



Protocolo de evaluación y tratamiento de la disfunción sexual en el varón con diabetes

L. Bassas Arnau*

Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. Barcelona. España.

Palabras Clave:

- Diabetes mellitus
- Disfunción eréctil
- Disfunción sexual
- Testosterona
- Inhibidores de la fosfodiesterasa 5
- Alprostadil
- Prótesis de pene

Keywords:

- Diabetes mellitus
- Erectile dysfunction
- Sexual dysfunction
- Testosterone
- Phosphodiesterase 5 inhibitors
- Alprostadil
- Penile prosthesis

Resumen

Epidemiología. La disfunción eréctil es frecuente en hombres diabéticos, y se relaciona con el tiempo de evolución de la diabetes, la edad y las complicaciones vasculares y neurológicas.

Etiopatogenia. Las lesiones arteriales, la neuropatía autonómica y la disfunción del endotelio se combinan en la producción de disfunción eréctil.

Evaluación diagnóstica. Se basa en caracterizar los síntomas, definir el contexto psicosexual del paciente, identificar los factores de riesgo y atender a las necesidades particulares. La objetivación de la erección tras la inyección intracavernosa de fármacos vasodilatadores, asociada al eco-Doppler son pruebas diagnósticas útiles para comprobar los mecanismos alterados.

Tratamiento. La primera línea de tratamiento la forman los inhibidores específicos de la fosfodiesterasa tipo 5. Se puede inducir la erección con inyección intracavernosa o intrauretral de vasodilatadores. Los sistemas de vacío no requieren inyección ni fármacos. Las prótesis de pene se pueden implantar quirúrgicamente en el interior de los cuerpos cavernosos en los casos resistentes a otros tratamientos.

Abstract

Assessment and treatment protocol for sexual dysfunction in male patients with diabetes

Epidemiology. Erectile dysfunction is common among diabetic men, and is related to the duration of diabetes, age and vascular and neurological complications.

Etiopathogenesis. The production of erectile dysfunction arises from combined effects of endothelial dysfunction, arterial damage and autonomic neuropathy.

Diagnostic assessment. It is based on the profile of the symptoms, the definition of the psychosocial context of the patient, the identification of risk factors and the knowledge of individual needs. The objective measurement of erectile response after intracavernous injection of vasodilators plus Doppler ultrasound are useful diagnostic tests to check the mechanisms involved.

Treatment. The first line of treatment are the specific inhibitors of phosphodiesterase type 5. Erections can be induced by vasodilator drugs administered intracavernous or intraurethral. Vacuum constriction devices do not require either drugs or injections. Surgical penile prostheses may be implanted into the cavernous corpora when other treatments are not effective.

*Correspondencia

Correo electrónico: lbassas@fundacio-puigvert.es

Introducción

La prevalencia de la disfunción eréctil en hombres diabéticos es tres veces más alta que en la población general, y afecta a un 35-75% de los hombres diabéticos, en función de la edad, los años de evolución, el control glucémico y la presencia de otras complicaciones crónicas y factores de riesgo¹. Las causas de impotencia en pacientes diabéticos incluyen disfunción endotelial, depleción de óxido nítrico por neuropatía autonómica, fibrosis del tejido eréctil y lesiones arterioscleróticas de las arterias pudendas y cavernosas². En conjunto determinan que el estado funcional del tejido vascular cavernoso se oriente a favor de la vasoconstricción.

Diabetes y déficit androgénico

Los hombres diabéticos presentan frecuentemente testosterona y SHBG disminuida³. El déficit androgénico puede suponer un factor adicional que reduce la libido y empeora el cuadro de disfunción sexual de los hombres diabéticos y, al mismo tiempo, contribuye a empeorar el balance metabólico y cardiovascular.

Evaluación del paciente diabético impotente

Historia clínica

Tras la etiqueta «impotencia» pueden aparecer síntomas tan diversos como disminución de la libido, alteraciones del orgasmo u otras. Los pacientes con diabetes tipo 1 tienen una edad de presentación más temprana, mayor tiempo de evolución, libido más conservada y mayor componente neurológico que en la diabetes tipo 2. En la tabla 1 se resume la sistemática recomendada.

Hay que registrar si la disfunción eréctil es primaria o secundaria, el tiempo de evolución, la forma de instauración, los acontecimientos asociados al inicio del síntoma y el curso temporal (progresivo, estable, fluctuante). Si hay erecciones normales en determinadas circunstancias sabremos que el mecanismo eréctil está conservado. Por el contrario, las alteraciones orgánicas suelen acompañarse de erecciones siempre incompletas⁴.

La ansiedad durante la ejecución del acto sexual se manifiesta en un empeoramiento de la res-

puesta sexual, conducta de evitación e incluso inhibición de la relación social. Cuando la disfunción eréctil se acompaña de alteraciones en la calidad o la cronología del orgasmo (anorgasmia, eyaculación prematura) debemos pensar en una causa psicológica asociada. El consumo de alcohol y tabaco actuarán como riesgos adicionales. Ciertos medicamentos tienen efectos negativos en la respuesta sexual.

Exploración física

Conviene realizar la inspección de los caracteres sexuales secundarios, el examen del pene en busca de malformaciones, induraciones, fibrosis o acortamiento, y la exploración testicular. El tacto rectal estará indicado en pacientes añosos y cuando se presentan síntomas del tracto urinario inferior.

Pruebas diagnósticas

La justificación de pruebas diagnósticas específicas dependerá de la edad, la perspectiva de usar determinados tratamientos, el interés del paciente por conocer las causas de su problema o razones médico-legales.

La inyección intracavernosa de fármacos vasodilatadores induce una erección objetivable. Habitualmente se usa prostaglandina E1 (alprostadil) en dosis de 20 µg. La respuesta eréctil se evalúa según la tumescencia, el ángulo, la rigidez y la duración del efecto. La inyección de vasodilatadores también es útil como prospección del tratamiento mediante au-

TABLA 1

Pauta de evaluación y tratamiento de la disfunción eréctil

| Fase | Acción | Resultado |
|------------------------------|---|--|
| Evaluación inicial | Historia médica, sexual y psicosocial Examen físico Determinaciones de laboratorio | Caracterizar la DE y otros síntomas asociados Determinar grado de afectación Identificar factores de riesgo/causales Orientación preliminar |
| Educación y exploraciones | Educación psicosexual y de pareja ¿Necesidad de pruebas adicionales? IIC de vasodilatadores Eco-Doppler peneano Tumescencia peneana nocturna Cavernosografía Pruebas neurológicas Pruebas endocrinológicas | Conocer necesidades y preferencias Determinar nivel y mecanismos de la disfunción Probar la eficacia y viabilidad de los tratamientos |
| Modificar causas reversibles | Mejorar el control metabólico Actuar sobre tóxicos y hábitos Revisar tratamientos médicos Corregir déficit androgénico Tratamiento psicológico-psiquiátrico | Resolución, seguimiento Persistencia de la DE, pasar a siguiente fase |
| Tratamiento nivel 1 | Inhibidores PD5 Preferencias Contraindicaciones Limitaciones | Resolución, seguimiento Persistencia DE, pasar a siguiente fase |
| Tratamiento nivel 2 | Autoinyección intracavernosa Sistemas de vacío | Resolución, seguimiento Persistencia DE, pasar a siguiente fase |
| Tratamiento nivel 3 | Prótesis quirúrgica de pene | Seguimiento |

DE: disfunción eréctil; IIC: inyección intracavernosa.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3804934>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3804934>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)