

## Disfunción Sexual: Diagnóstico Etiológico en la Consulta Diaria.

Dr. CORICA, L. H.

**RESUMEN:** El objetivo de este trabajo es valorar métodos que sean económicos, sencillos, confiables y por lo tanto que pueden realizarse en consultorio para llegar de manera rápida al diagnóstico etiológico de pacientes que consultan por disfunción sexual.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 58, pág. 19, 1993)

**Palabra Clave:** Disfunción Sexual - Diagnóstico Etiológico.

### INTRODUCCION

La evaluación de pacientes con impotencia eréctil promedio del test de Papaverina y Fentolamina (Test P+F) permite diferenciar enfermos con disfunción de origen vascular de enfermos con trastornos psicogénicos y neurogénicos.

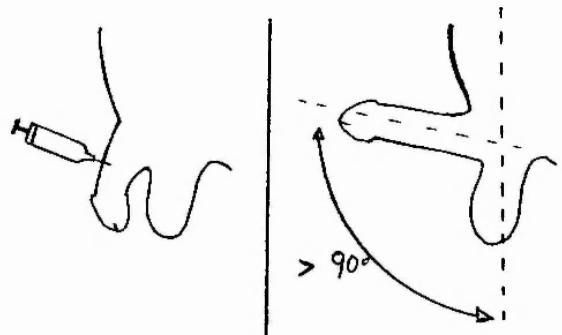
Sin embargo para determinar la positividad del test, es necesario valorar grado de rigidez, pero esto requiere procedimientos complicados no siempre al alcance de todos los centros urológicos.

En este grupo de pacientes siguiendo las investigaciones de Wepes y col, evaluamos la rigidez midiendo el ángulo de erección que se forma entre el pene y las piernas en posición de pie luego de la inyección intracavernosa (IIC) de sustancias vasoactivas.

Estos autores concluyeron en sus investigaciones que la IIC luego de 15 minutos de aplicada produce erección con formación de un ángulo mayor de 90° en individuos sin trastornos vasculares, mientras que el ángulo no supera los 60° cuando tienen trastornos arteriales, veno-

sos o ambos. La formación de un ángulo mayor de 90° equivale a erección total.

### ANGULO DE ERECCION



*Además comprobaron que los cambios peneanos luego de IIC en cuanto a longitud de la circunferencia o evaluación de rigidez solo por palpación, no fueron suficientes para descartar trastornos vasculares.*

\* Clínica Privada de Urología. San Martín - Mendoza - Argentina.

## MATERIAL Y METODOS

En un período de 5 años (enero 87 / enero 92) se estudiaron 62 pacientes que consultaron por disfunción sexual. La edad osciló entre 21 y 77 años, con una media de 49.74 años.

La rutina de evaluación consistió en: 1) historia clínica, 2) análisis de rutina y hormonales, 3) flujometría arterial penéana por efecto doppler y determinación del índice peno-braquial (IPB), y 4) test P+F y evaluación de rigidez midiendo el ángulo de erección.

El estudio vascular consistió en valoración del flujo arterial y presión sistólica en arterias cavernosas y dorsal en extremo proximal y distal del pene, con estetoscopio doppler de 8 MHz, y se comparó la presión con la presión arterial sistólica braquial para determinar IPB. Siguiendo estudios de otros autores, se consideró el IPB de 0.75 como el límite para separar a pacientes con o sin problemas arteriales.

En todos los casos se realizó IIC de P+F y la dosis de comienzo utilizada fue elegida de acuerdo a la posible etiología y al IPB.

En los pacientes que no se obtenía erección total, se realizaron dosis crecientes hasta lograrla o hasta la aparición de efectos indeseados tomando como límite máximo la dosis de 75 mg de clorhidrato de papaverina y 2.5 mg de mesilato de fentolamina.

En pacientes con test P+F negativo durante 20 minutos, si el estudio arterial con doppler era normal, se asumió que se trata de fuga venosa y se realizó compresión venosa en la base del pene con lo que mejoró notablemente la tumescencia, esta simple maniobra podría reemplazar a estudios más complejos para llegar al diagnóstico de fuga venosa, pero es necesario demostrar la veracidad de esta apreciación.

