

IMPOTENCIA: PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. Gospodínoff, Mario Luis* - Dra. de Gospodinoff, Eva J. R.** - Dr. Speranza, Juan Carlos**

Durante los últimos 30 años la investigación, diagnóstico y tratamiento de las disfunciones sexuales cambiaron radicalmente al evolucionar su abordaje de lo predominantemente psicológico o psiquiátrico, con énfasis en lo patológico, al estudio multidisciplinario del funcionamiento sexual en personas "normales" y al reconocimiento que las dificultades sexuales no son siempre sintomáticas de trastornos psíquicos profundos, sino que a veces son causados por problemas orgánicos, ansiedades circunstanciales, por disturbios en la relación de pareja, por falta de conocimientos sexuales básicos, etc.

Hasta los años 1940 el estudio sexológico estaba basado casi exclusivamente en datos recopilados por psiquiatras y psicólogos durante los tratamientos de sus pacientes. Esta metodología adolecía de las deficiencias básicas que caracterizan al estudio casuístico: teorías basadas en pocos casos, recopilación y elaboración subjetiva del material, que hacen difícil la comparación de datos obtenidos por distintos autores.

En los años 1940/50, Kinsey, Pomeroy y Martín⁽¹⁾ revolucionaron la metodología de la investigación sexológica introduciendo en este campo métodos objetivos y estadísticos que usaban previamente en el campo de la zoología. Kinsey y sus asociados investigaron, mediante minuciosos interrogatorios y entrevistas, los hábitos y creencias sexuales de aproximadamente 18.000 estadounidenses.

Estos estudios causaron considerable rechazo en los Estados Unidos (especialmente el hallazgo que alrededor de 37 % de los hombres habían tenido algún contacto homosexual). Se cuestionaba tanto la moralidad de incursionar en el estudio de los hábitos sexuales humanos como la veracidad de sus datos, especialmente aquellos referidos a conductas homosexuales y autoeróticas. Por ejemplo, según sus datos 25 % de los hombres norteamericanos había tenido alguna experiencia homosexual a lo largo de su vida, 8 % era exclusivamente homosexual. El 92 % de los hombres y 67 % de las mujeres decían haberse masturbado. Si bien sensacionales en su momento, estudios posteriores confirmaron éstos y otros datos (Hunt, 1970; Sorensen, etc.).

El siguiente aporte importante a estudio de la sexualidad humana lo produjeron W. Masters y V. Johnson⁽²⁾ en los años 1960 mediante sus estudios sobre la fisiología de la respuesta sexual masculina y femenina, que sirvió de base para el desarrollo de nuevas terapias sexuales ulteriormente perfeccionadas por, entre otros, Helen Kaplán,⁽³⁾ Lo Picolo, etc.

En los años 1970 la novedad fue la difusión de los estudios del sueño que demostraron que, concomitantemente con los episodios de REM (*rapid eye movement*, o movimiento rápido de los ojos, o sea etapa onírica del sueño) se producen episodios de tumescencia peniana en el hombre y lubricación vaginal en la mujer. Estos episodios son independientes del contenido de los sueños, es decir no son consecuentes a sueños eróticos, ocurren todas las noches desde la infancia hasta la vejez y no reflejan estados de tensión sexual.

En los años 1980, la tendencia es hacia la integración en el estudio y tratamiento del paciente con dificultades en el área sexual de los conocimientos derivados de los enfoques psicológicos, sociológicos y fisiológicos, sin perder de vista la importantísima premisa que la conducta sexual involucra la personalidad total del hombre y *no sólo de sus genitales*; por lo tanto, si bien el diagnóstico y la terapia sexual deben contar con técnicas diagnósticas y métodos terapéuticos que abordan lo específicamente sexual no pueden ni deben reducirse a ellos... Aquí el viejo adagio que aconseja tratar al enfermo, no a la enfermedad, es especialmente valioso e indispensable para el correcto manejo del paciente con problemas sexuales.

