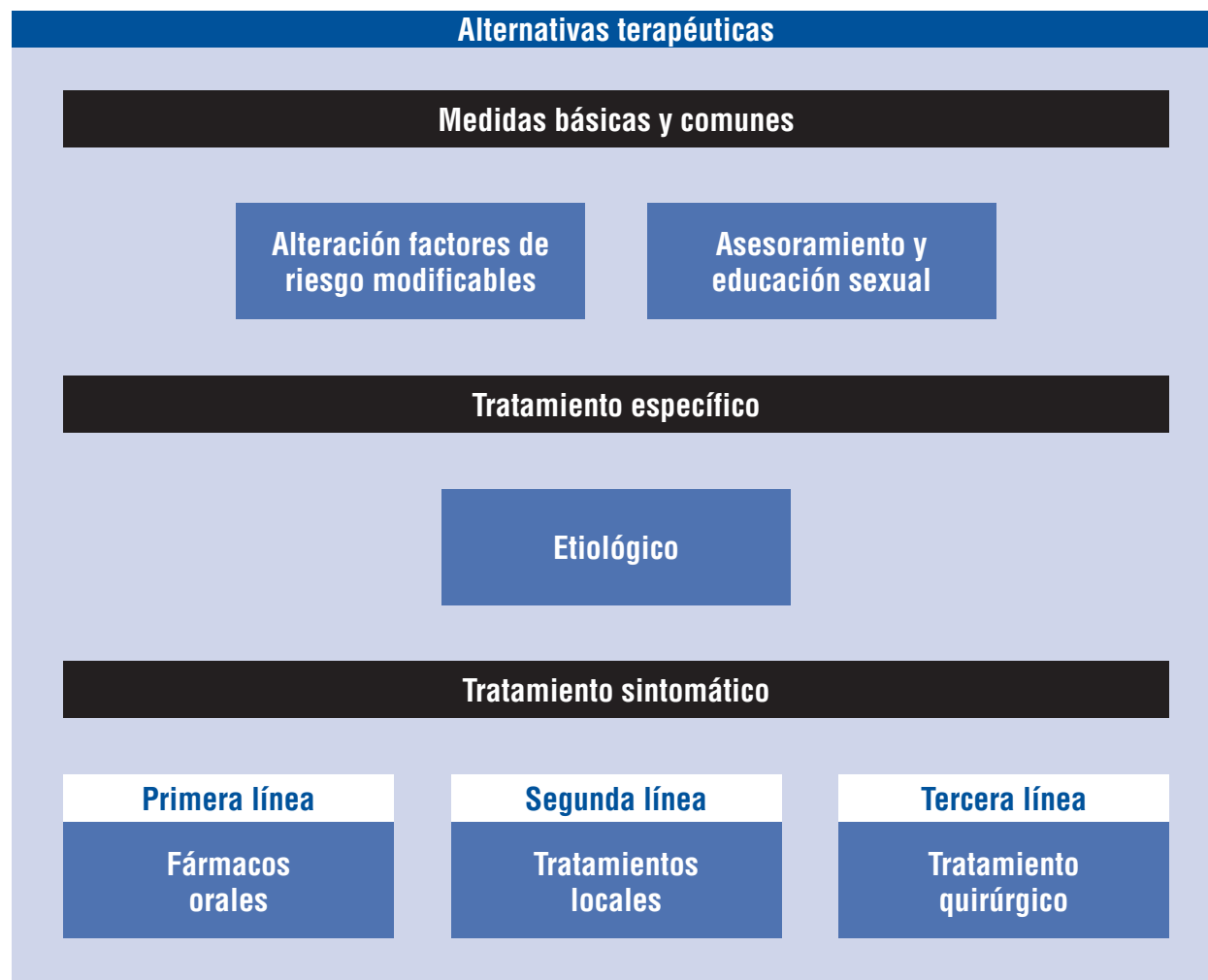
En determinados casos es posible una actuación terapéutica con intención curativa. Así, por ejemplo, si se evidencia un trastorno hormonal, fundamentalmente un déficit de testosterona, se puede establecer un tratamiento sustitutivo siempre y cuando no esté con-

traindicado. En los pacientes jóvenes con una disfunción eréctil arterial secundaria debida a un traumatismo pelviano o perineal puede estar indicada una cirugía de revascularización peneana. Finalmente, en los casos de disfunción eréctil de origen o con gran carga psicógena está indicada la terapia sexual.

Tratamiento sintomático

La mayoría de los pacientes con disfunción eréctil se van a beneficiar de tratamientos sintomáticos, es decir, aplicables independientemente de cual sea la causa de disfunción eréctil. Son tratamientos que se clasifican, atendiendo a su dificultad de manejo y a su aplicación secuencial en función de la respuesta y las expectativas del paciente, en tratamientos de primera, segunda y tercera línea.

