

CHARLAS ESTIMULANTES, PILDORAS O PROTESIS OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA LA IMPOTENCIA

John P. Collins, MD*

Geriatrics. 5:(2) 15-20 Marzo 1989

(Traducido por el Dr. Julio Injoque Mandujano)

Obtener una historia detallada y un examen clínico completo de su paciente anciano impotente es esencial, porque el tipo de terapia indicada dependerá de su condición médica subyacente, actividades diarias, situación social y las expectativas de su pareja.

La impotencia, la incapacidad para obtener y mantener una erección suficiente para la realización de un coito satisfactorio, es un problema extremadamente común en la población general y su incidencia se incrementa con la edad. En el estudio longitudinal del envejecimiento de Baltimore, se reportó que la impotencia afectaba al 8% de los hombres sanos hasta 55 años, el 25% de los hombres sanos hasta los 65 y el 55% de los hombres sanos hasta los 75.

No se debe confundir impotencia con los cambios normales relacionados a la edad en la función sexual, tales como una reducción en la frecuencia de los coitos, lo cual se piensa que debe estar afectado por la salud general, satisfacción con la vida, y actividad sexual previa, más que con un decrecimiento significativo en los niveles de testosterona del suero. Los hombres ancianos toman mas tiempo para obtener una erección que los hombres jóvenes. Los ancianos experimentan una disminución en la sensación orgásmica, una reducción en la fuerza y volumen del eyaculado, y tienen erecciones nocturnas y matutinas menos frecuentes y firmes que las de los hombres jóvenes.

FISIOLOGIA DE LA ERECCION

El tejido de los cuerpos cavernosos consiste en músculos lisos trabeculares irrigado por arteriolas y drenado por vénulas. En el estado flácido los músculos lisos de la trabécula y las arteriolas, están predominantemente bajo el tono adrenérgico, resultando en sinusoides cavernosos colapsados y configuración arteriolar helicoidal. La estimulación se realiza por los nervios parasimpáticos sacros, y puede ser iniciada por sensaciones táctiles a través del nervio pudendo o por estímulos psicogénicos mediados a través de los plexos simpáticos toracolumbares, lo que producirá relajación de las arteriolas y los músculos lisos trabeculares.

El rol de los neuro transmisores colinérgicos es algo controversial. Estos podrían no ser mediadores de la relajación de los cuerpos cavernosos a través de los receptores muscarínicos post-juncionales en las células musculares lisas. Los neurotransmisores parecerían ser los moduladores de otros sistemas neuro-efectores pre-juncionales. La relajación resulta en el llenado de los sinusoides a través de las ramas terminales de la arteria pudenda

* El Dr. COLLINS es Profesor Asistente, del Departamento de Cirugía de la Universidad de Ottawa y miembro del Staff de la División de Urología del Ottawa Civic Hospital.

interna. Inicialmente, esto produce un incremento en el flujo venoso de los cuerpos cavernosos que pronto cesa por compresión pasiva de las venas emisarias porque estas prosiguen un curso angulado a través de la túnica albugínea que rodea los cuerpos cavernosos, con una alza resultante en la presión intracorporea. La Detumesencia es el resultado de la disminución en la estimulación colinérgica con la reasunción de un tono adrenérgico predominante.

CAUSAS.-

La impotencia es un problema multifactorial. Mientras la impotencia psicogénica puede ocurrir en la ausencia de impotencia de causa orgánica, la impotencia orgánica siempre tiene alguna causa psicológica secundaria, asociada con ella.

Endócrina.- La incidencia de desórdenes endócrinos como causa de impotencia está entre el 4% al 35%. La diabetes es una causa común, que ocurre por encima del 20% de los pacientes. Es el resultado de una predisposición a la aterosclerosis y neuropatía autonómica. El hipogonadismo puede ser una causa de impotencia en por encima del 20% de los pacientes ancianos. Este puede ser hipogonadismo primario debido a insuficiencia testicular o hipogonadismo secundario debido a disfunción hipotalámica. La hiperprolactinemia es una causa poco común de hipogonadismo. Usualmente es secundaria a insuficiencia renal o al uso de tranquilizantes mayores.

Desórdenes vasculares.- Son la causa predominante de la impotencia, y ocurren encima del 50% de los hombres impotentes de 50 o más años. La impotencia usualmente es debida a la insuficiencia arterial como resultado de la aterosclerosis, pero también puede ser causada por la insuficiencia del mecanismo de almacenamiento veno-oclusivo corporal.

