

*Con frecuencia los col
obligados, por circunst
brindarles un pene per
promesas recurren a tr
cirugías de neurotripsia
casos en que el tratam*

EL PENE CON EL QUE SUEÑ

Este trabajo busca ahondar en la problemática surgida en nuestros consultorios al atender pacientes que se quejan de disfunción eréctil y otros problemas atinentes al pene requiriendo soluciones "eficientes" a situaciones que no comprometen en modo alguno el funcionamiento sexual. Así vemos como distintas especialidades (urólogos, cirujanos plásticos y sexólogos) "tratan" a diario de intentar soluciones drásticas como cirugías o tratamientos intervencionistas motivados por una necesidad de médicos y pacientes de obtener "el pene soñado".

Nuestro propósito no es anunciar una nueva forma de solución al problema del

tamaño peneano o de curación de la impotencia, sino proponer una discusión con nuestros colegas en un campo en el que abundan opiniones controversiales.

Objetivos

- Disminuir los costos que acarrea el tratamiento de los trastornos sexuales.
- Evitar posibles iatrogenias consecuentes a la utilización de aparatología y parafernalia de tratamiento y diagnóstico, resguardando el derecho del paciente a encontrar la solución a su problema sin efectuar tratamientos o métodos diagnósticos innecesarios.
- Evitar la omnipotencia de especialistas que acuerdan que el pene de los pacien-

gas con adecuada formación que atienden estos casos se ven
 ncias de exigencia de los pacientes y de la presión del medio, a
 ecto, funcional y que no falle jamás. Para cumplir con sus
 tamientos como prótesis, cirugías de alargamiento peneano,
 drogas vasoactivas, etc., que "venden" como "soluciones" a
 ento etiológico sería más indicado.

Dr. León Roberto **Gindin** *
 Lic. Diana **Resnicoff** **

AN PACIENTES. MEDICOS Y SEXOLOGOS

tes no tiene la funcionalidad adecuada, en cuanto a rigidez o duración de la erección.

- Eliminar mitos alrededor del pene instalados en nuestra comunidad médica.

Es de vital importancia saber si ciertas prácticas médicas, psicológicas y sexológicas se rigen por cánones éticos, legales y adaptadas realmente a las necesidades de los pacientes.

Las consultas de problemáticas sexuales realizadas a urólogos, psicólogos y sexólogos se prestan a un sinnúmero de cirugías, prácticas médicas, aparatología y psicoterapias con el aparente objetivo de complacer al "cliente" y de resolver su "problema". La pregunta es ¿estamos respondiendo a las "reales"

necesidades de los pacientes o indicamos, en muchos casos, tratamientos, técnicas y aparatologías con un solo fin comercial?

Pacientes que creen tener un problema real, casi seguro orgánico o congénito, en verdad padecen de alteraciones psicológicas, tipo dismorfofobias o bajas en la autoestima que les hacen ver su pene más pequeño de lo que es en realidad o autoevaluaciones desmedidas de lo que debiera ser su respuesta, particularmente en lo referido a la rigidez peneana o duración de la erección. Los pacientes necesitan creer que con tratamientos "especiales" se les podría ayudar a conseguir respuestas sexuales soñadas.

Entre las problemáticas planteadas por nuestros pacientes sometidos a metodologías diagnósticas o tratamientos invasivos innecesarios se destacan:

- Tamaño del pene (pequeño) tanto en erección como en flaccidez.
- Empequeñecimiento del pene por enfermedad o edad.
- Rigidez menor a la que tenían hasta hace poco tiempo.
- Imposibilidad de conseguir erección completa o corta en el tiempo en algunas relaciones sexuales o con algunas personas.
- Disminución de la frecuencia de aparición de erección y síndrome de erección

intermitente (erección que se pierde y se recupera).

- Imposibilidad de "hacer gozar a su compañera"
- Cantidad de veces que pueden volver a tener relaciones sexuales.
- Falta de sensibilidad en el glande o hipersensibilidad en el glande.
- Menor placer en el momento del orgasmo.

En este campo tan trillado y con un desconocimiento elemental de los mecanismos de la respuesta sexual humana, se han desarrollado, en algunos casos, dos subespecialidades médicas que llamaremos peneología y erectología.

