

Utilización de exámenes complementarios en la consulta de sexología

✉ Dra. Wally Thompson Forbes
Dr. Oscar Díaz Noriega

La sexología, como ciencia joven, se encuentra carente de un sistema de normas o pautas que, aunque lo suficientemente flexibles, faciliten —que el pensamiento científico, las investigaciones, la terapia e, incluso, el lenguaje que se utilice en una consulta, un país o un continente— sean similares a los de otros lugares del planeta.

De la exposición de colegas cubanos y extranjeros en congresos, talleres, y otros eventos, hemos sacado en claro que no existe un enfoque único de cada caso y que la forma de utilizar el interrogatorio, los complementarios y la terapia, varían notablemente con la formación del terapeuta.

CUADRO No. 1 Química sanguínea

Complementario	Indicación	Justificación	Valores Normales	Interpretación-conducta
HEMOGLOBINA	<i>En los casos con síntomas de anemia: mucosas pálidas, taquicardia en reposo, diferencia de pulso (acostado y tres minutos después de parado) mayor de 20.</i>		<i>Hombre: 14-18 g/100 Mujer: 12-16 g/100ml</i>	<i>Si el resultado es inferior al valor normal enviar a consulta de medicina para estudio y tratamiento de la anemia..</i>
COLESTEROL	<i>En ningún caso.</i>	<i>Ni los textos consultados ni la práctica diaria, señalan la hipercolesterolemia como causa inmediata de disfunción sexual o que la normalización del colesterol sérico mejore la función sexual del individuo. En estos momentos se realizan estudios en nuestro país sobre regresión de las placas de aterosclerosis, pero la mejoría anatómica ocurre a largo plazo (24 meses).</i>		
GLICEMIA	<i>En todos los casos con disfunción sexual eréctil.</i>	<i>La Diabetes Mellitus puede debutar o complicarse con disfunción eréctil.</i>	<i>3,89-6,38 mmol/l</i>	<i>Si el resultado de la glicemia en ayunas es mayor de 7,8 mmol/l, se diagnostica al paciente como diabético. Si está entre 6,38 y 7,8 se envía a consulta para mejor definición.</i>
TESTOSTERONA	<i>En los casos con pobre desarrollo genital o con disminución del deseo, asociados o no con disfunción eréctil.</i>	<i>La testosterona es una hormona necesaria para que exista deseo sexual y erecciones adecuadas.</i>	<i>9,5-30 nm/l</i>	<i>Si los valores de testosterona son bajos, esto puede deberse a funcionamiento deficiente de la Hipófisis o de los Testículos. Se indica medición de LH, si esta se encuentra disminuida, el trastorno es hipofisario, si la LH es normal o alta, el trastorno es testicular. En ambos casos se indica tratamiento sustitutivo (testosterona).</i>
LH	<i>Las mismas indicaciones que la testosterona. También en casos con testosterona baja.</i>		<i>6-18 u/ml</i>	
PROLACTINA	<i>En los casos con trastornos (disminución) del deseo, asociados o no con mamas aumentadas de tamaño o secreción mamaria.</i>	<i>La prolactina compete con la testosterona, por tanto, si la prolactina está elevada, es como si no existiera testosterona en el organismo.</i>		<i>Si está elevada debe investigarse la existencia de un tumor hipofisario: Fondo de ojo, tomografía Axial computarizada o Resonancia Magnética de Cráneo. Si hay tumor, se valora conducta quirúrgica, sino, se trata con bromocriptina.</i>

COMENTARIO: Existen causas de prolactina elevada que deben conocerse para que se tengan en cuenta a la hora de analizar estos resultados:

—*Farmacológicas:* Estrógenos, Fenotiacinas, Metoclopramida, Reserpina, Metildopa, otros antihipertensivos.

—*Fisiológicas:* estrés, sueño.

—*Patológicas:* Enfermedad renal crónica, lesión de la pared torácica, hipotiroidismo primario, dermatitis severa (sobre todo en el tórax).

En ocasiones, restar importancia a un dato del interrogatorio o no indicar el complementario adecuado, ha provocado demoras en el diagnóstico o que éste sea incorrecto.

—EJEMPLO 1: Ernesto, 32 años, antecedentes de salud hasta hace dos años en que sufrió *Mielitis transversa* (enfermedad de la médula espinal que provoca imposibilidad de caminar y trastornos de la sensibilidad). Sus síntomas se recuperaron casi totalmente, sólo persistió un ligero trastorno para el control de la micción y una disfunción sexual eréctil. Fue estudiado en una consulta de sexología y se le informó que la causa de su disfunción era *algún trastorno psicológico*. Sin embargo, este paciente con claras evidencias de lesión medular, fue estudiado en laboratorio de neurofisiología y se pudo llegar al diagnóstico de lesión neurológica residual a consecuencia de la enfermedad que padeció.

