

RELACION ENTRE ESPONDILITIS ANQUILOPOYETICA Y DISFUNCION SEXUAL.

Dra. Arquelles Zayas, A.; Dr. Infante Amorós, A.**; Dr. Fernández Valdés, F.***; Dra. Castell Pérez, C.*

* Especialista de primer grado en Reumatología.

** Especialista de primer grado en Endocrinología

*** Candidato a Dr en Ciencia Especialista de segundo grado

**** Especialista de Medicina Interna y Reumatología primer y segundo grado.

RESUMEN: Se encuestaron 30 hombres portadores de Espondilitis Anquilopoyética (E.A.) con el objetivo de determinar la frecuencia de disfunción sexual. El 36,6% de la muestra (GRUPO A) presentaron disfunción sexual (D.S.) y el 63,3 % no la refirieron (GRUPO B). La edad media del GRUPO A fue de (38,9 años) mientras que la del GRUPO B fue de (30,1 años) lo que fue altamente significativo para una $p=0,0024$. El tiempo de evolución del GRUPO A, fue de (10,36 años) y la del GRUPO B, fue de (2,73 años) siendo también altamente significativo para una $p=0,00001$. La disfunción sexual eréctil se encontró en 9 pacientes para un (81,1 %) y la eyaculación precoz se encontró en 2 pacientes para un (18,2%). Al realizar estudios multidisciplinario a los enfermos con D.S.E. se encontró que el 77,7 % fueron diagnosticados como predominantemente orgánicos, el 11,1 % como predominantemente psicológico y un caso no pudo ser clasificado. La latencia inicial (L 1) del Reflejo Bulbo Cavernoso (R.B.C.) resulto prolongada en 3 enfermos y el pico (N1,P1) se prolongo en 4 enfermos, solamente 2 casos estudiados tuvieron R.B.C normal. Los potenciales evocados Somatosensoriales peneanos fueron normales en todos los enfermos. En el estudio hemodinámico solamente se encontró 1 paciente con índice anormal. Se concluye que la disfunción sexual es frecuente en el grupo estudiado. Las alteraciones en los diferentes parámetros del R.B.C. traducen el daño neurológico del arco reflejo de la erección que pudiera explicar la alta frecuencia de la disfunción sexual encontrada en el estudio

INTRODUCCION.

La Espondilitis Anquilopoyética (E.A) conocida también como enfermedad de Strumpell-Marie es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida que afecta fundamentalmente la columna vertebral, con tendencia a la fibrosis y la anquilosis ósea, también suele estar afectadas las articulaciones periféricas y estructuras extraarticulares.

Se encontró una frecuencia de 1,5 a 2 personas por 1000 en varias poblaciones caucásicas estudiadas con predominio en hombres 7:3. Estudios actuales sugieren que la distribución por sexo

es mas uniforme. El padecimiento se diagnosticaba con menor frecuencia en la mujer, posiblemente porque los médicos y radiólogos se mostraban reacios a identificar tal padecimiento que consideran raro en el sexo femenino.

Se manifiesta clínicamente por presentar dolor en la región lumbar o dorsolumbar de tipo inflamatorio de instalación insidiosa, con rigidez matinal después de periodos prolongados de inactividad, mejorando con el ejercicio físico. Las molestias iniciales son poco específicas y el diagnóstico puede retrasarse durante años. Existe limitación de la expansibilidad torácica y en estadios avanzados de la enfermedad presenta dolor

a nivel cervical con limitación de sus movimientos.

La artritis periférica puede ser la primera manifestación de la enfermedad o aparecer cuando la afectación raquídea esta inactiva, esta es asimétrica y con predilección de los miembros inferiores.

Se describe manifestaciones extaarticulares entre los cuales estan la uveítis, la insuficiencia aortica, afectación respiratoria, renal (nefropatía por IgA) y neurológicas (síndrome de la cola de caballo) con incontinencia vesical, rectal y anestesia en silla de montar provocado por desarrollo de quistes arácnidos debido a la existencia de una aracnoiditis crónica.

Algunos reumatólogos han señalado que un numero no despreciable de varones portadores de E.A. se quejan de dificultades en su desempeño sexual, específicamente disfunción sexual eréctil (D.S.E), sin embargo, en la literatura revisada no se encuentran referencia de este trastorno.

