Disfunción Sexual Masculina

Test de la Disfunción Eréctil

1. ¿Ha tenido dificultades recientemente para conseguir erecciones?
2. ¿Ocurre este problema al menos tres de cada cuatro veces que usted intenta realizar el coito?
3. ¿Hace ya más de un mes que tiene dificultades para conseguir erecciones?
4. ¿Las erecciones matinales y espontáneas son menos frecuentes?
5. ¿Tarda mucho más tiempo que antes en conseguir erecciones?
6. ¿Se ha hecho más difícil realizar el coito en ciertas posiciones?

En general si contesta si a cualquiera de estas seis preguntas, siga leyendo pues la información que aquí se expone sin duda le interesará.

Recuerde que esta guía contiene únicamente información básica sobre el tema y Ud. deberá de comentar el problema con su médico.

En esta guía vamos a referirnos de los distintos procesos que pueden causar disfunción sexual masculina al que más comúnmente puede llegar a afectar al varón con diabetes que es la Disfunción Eréctil.

1 ¿Qué es la Disfunción Eréctil? 3
2 Mecanismo de la Erección 3
3 Causas 3
4 Causas orgánicas de Disfunción Eréctil 4
5 ¿Qué causa Disfunción Eréctil en el Varón Diabético? 4
6 ¿Cómo se diagnostica la Disfunción Eréctil? 4
7 ¿Qué tratamientos existen? 5
8 Futuro Próximo 7

© Dr. Antuña de Alaíz 1998

1 ¿Qué es la Disfunción Eréctil?

Es la imposibilidad de conseguir una erección con la rigidez necesaria o mantenerlo durante el tiempo suficiente para conseguir realizar completo el acto sexual.

Ud. puede tener el problema si no consigue la firmeza necesaria para conseguir una penetración vaginal o si la consigue pero solo muy brevemente. El primer paso para encontrar soluciones es admitir que se tiene el problema ■

2 Mecanismo de la Erección

Se produce de una manera involuntaria como respuesta a un estímulo sexual. Este estímulo pone en funcionamiento un mecanismo que precisa de la correcta interacción entre los mensajes que viene del cerebro, la transmisión de impulsos nerviosos, respuesta muscular además de la existencia de un flujo sanguíneo y unos niveles hormonales adecuados.

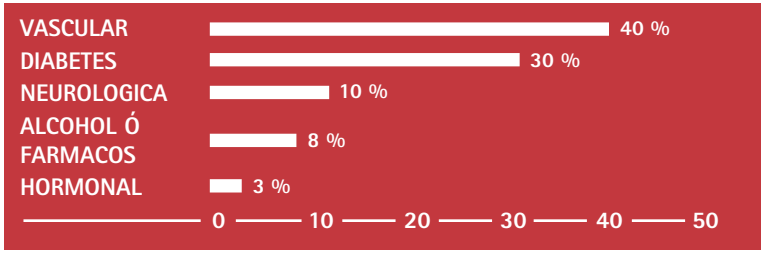
El mecanismo funciona pues como una esponja viva en el estado de reposo los cuerpos cavernosos (esponja eréctil), y sus vasos sanguíneos están contraidos y vacíos de sangre y con una estimulación sexual cuando todos los mecanismos citados en el párrafo anterior funcionan se produce una relajación y se llenan de sangre provocando una erección.

Si algo interfiere en estos estímulos o si una parte de este complejo sistema no funciona correctamente la erección no se produciría ■

3 Causas

Hace años se pensaba que la mayoría eran producidas por causas psicológicas pero según han ido aumentado nuestros conocimientos, hoy se sabe que en más del 85 % tienen una causa orgánica y pueden ser tratados con éxito. (ver esquema)

Causas Orgánicas de Disfunción Eréctil



4 Causas orgánicas de Disfunción Eréctil

Es importante resaltar que el tabaco acentúa los efectos de otros factores como la enfermedad vascular y suele agravar el problema.

El alcohol además de poder alterar el equilibrio hormonal puede causar daños en los nervios y provocar disfunción eréctil ■

5 ¿Qué causa Disfunción Eréctil en el Varón Diabético?

La disfunción de la respuesta eréctil puede producirse por afectación del sistema nervioso y/o del flujo sanguíneo. En general en la diabetes juvenil el factor predominante suele ser el neurogénico, mientras que en la diabetes del adulto es el factor vascular; además cuando comienza el problema se añaden factores psicológicos como la ansiedad que lo agravarán ■

6 ¿Cómo se diagnostica la Disfuncion Eréctil?

