

EL ESPECIALISTA Y LA DISFUNCION ERECTIVA

Dres. Gueglio, G.; Munarriz, M.

La disfunción eréctil es una de las tantas entidades cuya natural evolución ha sido drásticamente modificada por los adelantos diagnósticos y terapéuticos de los últimos años. Así el incesante trabajo de cientos de investigadores a lo largo y ancho del planeta ha permitido conocer y entender mejor el funcionamiento peneano.

Sin embargo, no es la intención de este trabajo enumerar todas las herramientas terapéuticas de que dispone el urólogo para tratar al disfuncional eréctil, sino llamar la atención sobre algunos aspectos de la práctica cotidiana que a veces, por seductores, pueden llevarnos por caminos equivocados.

Los protócolos o algoritmos diagnóstico-terapéuticos

Durante ocho años hemos recibido información que categorizaba a las disfunciones erectiles en "orgánicas o psíquicas". Más inteligentemente, en la actualidad, se tiende a hablar de "predominantemente orgánica o predominantemente psíquica" para referirse al origen de una disfunción. Sin embargo, todavía abundan en la literatura mundial los trabajos que propugnan el uso de verdaderos "derroteros diagnósticos" en donde el paciente es sucesivamente sometido en forma rígida a distintas pruebas diagnósticas de acuerdo con el resultado, positivo o negativo, de la prueba anterior. Sin lugar a dudas esto configura un grave error, pues se le está asignando una sensibilidad y especificidad del 100% a tests que sabemos, están muy lejos de tener tal exactitud. Estos algoritmos, que pueden ser tremendamente efectivos en otras patologías, carecen de utilidad en una patología que está tan claramente influida por el psiquis-

mo en sus diferentes formas (angustia, inhibición, motivación personal, depresión, y otros). Ninguno de los estudios para la disfunción eréctil con que contamos en la actualidad logra evitar la influencia psicogénica. Ni siquiera los menos invasivos, tales como el monitoreo nocturno, lo consiguen totalmente.

No es difícil imaginar, por ejemplo, que un paciente que está sometido a múltiples punciones cavernosas en un ambiente hostil, encontrará en extremo dificultoso lograr una relajación adecuada, aun cuando nosotros se lo pidamos amablemente.

Esto implica el considerable porcentajes de falsos resultados que estos estudios tienen, sobre todo cuando se los interpreta aisladamente.

Creemos que el traje debe ser a medida y no de confección.

Luego de un minucioso interrogatorio y examen físico, el paciente debe ser evaluado con las pruebas que el profesional actuante considere necesarias y sólo después de haberlas interpretado en forma conjunta se podrá esbozar un diagnóstico presuntivo y una estrategia terapéutica adecuada.

En muchos casos la entrevista psico-sexológica puede aportarnos valiosos datos acerca del paciente que vamos a tratar.

En síntesis, creemos que los pacientes deben ser estudiados "a medida" y la conclusión diagnóstica y terapéutica debe ser la resultante natural de una evaluación que considere todos los aspectos mencionados.

Los tratamientos sintomáticos

En el apartado anterior hicimos hincapié sobre la importancia de llegar a un diagnóstico lo más exacto posible para poder realizar una propuesta terapéutica lo más adecuada posible. Sin embargo, en la actualidad ha ganado espacio una estrategia que consiste en no diagnosticar y simplemente limitarse a ofrecer las variantes terapéuticas más generales (vacuum, drogas vasoactivas

o prótesis) para que el paciente opte por la que le parece más aceptable (tratamiento de confección).

Sin lugar a dudas esto constituye un triple peligro, pues en primer lugar, al no llegarse siquiera cerca de un diagnóstico etiológico se pierde la posibilidad de entender qué tipo de paciente estamos tratando; segundo, esto impondrá un inevitable stop en el avance del entendimiento del mecanismo eréctil y en el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos más exactos que los que actualmente disponemos; tercero, ya no será necesario ser un estudioso especialista para tratar a este tipo de pacientes, pues bastará con saber dar una inyección, accionar un dispositivo de vacío o colocar una prótesis para tener cubiertas todas las necesidades.

Es así como probablemente perderemos este campo a manos de geriatras, clínicos generales, endocrinólogos y, lo que es mucho más grave, tal vez a manos de personajes ni siquiera médicos. Creemos que estos tratamientos de confección sólo deben ser ofrecidos a aquellos pacientes que por una u otra razón no puedan ser convenientemente estudiados o cuya disfunción erectiva sea de un origen tan claro que no amerite ningún paso diagnóstico previo al tratamiento.

El aspecto ético _____

Vivimos en una época difícil. Muchas veces nuestros intereses profesionales se confunden con nuestros intereses personales. No obstante, es imprescindible que recordemos permanentemente quiénes somos y para qué estamos. Debemos diferenciarnos de los comerciantes que día a día engañan a los desprevenidos pacientes con falsas promesas y, lo que es peor, con falsos tratamientos. La publicidad, si tiene que ser, que sea una forma seria de dar a conocer lo que hacemos y no un rimbombante anuncio de lo que nunca podremos hacer.

Conclusiones _____

Uno de los riesgos de este tipo de comunicación es que quienes lo lean o escuchen piensen o sientan que quienes esto escribimos nos creemos los dueños de la verdad. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. La única intención de este comentario es tratar de aportar algo para que el manejo de los disfuncionales eréctiles sea todo lo serio y ético que ellos se merecen.