



## DISFUNCIONES SEXUALES DEL VARÓN

*El pene no obedece la orden de su dueño, quien trata de que se endurezca o ablande a su voluntad; mientras, en lugar de ello, el pene libremente se endurece mientras su dueño duerme. El pene debe tener su propia mente, de cualquier manera que uno se lo imagine.*

**Leonardo da Vinci**

*Dime de qué presumes y te diré de qué careces.*

**Viejo refrán anónimo**

Como dice J. F. Martí, “el sexo proporciona placer, pero en ocasiones frustración. Es estimulante, pero puede ser fuente de inhibición. Puede ser una forma de expresar afecto, pero no necesariamente. Y es muchas cosas más: una mercancía, un alivio del tedio, una relajación de la zozobra o una obligación conyugal...”. También es usado como demostración de poder, castigo o escarnio.

Desde tiempo inmemorial la actividad genital ha sido motivo de escritos y dibujos (Kamasutra, huacos y otros), pero sólo recientemente el conocimiento de la respuesta sexual humana y sus alteraciones ha adquirido jerarquía científica.

Las opiniones de S. Freud y de H. Ellis a fines del siglo XIX aportan una visión distinta sobre la sexualidad, pero creemos que los informes Kinsey, conteniendo los resultados de entrevistas realizadas a 18.000 personas sobre conductas sexuales del varón en 1948 y de la mujer en 1953, fueron el inicio de la investigación sistemática de la actividad sexual.

Posteriormente, en la Universidad de St. Louis (Missouri, EUA) los doctores W. Masters –médico– y V. Johnson –psicóloga–, junto a un equipo de investigadores y “colaboradoras”, desarrollaron un famoso trabajo en aspectos fisiológicos y psicológicos de la sexualidad y su terapéutica. En una tarea de laboratorio y gabinete monitorearon más de 10.000 coitos con equipos de medición y filmación, publicando *Human sexual response* en 1966, *Human sexual inadequacy* en 1970, *The pleasure bond* en

1975, *On sex and human loving* en 1986, etc. Estos libros no sólo se constituyeron en fuente de formación y de consulta para profesionales de la salud en todo el mundo (y lo siguen siendo), sino –en razón de su claridad y sencillez didáctica–, en *best-sellers* de literatura general.

Una colaboradora de ellos, la Dra. Helen S. Kaplan –psicóloga–, perfeccionó elementos del tratamiento, presentando un nuevo y más amplio enfoque clínico, sumando el “deseo” como etapa inicial de la respuesta sexual (deseo-excitación-orgasmo). Sus obras *New sex therapy* en 1974, y *Disorders of sexual desire* en 1979, dieron relevancia a la llamada Terapia Sexual.

En 1980 R. Virag se autoinyectó clorhidrato de papaverina en el cuerpo cavernoso, demostrando su efecto sobre la erección y dando gran impulso a su conocimiento (publicó su experiencia en *Lancet* en 1982). Nació así un eficaz tratamiento para la disfunción eréctil (muy útil aún hoy), pero más importante, favoreció la investigación de drogas vasoactivas, efectivas para la erección.

Dos informes en 1966 comunicaron experiencias piloto con un inhibidor de la fosfodiesterasa 5, el sildenafil, como tratamiento oral efectivo de la disfunción eréctil. En mayo de 1998 el *New England Journal of Medicine* publicó una experiencia con mayor número de casos, resultando la droga aprobada en tiempo récord por la FDA. Su efecto se difundió explosivamente por todo el mundo, provocando una formidable demanda del medicamento y un llamativo incremento de consultas, sin precedentes, lo que reveló una gran necesidad oculta.

Hay algunos hechos o circunstancias que incidieron notoriamente sobre las conductas sexuales a nivel mundial. Por un lado, la difusión del coito interrumpido (*coitus interruptus*); si bien estaba ya descrito en la Biblia, no tenía aceptación social, pero a partir del siglo XVIII es parte de la sexualidad matrimonial. Por otro lado, el condón o preservativo (antiguos “falopios” de lino impermeabilizado). Los condones fueron fabricados con caucho en años vecinos a 1850; eran costosos pero lavables y reutilizables, pasando a ser de látex en 1930. Socialmente se planteaba su uso como protectores (preservativos) de enfermedades venéreas, pero posteriormente pasaron a ser (y lo son) un común anticonceptivo. Ambos son métodos de anticoncepción en los que, inicial y primordialmente, la decisión de su uso fue masculina, provocando cambios positivos y negativos en las respuestas sexuales de ambos sexos.

