



# Caso clínico

## ANÁLISIS DE CASO: DISFUNCIÓN SEXUAL

Camilo Ayala<sup>\*\*\*\*</sup>  
 Juan Carlos González Quiñones<sup>\*\*\*\*</sup>



Norberto es un hombre de 58 años que consulta por un problema con la erección.

Refiere que hace más o menos tres meses notó dificultad para sostener la rigidez del pene por lo cual no pudo penetrar a su esposa y concluir el acto sexual. Refiere que su vida sexual ha sido plena; ahora, con estímulos logra erecciones, pero no la suficiente rigidez para penetrar. Igual han continuado con su esposa su vida sexual, sustituyendo la penetración con diversos tipos de estímulos. Se siente preocupado pues quisiera lograr la penetración tanto por él como por su esposa. Refiere una relación plena con ella en todo sentido y al preguntar por factores de estrés y ansiedad, dice vivir más o menos con los mismos de toda la vida. Al indagar por exámenes de prevención, refiere que hace menos de un año le hicieron glicemia, perfil lipídico, BUN, Creatinina, PSA y EKG; todo dentro de lo normal. Mantienen relaciones sexuales con su esposa una vez por semana, aunque últimamente las han dejado cada 15 días, creando ambientes más relajados, conversando y tomándose una copa; aun así, sin lograr la erección suficiente para la penetración.

La revisión por sistemas mostró que presenta erecciones nocturnas y se levanta una vez en la noche para orinar, notando que el chorro ya no es como antes. Duerme máximo cinco horas y, con cierta frecuencia, se desvela sin razón específica. Se considera un poco pesimista y algo ansioso.

Ha padecido de dolor en la articulación del grueso artejo (cuatro episodios en los últimos cinco años). Le dijeron que era gota y solo le prescribieron analgésicos. Fue operado de miopía con muy buenos resultados. De resto, su salud ha sido muy buena. No existe diabetes en la familia y sus padres viven con buena salud (madre con hipertensión arterial). En general dice que es muy raro que él se incapacite por enfermedad (se nota un sentido de responsabilidad laboral muy grande).

Él es profesional, bien preparado y muy responsable. Vive en casa propia con dos hijos, una de 17 años y el otro de 14 años. Casado desde hace 20 años. Aunque ha tenido trabajo, las condiciones laborales no han sido las más apropiadas (en

los últimos 10 años). Hace cuatro meses cambió de puesto (la firma en la que estaba se estaba quebrando) y en el que está ahora se siente más tranquilo, pero gana un 20 % menos. Su esposa también trabaja y, si bien les alcanza, a él le preocupa la situación del mercado laboral y que otra crisis conlleve a no poder cumplir con su deber. Se siente por completo apoyado por su familia nuclear. Igualmente, se apoyan emocional y materialmente con las familias de sus hermanos y entre todos velan por la seguridad material de sus padres.

Al examen, su peso fue de 74 kilos y su estatura 1,73 m. Signos vitales dentro de lo normal. Cabeza: se observa reflejo por cirugía ocular. Cuello, tórax, abdomen normal. Examen genital: inspección, testículos y glande de tamaño normal. No se palpan anomalías en estructura del glande ni en testículos.

Al aplicarle un test sobre relaciones sexuales (IIEF), se obtuvo: En el último mes pudo tener erección, pero no suficiente rigidez, no pudo penetrar y, a pesar de los estímulos, no logró una erección plena. Ha hecho dos intentos. Refiere que es satisfactorio estar con su esposa, que lo disfrutan, pero que no puede penetrarla y, por ende, no eyacula. Siente que le faltó completar ese círculo sexual, aunque logra que su esposa alcance el orgasmo a través de caricias sexuales. Siente deseo por su esposa y está satisfecho sexualmente de su pareja. Siente que su deseo sexual ha empezado a disminuirse y, si bien, cree que eso no es tan problemático para él, quiere responderle a su pareja.

¡Qué caso tan interesante el de Norberto! Cuando se discutió el caso se consideró que el diagnóstico está enmarcado bajo el término **disfunción sexual**. Ciertamente se le reconoció a la historia un enfoque integral, pues creemos que nos permite hacer un enfoque **biopsicosocial**. Sostenemos que Norberto es un adulto maduro, que vive en un hogar nuclear, con hijos adolescentes, bajo las condiciones de incertidumbre de un mercado laboral como el nuestro y que consulta por un problema de **disfunción eréctil**.