—EJEMPLO 2: Lázaro, 56 años, diabético que se controla tomando glibenclamida. Hace dos años conoció a una mujer de 30 años con la que mantiene relaciones. Aunque, según sus deseos sexuales, desearía tener

relaciones coitales una vez por semana, él piensa que ella necesita más frecuentemente el coito y se *esfuerza* para realizarlo diariamente. Acudió a una consulta de sexología con disfunción eréctil de 18 meses de evolución. Se le informó que la causa de la disfunción era *la diabetes y la edad*. Después que ambos pasaron un curso de psicoterapia educativa sexual de 20 horas, desapareció el problema, aunque él sigue siendo un diabético de 56 años.

Seguramente todos recordamos haber conocido ejemplos como el expuesto anteriormente. En ambos casos, un interrogatorio suficientemente profundo y la utilización de exámenes complementarios, habrían acortado el tiempo para un diagnóstico correcto e impedido que se encaminara toda la estrategia terapéutica en un sentido equivocado.

En nuestra consulta se trabajó durante más de un año en el ensayo clínico del medicamento PPG en pacientes con disfunciones sexuales. A cada paciente que era aceptado en el estudio se le realizaban innumerables exámenes complementarios que incluían entre otros: Estudio de la función hepática y renal, Electroencefalograma y Cardiogra-

CUADRO No. 2 **Imagenología**

Complementario	Indicación	Justificación	Resultados	Interpretación y conducta
1- Tomografía axial computarizada de cráneo. 2- Resonancia magnética de cráneo.	En los casos con valores de prolactina elevados.	Para investigar la existencia de tumores hipofisarios.	Se observa o no la presencia del tumor.	Si se evidencia un tumor, debe evaluarse la conducta quirúrgica.
3- Cavernografía	En los casos en que se detecte fuga venosa por los estudios hemodinámicos.	Esta prueba es necesaria para conocer la localización de los vasos insuficientes.	En los casos de fuga venosa se observan los vasos insuficientes llenos de contraste.	Cuando se confirma el diagnóstico de fuga venosa, el tratamiento puede ser quirúrgico o por medicina tradicional asiática.
4- Faloarteriografía	En los casos con índice pene brazo menor de 0,85.	Se indica para conocer el sitio en que el árbol arterial está estrechado.	En los casos positivos se observa la localización de la estenosis.	Si hay un impedimento al paso de la sangre, puede resolverse por:- Vía quirúrgica- Conservadora: PPG, Magnetoterapia, dieta.

CUADRO No. 3 **Laboratorio de hemodinámica**

Complementario	Indicación	Justificación	Valores Normales	Interpretación-conducta
1- Índice Pene Brazo (IPB)	En todos los casos con disfunción eréctil.	Pueden existir trastornos circulatorios que no sean detectables por el examen físico.	Mayor de 0,85	Si existen alteraciones del IPB, deben realizarse estudios imagenológicos.
2- Detección de fuga venosa	En todos los casos con disfunción eréctil.	Aunque esta alteración puede sospecharse cuando nos refieren pérdida de la erección, después de lograrla, en ocasiones ha constituido un hallazgo del laboratorio. El estudio debe completarse con exploraciones radiológicas. En la práctica hemos encontrado sujetos normales con grandes fugas venosas, elemento que debe tenerse en cuenta para que en el análisis de cada caso, el hallazgo de una fuga venosa no sea sobrevalorado.		
3- Flujiometría arterial 4- Fotoplestismografía	Ambos estudios ofrecen información sobre el estado del lecho arterial, ya sea a nivel de arterias o de capilares. Las arteriaciones detectadas pueden tratarse mediante tratamiento conservador o con la colocación de prótesis intrapeneanas.			
5- Eco-Doppler-Duplex-Colon	En todos los casos con disfunción eréctil de causa arterial, venosa o enfermedad de la ***			
6- Gamma Grafía Peneana o Penograma	Estudio radiotópico en todos los casos de disfunción eréctil de causa arterial o venosa.			

CUADRO No. 4 **Neurofisiología**

Complementario	Indicación	Resultado	Interpretación-conducta
1- Potencial evocado somato-sensorial peneano. 2- Reflejo Bulbo cavernoso	En pacientes en los cuales se sospecha daño neurológico: Alcoholismo, Diabetes Mellitus, Hiporeflexia aquileana, Enfermedad neurológica, Operaciones en la pelvis, diferencial de pulso acostado-parado mayor de 20.	Normal hasta 42 mseg.	Si se informa «anormal», el tratamiento del daño neurológico que se detecta en el electromiograma de cuerpo cavernoso puede ser tratado por vía farmacológica o por vía tradicional (acupuntura). También puede valorarse la colocación de prótesis intrapeneanas.
3- Electromiograma de cuerpo cavernoso	Las mismas indicaciones. También cuando se sospecha daño local a nivel de los cuerpos cavernosos.	Normal o anormal Por Hipofunción o Hiperfunción.	Si se informa "anormal" el tratamiento del daño neurológico que se detecta en el electromiograma de cuerpo cavernoso puede ser tratado por vía farmacológica o por vía tradicional (acupuntura). También puede valorarse la colocación de prótesis intrapeneanas.