La “revolución femenina”, en la post-guerra del 45, con su lucha por iguales derechos y condiciones, impone demandas sexuales que “jaquean” al varón, hasta entonces dueño y señor de la escena. *La píldora*, creación de G. Pincus y colaboradores, que aparece en el mercado mundial en 1960 (Enovid-10), le dio a la mujer tranquilidad y autonomía anticonceptiva. Por primera vez en la historia de la humanidad un método seguro y de libre elección le permitió separar relación sexual de embarazo, es decir placer de reproducción. La revolución femenina y la píldora sacudieron, entre otras cosas, la relación de poder en la pareja.

Pocos años después las conductas sexuales, en ambos sexos, viven un proceso convulsivo de cambio: el *destape*, el *amor libre*, el fin de la represión, la vivencia de diferentes experiencias sexuales... Pero en 1981 hace su aparición el SIDA. Como dijo un periodista: “El sida y los narcisistas ochenta quebraron aquel impulso liberador... y hoy subyacen muchas de las cuestiones elementales... La práctica nos ha convencido de que el sexo es una parcela importante de lo psíquico, pero no la única. El amor, la sensualidad y el cariño son tan importantes, o a veces más, que el propio sexo...” (J. Ribas).

### Dificultades en el funcionamiento sexual del hombre

Éstas comprenden alteraciones del deseo, erección, eyaculación y orgasmo, que pueden presentarse en forma única o combinada, permanente o selectiva y ocasional y total o parcial. Es muy frecuente que sea el médico, cualquiera fuere la disciplina que practique, quien resulte consultado tanto por el hombre como por su pareja. El profesional debe conocer cómo actuar ante tan conflictivo requerimiento, además de los efectos secundarios o con-

comitantes de la medicación prescrita o que acompañen a patologías e intervenciones (IAM, intervenciones quirúrgicas e instrumentaciones sobre el aparato genital, entre otros).

La consulta por estos problemas resulta una difícil experiencia para el afectado ya que significa relatar a un extraño situaciones que pertenecen a su exclusiva intimidad y en la que se mezclan, entre otros, sentimientos de pudor, vergüenza, culpa y desvalorización. En las personas mayores estos problemas se exageran al resultar su sexualidad muchas veces negada o ignorada por considerarla patrimonio exclusivo de los jóvenes. El ámbito y momento de la consulta deben ser los adecuados para poder escuchar al conflictuado paciente, facilitando la anamnesis cuidadosa y completa, sin utilizar en la misma términos de difícil comprensión. Hay que asumir una actitud comprensiva y no prejuiciosa. Resulta también positivo alentar al hombre a que en sucesivas entrevistas incluya, cuando sea posible, a su pareja que puede estar compartiendo y acompañando con “su” sintomatología las dificultades que el hombre expresa como exclusivas y propias, para extender así la acción terapéutica a la unidad “pareja”. Se ha insistido en que “cualquier abordaje deberá tener en cuenta la actitud de la pareja en el problema y la probable respuesta frente a un tratamiento efectivo.”

Me referiré acá sólo –y sucintamente– a la **disfunción eréctil (DE)**. Se define así a “la incapacidad total o parcial para alcanzar y/o mantener una erección peneana con una rigidez suficiente para lograr una relación sexual satisfactoria.”

*Primaria* si se presenta con el comienzo de la vida sexual, o *secundaria*, cuando aparece *a posteriori* de un período normal de sexualidad. *Permanente u ocasional*, cuando se da en algunas circunstancias o con alguna pareja en particular. Por su severidad puede ser leve, moderada o completa; su frecuencia es alta a partir de los 40 años, con un fuerte incremento después de los 60 años.

Si bien difieren los criterios de selección, todas las investigaciones dan muestra de su importancia. En Massachusetts (EUA) varones de 40 a 70 años presentaron 52% de DE.<sup>1</sup> En Japón, varones de 23 a 79 años mostraron 23% de DE.<sup>2</sup> En nuestro país, varones de 40 a 79 años evidenciaron más de un 41% de DE.<sup>3</sup> Algunos informes revelan tasas de DE superiores al 20% en menores de 40 años.