La frecuencia de disfunción sexual en Cuba no ha sido estudiada, pero investigaciones realizadas en Suecia y Estados Unidos, plantean que entre el 8 al 10 % de la población masculina comprendida entre 20 y 75 años padecen el trastorno de forma crónica y más del 90 % tienen algún episodio en el transcurso de su vida.

Hasta hace dos décadas, se pensaba que las disfunciones sexuales, específicamente la D.S.E. se debían en mas del 90% de las ocasiones a trastornos psicológicos. En los últimos años, gracias al mejor conocimiento de la fisiología de la erección se sabe que el 50 % de los pacientes que sufren este trastorno se debe fundamentalmente a causas orgánicas, siendo la insuficiencia arterial del sistema aortoiliaco - pudendocavernoso, la insuficiencia venosa o escape venoso y las enfermedades del sistema nervioso central, periférico y neurovegetativo, las causas mas frecuentes que provocan este trastorno.

Se conocen que en los enfermos portadores de E.A. existen rectificación y limitaciones de los movimientos de la columna vertebral, sobre todo

la región lumbar, producida por la osificación de los ligamentos; a este nivel se encuentran el centro parasimpático de la erección, específicamente en la columna intermedio laterales del 2do, 3er y 4to segmento del cordón espinal sacro y también por los agujeros de conjunción de la columna lumbar entran los axones de la neurona preganglionares y salen las raíces que más tarde formaran el plexo sacro y nervio cavernoso, los cuales intervienen en el arco reflejo que lleva el mensaje a las arterias intracavernosa para que se produzca vasodilatación, llenado del cuerpo cavernoso, cierre del Shunt arterio - venoso y erección del pene.

Es posible que algunos enfermos con E.A. tengan dañadas las estructuras nerviosas que participan en los mecanismos fisiológicos de la erección, producto de la rectificación, disminución de la movilidad de la columna lumbar y de compresión de los nervios que salen y entran a este nivel por posible aracnoiditis crónica y formación de quiste y esto sea la causa de las dificultades en el desempeño sexual o son los disturbios psíquicos que se observan en todo paciente con enfermedad crónica invalidante o seria la combinación de ambos fenómenos lo que explique lo observado en la practica clínica por algunos reumatólogos.

La posibilidad de constar en nuestra institución con un grupo multidisciplinario, con técnicas validadas que permiten realizar un diagnóstico etiológico certero de la disfunción sexual masculina nos da la posibilidad de contestarnos esta interrogante y de cierta forma brindar ayuda en esta esfera tan importante para el hombre y por que no para la vida en pareja de estos enfermos, abrumados por dolores constantes, limitaciones de movimientos, que los lleva lenta y progresivamente a cierto grado de invalidez y que le afecte tanto desde el punto de vista psicológico, como en sus aspiraciones personales, sociales y laborales.

MATERIAL Y METODO.

Se estudiaron 30 pacientes con E.A. del sexo masculino que acudieron a la consulta del Hospi-

tal Clínico Quirúrgico 'Hermanos Ameijeiras' y al Instituto de Reumatología en los últimos 10 años.

Todos los enfermos fueron sometidos a las siguientes encuestas:

1. Encuesta general que incluye edad, tiempo de evolución de la enfermedad, principales síntomas y signos y enfermedades asociadas, etc., para caracterizar la muestra.
2. Encuesta diseñada válida para conocer si el paciente tiene algún tipo de disfunción sexual.
3. Encuesta diseñada y validada para conocer el comportamiento sexual del enfermo con disfunción sexual.
De esta forma la muestra quedó dividida en dos grupos, los que presentaban disfunción sexual y los que no lo presentaban.
4. Todos los enfermos fueron sometidos a un examen físico minucioso del sistema osteo-mioarticular.

GRUPO A. Se le realizó.

1. **La historia clínica sexual orientada para ser confeccionada por el propio paciente.**
2. **Examen físico general, vascular, neurológico y andrológico dirigido a buscar alteraciones orgánicas que causen D.S.E.**
3. **Análisis de laboratorio que incluyeron exámenes indispensables como HB, Hto, Glicemia en ayunas y lipidograma.**
4. **Prueba Psicológica.**

Se realizó una caracterización psicológica a estos pacientes teniendo en cuenta los resultados obtenidos a través de una entrevista psicológica y de una batería de pruebas psicológicas que incluye.

- Inventario multifacético de personalidad de Minnessota.
- Test de completar frases de Rotter para conocer áreas de conflicto.
- Inventario de ansiedad rasgo - estado para conocer ansiedad como rasgo y como estado.
- Prueba de depresión de Beek para cono-

cer grado de depresión.