1) Peneología

Denominamos peneología a una nueva especialidad, fo-

mentada por los cirujanos plásticos que dicen poder construir penes más grandes. El argumento es que "debo satisfacer los gustos del cliente al igual que con la cirugía plástica en las mujeres".

Han desarrollado técnicas que permiten alargar o engrosar penes que, entran dentro de la normalidad y que, antes de la operación son totalmente funcionales y brindan placer a sus poseedores. Nos planteamos si es ético, correcto y bueno para el paciente solucionar un problema fóbico o narcisista con una intervención quirúrgica con resultados inciertos.

Creemos que la mayoría de los casos que consultan se trata de dismorfofobias (1), (el paciente cree tener el pene mucho más pequeño del que en la realidad tiene). Está descrito en el DSM IV como trastorno dismórfico corporal. Algunos pacientes refieren que su pene es pequeño y lo observan al comparar el suyo con el de otros hombres. El problema casi nunca es señalado por las compañeras de estos hombres.

A) SOLUCIONES ENSAYADAS POR LA MEDICINA Y EL CHARLATANISMO

I) Extendedores y bombas al vacío.

Desde la medicina y los inventores (2) se han ideado extendedores que el paciente debe llevar durante varios meses y se ha recomendado el uso de bombas de vacío para alargar el pene. Existen evaluaciones sobre la no efectividad o daños que el uso de estos extendedores producen.

En cuanto a su efectividad la duda es ¿qué alarga el extendedor?. ¿La cápsula de Beck? (tejido elástico que recupera su elasticidad inicial), el cuerpo cavernoso? (dañaría sus nobles tejidos), ¿la piel? (ies retráctil y si se la estira demasiado puede dañarse y producir cicatrices y fibrosis!). Además nos imaginamos que si el pene es alargado por tracción debe perder parte de su grosor.

Los vendedores (3) afirman que si una parte del cuerpo es expuesta a una constante y permanente extensión, las células en esta área



comienzan a dividirse y multiplicarse. "Este principio natural (sic) ha sido conocido y utilizado a lo largo de los siglos en diferentes culturas para desarrollar o extender varias partes del cuerpo". ¿Nos preguntamos, qué estudios histológicos avalan esta afirmación?

B) Cirugías de alargamiento y engrosamiento

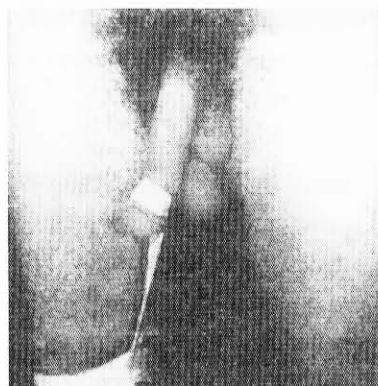
Sección del ligamento suspensorio

Se basan en dos premisas:

1) sección del ligamento suspensor que alarga

el pene de manera variable y moderada y
2) inyección de grasa autóloga tratando de aumentar el volumen peneano.

Bondil (4) se pregunta si la modificación de la talla del pene es sin consecuencias. Y afirman que se debe ser prudente, pues debe tenerse en cuenta el rol del ligamento suspensor que asegura la estabilidad axial de la verga, que el pene de cada sujeto tiene características específicas para cada sujeto y



que la modificación del tamaño del pene puede alterar la erección a largo plazo. También las lesiones provocadas por la reabsorción de la grasa son imprevisibles a largo tiempo. (La grasa se reabsorbe en más de un 50% luego de 6 semanas, aparece fibrosis por reabsorción y los pacientes sometidos a esta operación se han mostrado poco satisfechos a lo largo de algunos meses (5).

¿Creen por ventura los cirujanos que recomiendan estas operaciones que agrandando el pene 2 cm visualmente, podrían resolver un problema de baja autoestima o fobia sexual?. ¿Han evaluado las consecuencias a largo plazo?. Quizás no tengamos nosotros la autoridad médica suficiente pero sepan que hay muchos juicios de malapraxis, especialmente en Estados Unidos por las consecuencias de esta práctica. (6) En Brasil las autoridades sanitarias han informado que las operaciones de alargamiento peneano serán consideradas experimentales y de investigación. El paciente debe dar su consentimiento por escrito y en vez de pagar debe recibir una indemnización si quedan secuelas.