### El enfoque

Se van a describir un grupo de entidades muy frecuentes, cuyo abordaje está dado en la Atención Primaria en Salud (APS) por la confianza que se logre generar entre los pacientes y los equipos de salud. El asunto es identificar lo que es lo normal y anormal en torno a la función sexual de los hombres, concepto abarcado bajo la disfunción sexual masculina, constituida por:

<sup>\*\*\*\*</sup> MD. Especialista Med. Familiar Integral, Gerencia en Salud – camilo.ayala@juanncorpas.edu.co

<sup>\*\*\*\*</sup> MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC – juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co





## CARTA COMUNITARIA

- La disfunción eréctil.
- La disminución de la libido.
- La eyaculación anormal.

Para entender, nada mejor que hacer un breve recuento de la anatomía y fisiología que intervienen.

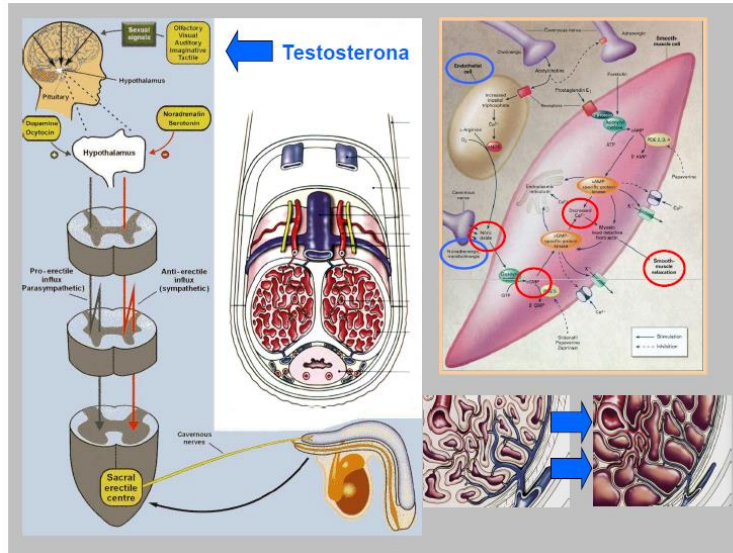


Imagen tomada de: <https://goo.gl/SEgRvg>

La imagen (tomado de una presentación del doctor Josep M<sup>a</sup> Pomerol (1), pone de manifiesto las estructuras anatómicas intervinientes en la función sexual de los hombres. Se necesita tener el impulso sexual (libido) que surge en el cerebro, y que se transmite (hormona liberadora de gonadotropina) a través del sistema nervioso por el centro

neuronal de la médula espinal ubicado en T-11 a L-2 (el centro de erección toracolumbar), para llegar al sistema genitourinario (estímulo testicular, que libera testosterona), donde se provocará una respuesta vascular del pene debidamente estimulado. En esa respuesta interviene una fascinante bioquímica.

### La erección

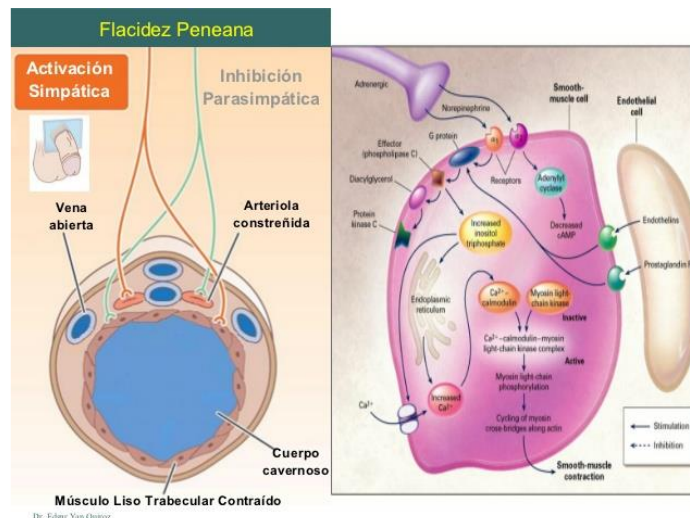


Imagen tomada de: <https://goo.gl/9kwQ4f>

Siendo realmente una, didácticamente se han descrito dos tipos de orígenes de la erección. La refleja, mediada por el sistema nervioso (médula y nervios periféricos) y, la psicógena, mediada por cerebro y su área límbica a través de estímulos.



