

Erecciones matinales:

Su utilidad en el diagnóstico y en la elección de un método complementario para el estudio de la disfunción sexual eréctil

Dres. CASABE, A (*); BECHARA, A. (*); ROMANO, S. (*); BANTAR, C. (**); FREDOTOVICH, N. (*).

RESUMEN: Es generalmente aceptado que todo paciente que manifiesta tener erecciones matinales (EM) rígidas, presenta una disfunción sexual eréctil (DSE) de origen psicógeno (1, 2, 3, 4). Sin embargo, algunos autores sugieren que la presencia de este síntoma no descarta una disfunción orgánica (5), por lo que se inició un estudio para determinar su utilidad en esta patología. Adicionalmente se analizaron los valores predictivos del Rigiscan, y del test con drogas vasoactivas (TDVA) como métodos complementarios de la evaluación de las erecciones matinales.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 140, 1992)

Palabras Clave: Disfunción sexual - Erecciones matinales

MATERIAL Y METODOS

En el período comprendido entre octubre de 1990 y mayo de 1992 se estudiaron 547 pacientes que consultaron por DSE. De éstos se seleccionaron 103 (edad media 56.5 años, rango 18-77) que completaron los estudios necesarios para llegar a un diagnóstico final, incluyendo monitoreo de tumescencia y rigidez peneana nocturna con Rigiscan y TDVA. Dicho diagnóstico fue corroborado con seguimiento clínico ulterior.

La evaluación de los pacientes consistió en un exhaustivo interrogatorio y examen físico, evaluación psicosexual y estudios vasculares, neurológicos y hormonales necesarios para cada caso en particular (TDVA, doppler o ecodoppler dinámico, cavernosometría, cavernosografía dinámica, tests neurofisiológicos, dosajes hormonales y Rigiscan) (6).

El TDVA se efectuó con una dosis variable de una combinación de papaverina y fentolamina previa a un

estímulo visual y manual. Se consideró respuesta normal o completa a aquella erección rígida de más de 15 minutos de duración, posterior a un esfuerzo físico mínimo. (6)

El Rigiscan se realizó durante 2 o 3 noches consecutivas en el domicilio del paciente (7). Un registro de por lo menos 1 episodio rígido de punta y base de 10 minutos de duración con una amplitud mayor del 70% se consideró como normal. (8)

La presencia o ausencia de erecciones matinales se estableció de acuerdo al dato subjetivo manifestado por el paciente.

Para el análisis estadístico se utilizó el método de Chi cuadrado con corrección de Yates.

RESULTADOS

Erecciones matinales

De los 54 pacientes sanos (DSE psicógena), 17 (31,5%) dijeron no tener EM. Por otra parte el 30,6% (15/49) de los pacientes enfermos (DSE orgánica), manifestó tener EM (Gráfico 1).

(*) División Urología. Hospital Durand
(**) C.E.M.I.C

DSE
Erecciones Matinales
n: 103

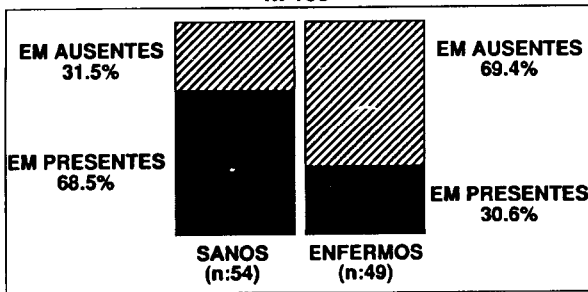


GRAFICO 1

La sensibilidad (S), especificidad (E) y los valores predictivos positivo (VP+) y negativo (VP-) fueron 69%, 68%, 67% y 71%, respectivamente.

TDVA

De los 54 pacientes sanos (DSE psicógena), 18 (33,3%) presentaron una respuesta anormal y el 14,3% (7/49) de los pacientes enfermos (DSE orgánica) mostró una respuesta normal (Gráfico 2).

DSE
TDVA
n: 103

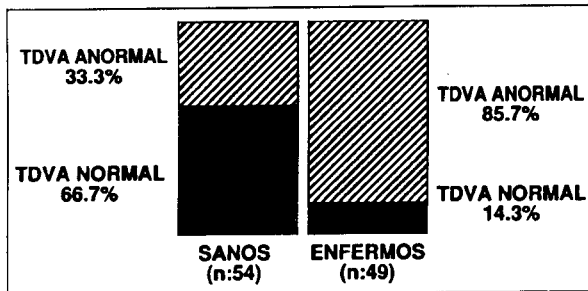


GRAFICO 2

La S, E y los VP+ y VP- fueron 86%, 67%, 70% y 84%, respectivamente.