- Test de Randy para conocer aspiraciones.
- Escala de autoevaluación Dembo Rubnstein para conocer autovaloración.

5. Estudios hemodinámicos peneanos no invasivos aplicándose:

- US Doppler del pene con detector ultrasonográfico Doppler de flujo sanguíneo, equipo Vasoflooo-3, sonicaid utilizando transductor de 8 MHz mediante el cual se realizaron las siguientes pruebas.

- a) Ultrasonografía Doppler de las 4 arterias del pene (proximal y distal), las dos dorsales o superficiales y las dos profundas o cavernosas.
- b) Índice pene brazo en situación basal y posterior a 3 minutos de ejercicios activos de glúteos en decúbito supino y después de aplicación de nitroglicerina tópico 0,4 mg en el glande.

Valores normales I/B

- ±=0,8 en reposo
- ±=0,9 post ejercicio
- ±=1 post nitroglicerina

6. Reflejo Bulbo - Cavernoso (R.V.C.)

Estimulación Se utilizó electrodos de anillo colocando el cátodo en el surco bálano - prepucial Y el ánodo 1 cm posterior, próximo a la base del pene.

Registro. Se utilizaron electrodos de superficie de felpa colocados en la región subescrotal media previa limpieza de la zona.

Característica del estímulo. Se realizó estimulación eléctrica de corriente constante con una intensidad de 2 a 3 veces el umbral sensitivo del sujeto. El rango de estimulación varió entre los 14 y los 20 ma.

La determinación del umbral sensitivo se realizó mediante el método de las series ascendentes y descendentes.

En cada curva de los RBC se identificaron, la latencia inicial L1, latencia del pico P1, latencia el pico N1, latencia el pico P2, latencia del pico N2 y duración de la respuesta, computándose y sus valores en mseg (milisegundos).

Valores normales del Reflejo Bulbo Caveroso

L1 += 35

P1 += 40

N1 += 45

Se consideró:

- Neuropática severa cuando L1 > 35 mseg
- Neuropática moderada cuando P1 y N1 estaban por encima de los valores normales
- Neuropática leve cuando P1 o N1 estaban por encima de los valores normales.

7. Potenciales Evocados Somatosensoriales del pene (P.E.S.S.p)

Se utilizó la misma colocación de electrodos y característica de estimulación que para el RBC.

Registro Se colocó electrodos de superficie en la región FZ y CZ según el Sistema Internacional (10-20) adheridos al cuero cabelludo con pasta electroconductora.

Identificación de componente. En cada curva de los PESSp, se identificó la latencia inicial (L1), latencia al pico P1, latencia al pico N1, latencia al pico P2 y la latencia al pico N2. Todas las latencias se computaron en mseg.

Para el registro de los RBC y los PESSp, el electrodo de tierra se colocó en la base del pene. Se obtuvo la replicación de cada curva durante su registro.

La identificación y medición de cada uno de los componentes del RBC y de los PESSp se realizó independientemente por dos expertos.

Los diagramas ilustraron las características de los RBC y los PESSp.

Análisis estadístico Con los valores para cada una de las variables de los RBC y PESSp se calcularon la media y la desviación estándar así como los valores máximos y mínimos.

Potenciales evocados Somatosensoriales peneanos.

Valores normales

L1 -=38

P1 -=45

N1 -=54

P2 -=67

Criterios de inclusión.

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados con E.A. según los criterios de New York modificados y que quisieron participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron los pacientes que presentaban diabetes o antecedentes familiares de diabetes y a los que se les encontró en el estudio de glicemia en ayuna superior a 6,2 mol/l. También fueron excluidos los que consumían crónicamente drogas conocidas que afectan la función sexual.

Método estadístico.

Se aplicó comparación de medias según T-Student para hallar la significación de los grupos de edades y tiempo de evolución de la enfermedad.

Se utilizó el por ciento para determinar la diferencia entre los grupos estudiados.

DISCUSION

La frecuencia de disfunción sexual en pacientes con enfermedad reumática no han sido estudiada como en otras enfermedades crónica. Se conoce que alrededor de un 50- 60% de los diabéticos sufren trastornos sexuales y que el 48 % de los infartados presentan algún grado de impotencia después de los tres meses del accidente.