C) El largo del pene y el empesqueñamiento de acuerdo a la edad.

Diversos estudios (7) han puesto en evidencia que el largo del pene es muy variante, inclusive con cambios significativos de acuerdo a la edad. Bondil afirma que la pérdida de tamaño es fisiológicamente de 0,17 cm por década. El pene pierde de la 3ª. a la 8ª. década sólo el 10% de su largo y el 25% de su grosor. Otros estudios (8) revelan que estas variaciones son menos significativas.

D) El largo del pene en erección.

Los hombres están influenciados por las imágenes cul-

turales (libros, bromas publicidades, pornografía, etc.) de cómo un hombre debería lucir o ser. Bernie Zylbergeld, (9), estableció que "los penes en la tierra de la fantasía vienen sólo en tres tamaños: grande, gigante y tan grande que difícilmente pueda pasar por una puerta".

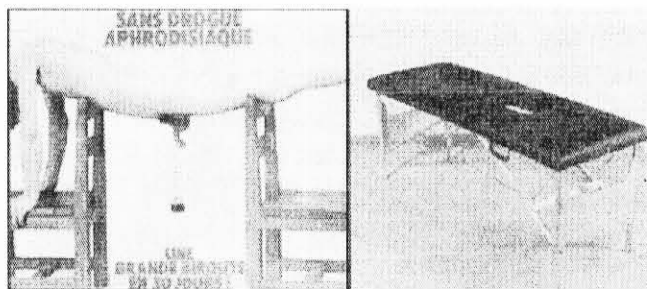
El hombre compite consigo mismo o con otros sobre la importancia del tamaño. Los antiguos estudios de Masters y Johnson nos decían que los penes en erección tenían medidas más próximas entre sí que los penes en flaccidez. La realidad de estudios recientes muestra variantes muy significativas. Las diferencias superan al 100%. La mayoría de las mujeres no le dan mayor importancia al eventual mayor placer provocado por el pene más grande sino que les es indiferente. Deberíamos cambiar la afirmación errónea de que la mayoría de los penes son iguales en erección. Sugerimos cambiarla por la idea de que del tamaño del pene no depende el placer y que está relacionado con características genéticas propias de cada persona.

Un dato de nuestra experiencia clínica: Los penes más grandes son los que en mayor proporción presentan problemas erectivos. Hemos visto muy pocos penes que entran dentro de la escala de pequeños que tengan problemas erecti-

vos. Es lógico: cuanto más grande se requiere mayor aporte sanguíneo y mayor peso a sostener.

E) Otras intervenciones quirúrgicas sobre genitales que encontramos en la bibliografía:

- I. Recuperación de sensibilidad lesionada por circuncisión y acortamiento del pene creando un neoprepuccio;
- II. Agrandamiento de bolsas testiculares.



Para quienes consideran que sus bolsas son demasiado pequeñas también se han ideado soluciones quirúrgicas que aumentan significativamente el tamaño de las bolsas aun siendo los testículos normales y funcionales.

III. Cirugía de neurotrip-sia para el tratamiento de la eyaculación precoz.

Está imponiéndose en una parte del mundo médico una operación para el tratamiento de la eyaculación precoz que denominan neurotripsia que corta las terminaciones nerviosas del pene para "intentar disminuir la sensibilidad y retardar

la eyaculación". Consiste en un corte que va del glande a la base del pene y son retiradas todas las terminaciones nerviosas que están a lo largo del dorso del órgano sexual. El riesgo es de lesiones irreversibles. No hay bases neuropsicofisiológicas que la avalen. De modo general, el eyaculador precoz es una persona

insomne, hiperactiva, tensa o estresada. Hasta donde la medicina conoce, se sabe que es una disfunción psicósomática y neurofisiológica, por lo que esta operación no aportaría soluciones al igual que el uso de cremas anestésicas.