Rigiscan

De los 54 pacientes sanos (DSE psicógena), 14 (26%) presentaron monitoreo anormal y el 4,1% (2/49) de los pacientes enfermos (DSE orgánica) tuvo una respuesta normal (Gráfico 3).

DSE
Erecciones Matinales
n: 103

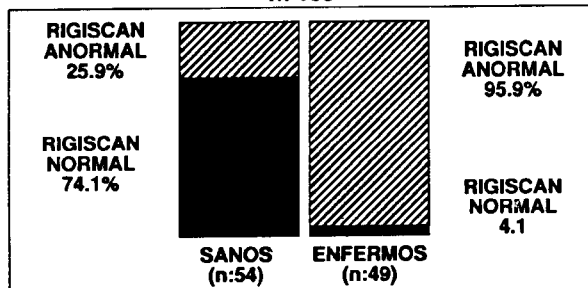


GRAFICO 3

La S, E y los VP+ y VP- fueron 96%, 74%, 77% y 95%, respectivamente.

Comparación entre EM, TDVA y Rigiscan

En el Cuadro 1 se observan, comparativamente, los valores de S, E, VP+ y VP- de los tres elementos diagnósticos evaluados.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas (DS) en orden decreciente entre la S y VP- del Rigiscan, TDVA y EM. Sin embargo no se vio DS entre la E y VP+

Resultados del Rigiscan y el TDVA discriminando los pacientes según la presencia o ausencia de EM.

Resultados del Rigiscan y del TDVA en pacientes con EM

De 37 pacientes sanos, 27 tuvieron Rigiscan y TDVA normal, por lo tanto la E asociada a presencia de EM fue 73% (27/37) para ambos métodos.

De 15 pacientes enfermos, 13 presentaron Rigiscan y TDVA anormal, siendo la S asociada a presencia de EM del 87% (13/15) en ambos métodos.

Resultados del Rigiscan y del TDVA en pacientes sin EM

De 17 pacientes sanos, 13 tuvieron Rigiscan normal y 9 TDVA anormal, por lo tanto la E asociada a ausencia de EM fue 76% (13/17) y 53% (9/17) respectivamente (p <0.01).

De los 34 pacientes enfermos, todos presentaron Rigiscan anormal y sólo 29 TDVA anormal, siendo la S asociada a ausencia de EM de 100% (34/34) y 85,3% (29/34), respectivamente (p <0.05).

DISCUSION

La orientación diagnóstica frente a un paciente con DSE se basa fundamentalmente en un exhaustivo interrogatorio y examen físico. En este sentido el síntoma EM constituye uno de los elementos más importantes (4). Sin embargo algunos autores sugieren que dicho síntoma puede ser inespecífico. (5)

Nosotros cuantificamos estas limitaciones y observamos que el síntoma EM es tan insensible como inespecífico, si se utiliza como único parámetro, sobre todo si se realiza su comparación individual con el Rigiscan y el TDVA (Cuadro 1). Esto relativiza su utilidad como método de "screening", ya que su sensibilidad no es lo suficientemente elevada para prescindir de métodos complementarios para la detección confiable de enfermos con DSE orgánica. En este contexto, el Rigiscan y el TDVA (en ese orden), fueron significativamente más satisfactorios y su utilidad es aún mayor cuando se complementan con la evaluación de las EM. Esto le asigna un rol importante a este síntoma en la elección del método complementario a utilizar para el inicio de la evaluación diagnóstica. (2)

CUADRO COMPARATIVO DE LA SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y VALOR PREDICTIVO ENTRE EM, RIGISCAN Y TDVA

PARAMETROS	RIGISCAN	TDVA	EM
SENSIBILIDAD	95.9% ^b	85.7% ^b	69.3% ^a
ESPECIFICIDAD	74% ^f	66.6% ^f	68.5% ^d
VALOR PREDICTIVO +	77% ^f	70% ^f	66.6% ^d
VALOR PREDICTIVO -	95.2% ^g	83.7% ^b	71.1% ^e

a: p < 0,001

b, c: p < 0,05 Diferencia significativa

d, e, f: p > 0,05 Diferencia no significativa

CUADRO 1

Es así como en los pacientes que manifestaron tener EM, cualquiera de los dos métodos complementarios podrán ser utilizados, quedando a criterio del médico su elección en base a la disponibilidad, costo y riesgos.

Por el contrario en aquellos pacientes que manifestaron no tener EM la consideración es distinta, ya que se observaron diferencias estadísticamente significativas en la sensibilidad y en la especificidad del Rigiscan (S, 100% y E 76%) con respecto al TDVA (S, 85,3% y E 53%). Probablemente esto se deba a que el Rigiscan evalúa más parámetros que el TDVA (enfermedades neurológicas, hormonales y/o arteriales leves pueden quedar enmascaradas con un TDVA normal). (9)

Creemos importante destacar que ninguno de los métodos posee la especificidad suficiente para ser considerado como confirmatorio de DSE orgánica.