Causas neurológicas.- Por encima del 20% de los hombres ancianos tienen alguna causa neurológica para su impotencia, tales como lesiones de los cordones espinales, diabetes mellitus, prostatectomía transuretral y cirugía pélvica. Los desórdenes neurológicos, usualmente producen una neuropatía autonómica. Una neuropatía sensorial resultante de la fatiga del nervio dorsal del pene, puede ser un factor contribuyente en algunos hombres cuyas erecciones tienen vida muy corta.

Causas farmacológicas de impotencia pueden ser un factor por encima del 25% de pacientes impotentes ancianos. El problema puede ser exacerbado por la práctica común de la polifarmacia en los ancianos. Las drogas más a menudo implicadas incluyen: los diuréticos y otros agentes antihipertensivos, los tranquilizantes mayores, los antiandrógenos (usados en el tratamiento del carcinoma prostático), y los anticolinérgicos (usados en el tratamiento de la enfermedad péptica ulcerosa).

Causas psicológicas.- La impotencia en el anciano es predominantemente un problema orgánico, pero aproximadamente el 10% de los pacientes pueden tener causas psicológicas. La impotencia debida a causas psicológicas es a menudo una situación específica y puede ser debida a una sola o a una combinación de factores como ansiedad por el desempeño, conflicto

de relaciones, falta de confianza secundaria a la falta de uso (síndrome del viudo), depresión y a la misma impotencia orgánica.

Otras.- Un número de otros factores físicos puede contribuir a la disfunción eréctil, tales como angina de pecho, enfermedades generales debilitantes, obesidad, desnutrición, y problemas estructurales tales como la enfermedad de Peyronie.

INVESTIGACION.-

Una historia y un examen físico cuidadoso constituyen las piedras angulares del diagnóstico y tratamiento correcto de la impotencia, particularmente en los ancianos. Tales investigaciones, a menudo indicarán la causa de la impotencia de los pacientes, pero más importante, pueden indicar el propósito verdadero por el cual el paciente está buscando la atención médica.

Muchos pacientes ancianos impotentes están más preocupados acerca de la posibilidad de alguna seria enfermedad subyacente, tal como el cáncer, más que en el hecho de que ellos no puedan obtener una erección lo suficientemente rígida como para lograr la introducción en la vagina. Una vez que son tranquilizados de que su impotencia no es el resultado de una enfermedad subyacente seria, muchos pacientes no necesitan mayores investigaciones.

Historia.- Una historia tomada adecuadamente deberá incluir la documentación de la edad, el comienzo de la disfunción eréctil (si esta fue gradual o súbita), la extensión y naturaleza de la disfunción, la reacción de la pareja ante esto, cambios en el estilo de vida (divorcio, muerte), si el paciente ha tenido cirugía, la presencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, trauma, enfermedad neurológica (intestino, vejiga) y la presencia de erecciones nocturnas o matinales tempranas, y el uso de medicamentos, alcohol o cigarrillo.

El **examen físico** deberá incluir las características sexuales secundarias y el hábito corporal, la integridad estructural de los testículos, el pene y la próstata, así como una evaluación vascular y neurológica de las extremidades inferiores por los reflejos tendinosos profundos de las extremidades inferiores y reflejos bulbocavernosos así como la palpación de los pulsos arteriales.

Testosterona del suero y niveles de glucosa sanguínea son evaluaciones importantes para descartar, porque el hipogonadismo y la diabetes pueden no ser aparentes clínicamente. Todo hombre anciano debería hacerse un examen prostático de rutina y la investigación de fosfatasa, cada vez que se realiza un examen médico.

Para proseguir más allá de este punto debe tenerse en mente el aforismo de Cochran: antes de hacer una prueba, decidir qué se hará, sean los resultados positivos o negativos. Si ambas respuestas son la misma, no debe realizarse la prueba. Antes de seguir realizando mayores pruebas, considerar la condición física general y también la mental del paciente, su situación social, y las razones por las que busca atención médica.

Otras investigaciones.- Si Ud. sospecha una lesión vascular, una evaluación no invasiva es a menudo garantizada. La medición de la relación de la presión sistólica penil y de la presión braquial sistólica (índice penilbraquial) con el paciente supino. Un valor de menos de 0.6 es sugestivo de insuficiencia arterial penil.

