

La erección fue la función menos afectada, presentándose en el 85,2% de los casos. A pesar de que 43 pacientes habían tenido relaciones sexuales después del daño medular, sólo 19 (44,2%) refirieron que fueron exitosas. El deseo de formar pareja disminuyó a medida que la función sexual se encontraba más dañada

Función Sexual en Lesionados Medulares

Dr. José Julián Castillo Guello
Dr. Orlando Mena Quiñones

Cada año numerosas personas sufren traumatismos raquímedulares; se trata mayormente de jóvenes que en la plenitud de sus capacidades físicas y mentales, se ven en pocos minutos convertidos en individuos totalmente dependientes para la mayoría de las actividades cotidianas.

Entre los principales problemas presentados por estos pacientes, se encuentran: la incontinencia esfinteriana, la situación económica y las alteraciones de la función sexual¹. Debido a que el problema sexual del traumatizado medular no es abordado de forma apropiada por los profesionales con sus pacientes, y al saber la necesidad de tratarlo adecuadamente, decidimos realizar un estudio preliminar para conocer cómo es afectada la función sexual en un grupo de lesionados medulares de nuestro medio.

Se realizó un estudio transversal exploratorio de la función sexual en 54 traumatizados medulares del sexo masculino, entre las edades de 15 y 50 años, ambas inclusive, que residen en la provincia de Ciudad de La Habana.

Todos los encuestados presentaban tetraplejias o paraplejias (paresias) producidas por traumatismos de más de 6 meses de evolución, a quienes no se le habían realizado procedimientos neuroquirúrgicos que pudieran

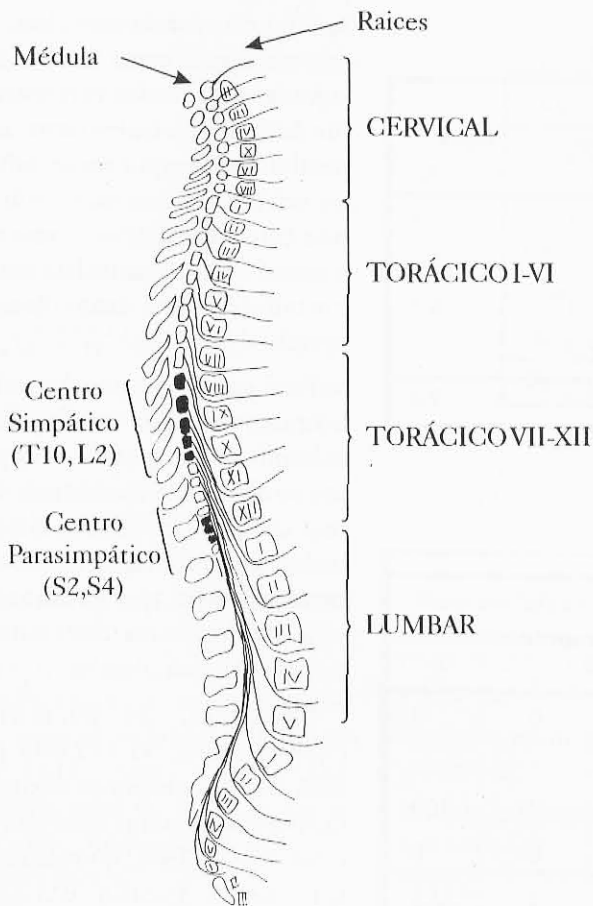
haber interferido con la función sexual; (rizotomía anterior, neurotomía del pudendo, bloqueo alcohólico y otros).

La información se obtuvo mediante una entrevista y la realización de un examen físico, en un modelo de encuesta diseñado al efecto.

Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos de acuerdo con el nivel de lesión vertebral; que fueron: cervical, torácico I-VI, torácico VII-XII y lumbar. Esta división está basada en la relación anatómica de las vértebras con los segmentos medulares y, específicamente, con los que intervienen en la función sexual. (Figura).

