

RELACIÓN ENTRE LA DISFUNCIÓN SEXUAL Y LA FIBROMIALGÍA.

Dra. Arquelles Zayas, A. , Dr. Infante Amoros, A.** , Dra. Concepción Castell, C.***, Dra. Vallin Castro, R.*****

- * ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO EN REUMATOLOGIA.
- ** ESPECIALISTA EN PRIMER GRADO EN ENDOCRINOLOGIA
- *** ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y REUMATOLOGIA.
- **** ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN REUMATOLOGIA.

RESUMEN: Se estudiaron 20 pacientes con fibrositis pertenecientes a un grupo etáreo entre 30 y 45 años y se dividieron en dos grupos. Grupo 1 que refirieron disfunción sexual (9 casos). Grupo 2 los que no refirieron disfunción sexual (11 casos). Los que presentaron disfunción sexual se clasificó de acuerdo a la alteración de la respuesta sexual y se les realizó estudios neurofisiológicos y estudios psicológicos. Se vio que : La disminución de la libido fue el hallazgo más frecuente y le siguió después la anorgasmia. Se estudió el tiempo de latencia del R.B.C. en 9 pacientes y en 7 de ellas la prolongación del tiempo de latencia fue discreto, 8 dudoso, considerándose normal y en 2 fue ligero la prolongación del tiempo de latencia la cual no fue estadísticamente significativo. Los Potenciales Evocados Somato Sensoriales Sacros fueron normales. El análisis psicológico de nuestras pacientes nos permitió seleccionar la estrategia a seguir en los diferentes tipos de disfunción sexual, donde se observó pobre comunicación de la pareja a pesar de que las pacientes tenían un nivel intelectual y superior al promedio pero se observa una tendencia funcional inferior, debido a dificultades emocionales en ocasiones serias que disminuyen el rendimiento de la capacidad intelectual con predominio del estrés emocional, demostrándose una sexualidad desajustada con importantes insatisfacciones actuales e históricas, particularmente en la fase del deseo y la capacidad orgásmica. Existen conflictos respecto a la necesidad de dependencia, pasividad y poca o nula autoafirmación. Se ve pobreza en la amplitud de intereses variados, por lo general son limitados y superficiales. Se hallan concentrado en profundidad en una sola área. A nuestro entender los factores que intervienen en la disfunción sexual femenina son variados y numerosos siendo en estos pacientes muy importantes los factores psicológicos.

INTRODUCCION.

La Fibromialgia es uno de los síndromes reumáticos más comunes. Los estudios de prevalencia han mostrado que el 2% de la población general sufre de esta condición dolorosa, la gran mayoría son mujeres. La Fibromialgia es una entidad tan incapacitante como la Artritis Reumatoide.

El diagnóstico se basa en la historia de dolor músculo- esquelético crónico y diseminado más el hallazgo al examen físico de puntos en gatillo de escopeta. Otras características del síndrome de

acuerdo con el Colegio Americano de Reumatología, son trastornos del sueño, fatiga, rigidez matinal, parestesia, ansiedad, cefalea e intestino irritable.

La Fibromialgia comparte muchas características clínicas con el síndrome de fatiga crónica es por esto que varias autoridades en la materia han propuesto que ambas entidades son enfoques diferentes de un mismo proceso fisiológico

Su etiopatogénia permanece oscura. Se han planteado varias hipótesis.

A) Debido al disturbio del sueño se produce disminución de la producción de

endomorfinas a nivel del mesencéfalo, las cuales tienen función de atenuar el dolor que va desde la periferia a nivel central por lo que se percibe más intensamente el dolor.

B) Otros plantean disfunción del sistema nervioso autónomo.