En este estudio encontramos que el 36,6% de los encuestados presentaban disfunción sexual mucho mas que lo reportado en la población general, algo menos que los diabéticos y cardiopatas, pero evidentemente es un problema que preocupa a este tipo de pacientes y que los médicos que los tratan deben conocerlo, para poderlo orientar a especialistas dedicados a esta disciplina.

Cuando comparamos las medias de las edades de los pacientes que sufren el trastorno, con los que no lo presentan, encontramos significación estadística, es decir que a mayor edad mas

dificultades sexuales, sin embargo la media fue inferior a los 41 años que se considera un factor de riesgo a sufrir impotencia, por lo que pensamos que como en estos pacientes que la media fue inferior a 41 años deben ser otras las causas y no la edad, la responsable de la alta frecuencia encontrada en nuestra serie.

Por el contrario al analizar las medias del tiempo de evolución de la enfermedad se encontró que los que mayor tiempo tenían de enfermedad fueron los que presentaron trastornos sexuales, esto podría deberse a que a mayor tiempo de evolución mas daño anatómico de raquis y mayor posibilidades de lesión de las estructuras nerviosas que intervienen en la erección peneana, igualmente al comparar la toma de los diferentes segmentos de la columna, medidas por maniobras semiologicas, encontramos que el grupo de enfermos con trastornos sexuales tenían toma de los tres segmentos de la columna vertebral y con una mayor limitación de la región lumbar que los pacientes que no la presentaban. Es cierto que no pudimos apoyarnos en los estudios radiologicos que hubiesen sido mas demostrativos para evaluar la extensión de las lesiones.

De los 9 enfermos sometidos a estudios multidisciplinarios 7 se clasificaron como predominantemente orgánicos ya que los síntomas psicicos se interpretaron por el psicólogo como secundaria a un mal desempeño sexual y solamente 1 se catalogo como predominantemente psicológico, ya que se encontró trastornos de personalidad importante aun antes de enfermar de E.A.

La latencia inicial del R.B.C. se encontró prolongada mayor de 35 mseg en 3 pacientes, esto se debe sin lugar a dudas a daño neuropatico de las estructuras que integran en el reflejo bulbo cavernoso que como es sabido exploran los segmentos sacros de la medula espinal y 4 presentaron latencia superior a 40 y 45 mseg de la P1y N1 considerándose como moderada la lesión Neuropática y solamente en 2 pacientes las mediciones fueron normales, estos hallazgos nos apoyan la hipótesis planteada y que debe ser someti-

da a confirmaciones por estudios histologicos .

La E.A. puede producir lesión nerviosa de los centros y vías que intervienen en la erección peneana y esta puede ser la causa de la alta frecuencia de disfunción sexual en el grupo estudiado.

Los potenciales evocados Somatosensoriales del pene fueron todos normales, estos se debe a que esta investigación mide la integridad de la respuestas evocadas y se prolonga solamente cuando existe daño difuso neurológico de los cordones laterales y posteriores de la medula como sucede en las enfermedades desmelinizantes y en la sección completa y/ o parcial de la medula espinal por lo que en este tipo de pacientes no hay razón para estar afectadas estas estructuras difusamente.

Podemos concluir que son frecuentes las disfunciones sexuales en el grupo estudiado, pero en cuanto a la etiología no podemos llegar a conclusiones ya que seria imprescindible realizarle investigaciones neurofisiologicas y psicológicas a un grupo de enfermos con E.A. que no refirieron disfunción sexual, que nos serviría como grupo control, en próximas investigaciones trataremos de complementar este estudio.

DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON (E.A) ENCUESTADOS EN RELACION CON LA FUNCION SEXUAL

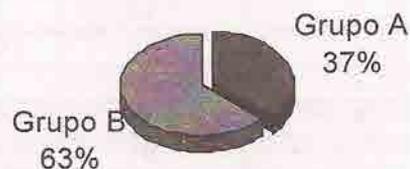


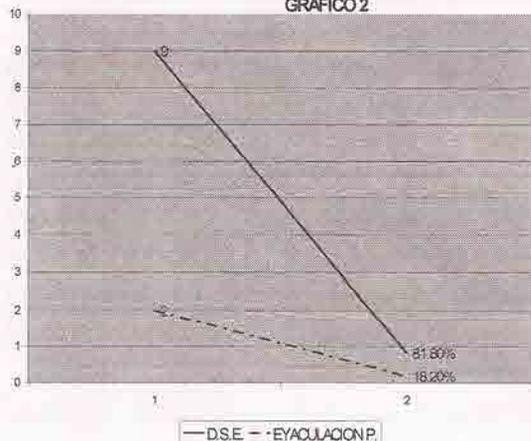
Tabla N°1: Comparación del tiempo de evolución de la enfermedad en los grupos A y B