Si bien este artículo se refiere a una sola de las disfunciones sexuales masculina, creemos conveniente señalar la relación entre ésta y otra de las disfunciones comunes. En el presente las disfunciones sexuales masculinas se clasifican en:

1. Trastornos del deseo sexual
 - Deseo sexual inhibido
2. Trastornos de tumescencia (impotencia)
 - Primaria
 - Secundaria

}	total
	parcial
	circunstancial
3. Trastornos de la eyaculación
 - Precoz
 - Retrasada (ausencia de eyaculación)
4. Trastornos dolorosos (dispareunia)
 - Eyaculatorios
 - Poseyaculatorios
5. Trastornos secundarios a fobias sexuales

Estos tipos de trastornos (aunque pueden darse en forma conjunta) son independientes por cuanto responden a etiologías distintas e involucran centros neuronales diferentes. La erección es un fenómeno gobernado por el parasimpático; la eyaculación, por el simpático. Además, trastornos en un área no se asocian necesariamente con trastornos en la otra: un hombre puede ser eyaculador precoz toda su vida y no ser impotente mientras que otro puede no tener erección y eyacular con el pene flácido. Pero la frustración y la ansiedad asociadas con eyaculación precoz o retrasada pueden derivar en impotencia debido a la tensión que generan sentimientos negativos, tales como: miedo (o enojo) de no poder satisfacer la pareja, pérdida de autoestima al no hacer un "buen papel", etc.

Impotencia

Episodios ocasionales de dificultades eréctiles son comunes a la mayoría de los hombres, especialmente en situaciones de *stress* físico (cansancio, enfermedad, etc.) o psíquico (preocupación,

* Ex residente de la Washington University, St. Louis, Mo., EE. UU.

Ex Fellow de la University of Pennsylvania - Marriage Council of Philadelphia, Pa., EE. UU.

American Board Certified in Psychiatry.

Sexólogo - Hospital Británico, Dpto. de Urología, Buenos Aires.

** Master in Science, Washington University, St. Louis, Mo., EE. UU.

Ph. D. University of Pennsylvania, EE. UU.

Ex intern University - Marriage Council of Philadelphia, Pa., EE. UU.

Ex directora de la Eastern Clinic, Filadelfia, EE. UU.

Ayacucho 1474, Pta. Baja "B", (1111) Buenos Aires - Argentina. Teléfono 84-1368.

*** Profesor auxiliar de Urología de la Universidad de Buenos Aires.

Cirujano-urólogo del Hospital Británico de Buenos Aires.

Ex médico de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires.

Avda. Callao 1870, 3º piso, (1024) Buenos Aires - Argentina. Teléfono 41-4297.

absorción intensa en trabajo o estudio, depresión, duelo, separación, etc.). Sólo cuando la dificultad es habitual la consideramos impotencia; Masters y Johnson (1966) definen como impotente al individuo que no puede realizar el coito en 25 % o más de las ocasiones.

Impotencia primaria

Es la del individuo que *nunca* pudo obtener o mantener una erección suficiente para realizar el coito. Este es un trastorno infrecuente y que, en ausencia de base orgánica, generalmente involucra trastornos psicológicos significativos de origen profundo o reacciones severas de ansiedad asociadas a iniciación sexual traumática.

Impotencia secundaria

Es la más común y a ella se referirá primordialmente el resto de este artículo. Es la del individuo que habiendo realizado exitosamente el coito durante un número indeterminado de veces le es imposible hacerlo en el presente en más de 25 % de las ocasiones.

La impotencia secundaria puede ser a su vez:

Total: no hay erección.

Parcial: hay cierto grado de erección, pero insuficiente para permitir la penetración vaginal.

Ocasional: se presenta sólo con determinada pareja, pero no con otra u otras.

Etiología de la impotencia secundaria

La impotencia puede responder a una amplia gama de factores que se pueden dividir en:

1. Biológicos:

- Hormonales.
- Urológicos.
- Neurológicos.
- Vasculares.
- Quirúrgicos.
- Medicamentosos: antihistamínicos, anticolestérgicos, antihipertensivos.

2. Intrapsíquicos:

- Conflictos sexuales profundos.
- Depresión.
- Síndrome del viudo.
- Miedo a realizar el coito.
- Educación sexual deficiente.

3. Interpersonales:

- Conflictos de pareja.
- Miedo a no poder satisfacer la pareja.

Estos factores, que aquí simplemente enumeramos pues su descripción detallada es imposible en un breve artículo (para más datos ver Kaplán 1974; Masters y Johnson, 1968) pueden actuar en forma aislada o conjunta.