### La hemodinámica

En sí misma, la erección es un fascinante evento de llenado y salida de sangre que se lleva a cabo en el pene. La erección del pene (2) se provoca así:

- Existe un estímulo cerebral (lo psicológico).
- Se transmite al nervio cavernoso.
- El flujo sanguíneo del pene se acelera: los factores relajantes liberados permiten que las arterias y arteriolas llenen de sangre los cuerpos cavernosos (el **óxido nítrico** interviene como neurotransmisor clave para la erección), llenándose los sinusoides y expandiéndose.
- Ello determina que todo el plexo venoso quede lleno y, además ocluido (no drena), lo que determina la erección.
- Si a ello se agrega la contracción de los músculos bulbocavernosos e isquiocavernoso en la base del pene durante las relaciones sexuales, que comprimen los vasos de la base del pene, se incrementa la erección.

Al eyacular:

- Cesan los estímulos cerebrales (neurotransmisores).
- Las fosfodiesterasas interrumpen los estímulos bioquímicos celulares que sostienen la erección y que, serán un elemento clave a tener en cuenta para el manejo.
- El músculo liso trabecular vuelve a abrir los vasos venosos.
- La sangre atrapada es expulsada.
- El pene entra en flacidez.



Entendiendo **estos** componentes, se comprende que las alteraciones de la erección pueden ser debidas a diversas causas, observándose, por cierto, que cada vez, disminuye más la psicógena y se incrementa la orgánica, de seguro por la mejora en los procesos diagnósticos.

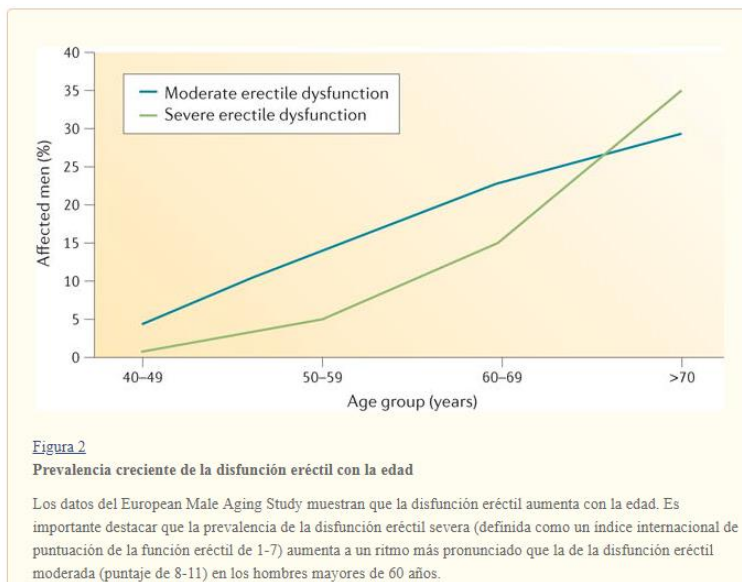
### El óxido nítrico: clave bioquímicamente



La imagen sintetiza lo que afecta disminuyendo o incrementando el óxido nítrico. Este neurotransmisor resulta clave para el aporte del oxígeno intracavernoso y su disminución (pérdida de erección) o aumento (erección), son claves en la dinámica de la disfunción sexual.



### La vida sexual



Indagar por la vida sexual de la persona es clave para estudiar las disfunciones eréctiles. Epidemiológicamente y con la edad, la función sexual disminuye, siendo un poco más notoria en la mujer. La imagen (3) pone de manifiesto la clara tendencia ascendente de la disfunción sexual con la edad.

¿Cuál será el comportamiento sexual normal a través de la edad? Claramente está determinado por una poderosa influencia sociocultural que se ha de tener en cuenta. Lo evidente es que, en la medida en que pasan los años, toda la fisiología hormonal se modifica.