GRUPO	X	SD	RANGO
A	10,36	4,14	2 20
B	2,73	2,09	1 16

Tabla N°3: Comparación de las diferentes tomas por segmentos de la columna vertebral atendiendo al examen físico a los dos grupos encuestados

PACIENTES ENCUESTADOS	GRUPO A		GRUPO B	
	N°	%	N°	%
TOMA LUMBAR	11	36,6	19	63,3
TOMA DORSAL	9	30	3	10
TOMA CERVICAL	5	16,6	1	3,3
TOMA 3 SEGMENTOS	5	16,6	1	3,3

DISTRIBUCION DEL TIPO DE DISFUNCION SEXUAL EN EL GRUPO A
GRAFICO 2



RELACION DE LAS CAUSAS QUE PROVOCARON DISFUNCION SEXUAL ERECTIL EN EL GRUPO A (GRAFICO 3)

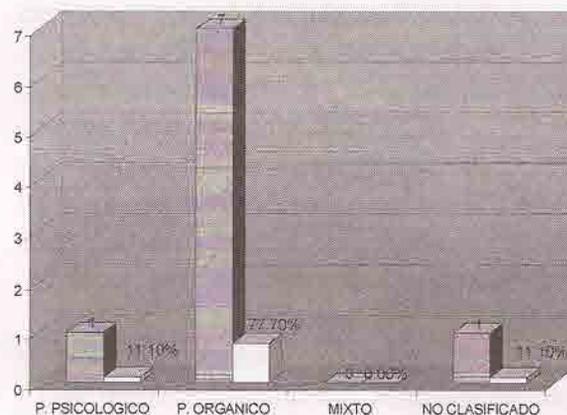


Tabla N° 4: Resultados del estudio hemodinámico peneano del grupo A.

# de orden ptes estudiados	I/B REPOSO	I/B P.E	I P /BP(NTG)	DIG. MULTIDIS.
1	1,14	1,12	1,23	DSE NEUROPATICO
2	0,68	0,68	0,46	DSE NEUROVASCULAR
3	1,03	1,07	1,12	DSE NEUROPATICO
4	0,96	0,95	1,12	DSE NEUROPATICO
5	1,07	1,03	1,16	DSE NEUROPATICO
6	1,14	1,12	1,23	DSE NEUROPATICO
7	1,01	1	1,01	EYACULACION PRECOZ
8	1,14	1,12	1,23	PED.PSICOLOGICO
9	1,07	1,03	1,16	DSE NEUROPATICO
10	NO	SE	REALIZO	NO CLASIFICADO
11	1,14	1,12	1,23	PREDOMINANT.PSICOLOGICO

Tabla N°5: Resultados del estudio neurofisiológico (R.B.C.) de pacientes que refirieron D.S.E.

PACIENTES	L1	P1	NI	DIAG. NEUROFISIO.
1	37,49	42,93	48,5	N.SEVERO
2	37,4	43,09	51,22	N. SEVERO
3	32,53	40,21	49,81	N. MODERADO
4	24,45	42,3	49,97	N. MODERADO
5	34,61	38,61	46,77	N. MODERADO
6	36,85	56,21	64,69	N. SEVERO
8	30,29	36,21	44,21	NORMAL
9	34,61	46,29	51,73	N.MODERADO
10	27,89	30,93	33,97	NORMAL

Tabla N°6: Resultados del estudio neurofisiológico (P.E.SSP) de los pacientes que refirieron D.S.E.

PACIENTES	L1	P1	N1	P2	N2	MORFOLOGIA
1	33,81	42,21	55,01	61,41	73,01	NORMAL
2	31,41	37,81	54,21	64,21	73,81	NORMAL
3	34,21	39,41	50,21	63,01		AUSENCIA N 2
4	33,81	45,41	53,01	59,42	68,21	NORMAL
5	34,61	43,81	54,61	64,61	73,01	NORMAL
6	36,21	39,41	47,01	56,21	65,81	NORMAL
8						
9	37,81	43,01	52,65	61,81	74,61	NORMAL
10	31,01	34,41	43,01	56,61	68,21	NORMAL

BIBLIOGRAFIA.