Es fundamental que el médico conozca si se trata de un problema psicológico de una causa orgánica para indicar el tratamiento más adecuado.

El diagnóstico se realiza siguiendo un esquema resumido en la tabla.

Diagnóstico

- Historia médica general.
- Historia sexual.
- Test psicológico.
- Analítica general y hormonal.
- Tumescencia nocturna.
- Respuesta a sustancias vasoactivas
- Angiografía cavernosa.
- Doppler.
- Biotesiometría.
- Cavernosometría.

No todos los test tienen que ser realizados en cada paciente. En general los estudios invasivos vasculares son realizados solamente en un subgrupo muy pequeño y seleccionado de pacientes en los cuales el resto de los datos sugieran un proceso vascular puro, además de no haber existido respuesta positiva a la inyección de sustancias vasoactivas.

En general cuando existe una buena respuesta en la inyección de sustancias vasoactivas indica que la oclusión venosa es correcta y que el riego arterial aunque puede estar algo afectado no sería de una manera relevante ■

7 ¿Qué tratamientos existen?

Al existir distintas causas que pueden provocar disfunción eréctil peneana las opciones de tratamiento van a ser también distintas.

El tratamiento va a depender de la causa predominante y deberá de individualizarse atendiendo a las deseos de la pareja.

No obstante como la disfunción eréctil en el varón diabético es normalmente multifactorial es por lo que la cirugía o soluciones de alta especialización dirigida a un solo factor suelen ser innecesarias ■

Aplicación Intrauretral de Prostaglandina E1

Los métodos no invasivos son preferibles para el paciente con diabetes y el método de tratamiento idóneo en la actualidad es la aplicación intrauretral de supositorios de **prostaglandina E1**.

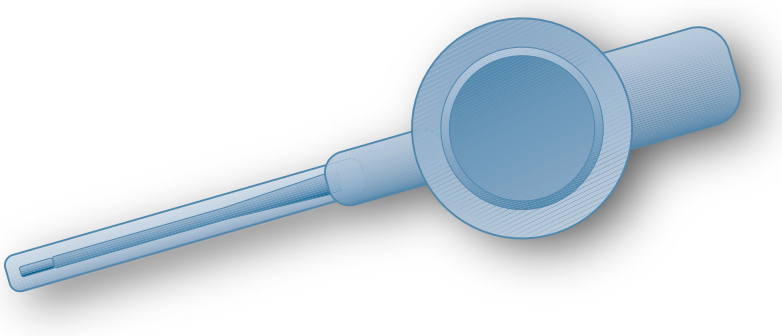
Estas sustancias producen relajación del músculo liso peneano y vasodilatación de las arterias cavernosas que inducen la erección.

La absorción del fármaco se produce a través de la mucosa de la uretra. Habitualmente la respuesta se produce en 5-10 min. tras la aplicación. Las presentaciones son de 125 mcg-250 -500-1000 mcg.

Las dosis requeridas son mucho mayores que las inyectadas, el efecto suele ser algo menor que tras la aplicación intracavernosa pero al no ser inyectado si resulta eficaz podría convertirse en la modalidad de tratamiento preferida por muchos pacientes.

En los casos con respuesta parcial la eficacia puede aumentar si se utiliza en conjunción con una banda de constricción en la base del pene del que existen varios modelos en el mercado.

Los supositorios de **prostaglandina E1** fueron comercializados en Estados Unidos a finales de 1996 y próximamente se espera su aparición en las farmacias europeas ■



Inyección Intracavernosa de Agentes Vasoactivos

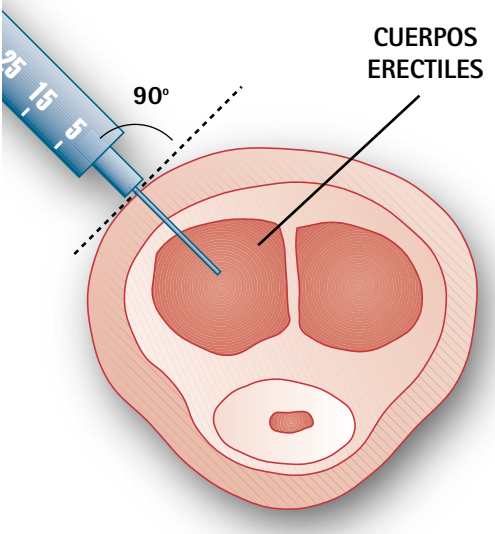
El preferido es la **prostaglandina E1**, que se asocia a un menor numero de complicaciones que otros utilizados anteriormente.