2) La erectología

La erectología, término que escuché por primera vez al colega Juan Carlos Kusnetzoff, llevada de la mano por los urosexólogos considera como su razón de ser el conseguir la ansiada y perfecta erección atendiendo la necesidad del paciente. Guiada por desarrollos que vienen de la neurofisiología, estudios vasculares, etc. han encontrado los recursos médicos para conseguir, con drogas vasoactivas por inyec-

ción intrapeneana, supositorios intrauretrales o prótesis intrapeneanas, erección en la mayoría de los casos, cualquiera que sea el diagnóstico etiológico.

Los mismos especialistas clínicos reconocen que el 30-50% de las impotencias se deben a causas funcionales, pero, a veces, las tratan como si fueran orgánicas afirmando que la psicología "no provee recursos eficientes para la solución del problema".

Este auge de la "organicidad" de la impotencia se debe a que los sexólogos clínicos, que nos ocupamos también del tratamiento de los problemas no orgánicos, no hemos encontrado aún métodos terapéuticos que resuelvan con la debida urgencia la ansiedad que los problemas erectivos provocan. En general los pacientes con disfunciones erectivas no desean estar en el consultorio sexológico y mucho menos aceptar un tratamiento basado en reestructuración de actitudes, tareas sexuales y revisión de sus vínculos afectivos. Se sienten humillados, vencidos y adoloridos y desean salir lo más rápidamente del consultorio con su problema resuelto. Ni siquiera han podido o, sencillamente, no quieren hablar de ello con sus compañeras habituales. Por ende la mayoría de los pacientes con disfunción erectiva comienzan la consulta solicitando "algo rápido y eficiente" que les permita tener resuelto su problema erectivo sin tener que recurrir a muchas consultas y estudios y menos aún a sesiones de tipo psicoló-

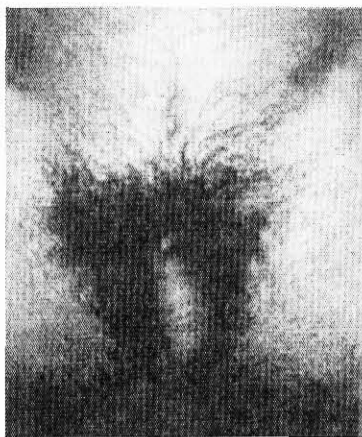
gico individual o de pareja para resolver su problema sexual que lo aqueja. Si esto puede ser una píldora que toman y consiguen la ansiada erección sería lo más maravilloso que se les pueda ofrecer. Sólo la habilidad y el llamado poder terapéutico de algunos sexólogos clínicos puede lograr que el paciente "tolere" las 10 ó 15 sesiones de una terapia sexual necesaria para restablecer una erección perdida por ansiedad.

a) **Urólogos vs. Sexólogos o Sexólogos vs. Urólogos o Impotencia orgánica vs. Impotencia no orgánica.**

Los urosexólogos al ver las limitaciones de las llamadas *terapias psicológicas* y el éxito de las erecciones conseguidas con métodos químicos, mecánicos o quirúrgicos fueron llevados a un pensamiento omnipotente y aparentemente eficaz para lograr conseguir la erección a algún precio menor que el costo psíquico de un tratamiento sexológico.

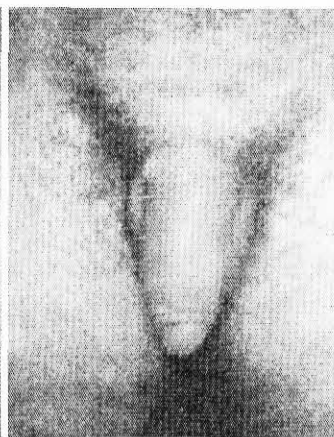
Es conocido el hecho de que los urosexólogos al diagnosticar y tratar las disfunciones sexuales masculinas, se enfrenta con las afirmaciones de psicólogos y terapeutas sexuales sobre la idoneidad de la psicoterapia general y terapia sexual en el tratamiento de estos problemas. Se ha llegado a afirmar que los psicólogos, con tal de que sus clientes no sean evaluados por urólogos u otros médicos, realizan con ellos psicoterapias

a largo plazo cuando sus problemas, a menudo, podrían y deberían ser tratados clínicamente. Cuando hay indicios en la historia clínica de organicidad creemos que quienes piensan de esta manera tienen razón y se debe proceder así. En cambio, aún cuando los indicios recogidos hablan de alto grado de estrés, inestabilidad emocional, fracaso afectivo, falta de estimulación sexual



por parte de la compañera, etc., muchos colegas de la urosexología emiten recetas indicando estudios orgánicos para "encontrar" patologías lesionales. Es probable que sólo por el mero transcurrir de la edad encontremos en muchos casos "déficits" arteriales, venosos o neurológicos leves que seguramente no influirán de manera definitiva en su rendimiento sexual de una persona de cierta edad.

