

VASCULOPATIAS PERIFÉRICAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO CON DISFUNCIÓN SEXUAL ERECTIL

Dr. Raúl Romay Buitrago; Dr. Carlos del Risco Turiño; Dr. Alejandro Ferrer Padrón; Dr. Félix González González; Dr. Rafael Pila Pérez

Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

En este trabajo hemos revisado los resultados del estudio de 46 pacientes diabéticos con disfunción sexual eréctil; donde se determinó la existencia de vasculopatías periféricas en miembros inferiores a un total de 36 casos. 82,61%. Se sometieron a un interrogatorio, examen físico y estudios bioquímicos, hemodinámicos y radiológicos del sistema vascular. Predominaron las lesiones de las arterias plantares bilateralmente en 24 pacientes. 52,17%. Encontramos relación significativa entre el tipo de diabetes y la causa del fallo eréctil, prevaleciendo la etiología neurovascular en 23 hombres. (50%). Por último reflejamos los factores que influyen en los hallazgos obtenidos.

DeCS: MACROANGIOPATÍA DIABÉTICA; DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL.

ABSTRACT

In this work we have reviewed the results of the study of 46 diabetic patients, suffering from sexual erectile dysfunction where the existence of peripheral vascular disease of the lower limbs was determined in 36 of them 82,61%. They underwent an interrogatory, physical examination, biochemical, haemodynamics, and radiological studies of the vascular system. The injury of plantar arteries in both feet was found in

24 patients, 52,17%. We also found significant relationships among the type of diabetes and the cause of erectile failure. The most important was the neurovascular etiology, 23 men, (50%). Finally, we showed the factors that influence in our findings.

DeCS: IMPOTENCE; DIABETES MELLITUS; PERIPHERAL VASCULAR DISEASES.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es muy frecuente en nuestra época, tanto en Cuba como en el resto del mundo. (1)

En estudios multinacionales realizados se ha visto una alta incidencia de las lesiones vasculares, principalmente los diabéticos se ven amenazados por la angiopatía que se presenta en el 90% de ellos, cuando la diabetes ha existido a varios decenios, tanto la microangiopatía como la macroangiopatía, asociadas o con predominio de una de ellas. (2-4).

En los Estados Unidos se estima que cerca de 10 millones de hombres, incluyendo el 50% de los diabéticos y la mitad de los que padecen enfermedades vasculares periféricas, tienen impotencia importante. La cuantía de este trastorno se ha aclarado desde que la disminución de las inhibiciones sexuales, permitió que médicos y pacientes comentaran estas incapacidades. (5,6). Se conoce que la disfunción sexual eréctil (D.S.E) es un síntoma frecuente en el diabético que a veces precede a la aparición de la enfermedad, es una complicación más frecuente que la retinopatía y la nefropatía (7).

La D.S.E que predomina en los pacientes diabéticos es atribuida principalmente a la neuropatía autonómica.

Existe una gran asociación entre la vejiga neuropática y la disfunción sexual como una expresión más de los trastornos neurológicos que representan los pacientes con esta enfermedad. (8).

MÉTODOS

Para el desarrollo de nuestro trabajo se estudiaron 46 pacientes diabéticos conocidos o diagnosticados en la consulta multidisciplinaria de D.S.E. del Hospital Provincial "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey, durante un período de dos años.

Se confeccionó un expediente clínico especial que comprende una anamnesis, examen físico general que nos orientó a posibles alteraciones vasculares, neurológicas y gonadales; para completar la investigación incluimos estudios bioquímicos, hemodinámicos e imagenológicos correspondientes a cada caso.

Dentro del estudio realizamos la determinación del índice de presiones pene-brazo en reposo y postejercicios e índices pierna-brazo mediante el empleo del Doppler. Siguiendo el criterio, de otros autores (9,10) consideramos como normal aquellos con índices de 0,80 a 1,00. Con signos de insuficiencia arterial de 0,79 a 0,60. Y con oclusión arterial menos de 0,60. Asimismo los casos con clarificaciones nos reflejan índices por encima de 1 (10).

Para completar el estudio indicamos la pletismografía digital por compresiones alternas, permitiéndonos conocer macroangiopatía por arterias podálicas y la hiperemia reactiva bajo control fotopletismográfico, informa además la presencia de microangiopatía.

Se determinó la integridad anatomofuncional del reflejo bulbo cavernoso y de los potenciales evocados somato-sensoriales a través de un equipo electromiógrafo computarizado y empleamos métodos no cruentos para diagnosticar neuropatía autonómica, entre ellos la respuesta de la presión sanguínea y la variación del ritmo cardíaco en posición de pie y acostado.

Los exámenes imagenológicos invasivos estuvieron comprendidos por la Cavernosografía (11), Faloarteriografía (12) y la arteriografía por punción femoral directa; estos dos últimos en aquellos pacientes que presentaban reducción de los índices en el pene y los miembros inferiores respectivamente.

RESULTADOS

Nuestro grupo presentó edades comprendidas entre 21 y 72 años (media de 52,41 años). El tiempo de evolución que predominó en la diabetes fue de 11 años o más con 22 casos (47,82%) siendo significativo que a 11 pacientes (23,91%) le fuera diagnosticada en consulta la diabetes.

La Tabla 1 nos muestra el sector arterial periférico afectado, demostrándose que las arterias más lesionadas fueron las plantares bilateralmente en 24 pacientes (52,17%) ($P < 0,05$).