- Herro - Bauman G: Manual de enfermedades reumáticas. España: Ediciones Doyman, 1992:235-41
- Stein J.H: Medicina Interna 2 ed. Ciudad de La Habana: Editorial Científico - Técnico, 1988:135-7.
- Taurog J.D, Lipsky P: Espondilitis Anquilosante y artritis reactivas. En: Herrison T.R. Principios de Medicina Interna 12 ed. México: Interamericana, 1991:1681.
- Bluestone R: Espondilitis Anquilosante. En: Mc Carty D. J. Artritis y enfermedades conexas. Ciudad de La Habana: Editorial Científico - Técnica 1986:644-66.
- Calin A. Espondiloartropatia. En: Cecil R.L. Tratado de Medicina Interna 17 ed. México, D. F. Nueva Editorial Interamericana, 1987:2146-9.
- Moll JMH: Espondilitis Anquilosante. En Copeman: WSC. Tratado de Reumatología. Ciudad de La Habana: Editorial Científico -Técnica, 1986 471-93.
- Russell Ankylosing spondilitis. London : Mosby, 1994; 3 .23 .
- Segraves R. T Et al. Evaluation of impotence. Med. Aspect. Human sex, 1987: 2 - 60.
- Master W. H., Jhonson V.E.: Human sexual inadequacy. Boston, Little Brown, 1970.
- Wise T. N. :Screening the impotent.Med. Asp. Human SEX, 1987 ; 21 :822-84.
- Fernando V. F., et al: Impotencia sexual masculina : Nuevo enfoque. Rev Cub. Med. ,, 1988: 27.
- Adikan P. G. :Investigatios and management of male impotence XXIMalaysia – Singapore Congress of Medicina Kaula Lumpur, Oct. 1987.
- Buvat J. , Buvat – Herbaut M . : The Marbsed organic factors in impotence. Archivo

- Italiano Di Urol, Nefrol, Androl. 1988; 60, 12;48-58.
14. Adaikan P Ganesan: Physiopharmacological basis of treatment for erectile dysfunction. *Int. J. Impotence Res. Suppli 1*, 1994;pl1.
15. Krane R.: recent advance in erectile dysfunction. *Int. J. Impotence Res. SUPPLE 1*, 19994: pl .
16. Fernández, Ponce M, Jiménez R, Hernandez H: Factores de riesgo de disfunción sexual eréctil. *Sexología y Sociedad* 1994: 1 (0): 34 - 9 .
17. Lúe T. F. Physiology of erection and pathophysiology of impotence. En: *Campbell M. F. Urology 6 ed. Philadelphia: Saunnder, 1992: 709 - 28.*
18. Giuliano F. , Rampin O., Bernabe J., Rosseau J., Benoit G., Jardin A., Neural control of penile erectil in the Rat. *Int. J. Impotence res. Suppli 1*, 1994: p 16.
19. Wahoum C.R.D., López Martínez R.A.B., Olivera Cesa de P., Sobrinko S. G.: A trend towards the identification of autonomic nerves related components in cc- EMG comments on its potential diagnostic usefulness. *Int. J. Impotence Res. Supple 1*, 1994: p 9.
20. Lehman, T. P. and Jacobs J. A. ;Etiology of diabetic impotence, 1988; 129: 291 - 294.
21. Kolodny, R. C., Kahn C. B., Goldstein H., Barnett D. M.: Sexual dysfunction in diabetic men diabetes 1973; 23, 4: 306 - 309.
22. Tattersall R.: Sexual problems of diabetes mellitus *Munch Med. Brit. Med. J.*, 1982; 285 : 911 - 912.
23. Wagemknecht L. V: Shukfeh: Impotenz bei diabetes mellitus *Much Med. Wschr* 1987; 129 : 380 - 382.
24. Saenz de Tejada I., Goldsein I.: Diabetic penile neuropathy ? *Urol. Clin of N. A.*: 1988; 15, 1: 17 - 22.
25. Ellenberg M.: Impotence in diabetes: The neurologic factor *J. of Int. Med.*: 1971; 75: 213 - 219.
26. Basulto V., Daniel J.: Infarto del Moicardio y su influencia en la sexualidad masculina. *Cuidad de la Habana: Hospital Clínico Quirúlgico " Hermanos Ameijeiras "*, 1990 (Tesis de Grado).
- Melane M., krop H., Metha J.: Psychosexual adjustment and counseling after myocardial infarction. *Ann Intern Med.*, 1980; 92 : 514.