Tratamientos de primera línea. La reciente disponibilidad de fármacos orales con buen perfil de eficacia y seguridad ha transformado el abordaje diagnóstico y terapéutico de la disfunción eréctil. Antes de la aparición de Viagra® (citrato de sildenafil) disponíamos de algunos fármacos orales (Yohimbina, Pentoxifilina...) que, solos o asociados, tenían alguna respuesta en pacientes con disfunción eréctil leve o moderada. La comercialización del Citrato de Sildenafil (Viagra®) y con posterioridad de Apomorfina (Uprima® y Taluvian®), ha incrementado las expectativas de pacientes y médicos en el tratamiento de esta patología. El Citrato de Sildenafil actúa a nivel peneano induciendo una relajación del músculo de los cuerpos cavernosos o cuerpos eréctiles, permitiendo que se obtenga y mantenga la erección siempre y cuando exista una estimulación sexual previa. Por su latencia, se recomienda tomarlo 30-60 minutos antes de la relación y su efecto perdura entre cuatro y cinco horas. Está comercializado en tres presentacio-



nes: 25mg, 50mg y 100mg. La pauta a seguir es la administración de una dosis inicial de 50mg; si no es efectiva repetir una segunda dosis de 50mg en un día distinto, y si sigue siendo ineficaz aumentar a 100mg que suele ser la dosis terapéutica y máxima al día. En general, es bien tolerada y los efectos secundarios más frecuentes son el dolor de cabeza, el enrojecimiento facial, trastornos digestivos y congestión nasal. Está contraindicado en determinadas circunstancias por lo que su prescripción y dispensación debe realizarse siempre bajo control médico y farmacéutico. Apomorfina presenta algunas diferencias respecto al Sildenafil: la administración es sublingual y el mecanismo de acción es a nivel del sistema nervioso central. Requiere también un estímulo sexual previo y se recomienda tomarla 20 minutos antes de la relación. La experiencia clínica es más limitada, pero, en general, su tolerancia es muy buena, siendo los efectos secundarios más importantes: náuseas y dolor de cabeza. Precisa, como Viagra, prescripción médica y dispensación bajo control farmacéutico y tampoco está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Tratamiento de segunda línea. En España, el único disponible es la **inyección intracavernosa de drogas vasoactivas** (fentolamina, papaverina y sobretodo prostaglandina E1 comercializada con el nombre de Caverject®). Su efectividad es alta pero requiere una destreza manual del paciente o su pareja tras una curva de aprendizaje y superar el temor que genera el pinchazo en muchos casos. Su efecto secundario más importante es el priapismo o erección prolongada, situación que requiere un tratamiento urgente y especializado cuando supera las cuatro horas. La falta de espontaneidad, el dolor al pinchazo y la pérdida de eficacia son algunas de las causas de la alta tasa de abandono con el tiempo de esta alternati-

va terapéutica.

Tratamiento de tercera línea. El último escalón para aquellos pacientes en los que fracasa el tratamiento médico o que prefieren una solución permanente a su problema es el implante de **prótesis de pene**. Existen dos tipos: maleables e hidráulicas, cada uno con sus ventajas e inconvenientes. La que genera una mayor satisfacción al paciente es la hidráulica, pero, como contrapartida, la tasa de complicaciones y fallos mecánicos y en especial el coste, es mucho mayor. El riesgo fundamental de ambas es la infección que suele obligar a la retirada de la misma. Es importante recalcar que el implante de una prótesis de pene no implica actuación alguna sobre la capa-

cidad de orgasmo, eyacuación o deseo del paciente, aunque éste se puede ver incrementado toda vez que se recupera la capacidad de erección.

La investigación en este campo continúa y en breve se comercializarán dos nuevos fármacos (Tadalafil y Vardenafilo) que pueden ayudar a los pacientes a disfrutar de una sexualidad más espontánea gracias a su amplio período de acción. Además, se están estudiando otras vías implicadas en la erección y estrategias de prevención y regeneración del tejido eréctil o cavernoso. Por tanto, aunque los avances en esta patología han sido espectaculares en los últimos años, es previsible que en el futuro nos aproximemos al tratamiento ideal: no invasivo, de rápida acción, que provoque una erección con rigidez suficiente y satisfactoria para el paciente y su pareja y con nulos efectos secundarios.

Manuel Martínez Sarmiento.

Unidad de Andrología. Servicio de Urología. Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia.

Bibliografía

- NIH Consensus Conference. Impotence. Consensus Development Panel of Impotence. JAMA 1993, 270 (1): 83-90.
- Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. "Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina", Study. J Urol 2001, 166 (2): 569-575.
- Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R. Recommendations of the International Scientific Committee on the: Evaluation and Treatment of Erectile Dysfunction. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction. Paris, 1-3 July 1999.
- Rodríguez Vela L. *Actualización en Andrología*, 1ª Edición, Pulso Ediciones SA, 2000.