### Qué se debe preguntar

Es muy importante generar empatía con el paciente (4), pues es claro que se deberá abordar mucho acerca de su vida íntima. Sin duda, bajo el sueño de la APS (5), la confianza entre el médico y el paciente es una clave y la continuidad (6) (ser su médico de siempre, así como el de su familia) resultará importante para todo el acompañamiento. El

abordaje de su vida sexual resulta indispensable y, si esta previamente ha venido disminuyéndose, o es de poca actividad, la disfunción eréctil se hace más frecuente. Es importante de indagar la pérdida de deseo hacia la pareja (7). Puede ser útil usar el cuestionario Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5).

#### El cuestionario IIEF-5

En los últimos seis meses:					
	Muy bajo	Bajo	Moderar	Alto	Muy alto
1. ¿Cómo califica su confianza de que podría obtener y mantener una erección?	1	2	3	4	5
2. Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para la penetración?	Casi nunca o nunca 1	Unas pocas veces (mucho menos de la mitad del tiempo) 2	A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) 3	Mayoría de las veces (mucho más de la mitad del tiempo) 4	Casi siempre o siem 5
3. Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja?	Casi nunca o nunca 1	Unas pocas veces (mucho menos de la mitad del tiempo) 2	A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) 3	Mayoría de las veces (mucho más de la mitad del tiempo) 4	Casi siempre o siem 5
4. Durante las relaciones sexuales, ¿cuán difícil fue mantener su erección hasta la finalización de las relaciones sexuales?	Extremadamente difícil 1	Muy difícil 2	Difícil 3	Ligeramente difícil 4	No es difícil 5
5. Cuando intentaste tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para ti?	Casi nunca o nunca 1	Unas pocas veces (mucho menos de la mitad del tiempo) 2	A veces (aproximadamente la mitad del tiempo) 3	Mayoría de las veces (mucho más de la mitad del tiempo) 4	Casi siempre o siem 5
<b>Puntaje total:</b>					
	1 a 7: ED severa	8 a 11: Moderada ED	12 a 16: ED leve-moderada	17 a 21: ED leve	22 a 25: sin ED

### Sospecha de origen psicógeno

El saber en la historia si el comienzo es repentino, con algún grado de erección que no permite la penetración, con la presencia de erecciones espontáneas durante el sueño o cuando se levanta, orienta hacia un origen psicógeno. Bajo esta situación se establece el ciclo nocivo de estrés por no erección y temor (ansiedad) de repetir en la siguiente relación con la pareja.



### El examen físico

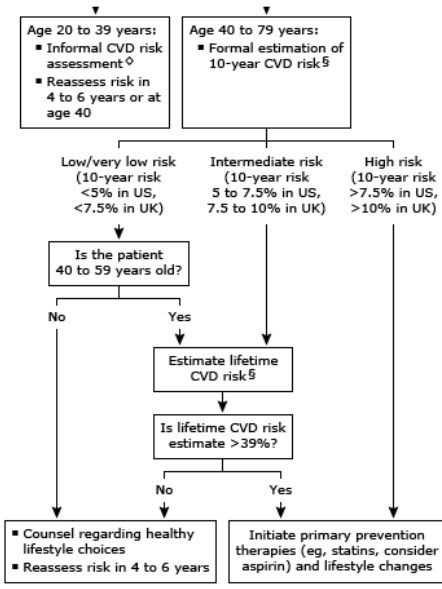
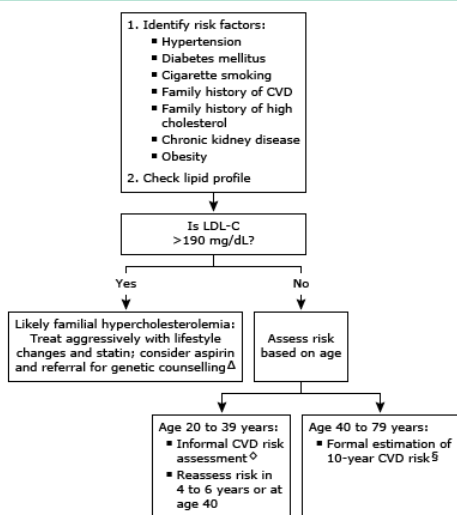
Está orientado a descartar la presencia de signos que hagan sospechar compromiso general. Revisar muy bien los pulsos femorales o detectar hipertensión permite sospechar daño vascular (causa vasculogénica), factor orgánico presente como primera causa orgánica de la disfunción eréctil. También es clave examinar las sensibilidades (reflejo cremesteriano) para indagar sobre la integridad del sistema