Con los tan publicitados y divulgados "Centros urológicos y de impotencia" pareciera que siempre es posible que sea "orgánico".



Resuelta actualmente raro, para quien ejerce la terapia sexual, encontrar que el paciente no haya sido previamente evaluado por uno o varios médicos y "algo" no le hayan encontrado. Estos pacientes se refieren a sí mismos como "impotentes orgánicos", generalmente por haber leído algo de recho en algún periódico o fueron informados de un estudio en "el límite bajo" (sic) y requieren sin más

ser tratados por su problema orgánicamente. Lamentablemente, aún cuando todas las pruebas resultan negativas y no revelen organicidad, o no se pueda discriminar la eventual influencia iatrogénica de medicamentos antihipertensivos o antiprostáticos se les ofrece soluciones médicas para problemas que casi con certeza tienen un origen psicológico o no tienen causa orgánica demostrable con certeza.

Sólo cuando estos pacientes no resuelvan su problema con las ayudas médicas, de naturaleza agresiva, que les fueron recomendadas, los médicos de

estos centros los envían a los profesionales de la salud mental entrenados para tratarlos. Pero, por falta de información del campo, no se les informa sobre la posibilidad de una terapia sexual, sino que se deja ellos mismos busquen tratamientos alternativos (por ejemplo, con la palabra psicológico hace que caiga derivado en algún buen psicoterapeuta de alguna orientación, pero sin preparación específica en sexualidad). Estos tratamientos llevan al fracaso de la eventual sexoterapia, pues no son las técnicas indicadas.

En el artículo titulado "En búsqueda del pene perfecto", Tiefer (10) menciona las numerosas consecuencias iatrogénicas de la nueva tecnología y farmacología desarrollada para conseguir el pene casi perfecto. Entre las consecuencias de esta "medicalización" se encuentra el riesgo creciente de oscurecer la causa más elemental e insidiosa de muchos problemas sexuales: las demandas y expectativas sexuales irreales con las que hombres y mujeres fueron educados. Entre los mitos más dañinos se halla la noción que la sexualidad es una tarea seria, competitiva, orientada de acuerdo con rígidas pautas que determinarán su éxito o fracaso.

En el diagnóstico etiológico de la impotencia se ha pasado de un 90% de causas no orgánicas a encontrar la etiología orgánica en más del 60-70% de los casos en trabajos que vienen de centros de reconocido prestigio. La base de estos

trabajos la constituye la investigación neurofisiológica y vascular. Hemos visto aparecer insuficiencias arteriales detectadas por Doppler y arteriografías, fugas venosas detectadas con aparatología sofisticada lo mismo que insuficiencias de lecho cavernoso por biopsias, problemas de nervios erectores, etc. Esta alta capacidad diagnóstica termina siempre en que la mejor solución era el implante protésico o el uso de drogas vaso-activas intracavernosas o intra-uretrales o cirugías de revascularización o venosas que obtenían apenas un 30% de mejoría.

Por otro lado hemos conocido una proporción significativa de pacientes que, una vez estudiados y diagnosticados con diversas "fallas orgánicas", pueden mantener relaciones sexuales aceptables sin ningún tratamiento quirúrgico o farmacológico aunque siguieran siendo diabéticos o con otro tipo de patologías. ¿Y, acaso, no hemos visto que pacientes inyectados con drogas vasoactivas un día no responden y al otro día con la misma dosis tenemos que tratar un priapismo farmacológico? ¿No nos habremos olvidado que el principal órgano sexual, el cerebro, "ordena" la secreción de neurotransmisores adrenérgicos que hasta pueden bloquear el efecto de la prostaglandina?