En pacientes con trastornos hormonales o con probables etiologías psico-neurogénicas, se comenzó con dosis bajas, ya que la respuesta a la IIC aún con mínimas dosis puede producir priapismo, y fue en estos grupos donde se presentó esta complicación con mayor frecuencia.

Las respuestas se dividieron en:

*Respuesta buena:* cuando el ángulo de erección fue mayor de 90°.

*Respuesta parcial:* cuando el ángulo de erección estaba entre 60° y 90°.

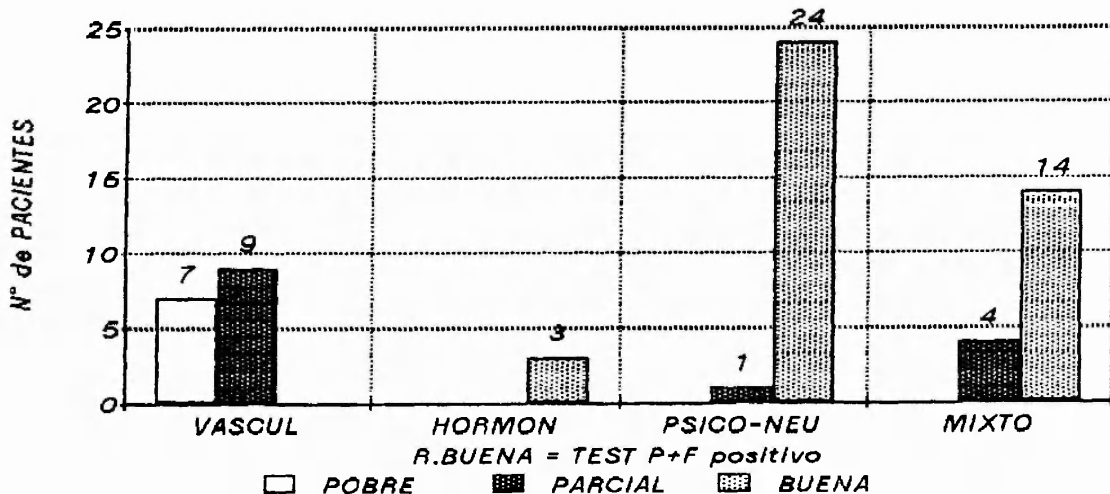
*Respuesta pobre:* cuando el ángulo era inferior a 60°. El test de P+F se consideró positivo cuando la respuesta obtenida fue buena.

## RESULTADOS

De acuerdo a esta rutina diagnóstica, se separó a los enfermos en 4 grupos.

### IIC: RESPUESTA POR ETIOLOGIA, N=62

VASC: 16 HORM: 3 PSICO-NEU: 25 MIXTO: 18



SAU

**Grupo Vascular:** se incluyó pacientes con alteración del flujo arterial peneano y/o respuesta negativa a la IIC. Los pacientes que no tenían alteración del flujo arterial (o sea el IPB era normal), pero el test IIC era negativo, fueron considerados como portadores de fuga venosa si se lograba erección con la compresión venosa en la base del pene.

**Grupo hormonal:** se incluyó a pacientes con alteración del dosaje por radioinmunoensayo de testosterona y/o prolactina y resto del estudio normal.

**Grupo Psico-neurogénico:** se incluyó a pacientes sin alteraciones orgánicas demostrables.

No contamos con test de tumescencia peneana nocturna para diferenciar casos psicogénicos de neurogénicos.

**Grupo Mixto:** se incluyó pacientes con trastornos combinados de los otros grupos, son pacientes que responden al test de IIC con respuestas parciales o buenas, podría tratarse de trastornos vasculares poco importantes combinados con trastornos hormonales y/o neurogénicos.