Por ser una enfermedad que predomina en mujer joven nos motivó a caracterizar alteraciones en la esfera sexual ya que la disfunción sexual puede afectar la salud psíquica, física y social de la persona pues la sexualidad es la búsqueda de placer por parte de la pareja y al encontrar esto, hay un reforzamiento de las relaciones, la personalidad individual y la adaptación social. Por otra parte el desarrollo de la personalidad, la comunicación, la autoestima y el aprendizaje social mejoran la conducta y la salud sexual femenina. En la excitación sexual femenina se producen también cambios en los genitales en particular tumescencia y lubricación de la vagina, vulva y erección del clítoris. Hay un aumento de la percepción de las sensaciones eróticas placenteras, así como en algunas formas de excitación neurofisiológica centrales, como quiera en estos cambios participan también factores neurológicos, vasculares, hormonales, psíquicos por lo que se debe valorar causas orgánicas además de las psicológicas.

MATERIAL

Se estudiaron 20 pacientes con Fibromialgia que acudieron a la consulta de Reumatología en el Hospital Hermanos Ameijeiras en el transcurso de un año. A todos se les pidió el consentimiento verbal para participar en la investigación.

Los requisitos de admisión fueron:

1. Llenar los criterios diagnóstico de Fibromialgia de acuerdo con los lineamientos del Colegio Americano de Reumatología.
2. Edad entre 20 y 45 años.
3. Niveles de eritrosedimentación, hemoglobina, creatinina, colesterol, captación de yodo normal.
4. Ausencia de enfermedades reumáticas

inflamatorias concomitantes o de otros padecimientos.

METODO.

Los 20 pacientes fueron clasificados en dos grupos.

GRUPO A: Los que refirieron alteraciones en la esfera sexual tales como disminución de la libido y anorgásmia.

GRUPO B Los que no refirieron alteraciones en la esfera sexual.

A los dos grupos se le realizó:

"Complementarios indispensables y captación de yodo.

"Caracterización psicológica.

Test de Idare (Inventario de ansiedad rasgo - estado)

Test de Beck (valora el estado depresivo del sujeto, sus manifestaciones y la profundidad de la depresión)

Test de Raven (mide capacidad intelectual).

Dibujo de figura humana, su pareja y vínculo entre ambos con sus respectivas composiciones.

Test de Rotter (frases incompletas para conocer áreas de conflictos, vínculo afectivo, motivaciones y necesidades del sujeto en diferentes esferas.

Método directo de los 10 deseos (los mayores 10 deseos del individuo)

Al GRUPO A además se le realizó

"Historia clínica especial dirigida a definir la característica de los diferentes tipos de disfunción sexual femenina.

"Estudio neurofisiológico.

- Reflejo Bulbo Cavernoso (RBC)

- Potenciales Evocados Somatosensoriales (PESS)

R.B.C. :Se exploró mediante el sistema computarizado de registro electromiográfico Neurocid.

El registro se realizó mediante un electrodo de estimulación de puntos colocados en el clítoris,

el cátodo y en el prepucio el ánodo. Se comenzó a partir de cero la intensidad de la estimulación eléctrica hasta que esta sensación era percibida. Se determinó el valor obtenido en miliamperes.

Es un reflejo somático bilateral espinal mediado por la vía aferente y eferente del nervio pudiendo por intermedio de los segmentos sacros S2-S3 evocados por estimulación manual eléctrica del clítoris lo cual provoca contracción del músculo estriado bulbo cavernoso.

Los valores que se tuvieron en cuenta fueron:

Valor normal de la latencia inicial hasta 35 mseg.
De 35 a 40 mseg prolongación discreta (dudoso por lo que se consideró normal).

De 40 a 45 mseg prolongación ligera

De 45 a 50 mseg prolongación moderada.

Mas de 50 mseg prolongación severa.

Cuando el tiempo de latencia inicial fue menor de 40 mseg se consideró el resultado dudoso y las pacientes que tenían una prolongación discreta de la latencia inicial no fueron consideradas como patológicas.

Los Potenciales Evocados Somatosensoriales Sacros:

Estudian el registro de potenciales evocados promedio en el Sistema Nervioso Central como respuesta a la estimulación eléctrica del nervio dorsal del clítoris; permitió explorar la vía aferente somática desde la región genitourinaria baja hasta la corteza sensorimotora.