Diagnóstico

Como ya mencionáramos, la impotencia es una disfunción que puede afectar a cualquier hombre, especialmente a aquellos que han transpuesto la cuarta década. Siendo su etiología múltiple, es de fundamental importancia realizar un diagnóstico que discrimine el aporte de los diversos factores, pues de ello dependerá la adecuación del tipo de tratamiento recomendado al paciente.

La certeza diagnóstica evitará errores tales como el de someter a un paciente orgánicamente afectado a una psicoterapia prolongada e improductiva o a un paciente cuya impotencia fuese de origen psíquico a procedimientos quirúrgicos irreversibles.

Los pasos que nosotros seguimos para la evaluación del paciente impotente son los siguientes:

1. Historia médico-sexual.
2. Estudio psicológico.
3. Examen físico.

4. Examen urológico.
5. Estudios de laboratorio.
6. Exámenes vasculares no invasivos.
7. Determinación del índice penil-braquial.
8. Estudio comparativo de la temperatura bucal y uretral.
9. Estudio del tiempo de latencia del reflejo bulbocavernoso.
10. Estudio de la tumescencia peniana nocturna.

Historia médico-sexual

El primer contacto con el paciente es de fundamental importancia para evaluar tentativamente los factores orgánicos, psicológicos, educacionales y/o de pareja que pudiesen incidir en la impotencia del paciente. Para ello se requiere una anamnesis detallada de la evolución psicosexual del individuo, así como de su historia médica. Esto requiere la presencia de un profesional que domine ampliamente el terreno de la sexología, pero que además tenga la calidez humana y entrenamiento necesarios para facilitar al paciente la discusión franca de problemas que generalmente éste no acostumbra mencionar. Es además imprescindible que el profesional entrevistador mantenga una actitud de aceptación libre de prejuicios y moralismos.

El objeto de la entrevista es recoger datos que posibiliten la evaluación médica y psicológica del paciente y comprender cómo éste encara e integra lo sexual, tanto en su vida de relación presente como durante la infancia y adolescencia.

Estudio psicológico

Los tests psicológicos que se administraban rutinariamente: Weschler, Bender, TAT y Rorschach han sido reemplazados por el Inventario de la Función Sexual de Derogatis (IFSD).

Si bien por medio de estos tests se obtenía información acerca del individuo, ésta carecía de validez predictiva de la conducta sexual y ofrecía poco que no pudiese obtenerse por medio de la entrevista individual. El perfil psicológico del MMPI no es específico de una u otra disfunción sexual.

El IFSD es multidimensional y breve; el paciente lo completa en 40 a 50 minutos, es de fácil evaluación y permite una detallada apreciación del funcionamiento sexual.

El IFSD comprende las siguientes escalas:

1. Información sexual.
2. Experiencia sexual.
3. Interés sexual.
4. Actitudes sexuales.
5. Síntomas psicológicos.
6. Afectividad.
7. Definición genérica del rol.
8. Fantasías sexuales.
9. Imagen corporal.
10. Satisfacción sexual.

Examen físico

Con detallado examen neurológico, en especial urogenital.

Examen urológico

- a) Examen de los genitales externos.
- b) Examen rectal: patología prostática.
- c) Determinación de la temperatura intrauretral; éste es un dato complementario en el diagnóstico de la impotencia de origen vascular.

Estudios de laboratorio

- Glucemia.
- Dosaje de testosterona.
- Dosaje de prolactina.
- T3 y T4 (optativo).

Exámenes vasculares no invasivos

- Fluxometría de las arterias penianas.
- Registro del volumen del pulso peniano y comparación con el registro del VP del dedo índice.

El estudio de fluxometría de las arterias del pene lo realizamos con un detector ultrasónico de la velocidad sanguínea (Doppler), de 8 MHz, que nos permite comprobar la permeabilidad arterial. Con un manguito neumático y el Doppler, determinamos la presión arterial de las arterias dorsales y las cavernosas que luego usamos como base para obtener el índice penil-braquial.

Con el mismo manguito neumático y una vez obtenida la presión diastólica de las arterias del pene, registramos el volumen del pulso con el registrador EPICAM R-3.

Simultáneamente hacemos el registro de volumen de pulso que nos sirve de comparación.

Si obtenemos hallazgos vasculares anormales, se le sugieren al paciente estudios vasculares de contraste (arteriografía selectiva, faloarteriografía y/o cavernosografía). La incompetencia valvular venosa se diagnostica por medio del estudio del tiempo de evacuación venosa-peniiana.