*En síntesis, podemos decir que 1 de cada 3 varones adultos sufre algún grado de disfunción eréctil, correspondiendo a nuestra zona alrededor de 80.000 hombres con este problema.*

### Breve reseña fisiológica de la respuesta sexual masculina

Un estímulo erótico, que actúa a nivel central –psicogénico– o a nivel genital, táctil –reflexogénico– causa una respuesta relajadora de la musculatura lisa de las arterias y del tejido sinusoide-trabecular peneano. Este fenómeno es provocado por la liberación de neurotransmisores en los cuerpos cavernosos, con producción de óxido nítrico y (en menor proporción) de prostaglandina E y péptido vasoactivo intestinal (VIP). Se distienden los espacios lacunares, permitiendo el llenado sanguíneo y alcanzándose la tumescencia. La distensión permite un segundo fenómeno, veno-oclusivo, por elongación y compresión de las vénulas contra la túnica albugínea y durante su pasaje a través de la fascia de Buck. Quizá, también, por contracción de los músculos bulbo e isquio-cavernosos. De resultas, un mecanismo restrictivo al drenaje venoso permite un gran incremento de la presión intracavernosa, lográndose la erección y la rigidez.

La testosterona juega un rol importante tanto a nivel central (desarrollo y mantenimiento de la libido) como a nivel periférico (expresión de la sintetasa del óxido nítrico, funcionalidad de la estructura endotelial-trabecular cavernosa y relajación y contracción del músculo liso).<sup>4</sup>

Resumiendo, para que esta fenomenología pueda darse, es necesario:

1. un estímulo erótico adecuado,
2. un buen estado de motivación hacia una experiencia sexual,
3. integridad neurológica (para permitir la liberación de neurotransmisores en los cuerpos cavernosos), un flujo arterial normal, integridad estructural y funcional del cuerpo cavernoso, y una completa oclusión venosa.

La pérdida de la erección que sobreviene luego de la eyaculación se debe a la descarga de noradrenalina de la vía simpática (que se activó para producir el reflejo eyaculatorio). Esta acción se ejerce estimulando la fosfodiesterasa 5 (PDE-5) que contrarresta los efectos de las sustancias relajadoras del músculo liso. Se contrae la musculatura lisa, disminuyendo el aporte sanguíneo y por tanto la presión intracavernosa con extinción del fenómeno veno-oclusivo.

### Etiología de la DE

La presencia e importancia de factores de riesgo y/o desencadenantes varía según la edad del paciente. Clásicamente se los identifica como “psíquicos” u “orgánicos” y con frecuencia se da una sumatoria de ellos.

En jóvenes y adultos jóvenes predominan las causas relacionadas con educación (errónea) sexual, formación religiosa represiva, haber padecido abuso sexual, experiencias sexuales previas traumáticas, imagen corporal conflictiva, “ansiedad de desempeño”, cuadros psiquiátricos, medicación (y automedicación), abuso de alcohol y drogas (muchas veces sumados), eyaculación precoz, etc. Es raro su origen orgánico y actúan sobre los primeros elementos superiores de la respuesta sexual, y/o provocan una actividad simpática exagerada, con contracción del músculo liso y pérdida de la erección.

En la edad media de la vida predominan los conflictos de pareja y/o existenciales, estrés, abuso de alcohol y drogas, medicación (y automedicación), o traumas no resueltos de edades previas. Crecen las causas neurológicas, vasculares y de alteración de la funcionalidad cavernosa (fumadores, diabéticos, hipertensos –sobre todo en tratamiento–, dislipémicos,<sup>5</sup> sedentarismo –TV–, enfermedades desmielinizantes, etc.). En este grupo etario, si bien son más afectados los mecanismos superiores de la respuesta sexual, pueden ser los estrictamente peneanos. Dadas las características vivenciales de la relación sexual, a menudo se acoplan respuestas psíquicas negativas.

En la llamada “tercera edad” juegan un rol destacado los cambios fisiológicos provocados por el envejecimiento y las enfermedades, y todas aquellas causas que puedan afectar la respuesta sexual en alguna de sus etapas y/o el acercamiento o la realización de la actividad sexual, tales como medicamentos, enfermedades generales o traumatológicas, aislamiento o falta de privacidad (en geriátricos o a nivel familiar), etc.<sup>6</sup> Muy importante en esta etapa es el rol de la pareja (participación, comprensión, prolongación e intensificación de los juegos sexuales).