nervioso. Más raro, pero no menos expectante, es revisar los rasgos masculinos (o su disminución), examinado la presencia de ginecomastia o de cambios testiculares (déficit de testosterona) y, ciertamente, un examen de campo visual no debe faltar (descartar alteración hipofisaria). Por supuesto, la evaluación del pene es clave para descartar la presencia de placas (enfermedad de Peyronie).

### Recordar que...

La disfunción eréctil puede ser la primera manifestación de un paciente que, a futuro próximo, haga un evento coronario. Por ello no está por demás aplicar a pacientes como Norberto una escala de riesgo cardiovascular.

#### Evaluación de riesgo de ECV en adultos de 20 a 79 años sin antecedentes de ECV aterosclerótica \* ¶



© 2018 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Todos los derechos reservados.

### Relación de disfunción con causa iatrogénica (por medicamentos)

Numerosos son los medicamentos que intervienen y pueden afectar la erección. Los siguientes son los responsables más frecuentes de este de efecto colateral (3) que se puede observar en algunos de los que los reciben:

- Diuréticos tiazídicos, bloqueadores beta y espironolactona utilizados para tratar la hipertensión.
- Digoxina utilizada para tratar la fibrilación auricular.
- Inhibidores de la 5α-reductasa, usados para tratar la hiperplasia prostática benigna.
- Anti-andrógenos utilizados para tratar el cáncer de próstata.
- Agonistas y antagonistas liberadores de hormona luteinizante usados para tratar el cáncer de próstata.
- Antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, benzodiazepinas, antipsicóticos y fenitoína, usados para tratar la depresión y otras afecciones psiquiátricas.
- Bloqueadores H 2 usados para tratar úlceras.
- Los opiáceos para manejo del dolor.

### Estilo de vida

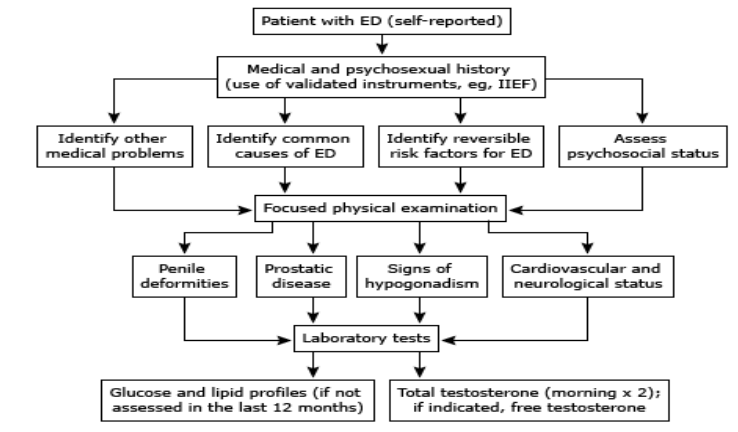
Factores tales como fumar, abuso de alcohol, comida con pocas frutas y verduras y muchos lácteos o carnes, así como bebidas azucaradas, se relacionan, de seguro por el riesgo metabólico y la diabetes, que con mucho y como parte de su evolución ateromatosa y neurológica, podrán desencadenarla. Como se ve, es similar al riesgo del síndrome metabólico, del cual, la disfunción eréctil puede ser una manifestación.

### Los laboratorios básicos

Se deben solicitar, más para descartar, glicemia (descartar diabetes), perfil lipídico (descartar enfermedad endotelial) y antígeno prostático (descartar cáncer de próstata). Estos constituyen la primera línea que se debe cubrir desde el nivel primario.



### Evaluación de la disfunción eréctil



El algoritmo simplifica la evaluación sugerida en los pacientes que consultan por primera vez.