Determinación del índice penil-braquial

Se logra dividiendo la presión arterial peniana por el promedio de las presiones arteriales braquiales derecha e izquierda. Todo índice menor de .8, sugiere compromiso vascular.

Estudio comparativo de la temperatura bucal y uretral

Con sondas especialmente diseñadas con termistores de superficie y termómetros electrónicos, complementamos el diagnóstico de incompetencia eréctil de origen vascular, ya que la temperatura peniana guarda una relación directa con el flujo sanguíneo. Los trabajos pioneros del Dr. C. Fisher y colaboradores,⁽⁴⁾ mostraron un aumento de 1,7° C en la temperatura peniana durante la erección. Recientemente, el Dr. M. J. Jetvich,⁽⁵⁾ ha publicado el resultado de sus investigaciones en las que comprobó que, *todo* paciente que mostraba una temperatura diferencial entre la obtenida sublingualmente y la intrauretral de más de 1,6° C sufría de trastornos vasculares penianos. Normal diferencial: no > de 7° C.

Estudio del tiempo de latencia del reflejo bulbocavernoso

Normal: valores no mayores de 42 milisegundos.

Para estimular los nervios sensitivos y registrar la respuesta contráctil usamos dos electrodos en forma de anillo que se ubican alrededor de la porción media del pene. Un electrodo de superficie de plata se ubica en el rafe medio de los músculos bulbocavernosos. Un amplificador electromiográfico (Nicolette) con estimulador y promediador de señales, registra la actividad muscular. Con este método evaluamos:

- El umbral sensorial.
- El umbral del reflejo.
- El período de latencia.
- La forma de la onda contráctil del músculo bulbocavernoso.

Estudio de la tumescencia peniana nocturna

Asereinsky y Kleitman⁽⁶⁾ demostraron que hay períodos regulares durante el sueño que van acompañados de un movimiento rápido (vertical y horizontal) de los ojos. (REM). Estos períodos (REM) representan 20 % del total de las horas de sueño de un adulto normal. Concomitantemente a los períodos REM, se produce en el hombre una erección, y en la mujer, congestión y lubricación vaginal.

Ohlmeyer⁽⁷⁾ y sus colaboradores fueron los primeros en registrar los períodos de tumescencia nocturna, pero no fue hasta la década de los años sesenta que el Dr. J. Karacan^(8, 9, 10 y 11) enfatizara la importancia clínica de este fenómeno en el diagnóstico de la impotencia eréctil masculina, ya que se comprobó que un órgano sano muestra un monitoreo nocturno de los períodos de tumescencia concordante con los períodos de REM —mientras que en el pene orgánicamente afectado se observa ausencia total o parcial de episodios de tumescencia.

Cuando uno de nosotros (M. L. Gospodinoff) introdujo este método diagnóstico, en la Argentina usábamos aparatos portátiles que el paciente llevaba a su casa; luego abandonamos esta práctica, ya que ella no permitía un asesoramiento directo de la calidad eréctil, ni obtención de un EEG continuo. Al presente el paciente duerme en nuestro laboratorio durante dos noches

consecutivas. Los episodios de tumescencia se registran con el Epicam 1 A de fabricación nacional.

Cada individuo muestra variaciones características de los ciclos de tumescencia peniana nocturna que le son peculiares, de ahí la necesidad de realizar el estudio durante dos o más noches. Estos períodos de tumescencia son independientes del contenido de los sueños y ocurren aunque el individuo haya realizado el coito antes de dormir. Contrariamente a lo que se creía, las erecciones matutinas no son causadas por presión ejercida por la vejiga llena, son episodios de tumescencia producida por el último episodio REM de la noche y que todavía no se resolvió. Al despertarse plenamente el paciente y levantarse, generalmente para orinar, la tumescencia desaparece.

Breve reseña del tratamiento de la impotencia

La evaluación conjunta de los 10 puntos anteriores nos dará una apreciación detallada del tipo, duración y probable etiología de la impotencia del paciente, y ello orientará el tipo de tratamiento recomendado. A grandes rasgos dividimos las impotencias en: orgánicas y psicógenas. En la literatura mundial diversos autores estiman en 10 a 20 % la incidencia de impotencias orgánicas y 80 a 90 % las psicógenas. Nuestros datos se acercan más a 30 %, posiblemente debido a la naturaleza predominantemente urológica de nuestras derivaciones. También es posible que los datos mundiales anteriores al uso rutinario del monitoreo nocturno sean bajos, debido a que lesiones orgánicas menores no eran detectadas.