Los cambios fisiológicos en esta edad son:

- Más tiempo y más estímulo para lograr una erección.
- Común disminución de la respuesta al estímulo central, psicogénico, pero mantenimiento de la respuesta al estímulo genital, táctil, reflexogénico.
- Mayores períodos refractarios (tiempos para lograr una nueva erección post-eyaculación y para alcanzar un nuevo orgasmo).
- Discreta disminución de la rigidez y leves cambios en la misma durante el coito.
- Común declinación en el deseo, la motivación y la actividad sexual.

El desconocimiento de estos cambios puede hacer que sean vividos con temor y angustia por la pareja y con-

ducir a auténticas disfunciones. Los niveles de testosterona declinan en esta edad a razón de un 1% o más por año, en varones saludables y libres de medicación. *Sólo la elevación de niveles de testosterona que están por debajo del rango normal etario conduce (y en algunos casos) a mejorías en la respuesta sexual.*<sup>7,8</sup>

### Diagnóstico de la DE

- Anamnesis general y dirigida (sexual)
- Examen general y andrológico
- Laboratorio general y hormonal
- Evaluación arterial peneana
- Evaluación neuro-fisiológica peneana
- Imagenología.

Toda esta batería de exámenes y estudios se adecuará a las necesidades diagnósticas, las decisiones terapéuticas y la evolución del tratamiento. En algunos casos, el interrogatorio es tan claro y preciso que no se necesitará de ningún estudio, o sólo algunos, para confirmar el diagnóstico y la terapia.

### Tratamiento de la DE

- Disponemos de:
- Información y consejo sexual; terapia sexual
  - Inhibidores de la PDE-5
  - Sustancias vasoactivas intra-cavernosas
  - Medicación intra-uretral
  - Terapia hormonal.
  - Medicación de acción central (de uso controvertido)

- Dispositivos de vacío
- Prótesis peneanas
- Cirugía vascular.

### Síntesis

La DE es un problema en aumento por varias razones: a) el envejecimiento poblacional, b) las complicaciones de la vida comunitaria, el sedentarismo, la TV, noxas como obesidad, diabetes, hipertensión, fobias, trastornos de ansiedad, el "exitismo", c) cambios en las conductas sexuales, y d) los medicamentos y algunas terapéuticas médicas.

Disponemos de un grado de conocimiento y de metodologías de diagnóstico y tratamiento que permiten ayudar a muchos de nuestros pacientes, siendo necesario con frecuencia el encuadre multidisciplinario.

Los avances en todos los campos de la investigación tanto básica como clínica y de la terapia sexual permitirán ayudar a un mayor número de pacientes. Esperemos superar la situación implícita en la cita de Tolstoi, que en el siglo XIX dijo: "el hombre sobrevive a los terremotos, a las epidemias, a los horrores de la enfermedad, a todas las agonías del alma; sin embargo, la mayor tragedia de todos los tiempos fue, es y será la tragedia del dormitorio."

### Aníbal Rodríguez Pecora

Jefe del Servicio de Endocrinología,  
Hospital Provincial del Centenario,

Rosario

pecora@arnet.com.ar

### REFERENCIAS

1. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, y col. *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study.* J Urol 151: 54-61, 1994.
2. Marumo K, Nakashima J, Murai M: *Age-related prevalence of erectile dysfunction in Japan: assessment by the International Index of Erectile Dysfunction.* Int J Urol 8: 53-9, 2001.
3. Nolzco C, Bellora O, López M, y col. *Prevalence of sexual dysfunction in Argentina.* Int J Impot Res 16: 69-72, 2004.
4. Vignozzi L, Corona G, Petrone L, y col. *Testosterone and sexual activity.* J Endocrinol Invest 28: 39-44, 2005.
5. Seftel AD. *Erectile dysfunction a decade later: another paradigm shift.* J Urol 176: 10-1, 2006.
6. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, y col. *Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study.* Ann Intern Med 139: 161-8, 2003.
7. Gray PB, Singh AB, Woodhouse LJ, y col. *Dose-dependent effects of testosterone on sexual function, mood, and visuospatial cognition in older men.* J Clin Endocrinol Metab 90: 3838-46, 2005.
8. Liu PY, Wang C, Swerdloff S, y col. *Male sexual matters.* Clin Endocrinol 63: 601-2, 2005.