Tabla 1. Sector Arterial Lesionado:

	No.	%.
Plantar	24	52.17
Dorsal	7	15.22
Pierna	5	10.87
Fémoro-Poplíteo	2	4.35
No lesión	8	17.39
Total	46	100

Fuente Expedientes Clínicos $P < 0,05$

Al relacionar el tipo de diabetes y el tipo de D.S.E. diagnosticado (Tabla 2), pudimos comprobar que la causa del fallo eréctil más encontrada fue la neurovascular con 23 pacientes agrupados 13 de ellos con la diabetes tipo I y 10 con la tipo II. Lo que resultó estadísticamente significativo. ($P < 0,05$)

Tabla 2. Relación entre el tipo de diabetes mellitus y el tipo de D.S.D.

	Venosa	Arterial	Neurológica	Neuro-Vascular	Total
Tipo I		2	3	13	18
Tipo II	7	2	5	10	24
T.G.A.	4	0		4	
Total	11	4	8	23	46

Fuente: Expedientes Clínicos $P < 0,05$

DISCUSIÓN

En la mayoría de las enfermedades endocrino - metabólicas y sobre todo en la diabetes se presentan severos trastornos lipídicos y vasculares que pueden dar lugar a una mayor asociación de alteraciones macro y microangiopáticas, así como neuropáticas que explican el desarrollo de la D.S.E. con mayor frecuencia después de los 41 años . Se señala que la unión de la testosterona a la globulina transportada (Tc BG) aumenta hasta un 50% con la edad lo que conlleva a una disminución de la hormona libre o biológicamente activa, también se plantea un aumento en los niveles de proláctina (13, 14).

Todos estos trastornos hormonales contribuyen a una disminución de la potencia sexual en los hombres, que unido a los cambios que suceden en el organismo con el transcurso de los años pudiera explicar por qué la D.S.E. aumenta en este período de la vida.

Las arteriopatías periféricas encontradas en los pacientes se encuentran en correspondencia con lo señalado por otros autores (15), reflejándose las características de la macroangiopatía diabética, la cual tiene la particularidad de afectar con mayor frecuencia las arterias del pie, su dirección centrípeta, bilateral y de lesionar con mucha menor frecuencia sectores proximales.

En nuestras investigaciones predominó en cuanto al tiempo de diabetes de Tipo II. Este resultado es comprensible ya que al revisar literatura cubana hemos encontrado que la Diabetes Mellitus Tipo II es 20 veces más frecuente que la Tipo I, además aparece en la segunda mitad de la vida, etapa donde se ubica la mayor cantidad de nuestros pacientes (17,14).

El fallo eréctil referido, se debió principalmente a etiologías neuro - vasculares, hecho que nos habla de la forma multifactorial de presentación de la disfunción en el diabético (7,16), donde la hiperglicemia mantenida, debido a un mal control de la enfermedad así como la obesidad (17), los trastornos en el metabolismo lipídico (18), las alteraciones hemorreológicas (19) y la hipertensión arterial (20) se conjugan y hacen la impotencia sexual irreversible y de difícil pronóstico.

Los resultados aquí obtenidos nos obligan al examen integral del paciente diabético aquejado de disfunción eréctil, En nuestra experiencia hemos encontrado, que hoy día, del total de casos estudiados, tres han sufrido amputación mayor de miembros inferiores, secundarias e isquemias críticas de sus extremidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mateo de Acosta O; García González, R.: Lo que todo diabético debe saber. 2da ed Ciudad de la Habana.: Ed Ciencias Médicas; 1989: 9.
2. Castellanos R.:Enfermedades asociadas con la microangiopatía diabética. Actualidad en Angiología 1980;4: 21-36.
3. Alleyne S. Estimación de la mortalidad por diabetes mellitus. Basada en los certificados de defunción. 1970-1979. Bol.O f. Sanit. Panam. 1989; 106:277-286.
4. Torres J; Bonifazio J.:Diabetes. 2da ed. Montevideo: Editorial SLR. 1989: 193-203.
5. Kinsey A C; Pomeroy W B; Martin C E.: Sexual behavior in the human male. Philadelphia: WB Saunders. 1948.
6. Gregory J.: Impotencia: Enfoque quirúrgico. En: Cirugía Urológica. Clin. Quir. Nor. Am 1982; 6: 977-983.
7. Faget D; Morales J.:Impotencia y diabetes mellitus. Rev. Cub. Med. 1986; 25: 63-69.
8. Licea M; Padron R.: Disfunción testicular en enfermedades endocrinas. Rev. Cub. Med 1986; 25: 1038-1057.
9. Kempizinsky, R.: Role of vascular diagnostic laboratory in the evaluation of erectile impotence. Fertil Steril. 1978. 30: 687.
10. Vega M E.: Caracterización hemodinámica del paciente diabético con calcificaciones arteriales. Angiología. 1993. XLV. 2: 137-140.
11. Delcour, D.: Impotence: Evaluation with cavernosography. Radiology. 1986. 161: 803-806.
12. Ginestio GF.: Pudental angiography. In Zorngiotti AW; Rossi, G. Springfield. Charles Thomas Pub. 1980: 125-142.
13. Whitehead ED.: Diabetes related impotence and its Treatment in the middle aged and elderly. Part I. Geriatrics. 1987. 42: 63.65.

14. Gregerman RI; Bierman, EL. Envejecimiento y hormonas En: Williams, R H. Tratado de Endocrinología. 5ta ed. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 183: t-2: 2118.
15. Fernández J.: Macroangiopatía diabética. Actualización. Actualidades en Angiología. Serie Información Temática. 1982; 6: (1).
16. García H.: Alteraciones sexuales en diabéticos. Bol. Hosp. San Juan de Dios. 1987; 34 (1): 38-42.

Recibido: 2 de septiembre de 1997

Aprobado: 16 de febrero de 1998