Impotencias psicógenas

A pesar de las discrepancias sobre su incidencia, hay acuerdo general acerca de que la mayoría de las impotencias son de origen psicógeno; su tratamiento ha sido detalladamente descrito por numerosos autores. A nuestro juicio, entre los mejores mencionaremos a Masters y Johnson, Kaplán, Zilbergeld.

Nosotros usamos una modalidad de tratamiento que incorpora elementos de psicoterapia breve de objetivo limitado con reeducación sexual y algunas técnicas de tipo conductivas cuya finalidad es servir como agente ayudante o puente facilitador entre el *insight* o comprensión que el paciente va desarrollando acerca de su conflicto y el reestablecimiento de su función sexual.

Generalmente vemos al paciente solo, o con su pareja si ella se aviene a participar en el tratamiento, una vez por semana (raramente dos) por un total de 15 a 25 sesiones. El paciente es visto por un solo terapeuta, femenino o masculino; el modelo de Masters y Johnson de terapia dual fue experimentado durante varios años por los doctores Gospodinoff, pero, al igual que otros colegas, llegaron a la conclusión que los beneficios para el paciente de tener un terapeuta de cada sexo no justificaba el elevado costo adicional involucrado.

Impotencias orgánicas

Cuando los resultados del protocolo diagnóstico indican la naturaleza orgánica de la impotencia, se recomienda el tratamiento quirúrgico que, de acuerdo con los estudios realizados, puede ser protético o vascular.

Protético

Existen básicamente dos tipos de prótesis:

Estáticas

- Rígidas: Small-Carrion.
- Semirrígidas: Jonas.

Dinámicas: inflable: Scott.

Las prótesis estáticas presentan la ventaja de ser quirúrgicamente simples de colocar, pero causan un estado de semierección permanente que puede crear problemas psicológicos e incomodidad física. Además puede provocar necrosis por presión e imposibilitan los estudios y tratamientos endoscópicos.

La prótesis inflable de Scott consiste en dos cilindros inflables afinados hacia las puntas, que se colocan dentro de los cuerpos cavernosos.

Estos cilindros, que se fabrican en distintos tamaños, se conectan mediante tubos de silástico a una válvula que se ubica en el escroto. Un reservorio con fluido radiopaco se implanta en el espacio prevesical. El paciente activa la prótesis comprimiendo la válvula, el líquido radiopaco se transfiere del reservorio a los cilindros penianos, causando la expansión de éstos y la consiguiente erección. La detumescencia se produce accionando nuevamente la válvula. Esta prótesis permite conservar la apariencia normal del pene tanto en su estado flácido o en erección. Desde el año 1973 se han colocado aproximadamente 12.000 prótesis en los Estados Unidos.

La vida útil de la prótesis se calcula en unos 20 años. Otra de sus ventajas es que permite los estudios endoscópicos.

Hasta el año 1976 las complicaciones mecánicas ascendían a 33 %; a partir de 1976 han ido disminuyendo y actualmente ascienden a 5,5 %.

Vascular

Las técnicas de revascularización se usan únicamente previa comprobación radiográfica de la obstrucción de los troncos de origen o ramas terminales de las arterias que irrigan los cuerpos cavernosos:

- a) Endarterectomía.
- b) Bypass arterio-arterial.
- c) Bypass arterio-arterial con puente cavernoso.
- d) Revascularización directa de uno de los cuerpos cavernosos mediante la anastomosis de un vaso como la arteria epigástrica y la albugínea del mencionado cuerpo.
- e) Angioplastia transluminal percutánea (técnica de Gruzniq).