#### Segunda línea

Entendida como el concurso de los especialistas donde está el solicitar nivel de testosterona, prueba de detección de erecciones nocturnas y doppler de vasos del pene. Ciertamente no se considera que corresponde ya al manejo del nivel de los cuidadores primarios, pasando al manejo de la especialidad (complementarios) (8).

#### El caso de Norberto

Por su historia, se considera que se trata de una disfunción sexual severa, de aparición súbita, sin manifestaciones al examen físico que hagan sospechar enfermedad, con bajo riesgo cardiovascular y, más sospechoso de una causa psicógena.

De seguro, la disfunción sexual de Norberto está relacionada con la ansiedad por la que ha pasado a raíz de su nuevo puesto. El ciclo bien puede ser el siguiente:

Ante un fracaso en la erección, Norberto pierde confianza y empieza a sentir temor de que se repita. Surge la ansiedad

y, como consecuencia, el cerebro libera noradrenalina lo que puede provocar vasoconstricción a nivel del cuerpo cavernoso, disminuyéndose el efecto vasodilatador del óxido nítrico, impidiendo la respuesta de la erección (9), con la pérdida de la rigidez peneana. Este ciclo permite identificar el papel del cerebro en la función sexual.

Dice Pomerol (1): "El fracaso de la erección y sus dramáticas consecuencias en la relación sexual con la pareja queda muy "grabado" en el cerebro, pudiendo condicionar los fallos posteriores o la evitación de la actividad sexual".

#### Su enfoque de tratamiento

El caso de Norberto es un caso ideal para el Sildenafil o alguno de sus derivados (**inhibidores de la fosfodiesteraza-5**). Partiendo de que Norberto se siente atraído por su pareja, es importante incentivarlos para seguir promoviendo ambientes sexuales más relajados, lo que, por cierto, él ha venido haciendo. Por ello el pronóstico es excelente. Norberto y su pareja tienen un poderoso vínculo familiar (10), lo que determina que la respuesta integral al manejo sea prometedora.

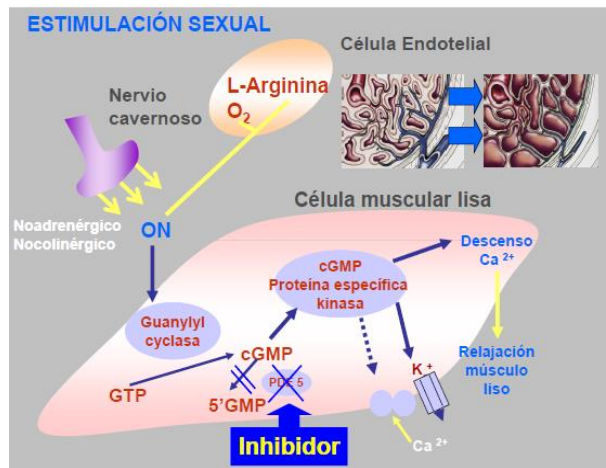


Imagen tomada de: <https://goo.gl/kuw5Z6>



La enzima PDE5 hidroliza el monofosfato de guanosina cíclico (GMPc) en el tejido del cuerpo cavernoso del pene. La inhibición de la PDE5 provoca un aumento del flujo arterial (liberación de óxido nítrico), lo que origina relajación del musculo liso, vasodilatación y erección del pene (11).

El Sildenafil es el primer medicamento (más conocido comercialmente como viagra) y se debe reconocer su enorme

impacto y eficacia. Actúa a los 30 minutos de haberlo tomado y se puede iniciar con 25 mg (pastilla de 50 mg), o de 50 mg, dependiendo de la respuesta. Se deben evitar comidas pesadas antes de tomarlo, pues disminuyen su absorción. Las diferencias encontradas con los siguientes inhibidores de la fosfodiesteraza-5 (tadalafilo, vardenbafilo) son relativas al tiempo de duración y la necesidad de tomar menos pastillas.

### Efectos colaterales

Eso es lo bueno, que realmente son pocos. La tabla los resume.