Con el fin de comprobar la existencia o no de la actividad refleja sacra (centro sacro y sus raíces intactas), se realizó un examen rectal para conocer la presencia de los reflejos bulbocavernosos y anal, el tono

Si la sensibilidad en el pene, el escroto y la región perianal estaba totalmente perdida y no existía control voluntario del esfínter anal externo, se consideró al paciente portador de una lesión completa. Si se presentaba alguna sensación en esta área, control voluntario del esfínter anal, o ambos a la vez, se consideró al paciente portador de una lesión incompleta.



Relación de los centros medulares de la función sexual con las vértebras

del esfínter anal externo y su control voluntario.

Basados en los resultados de dicho examen establecimos dos grupos de pacientes.

a) Cuando había tono del esfínter anal externo, reflejos bulbocavernosos y anal, se infirió que el centro sacro y sus raíces no habían sido afectados, denominándose a este grupo, pacientes con lesión de la neurona motora superior (actividad refleja sacra presente).

b) Cuando los reflejos bulbocavernosos y anal no existían y el tono anal externo estaba ausente, se clasificó a los pacientes como portadores de lesión de la neurona motora inferior (actividad refleja sacra ausente).

El término lesión completa e incompleta se aplicó a los pacientes de acuerdo con la sensibilidad y el control voluntario en el área genital.

Análisis y discusión de los resultados

La distribución de los encuestados según la presencia o no de actividad sacra, la intensidad y el nivel de la lesión vertebral, se muestra en el cuadro 1. En el mismo se observa que del total de 54 pacientes 14 (25,9%) habían sufrido lesiones a nivel cervical, 13 (24,1%) entre los segmentos torácicos I y VI, 11 (20,4%) entre los segmentos torácicos VII-XII y 16 (29,6%) a nivel lumbar.

Treinta y ocho sujetos (70,4%) presentaron lesiones de la neurona motora superior, de ellos la mitad tenía lesiones completas (19 para un 35,2%). Entre los 16 pacientes (29,6%) con lesión de la neurona motora inferior un total de 6 (11,1%) presentaron lesiones completas y 10 (18,5%) lesiones incompletas (cuadro 1).

Los resultados respecto a la erección, eyaculación, orgasmo y descendencia después de la lesión en el total de encuestados, se muestran en el cuadro 2.

De los sujetos estudiados, 46 (85,2%) tuvieron algún tipo de erección (psíquica o refleja), 13 (24,1%) pudieron eyacular, y de estos 7 (12,9%) alcanzaron orgasmos. Sólo 4 pacientes (7,4%) tuvieron descendencia.

De acuerdo con el nivel vertebral de la lesión, la mayor cantidad de casos que presentaron erecciones se encontró en los segmentos vertebrales torácico I-VI y cervical (el 100% y el 85,7% de los casos respectivamente), mientras que la eyaculación se

Cuadro 1

Distribución de los casos según actividad sacra. Intensidad y nivel vertebral de la lesión.

Nivel vertebral de la lesión	No. de encuestados	Moto neurona sup.				Moto neurona sup.			
		completa		incompleta		completa		incompleta	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Cervical	14	5	35.7	8	57.1	-	-	1	7.1
torácico I-VI	13	9	69.2	4	30.8	-	-	-	-
torácico VII-XII	11	4	36.4	3	27.3	2	18.2	2	18.2
lumbar	16	1	6.2	4	25.0	4	25.0	7	43.7
sub-total	54	19	35.2	19	35.2	6	11.1	10	18.5
TOTAL	54	F: 38 70.4%				F: 16 29.6%			

Cuadro 2

Frecuencias de encuestados según presencia de la función sexual, por nivel vertebral de la lesión.

Nivel vertebral de la lesión	No. de pacientes	Función sexual							
		erección		eyaculación		orgasmo		hijos	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Cervical	14	12	85.7	2	14.3	1	7.1	1	7.1
torácico I-VI	13	13	100	3	23.1	-	-	-	-
torácico VII-XII	11	8	72.7	2	18.2	1	9.1	1	9.1
lumbar	16	13	81.2	6	37.5	5	31.2	-	-
TOTAL	54	46	85.2	13	24.1	7	12.9	4	7.4

Cuadro 3

Distribución de encuestados potentes e impotentes según coito exitoso por nivel vertebral de la lesión

Nivel vertebral de la lesión	Éxito					
	potentes			impotentes		
	N	F	%	N	F	%
Cervical	8	5	62.5	1	0	0
torácico I-VI	13	6	46.2	-	-	-
torácico VII-XII	6	2	33.3	2	2	100
lumbar	10	4	40.0	3	0	0
sub-total	37	17	45.9	6	2	33.3
TOTAL	N: 43 F: 19 44.2%					

Nota: Los porcentajes fueron calculados respecto al número de pacientes de cada fila

observó más frecuentemente en los sujetos con traumatismos a nivel lumbar (37,5%) y torácico I-VI (23,1%).