Actualmente se lleva utilizando con éxito desde hace 11 años y la experiencia es muy positiva y cuando la indicaron es correcta el porcentaje de éxitos se acerca al 80 %.

La presentación más extendida es de 20 mcg de prostaglandina E1 que viene en un kit de inyección con una aguja muy fina. La dosis debe de ser individualizada por cada paciente por el urólogo. La técnica de inyección es sencilla después de recibir la adecuada información por parte del andrólogo que indicó el tratamiento

Recientemente para facilitar la administración se ha comercializado un dispositivo pinchador tipo "boli" inyector (Peninject), que facilita la administración, al ocultar la aguja y realizar el pinchazo automáticamente tras oprimir un botón.

La dosis debe de ser individualizada para cada paciente por el urólogo. La técnica de inyección es sencilla después de recibir la adecuada información por parte del andrólogo que indicó el tratamiento.



Los secundarismos más importantes suelen ser el dolor en el lugar de la inyección secundario a la acción del fármaco y no al pinchazo, raramente fibrosis del cuerpo cavernoso, además su baja incidencia se puede disminuir si el paciente ha sido instruido sobre una buena técnica y rotación de los lugares de inyección, erecciones prolongadas y dolorosas que no deberían de ocurrir si la dosis ha sido bien ajustada en la clínica donde se inicio el tratamiento ■

Otros Tratamientos

Además personas que no acepten ó no pueden realizar los anteriores métodos de tratamiento con agentes vasoactivos existen también otras soluciones como los aparatos de erección por vacío, implantes de prótesis que en algún caso podrían ser tratamientos alternativos.

Una nueva substancia denominada **Citrato de Sildenafilo** en estudios preliminares en pacientes con disfunción eréctil sin causa orgánica se mostró eficaz. Se trata de un inhibidor específico de la Fosfodiesterasa V. La droga produce un aumento de la respuesta normal al estimulo sexual bloqueando el efecto de un enzima predominante en los cuerpos cavernosos y provoca la vasodilatación que conlleva un aumento del flujo sanguíneo al pene. El único efecto secundario que ocurre infrecuentemente es la pérdida reversible de la visión cromática ■

8 Futuro Próximo

En personas con diabetes solo se ha estudiado hasta el momento en un numero muy reducido de pacientes pero la respuesta positiva se acercaba al 50 %. Sin duda es uno de los descubrimientos más significativos en la investigación clínica reciente sobre la disfunción eréctil y si los estudios en marcha demuestran su seguridad y eficacia puede ser la revolución del tratamiento de este problema que según se estima afecta a más de 140 millones de seres humanos en nuestro planeta.

Recientemente se ha comunicado un efecto positivo sobre la disfunción eréctil con un fármaco el **Doxazosin** que habitualmente se emplea para tratar hipertensión y aumento del tamaño prostático, aunque son necesarios también nuevos estudios.

Otra droga la **apomorfina** que afecta las señales de los estímulos sexuales a nivel del cerebro, esta comenzando estudios clínicos. También en fase de desarrollo están **cremas y ungüentos** tópicos que aplicados localmente puedan producir un aumento del flujo sanguíneo a los cuerpos cavernosos aunque las barreras anatómicas existentes en la zona, dificultan por ahora su absorción y por lo tanto su eficacia.

Cualquiera que sea la modalidad de tratamiento elegida debe de implicar a su pareja desde un principio en las decisiones para obtener un grado de comprensión y colaboración mutua que faciliten las soluciones.

Por otro lado además de esta complicidad de la pareja se necesita, en ocasiones, un consejo psicológico, por lo cual es necesaria una estrecha colaboración multidisciplinaria entre diabetólogo, psicólogo y urólogo especialista en impotencia.

Creo que ahora ya conoce que existen soluciones. Debe de hablar abiertamente con su diabetólogo sobre esta complicación olvidada que frecuentemente quiso Ud. abordar pero por falta de información sobre los posibles tratamientos prefirió guardar silencio.

No se deberá de aceptar la impotencia como una complicación insalvable de la diabetes ■

➡ Volver al INDICE

CLINICA
DIABETOLOGICA

Dr. Antuña de Alaiz

Corrida, 23
33206 G I J O N
ESPAÑA

(34) 985 35 05 88

www.clinidiabet.com