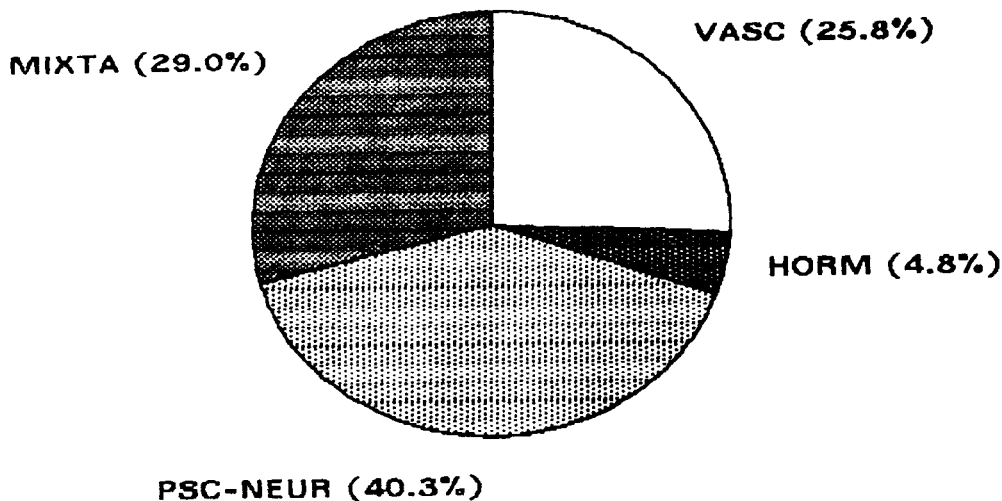
pacientes, 11 de los cuales pertenecían al grupo psiconeurogénico, 1 al hormonal y 1 al mixto, el tratamiento fue IIC de Clorhidrato de Etilefrina (10 mg).

Un enfermo diabético con 5 años de autoinyección presentó un absceso de cuerpo cavernoso que curó con el drenaje.

## CONCLUSIONES

- 1) Por medio de esta sencilla y económica rutina diagnóstica pudimos en el consultorio externo dividir a los pacientes en 4 grupos etiológicos, y recomendarles tratamiento efectivo para su problema.
- 2) La IIC permitió caratular con seguridad los pacientes con impotencia vascular, cuando las respuestas fueron negativas.
- 3) La flujometría con doppler permitió detectar alteraciones vasculares y catalogarlas como tales cuando el IPB era menor de 0.75.
- 4) Un test de P+F negativo con flujometría arterial

## ETIOLOGIAS



De acuerdo a estos antecedentes los grupos mostraron las siguientes cifras:

*Grupo vascular:* 16 casos, 3 arteriales y 13 venosos. (25.8%)

*Grupo Hormonal:* 3 casos (4.8%)

*Grupo Psico-Neurogénico:* 25 casos (40.3%)

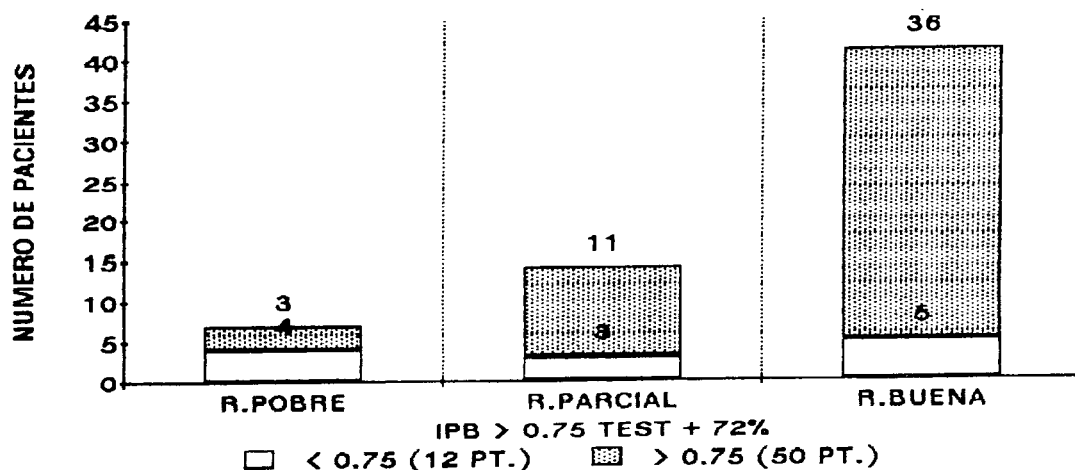
*Grupo Mixto:* 18 casos (29%)

La complicación más frecuente fue el priapismo en 13

normal puede indicar fuga venosa. Esto podría confirmarse si se obtiene erección por compresión venosa en la base del pene, y podrían evitarse estudios más sofisticados como cavernosografía para llegar al diagnóstico, pero es necesario probar esta hipótesis.