Compartimos con los colegas, que han investigado sus hallazgos y los hacemos nuestros en la mayoría de los casos. No nos declaramos reacios a

usar medicación o tratamientos quirúrgicos en los casos en que sea la solución adecuada, por el contrario, pensamos que estos tratamientos constituyen una complementación de los sexólogos. Hemos desarrollado el concepto de "férula", al modo de tratamiento de ortopedia o traumatología indicando bajas dosis de drogas vasoactivas para sostener o iniciar un proceso erectivo y acelerar los tiempos de tratamientos sexológicos.

Conclusiones

Quisiéramos ponernos codo a codo con nuestros colegas médicos plásticos para trabajar en equipo interdisciplinariamente y resolver más humanamente los problemas de nuestros pacientes impotentes o que se quejan de pene pequeño. Quisiéramos que por lo menos dudemos todos de nuestras ciencias y aparatos y consideremos si es realmente necesario, en cada caso lo que les hacemos a nuestros pacientes al estudiarlos.

Discrepamos con los erectólogos y los peneólogos "a medida". Nos complace y compartimos con los colegas médicos urosexólogos la genialidad que implica ayudar a resolver los casos graves. Pero, evaluemos con más asertividad nuestras acciones mirando un poco más allá de la fantasía del pene perfecto. Muy pocas veces en realidad se solucionan los problemas de fondo con una cirugía de alargamiento peneano. ¿Pero los colegas que lo hacen, piensan también en su propia autoes-

tima y el placer que les da conseguir el pene maravilloso de otros?

Es cierto que se consigue la erección con drogas vasoactivas aunque los problemas no sean orgánicos, pero ¿estamos seguros de que es la mejor solución a largo plazo?. Sabemos que ya no se implantan tantas prótesis como hace pocos años. Los cirujanos habrán evaluado los inconvenientes que producían y encontraron mejores soluciones. ¿Pasará lo mismo con las drogas vasoactivas y con los inductores orales de la erección?

Para ser mejores profesionales intentamos plantear las condiciones en que un especialista en sexología clínica necesitaría para poder trabajar en mejores condiciones: adecuado uso del poder terapéutico, facilidad de comunicación y, fundamentalmente, la posibilidad de

hacerse creíble para los pacientes desde una comprensión global y humanista de toda la sexualidad.

Y ruego me permitan una confesión final. Con la enorme ventaja que nos ofrecería el Sildenafil todos nuestros esfuerzos habrán sido vanos. Ni psicosexólogos ni urosexólogos tendremos tanto trabajo pues parece que viene la píldora mágica. Tom Lue, urosexólogo de la Universidad de California dice: "Este (el sildenafil) es uno de los más nuevos e importantes desarrollos en la investigación clínica de la disfunción eréctil. Si los posteriores estudios clínicos prueban su eficacia y seguridad, un sueño se puede convertir en realidad para muchos pacientes que están esperando un píldora mágica para mejorar su erección" □

REFERENCIA

1. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. MASSON Barcelona 1995.
2. HOAG LEVINS: *The Hidden History of Sex at the U.S. Patent Office*. AMERICAN SEX MACHINES. HOLBROOK, Massachusetts. U.S.A. 1996.
3. JES Extender.
4. BONDIL P. Y COL.: *Clinical study of the longitudinal deformation of the flaccid penis and its variations with aging*. Eur. Urol., 21:284-6, 1992.
5. BURMAN, S.O. Y COL.: *Enhancement Phalloplasty*. Int. J. Impotence Res., 7 (suppl. 1) 58, 1995.
6. *Penis enlargement case*.
7. BONDIL P. Y COL.: *Clinical study of the longitudinal deformation of the flaccid penis and its variations with aging*. Eur. Urol., 21:284-6, 1992.
8. *The definitive penis size survey results*.
9. BERNIE ZYLBERGELD: *Male sexuality*.
10. BARRY A. BASS: *Buscando el pene perfecto: un centro urológico de gran alcance y la medicación en la disfunción sexual masculina*. Journal of Sex & Marital Therapy Vol 20, NO. 4, 1994.

* Médico especialista en Sexología Clínica reconocido por FLASSES. Director de C.E.T.I.S. (Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad). Buenos Aires, Argentina.

** Lic. en Psicología. Sexóloga Clínica. Buenos Aires, Argentina.