Acontecimiento adverso	Sildenafil (%)	Tadalafilo (%)	Vardenafilo (%)
Cefalea	12,8	14,5	16
Sofocos	10,4	4,1	12
Dispepsia	4,6	12,3	4
Congestión nasal	1,1	4,3	10
Mareos	1,2	2,3	2
Anomalía de la visión	1,9		<2
Dolor de espalda		6,5	
Mialgias		5,7	

Tomado de la guía <https://goo.gl/jwAzGx>

Por supuesto que en pacientes con enfermedad cardiovascular se deben usar con precaución. Están contraindicados en pacientes que reciben vasodilatadores coronarios (nitratos, nitroglicerina, isonitrato de isosorbida).

### ¿Cuál escoger?

Probablemente, en el caso de Norberto, el tratamiento puede ser iniciar el Sildenafil, tomándolo al menos una hora antes cada vez que vaya a tener relaciones sexuales con su pareja. Se recomienda iniciar con una tableta (casi que asegurando la erección con los debidos estímulos) y, si la respuesta es

adecuada, la siguiente vez probar con media tableta, buscando así su dosis. Claro, en caso de personas jóvenes con una actividad sexual más frecuente, el tratamiento será tomando los medicamentos con mayor frecuencia.

### Sostenemos

Que el uso de Sildenafil pertenece a la atención primaria. Que casos como el de Norberto son muy frecuentes y que la APS encuentra en la disfunción sexual un enorme campo de aplicación. Un equipo de salud dedicado a Norberto y a su familia (12), donde el acceso y la confianza estén garantizados, y donde la resolución sea una posibilidad real,

pueden ser la respuesta para que el sistema de salud colombiano se convierta en lo que se debe convertir, un orgullo para la población, tal y como sucede en Costa Rica (13). ¿Qué sería lo esperado? Prescribirle que en el siguiente encuentro sexual se tome una hora antes el Sildenafil y que luego venga a informar cómo fue la respuesta.

### Para concluir

Una consulta como la de Norberto, es, y será más frecuente, en la medida en que los sistemas de salud ofrezcan una mejor atención a sus usuarios. La confianza entre el paciente y su médico resulta clave. Afirmamos que el equipo primario debe conocer y manejar los **inhibidores de la fosfodiesteraza-5**, que son, junto con una consulta motivacional que explique y ahonde acerca de la relación sexual con la pareja, la primera respuesta. Sostenemos que el uso de dispositivos, o de manejos locales sobre el pene, son de la especialidad.

### REFERENCIAS

- Pomerol JM. Disfunción sexual y enfermedad cardiovascular [Internet]. Abril de 2013. Disponible en: <https://goo.gl/Ektzcs>
- Martínez JI, Martínez C, Portillo L, Gabancho S, Moncada I, Carballido J. Fisiología de la erección. Arch. Esp. Urol. [Internet]. 2010; Oct [citado 2018 mayo 24]; 63(8):581-588. Disponible en: <https://goo.gl/pMeCJn>
- Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. Erectile Dysfunction. Nature reviews Disease primers. 2016;2:16003. doi:10.1038/nrdp.2016.3
- Coulter A. Patients Views of the Good Doctor. Bio Med Journal 2002; 325: 668-9.
- Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- Guthrie B, Wyke S. Personal Continuity and Access in UK General Practice: A Qualitative Study of General Practitioners and Patients Perceptions of When and How They Matter. BMC Family Practice 2006; 7:11.
- Cunningham G, Mohit K. Evaluation of Male Sexual Dysfunction. UPTODATE <https://goo.gl/CtBhsP>
- Política de Atención Integral en Salud Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., enero de 2016. Disponible en: <https://goo.gl/ZZn2VZ>
- Pomerol JM. Disfunción eréctil de origen psicógeno. Arch. Esp. Urol. 2010; 63 (8): 599-602.
- Waldinger R. TED. Ideas Worth Spreading [Internet]. ¿Qué resulta ser una buena vida? Lecciones del estudio más largo sobre la felicidad [citado 2018 mayo 20] Disponible en: <https://goo.gl/ZKX4GR>
- Wespes E et al Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz. European Association of Urology; 2010.
- González JC, Restrepo GL, Hernández AD, Ternera DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá Rev. salud pública. 16 (6): 871-884, 2014.
- Buettner D. Los lugares más felices del mundo. Revista oficial de National Geographic society. 2017; 41(5): 18-47.