Conclusiones

Con el protocolo diagnóstico hemos buscado integrar diversos estudios interrelacionados, no invasivos e indoloros, que son objetivos y reproductibles. No descartamos los factores subje-

tivos que sólo una vasta experiencia en este campo puede brindar, pero entendemos que los avances tecnológicos permiten al presente, evitar la prescripción empírica de medicamentos y/o tratamientos radicales e irrevocables (prótesis, cirugía de by-pass), procedimientos que deben ser utilizados *únicamente* cuando las conclusiones obtenidas del protocolo diagnóstico así lo indiquen. Creemos que al paciente que sufre de una disfunción eréctil, se le debe ofrecer un plan de tratamiento adecuado a las características clínicas de su disfunción y no a la orientación diagnóstica del profesional.

Discusión

Disfunción eréctil:

Consideraciones diagnósticas y terapéuticas

Dr. Wilks: Cuando la disfunción está asociada a una placa de Peyronie, en esos casos, si no existe un trastorno importante de la tumescencia porque el coito es imposible o muy difícil de realizar, podría estar indicada, por ejemplo, la prótesis.

Dr. Speranza: Nosotros, en la enfermedad de Peyronie, en la que puede haber dos situaciones, en las cuales el coito puede verse interrumpido o dificultado, y que son fundamentalmente cuando produce excesivo dolor en la erección, en una primera instancia o cuando la curvatura peniana es de tal magnitud que impida la penetración vaginal, solamente en esos casos aconsejamos la intervención quirúrgica.

Tenemos alguna experiencia en el reemplazo de la placa, ya sea por surgitex o por algún material inerte similar.

Evidentemente, en eso nuestra experiencia es mala porque el enfermo a los 5 ó 6 meses está nuevamente con el pene incurvado. En ese caso, nosotros propiciamos la instalación de una prótesis. Después de conversarlo con el paciente se decidirá qué tipo de prótesis se le va a colocar.

En materia de prótesis, hay que considerar un elemento importantísimo que es su costo. Una prótesis inflexible cuesta diez veces más que una prótesis fija.

Bibliografía

1. Kinsey, A.; Pomeroy, W. B., y Martín, C. E.: "Sexual behavior in the human male", W. B. Saunders, 1948.
2. Masters, W., y Johnson, V.: "Human sexual response". Little Brown & Co., 1966.
3. Kaplan, Heien: "The new sex therapy", Brunner/Mazel, 1974.
4. Fisher, C.; Gross, J., y Zuch, J.: "Cycle of penile erection synchronons with dreanning (REM) sleep". *Archive of General Psychiatry*, vol. 22, pp. 29-45, enero 1965.
5. Jelvich, M. J.: "Penile body temperature as screening test for penile arterial obstruction in impotence". *Urology*, vol. XVII, t. 2, febrero 1981.
6. Asereinsky, E., y Kleitman, N.: "Two types of secular motility occurring in sleeps". *J. Appl. Physiology*, 8:1-11, 1955.
7. Ohlmeyer, P., y Brilmayer, H.: "Periodische Vorgänge im Schlaf, Pflueger". *Arch. Ges. Physiol.*, 2:249-50, 1947.
8. Karacan, I.: "The effect of exciting presleep events on dream reporting and penile erections during sleep". Unpublished doctoral dissertation, mayo, 1965.
9. Karacan, I.; Goodenough, D. R.; Shapiro, A., y col.: "Erection cycle during sleep in relation to dream anxiety". *Arch. Gen. Psychiat.*, 15:183-189, 1966.
10. Karacan, I.; Hirsch, C. J.; Williams, R. L., y col.: "Some characteristics of nocturnal penile tumescence in young adults". *Arch. Gen. Psychiat.*, 26:351-356, 1972.
11. Karacan, I.; Hirsch, C. J.; Williams, R. L., y col.: "Some characteristics of nocturnal penile tumescence during puberty". *Pediat. Res.*, 6:529-537, 1972.
12. Barry, J. M., Hodges, C. V.: "Impotence, a diagnostic approach". *J. Urology*, 73:575, 1978.
13. Derogatis, L. R.: "Psychological assesment of the sexual disabilities". En: Meyer, J. K. (ed.): *Clinical management of sexual disorders*, Williams & Williams, Baltimore, 1976.
14. Gospodinoff, M. L.: "Incidencia de las disfunciones sexuales". Trabajo en preparación.
15. Gospodinoff, M. L.: "Fisiología de la erección". Johnson & Johnson, marzo 1981.
16. Gospodinoff, M. L.: "Estudio comparativo de diabéticos que sufren de impotencia sexual". Enviado para publicación - Rev. Argentina de Diabetes.