OTROS COMENTARIOS:

— *Electroencefalograma.* Se indica en los cambios de la conducta sexual dados por aumento del deseo, conducta sexual inapropiada, exhibicionismo, etc. La existencia de alteraciones a nivel del lóbulo frontal o temporal (tumor, atrofia, etc.) pueden provocar los cambios que se describen. Si la alteración es operable, se opera. De lo contrario se trata conservadoramente según la causa.

ma, Estudios hormonales de Hipófisis y gónadas, Radiografías de tórax y cráneo y otros más.

Al analizar los resultados de todos esos complementarios, comprobamos que el porcentaje de positividad era muy bajo y que en la mayoría de los casos en que se encontró algún resultado positivo, existía algún elemento del interrogatorio o del examen físico que permitía sospechar esa alteración.

Con tales elementos, en el segundo Taller del Grupo de Sexología Finlay (1990), propusimos un conjunto de normas que en nuestra opinión tienen las ventajas siguientes:

- Utiliza racionalmente los elementos del examen físico y el interrogatorio, permitiendo de esa forma llegar al diagnóstico rápidamente y con mayores probabilidades de acierto.
- Se convierte en un elemento docente, ya que facilita el análisis etiológico de las disfunciones sexuales por especialistas de diferentes esferas.
- Mejora la estandarización de los datos que es de interés almacenar en cada caso para utilizar en análisis estadísticos posteriores.

Antes de continuar, debemos explicar brevemente el sistema de trabajo en nuestra consulta. A todos los pacientes con alguna enfermedad crónica descompensada (Vg. Diabetes Mellitus o Esquizofrenia) o aguda (Vg. Neumonía), los excluimos temporalmente de la consulta y los remitimos a su especialista correspondiente. Una vez curados o compensada su enfermedad crónica, el especialista que los trató los remite nuevamente y se reincorporan a la consulta.

Aunque de lo expuesto anteriormente se infiere que estas normas persiguen como único fin la mejora de la atención, investigación y docencia en sexología, queremos dejar bien establecido que se insertan en los esfuerzos que se realizan internacionalmente para rescatar el

pensar y revestir la tendencia de indicar complementarios como sustitutos del pensamiento humano lo cual, obviamente, es imposible.

Por lo tanto, las indudables ventajas económicas que se obtienen con este sistema de trabajo, son sólo un subproducto del objetivo fundamental que se busca: fortalecer a la sexología como ciencia.

Comentarios

Consideramos que estos son los principales medios diagnósticos con los cuales contamos en el país, para un enfoque clínico adecuado para ser utilizados por los terapeutas sexuales.

Conocemos que en todas las regiones del país no existen todos estos medios diagnósticos con tecnología de Punta. No obstante, creemos que es necesario hacer llegar esta información, para que nuestros terapeutas sexuales conozcan hasta donde pueden llegar con los medios diagnósticos ●

Bibliografía

1. BANCROFT, J.: *Human sexuality and its problems*. Second Edition. Churchill. Livinstone. London. U.K. 1989.
2. BATISTA, A.: *Regresión de placas de aterosclerosis*. Conferencia ofrecida en el curso postgrado para especialistas de Medicina Interna del Hospital Carlos J. Finlay. 1995.
3. BIANCO, F.: Curso Postgrado impartido en el Hospital Nacional Enrique Cabrera. 1989.
4. DE GROOT, L.: *Endocrinología*. Tomo 3. Editorial Científico Técnica. 1983.
5. ESTÉVEZ, N.: *Neurofisiología de la respuesta sexual*. Conferencia ofrecida en el Primer Taller de la Catedra de sexualidad de la Facultad Finlay Albarran.
6. JAY H. STEIN: *Medicina Interna*. Editorial Científico Técnica. 1988.
7. JOHNSON, V.; MASTERS, W. Y KOLODNY, R.: *Tratado de medicina sexual*. Edición Revolucionaria. Ciudad Habana. 1985.
8. LESLIE LEONELLI, E.: *Las raíces de la virilidad*. Segunda Edición. Editorial Noger. Barcelona. 1990.
9. RODRÍGUEZ, L.: *La clínica y su método*. En prensa.
10. *Segundo taller del grupo de sexología Finlay*. Marzo 1994.