

se llenan de sangre durante la estimulación sexual, ofrecen estructura al pene y facilitan la erección. La gruesa túnica albugínea, envuelve los dos cuerpos cavernosos, además de dar rigidez al pene comprime las venas de dichos cuerpos durante la estimulación sexual evitando el retorno venoso.

El aporte de sangre arterial del tejido cavernoso se produce principalmente a través de las ramas de la arteria pudenda interna, rama de la arteria hipogástrica. El drenaje venoso es complejo y es esencial para el mantenimiento de la erección.

Durante una erección, la liberación de neurotransmisores como óxido nítrico (NO) y de factores de relajación por las células endoteliales conduce a relajación del músculo liso en las arterias, arteriolas y trabéculas del pene, lo que permite el llenado rápido de los espacios sinusoidales y el agrandamiento del pene. El aumento de tamaño del espacio sinusoidal también permite la compresión de las venas emisarias entre las trabéculas y la túnica albugínea, lo que conlleva la oclusión casi total del flujo de salida venoso (mecanismo corporovenoclusivo). Esto facilita un aumento en el flujo sanguíneo de hasta unas 5 veces, que rápidamente llena los espacios sinusoidales y agranda el pene. La contracción del músculo liso del pene produce la detumescencia del mismo.

Este complejo mecanismo está mediado por diversos neurotransmisores.

Estimulan la relajación del músculo liso y por tanto la erección: el óxido nítrico a través de la encima guanilato ciclasa que produce aumento de GMP cíclico produciendo hiperpolarización con secuestro de calcio intracelular. La noradrenalina al actuar sobre receptores beta también produce relajación y favorece la erección.

Estimulan la contracción y por tanto la flaccidez: el sistema adrenérgico al actuar sobre receptores alfa, la endotelina, la PGF2-alfa y el tromboxano A2.

Etiología de la disfunción eréctil

Tradicionalmente, las causas de la disfunción eréctil se han clasificado en: orgánicas, psicógenas y mixtas.

Dentro de los factores ORGÁNICOS se incluyen problemas vasculares, neurógenos, endocrinológicos, anatómicos, inducidos por medicamentos y

por drogas adictivas o de abuso.

- Causas vasculares: son las más frecuentes. Destacan las lesiones arteriales secundarias a diabetes, hipertensión arterial, arterioesclerosis, tabaquismo, posquirúrgica, postraumática, etc. En algunos casos puede ser debida a fuga venosa.

- Causas neurógenas: bien por afectación del sistema nervioso central como las lesiones medulares (traumatismos, tumores,....), parkinson, accidentes cerebrovasculares, etc. O a nivel de los nervios periféricos como la neuropatía diabética, alcoholismo, cirugía radical, etc.

- Causas endocrinas: como el hipogonadismo que produce disminución de la libido e impotencia, la hiperprolactinemia, el hipotiroidismo y el hipertiroidismo.

- Causas anatómicas: enfermedad de Peyronie, micropene, etc.

- Inducida por fármacos: como los antihipertensivos (beta bloqueantes, derivados de guanidina), antidepresivos (tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa, litio, etc.), anti-histamínicos y antiandrógenos.

- Drogas adictivas o de abuso: tabaco, alcohol, cocaína, heroína marihuana y metadona.

La disfunción eréctil **PSICÓGENA** es la debida a factores psicológicos o interpersonales. Puede ser de tipo generalizado o situacional (en relación con la pareja o en situaciones específicas).

En muchos casos las disfunciones orgánicas se complican con DE psicógena (**MIXTAS**).

Diagnóstico de disfunción eréctil

En los últimos años ha aumentado el número de varones que acuden al médico por disfunción eréctil. Sin embargo todavía son muchos los que no consultan por vergüenza o temor evitando poner solución a un problema

que puede deteriorar su relación de pareja.

Es importante que el médico tome las riendas en el diagnóstico de la disfunción eréctil.

La evaluación del un paciente que consulta por disfunción eréctil consta de una historia clínica médica que debe recoger datos sobre las posibles causas y factores de riesgo mencionados (cardiovasculares, endocrinos, fármacos, hábitos tóxicos, etc.). Historia sexual donde se recogen datos referentes a la función sexual, libido, alteraciones de la eyaculación y del orgasmo, cuestiones relacionadas con la pareja, etc. Finalmente se valorará la situación psicosocial como los problemas de comunicación, posición socioeconómica, autoestima, etc.

La exploración física consta de un examen genitourinario dirigido para valorar los testículos y el pene. Un examen vascular general, examen neurológico (sensibilidad perineal y reflejo bulbo cavernoso) y una valoración de los caracteres sexuales secundarios.

Es recomendable la realización de una analítica que incluya: glucosa, lípidos, creatinina, transaminasas y testosterona.

Entre las pruebas opcionales se puede solicitar una evaluación psicológica y otras determinaciones de laboratorio.

Finalmente se dispone de otras pruebas especializadas como la tumefacción y rigidez peneana nocturna, cavernosografía, cavernosometría, test de inyección intracavernosa, eco dopler color dinámico, pruebas endocrinológicas y pruebas neurofisiológicas.

Opciones terapéuticas en la disfunción eréctil

Las opciones terapéuticas de la disfunción eréctil se estratifican en tres líneas según el grado de invasividad:

Primera línea: (no invasiva) que incluyen

TABLA I. DISFUNCIONES SEXUALES EN EL VARÓN

<p>Alteraciones del deseo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiperactividad - Hipoactividad - Aversión sexual 	<p>Alteraciones de la eyaculación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eyaculación precoz - Eyaculación retrasada - Aneyaculación - Eyaculación retrógrada
<p>Alteraciones de la erección:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfunción eréctil - Erección prolongada. - Incurvación peneana. 	<p>Alteraciones del orgasmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anorgasmia - Orgasmo retrasado
<p>Alteraciones de la sensación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiposensibilidad - Hipersensibilidad - Dolor relacionado con la actividad sexual 	