- 5) El 72% de los pacientes con IPB > de 0.75 tuvo test P+F positivo, por lo tanto lo tenemos en cuenta para seleccionar dosis inicial y tratar de evitar priapismo.

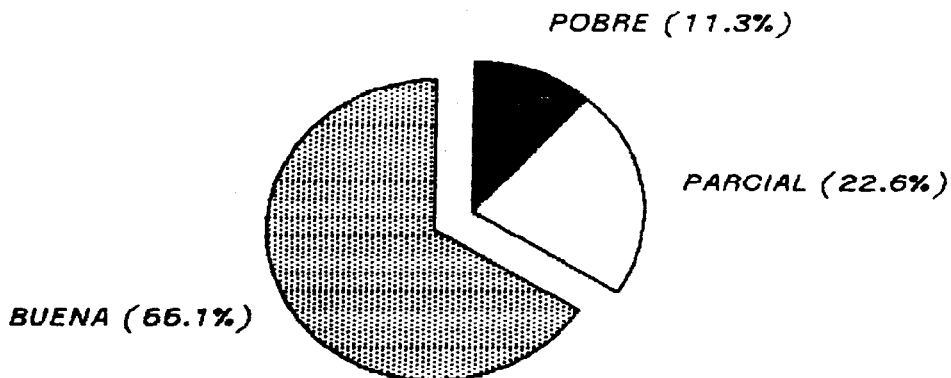
TEST PAPAVERINA + FENTOLAMINA  
COMPARACION I.P.B. - GRADO DE RESPUESTA



- 6) Las dosis para lograr rigidez total en los grupos psiconeurogénicos y hormonales fueron significativamente menores que en el grupo vascular.

PORCENTAJE DE ERECCION EN 62 PACIENTES

PRIAPISMO 13 CASOS (21%)



BIBLIOGRAFIA

- 1) Virag, R., Shoukry, K., Floresco, J., Nollet, F., and Greco, E.: Intracavernous self injection of vasoactive drugs in the treatment of impotence: 8 years experience with 615 cases. J. Urol., 145: 287, 1991.
- 2) Wespes, E., Delcour, C., Rondeux, C., Struyven, J., and Sxhulman, C.: The erectile angle: objective criterion to evaluate the papaverine test in impotence. J. Urol., 138: 1171, 1987.
- 3) Ami Sidi, A., Cameron, J., Duffy, L., and Lange, P.: Intracavernous drug-induced erections in the management of male erectile dysfunction: Experience with 100 patients. J. Urol., 135: 704, 1986.
- 4) Stief, C., Bahren, W., Gall, H., and Scherb, W.: Functional evaluation of penile hemodynamics. J. Urol., 139: 734, 1988.
- 5) Abber, J., Lue, T., Orvis, B., McClure, R., and Wil-

SAU

- liams, R.: Diagnostic test for impotence: A comparison of papaverine injection with the penile-braquial index and nocturnal penile vumescence monitoring. *J. Urol.* 135: 923, 1986.
- 6) Bondil, P., Doremieux, J., Nguyen Qui, J.: Les injections intracaverneuses de drogues vasoactives. *Journal d'Urologie.* 93 N° 6: 361, 1987.
- 7) Lue, T., Hellstrom, W., McAninch, J., and Tanagho, E.: Priapism: a refined approach to diagnosis and treatment. *J. Urol.*, 136: 104, 1986.
- 8) Ellis, D., Doghramji, K., and Bagley, D.: Sanguine band versus penile rigidity in impotence assessment. *J. Urol.*, 140: 61, 1988.