La mayor frecuencia de los casos que percibieron el orgasmo se hallaron a nivel lumbar (31,2%). Todos los pacientes que refirieron tener orgasmos, presentaban lesiones incompletas (no se muestra en el cuadro), ya que esta es la única forma en que pueden ser percibidas a nivel encefálico, las sensaciones que emanan de los órganos sexuales internos y de la musculatura perineal (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Por la mayor probabilidad de ser afectados los centros medulares (o sus raíces) que intervienen en la función sexual, cuando la lesión vertebral ocurre en los niveles torácico VII-XII o lumbar, se explica la menor incidencia de casos que presentaban erecciones en los traumas de estos segmentos vertebrales (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) (ver figura).

La eyaculación es un proceso más complejo, que depende de la integridad de los centros toracolumbar y sacro (3, 4, 5, 6, 7, 8, 13) o por lo menos de la función del

primero, de ahí su menor incidencia que la erección; su mayor frecuencia entre los sujetos con lesiones vertebrales lumbares, se debe en parte, a la posibilidad de que no se dañen los centros de la eyaculación (o por lo menos el centro simpático toracolumbar de la emisión) con una lesión vertebral baja. (2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14)

Para confeccionar el cuadro número 2 se incluyeron solamente los pacientes que presentaban erecciones de forma regular; se consideró como orgasmo, las sensaciones similares a las que presentaba el individuo antes del trauma, durante la eyaculación.

Del total de pacientes entrevistados, 43 (79,6%) habían tenido relaciones sexuales después del trauma medular, de ellos sólo 19 (44,2%) refirieron que estas fueron exitosas (cuadro 3).

De 37 pacientes que presentaban erecciones potentes y duraderas, sólo 17 (45,9%) dijeron que habían tenido coitos

exitosos, mientras que de los 6 impotentes, 2 (33,3%) refirieron relaciones sexuales exitosas.

La ausencia de eyaculación, orgasmo, o de ambos a la vez, fue planteada como la más frecuente causa de fracaso del coito (14 pacientes) siguiéndole en orden de frecuencia la ausencia de erección, o la potencia de la misma con 6 pacientes (25,0%) (cuadro 4).

Todos los pacientes que refirieron relaciones sexuales no exitosas, consideraban la masturbación, el fellatio y el cunnilingus, como métodos complementarios, previos al coito con penetración y que este último era la «única» y «verdadera» forma de relación sexual.

Sin embargo, 2 pacientes que tenían totalmente dañada su función sexual orgánica, plantearon que sus relaciones sexuales eran exitosas; ellos consideraban los métodos antes dichos como una forma más de relación sexual, tan satisfactorios (para sus parejas y para ellos) como el coito con penetración.

Estos resultados nos señalan la diversidad de criterios respecto al concepto de relación sexual, ahí la importancia de una orientación sexual adecuada entre

estos pacientes y sus parejas.

Como consideración final, inquirimos entre los pacientes solteros en el momento de la entrevista (entendiendo por soltero incluso a los divorciados) sus deseos de formar parejas estables, teniendo en cuenta el estado de su función sexual orgánica (cuadro 5).

De este modo, de los 30 individuos encuestados, 7 de los cuales conservaban su capacidad de erección y eyaculación, manifestaron todos el deseo de casarse (100%), de los 22 que sólo conservaban la capacidad de erección, 10 se manifestaron positivamente (45,4%) mientras que los 12 restantes (54,4%) no estaban interesados en uniones estables. El único paciente que presentaba pérdida total de sus funciones sexuales orgánicas no deseaba formar pareja.

