

ETIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN EL ADULTO MAYOR. PREVALENCIA DE HIPOGONADISMO EN DICHA POBLACIÓN Y SUS PARTICULARIDADES.

FRID Santiago, SFORZA Noelia, MEO GUZMAN Natalia, FAINGOLD Maria C. y PACENZA Néstor
Servicio de Endocrinología y Metabolismo. Unidad Asistencial "Dr. César Milstein"

La disfunción eréctil (DE) es una condición frecuente que tiene un efecto deletéreo en la calidad de vida de los hombres que la padecen. La edad avanzada, la diabetes mellitus (DM), la enfermedad cardiovascular (ECV), urogenital y psiquiátrica, junto con el tabaquismo, los factores hormonales y farmacológicos se asocian con el desarrollo de DE.

Objetivo: 1) Determinar características y causas de DE en pacientes mayores de 60 años que consultaron a nuestro servicio. 2) Analizar prevalencia y características de hipogonadismo en dicha población.

Métodos: Se recabaron los datos en forma retrospectiva de las historias clínicas de 89 pacientes entre enero de 2011 y enero 2016 que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión: Pacientes > 60 años que hayan consultado exclusivamente por DE y hayan cumplido con la evaluación hormonal. Criterios de exclusión: Pacientes con hipogonadismo o hipopituitarismo conocido, y pacientes con cáncer de próstata que hayan recibido terapia hormonal.

Resultados: La mediana de edad al momento de la consulta fue de 70,0 años (60-85), la de comienzo de la DE fue 65 años (29-80) y la de tiempo de evolución hasta la consulta fue de 3 años (6 meses-40 años). El 41,5% tuvo libido disminuida. La mediana de BMI fue de 27,5 kg/m² (18,6 a 38,4).

Según clasificación de OMS, 20,6% eran normopeso, 54,4% tenían sobrepeso y el 25,0 % eran obesos.

El 29,9 % de los pacientes tenía valores de testosterona total (TT) subnormales mientras que el 49,1% de los que se midió tenía testosterona biodisponible (Tbio) por debajo del valor de referencia. El 14,4% tuvo LH elevada, el 22,9% FSH alta y el 10,1% hiperprolactinemia. Hubo 33 pacientes (37,0%) con TT y/o TBio subnormal (Grupo hipogonádico (GH)). Dentro de éstos, 10 eran hipergonadotróficos (30,3%).

Las causas principales de DE fueron: hipogonadismo 33 casos (37,0%), vascular 27 (30,3%), medicamentosa 9 (10,1%), psicógena 5 (5,6%), hiperprolactinemia por microadenoma hipofisario 2 (2,2 %), postcirugía de próstata 4 (4,5%) e idiopática 30 casos (33,7%). Hubo 21 pacientes que tuvieron más de una causa.

Dentro de las patologías contribuyentes, 33 (37,1%) tenían DM, 51 (57,3%) HTA, 45 (50,5%) tenían dislipemia, 18 (20,2 %) tenía EPOC y 28 (31,4%) tenían ECV.

El grupo GH tuvo un BMI significativamente más alto que los no hipogonádicos (GnoH) ($29,7 \pm 4,5$ vs $27,0 \pm 3,5$; $p=0.008$). El 92% del GH tuvo sobrepeso u obesidad. No hubo diferencia significativa en cuanto a la edad entre ambos grupos.

En cuanto al tratamiento de los 33 pacientes hipogonádicos, se pudo observar la respuesta al tratamiento en 22 de ellos, de los cuales 8 pacientes (36,4%) tuvieron una respuesta eréctil excelente a la terapia con testosterona, mientras que 14 (63,6%) tuvo una respuesta eréctil insuficiente que requirió el agregado de inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5) y/o uso de drogas vasoactivas intracavernosas.

Conclusión: En nuestra población de estudio se observó una frecuencia importante de patologías crónicas que contribuyeron al desarrollo de la DE, entre ellas: DM, HTA, dislipemia y ECV. Se halló un 37 % de hipogonadismo, que se acompañó de un muy alto porcentaje de sobrepeso y obesidad. En el 33,7% de los casos no se pudo establecer etiología. Dentro de los pacientes hipogonádicos tratados únicamente con testosterona, solo el 36,8% tuvo respuesta eréctil satisfactoria, lo que implica la presencia de otros factores que contribuyeron a la aparición de DE en estos pacientes.