Valor normal es hasta 45 mseg.

Análisis psicológico:

DISCUSIÓN

En los últimos años han aumentado los estudios sobre la disfunción sexual femenina y han ido cambiando las concepciones tradicionales de la sexualidad en la mujer, considerándose más legítima sus necesidades sexuales. Motivado por lo antes dicho y por las pocas investigaciones sobre el tema en nuestro medio, decidimos estudiar un

grupo de pacientes con fibrositis y disfunción sexual femenina para conocer sus características. Esto pudiera ser de gran utilidad para trabajos futuros con vista a mejorar el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes.

La anorgasmia y la disminución de la libido fueron las disfunciones sexuales más frecuentemente encontradas en nuestras pacientes, al igual que en otras publicaciones. En su producción se han invocado factores como bajo nivel educacional; pobre educación sexual; mala relación conyugal, uso de medicamentos y trastornos psíquicos.

La dispareunia, en todos los coitos o en la mayoría de los mismos y en diferentes posiciones, fue un trastorno frecuente. Sus causas más frecuentes fueron: la infección vaginal, contraceptivos orales, cicatriz vaginal obstétrica, enfermedad inflamatoria pélvica, útero en retroversión.

Se conoce poco de la sexualidad en la mujer obesa. Las pacientes obesas tienen preocupación por su imagen corporal y no se sienten sexualmente atractivas. Por otra parte, pueden tener trastornos de índole mecánico durante el acto sexual, por la dificultad para adoptar posiciones adecuadas durante el coito. En nuestro estudio en las pacientes obesas predominaron la anorgasmia y la disminución de la libido.

La mayoría de las pacientes consumían algún tipo de medicamento capaz de producir disfunción sexual. Los psicofármacos fueron los más frecuentemente utilizados, muchas veces sin ninguna prescripción médica y durante largo tiempo.

Los ansiolíticos, en dosis moderada, pueden retardar el orgasmo y disminuir la libido, efectos que se atribuyen a la disminución de la ansiedad y a la sedación. Los antidepresivos son capaces de disminuir la libido.

En nuestra serie predominaron los psicofármacos y es posible que estos medicamentos participaran en la producción o empeoramiento de sus trastornos sexuales. Con frecuencia las pacientes consumen combinaciones de

psicofármacos, los que puede afectar por potenciación de sus efectos la función sexual. Ello pudo suceder en las pacientes que usaron trifluoperazina y amitriptilina, que fue la combinación más frecuentemente usada.

El tabaquismo constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades vasculares y estas pueden influir negativamente sobre la función sexual. La mitad de las pacientes eran fumadoras pero consideramos que el hábito de fumar no influyó en la disfunción sexual.

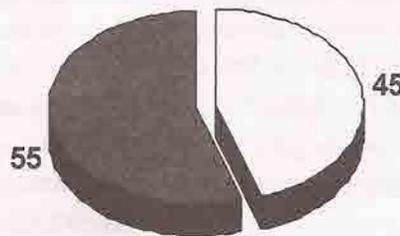
Aunque en nuestro estudio no estudiamos a la pareja, nuestra pacientes nos refirieron algunas características de sus esposos, que pudieron influir o ser ocasionadas por la disfunción sexual existente en la mujer.

El análisis psicológico de nuestras pacientes nos permitió seleccionar estrategias a seguir en los diferentes tipos de disfunción sexual. Los síntomas que predominaron fueron la ansiedad, la depresión, irritabilidad, bajo nivel de conocimientos en la esfera sexual y pobre comunicación de la pareja.