Como se puede apreciar, a medida que la función sexual fue más afectada, el número de pacientes que plantearon deseo de formar pareja decreció; esto puede deberse al estrecho concepto existente sobre la relación sexual al que nos referimos anteriormente, lo cual coincide con lo descrito en la literatura^(15, 16).

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos concluir que:

- 1- Las lesiones medulares no producen siempre la pérdida de la función sexual orgánica.
- 2- La capacidad de erección se encontró menos afectada que la de eyaculación y esta menos que la de alcanzar orgasmos.
- 3- Aproximadamente sólo las dos quintas partes de los encuestados plantearon haber tenido relaciones sexuales exitosas con posterioridad al trauma vertebral.
- 4- La ausencia de eyaculación y orgasmo fue declarada como la causa más frecuente del fracaso del coito.
- 5- Solamente los solteros con afectación parcial o total de la función sexual declararon no tener deseos de formar parejas●

Cuadro 4

Frecuencia de encuestados por causas planteadas del no éxito del coito

Causa	F	%
Falta de eyaculación orgasmo o ambas	14	58.3
Ausencia de erección o muy débiles	6	25.0
Poca motilidad en el área afectada	2	8.3
Eyaculaciones muy rápidas	1	4.2
Falta de sensación genital	1	4.2
TOTAL	24	100

Cuadro 5

Distribución de encuestados solteros al momento de la entrevista, según el deseo de formar pareja por función sexual.

Nivel vertebral de la lesión	No. de pacientes	Deseo		No deseo	
		F	%	F	%
Conservación de la erección y de la eyaculación	7	7	100	-	-
Conservación de la erección solamente	22	10	45.4	12	54.6
Pérdida de la erección y de la eyaculación	1	-	-	1	100
TOTAL	30	17	56.6	13	43.4

Bibliografía

1. GONZÁLEZ, R: *Tratado de Rehabilitación Médica*. Ed. Científico Med. T1. Barcelona, 1969.
2. BORS, E; COMAR, A.E: *Neurological disturbances of sexual function with special reference to 529 patients with spinal cord injury*. Urol. Surv. 10:191, 1960.
3. TARABULCY, E: *Sexual function in the normal and paraplegia*. Paraplegia, 10:201, 1977.
4. KAPLAN, H.S: *La nueva terapia sexual*. Ed. Alianza. T1. Madrid, 1978.
5. UYTENDARLE, D; ET AL: *The sexual problem in tetra and paraplegia*. Physical and Relational aspects. Act. Orthop. Belg. 45:470, 1979.
6. FITZPATRICK, W.F: *Sexual function in the paraplegic patients*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 55:221, 1974.
7. COMARR, A.E: *Sexual function among patients with spinal cord injury*. Vol. Int. 25:134, 1970.
8. PIERA, J.B: *The establishment of a prognosis for genito sexual function in the paraplegic and tetraplegic male*. Paraplegia. 10:271, 1973.
9. COMARR, A.E: *Sexual concepts in traumatic cord and cauda equina lesions*. J Urol. 106:375, 1971.
10. GRIFFITH, E.R; TIMMS, N.J: *Sexual function in spinal cord injured patients: A Review*. Arch. Phys. Med Rehabil. 54:539, 1973.
11. WEBER, D.E; WESSMAN, H.C: *A Review of sexual function following spinal cord trauma*. Phys Ther. 51:290, 1971.
12. CIBEIRA, J.B: *Some conclusions on study of 365 patients with spinal cord lesions*. Paraplegia. 7:249, 1970.
13. MARTIN, D.E; ET AL: *Initiation of erection and semen release by rectal probe electrostimulation (RPE)*. J. Urol. 129:637, 1983.
14. COMARR, A.E; VIGUE, N: *Sexual counseling among male and female patients with spinal cord and/or cauda equina injury*. Part I. Amer. J. Phys. Med. 57:107, 1978.
15. SANDOWSKI, C.L: *Sexuality and the paraplegic*. Rehabil. Lit 37:322, 1976.
16. SCHULER, M: *Sexual counseling for the spinal cord injured: A review of five programs*. J. Sex. Marital. The. 8:241, 1982.