CONCLUSIONES

- La presencia de EM no es lo suficientemente fidedigna para descartar DSE orgánica.
- La discriminación entre pacientes con y sin EM es de suma utilidad para la elección del método de estudio complementario subsiguiente.
- En los pacientes que manifiesten tener EM, tanto el Rigiscan como el TDVA podrían ser utilizados.
- En los pacientes que manifiestan no tener EM, el Rigiscan aumentan su valor con respecto al grupo de pacientes del ítem anterior (se incrementa su sensibilidad), mientras que en este sentido el TDVA presenta limitaciones.
- Ninguno de los métodos evaluados es lo suficientemente confiable para la confirmación de DSE orgánica.

BIBLIOGRAFIA

1. Boccon Gibod, L.: L'impuissance sexuelle organique. Encyclopedie Medicaux Chirurgicale. Paris, Rein, 11-1978. 18395 1-10.
2. Ackerman, M.; D'Attilio, J.; Antoni, M.; Weinstein, D.; Rhamy, R.; Politano, V.: The predictive significance of patient reported sexual functioning in Rigiscan sleep evaluations. J. of Urol. 140:518, 1988.
3. Morales Concepción, J.; Lemourt Oliva, M.; Pérez Rodríguez, J.: Factores arteriales de riesgo en la impotencia sexual. Arch. Esp. de Urol. 42:9 (905), 1989.

4. Rajmil, O.; Abud, O.; Pomerol, J.; Ruiz Castañe, E.; Bassas, L.; Farré, L.: Protocolo de estudio y tratamiento de la impotencia. Act. Fund. Puigvert 7:2, 1988.
5. Gueglio, G.; Hasan, K.; Crespo, J.; Abuchaide Sedo, L.; Schiappapietra, J.: Erecciones matinales: ¿Sinónimo de indennidad orgánica? Abstracts I Congreso de la S.L.A.I. Buenos Aires, 1992.
6. Bechara, A.; Casabé, A.; Wizenberg, P.; Romano, S.; García Penela, E.; Cheliz, G.; Graziano, c.; Rey, H.; Fredotovich, N.: Evaluación diagnóstica en el paciente con disfunción sexual eréctil (Revisión de la fisiología y metodología adoptada). Rev. Arg. Urol. Vol. 57:1, 1992
7. Kaneko, S.; Bradley, W.: Evaluation of erectile dysfunction with continuous monitoring of penile rigidity. J. of Urol. 136, pag. 1026, 1984.
8. Bechara, A.; Casabé, A.; Wizenberg, P.; Bantar, C.; Rovegno, A.; D'Osvaldo, C.; Rey, H.; Fernández, H.; Mocellini Iturralde, J.: Evaluación el Rigiscan en el diagnóstico de la disfunción sexual eréctil (Análisis de 116 pacientes). Rev. Arg. Urol. Presentado en julio de 1992. En prensa.
9. Allen, R.; Brendler, Ch.: Nocturnal penile tumescence predicting response to intracorporeal pharmacological erection testing. J. of Urol. 140:518, 1988.

COMENTARIO

En primer lugar quisiera agradecer a las autoridades de la SAU el haberme conferido el honor de comentar este trabajo. Además, la satisfacción es doble ya que en junio pasado nosotros presentamos un trabajo sobre erecciones matinales en el Congreso Latinoamericano de Impotencia y veo con agrado que nuestros resultados son similares a los reportados en la presente comunicación.

Creo que la misma está realmente bien presentada con un muy adecuado tratamiento estadístico y conclusiones muy claras. Es muy importante que en la Argentina nos acostumbremos a presentar nuestros resultados con tratamientos estadísticos ya que de otra manera carecen de validez.

Los autores expresan que el interrogatorio y el examen físico son muy importantes para el diagnóstico de la disfunción, sin embargo yo pienso que esto es cierto sólo en parte, pues el examen físico cada vez pierde más espacio a manos de las técnicas complementarias, las cuales se han ido perfeccionando y hoy en día nos permiten mediciones y determinaciones imposibles de siquiera imaginar sólo con el examen físico.

Es interesante la consideración acerca del inicio de los exámenes con uno u otro estudio de acuerdo a si tiene o no el paciente erecciones matinales, pero nunca se deben sacar conclusiones definitivas con el resultado de un solo estudio. En este caso puntual, el TDVA+ en pacientes con erecciones matinales no descarta en absoluto la existencia de patología orgánica (vascular leve o neurogénica).

Finalmente no parece del todo adecuado rotular como "pacientes sanos" a aquellos disfuncionales de origen presuntamente psicogénico.

Solo me resta felicitar a los autores por el excelente trabajo presentado.

Dr. Guillermo Gueglio

SAU