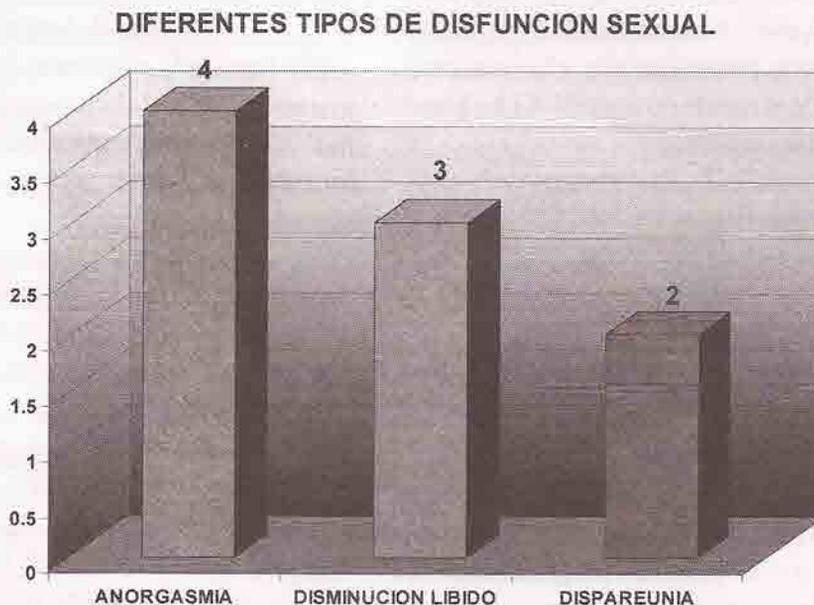
Es conocido que la interrelación de la pareja es importante y que la mujer tiene un umbral más elevado para lograr el orgasmo. Este hecho asociado a los problemas descritos anteriormente eleva aun más el umbral necesario para el orgasmo.

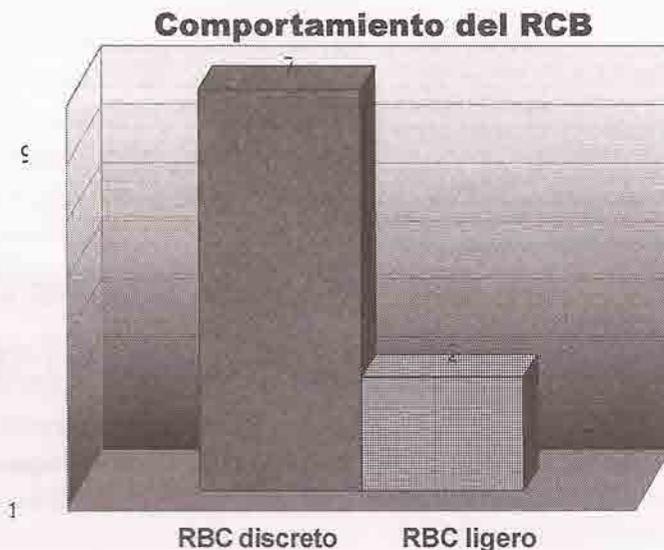
Los estudios neurofisiológicos fueron negativos.

Pacientes con Fibromialgia con Disfunción sexual y sin Disfunción sexual



■ Pacientes con Disfunción sexual ■ Pacientes sin disfunción sexual





BIBLIOGRAFIA.

1) Bors, Comarr a.e. Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with special reference to 529 patients with spinal cord injury. – Urol. Surwey, 1995,u. 10, p.191-222.
 2) Brecher E.M. the sex reserchers. London, 1998, 354p.
 3) Drysdale CH. Elements of social science;or physical, sexual and natural religion. London, 1990.
 4) Effertz O. Uber Neurostheria sexualis, Physiologie der sexuellen Gemeingeferhle.New

York, 1994.
 5) Abraham K. Selected popers on psychonalysis. London 19997.
 6) Michael S.T. Neurotic Symtoms in an urban population. Neuroser Praha, 1993 p. 163-169.
 7) Roboch J. Studies on the sexuality of woman. London, 1998 p 47-94.
 8) Herrero – Baumont G. Manual de enfermedades reumaticas España. Ediciones Doyman, 1992:35-41
 9) Russell A: Fibromialgia Reumática. En. Klippel J.H., Dieppe P.A-Rhematology. London: Mosby, 1994 p 5.16.1-12.