Una evaluación funcional de una insuficiencia vascular aparente, puede ser obtenida por la inyección intracorpórea de un agente vasoactivo (usualmente 60 mg. de Papaverina). Esto produce relajación de los músculos lisos intracorpóreos, una reducción en la resistencia periférica, y un incremento en el flujo arterial. Una erección firme evaluada en posición de pie 10 minutos después de la inyección usualmente elimina una causa vasculogénica significativa para la impotencia. La evaluación vascular y neurológica compleja (dopler penil ultrasónico, cavernosografía dinámica, cavernosimetría, arteriografía pudenda y potencial evocados somatosensorios) y terapia extensiva, tal como revascularización peniana a menudo no son indicados en los pacientes ancianos.

TERAPIA.-

En pacientes con impotencia puramente psicogénica, una terapéutica exitosa puede consistir en explicaciones simples de los cambios normales, relacionados al envejecimiento en la función sexual o tranquilizar al paciente. Sin embargo, referirlo a un terapeuta sexual podría ser necesario para pacientes con problemas complejos.

Testosterona.- La aplicación de 200 mg. intramuscularmente, cada 3 o 4 semanas, está indicado para pacientes con hipogonadismo. La testosterona, sin embargo, puede causar ginecomastia, incremento benigno de la hiperplasia prostática y estimular un eventual carcinoma prostático. Los pacientes que reciben testosterona, deben tener exámenes rectales cada 6 meses y medidas regulares de la fosfatasa ácida prostática.

Drogas vaso activas.- La administración por el propio paciente de drogas vaso activas (Papaverina, Papaverina/Fentolamina, Prostaglandina E1) por inyección intracorpórea, es un nuevo y significativo desarrollo en el tratamiento no quirúrgico de la impotencia. Estas drogas producen una erección temporal dentro de los 15 minutos después de la inyección. La calidad y la duración de la erección es dosis-dependiente y debe ser cuidadosamente dosificada para cada paciente. Las drogas vaso-activas deben ser administradas antes de tener contacto sexual, porque ellas no son curativas del problema subyacente.

La administración de drogas vaso activas puede ser difícil para los pacientes visualmente disminuidos o para aquellos con una limitada destreza manual; sin embargo, las parejas o esposas pueden ser habladas para administrar la medicación en tales casos. Las complicaciones, tales como prolongadas erecciones y el desarrollo de placas fibrosas en los sitios de la inyección, son relativamente poco comunes. Las drogas vaso activas son particularmente efectivas en pacientes con impotencia neurológica o vasculogénica.

La Yohimbina un bloqueador alfa-adrenérgico para administración oral, puede

mejorar la función eréctil en los hombres con mínima insuficiencia vascular; sin embargo, la droga es cara y debe ser tomada continuamente.

Artefactos de succión.- Estos producen ingurgitación del pene que es entonces mantenida por una banda constrictora que se coloca alrededor de la base del pene y han sido usadas por aproximadamente 70 años. Dos de tales artefactos están corrientemente en el mercado y ofrecen una alternativa a las inyecciones intracorpóreas de drogas vaso activas o a la colocación de prótesis peneanas. Esta técnica es mayormente exitosa en pacientes con algún grado de función eréctil residual; aunque los pacientes obesos o aquellos con un corto falo, pueden encontrar el procedimiento difícil de realizar.

Prótesis.- Una prótesis peneana es aún la piedra angular del tratamiento en pacientes que no desean aceptar o fallan a responder a formas más conservadoras de tratamiento. Ud. debe informar a su paciente de las ventajas y desventajas de los variados tipos de prótesis; discutir y disipar cualquier expectativa no realista que su paciente pueda tener antes de proceder a la cirugía. Comprometer a la esposa o compañera sexual en estas discusiones.

Las prótesis semi-rígidas tales como las de Jonas Silicone-Silver o AMS Malleable 600, son fáciles de usar y libres de complicaciones y a menudo son la selección electiva de los pacientes ancianos, particularmente aquellos con serios problemas médicos. Los artefactos inflables, tales como el AMS 700 CX o Mentor inflable, dan una erección más natural y se disimula más fácilmente. Sus desventajas incluyen el potencial para fallas mecánicas y una estancia más prolongada en el hospital. Las nuevas prótesis que trabajan sobre una base mecánica, pueden ser más fáciles de activar y desactivar para los pacientes ancianos.

CONCLUSION.-

La función sexual cambia con la edad; sin embargo, la impotencia no está invariablemente asociada con el envejecimiento. Hay que realizar investigaciones detalladas para determinar la causa de la impotencia de su paciente, antes de decidir la terapéutica apropiada. El tipo de terapéutica dependerá de la condición médica subyacente del paciente, de sus actividades diarias, de su entorno social y de las expectativas suyas y de su pareja.

Referencias: Hay una lista de dieciséis trabajos sobre el tema, que están a disposición del interesado en los archivos de la Sociedad