

Disfunción sexual eréctil: un marcador de enfermedad coronaria

Sexual erectile dysfunction: A marker of coronary disease

Eduardo Rivas Estany

Centro de Rehabilitación, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba.

Correspondencia: Dr. Eduardo Rivas Estany, Centro de Rehabilitación, Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Apdo. Postal # 4109, Vedado, La Habana. CP: 10400, Cuba. Correo electrónico: crehab@infomed.sld.cu

Siete de cada 10 hombres hospitalizados en el Centro Médico de Malay, en Kuala Lumpur, Malasia, con el diagnóstico de infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST (STEMI, por su sigla en inglés), tuvieron disfunción sexual eréctil (DSE) en los seis meses anteriores a dicho ingreso. Lo anterior fue reportado por el Dr. S.V. Ramesh, cardiólogo de dicho Centro, en el X Congreso Mundial de Cardiología celebrado en Beijing, China en junio de 2010.¹

El pasado 23 de noviembre de 2012 se celebró en La Habana una "Reunión de Consenso sobre Enfermedades Cardiovasculares y Sexualidad", auspiciada por la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES), en la que participaron cardiólogos, internistas, terapeutas sexuales y otros especialistas vinculados con el tema, de diversas instituciones. El Consenso de Princeton III,² estudio colaborativo multidisciplinario realizado en Estados Unidos y dedicado a optimizar la función sexual y preservar la salud cardiovascular fue analizado y evaluada su aplicabilidad en el contexto cubano actual.

Dentro de la amplia y profunda discusión efectuada ese día en que se abordaron importantes aspectos relacionados con la epidemiología de la cardiopatía isquémica y de la DSE, así como de su diagnóstico, evaluación funcional y sexológica integral, así como terapéutica, entre otras cosas con drogas erectogénicas³, es decir, aquellas correspondientes al grupo de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil, tadalafil, vardenafil, etc.). También se analizó y discutió la posibilidad de la DSE como "marcador",⁴⁻⁶ y no como "factor de riesgo" de la enfermedad coronaria (EC),⁷ como algunos la han querido considerar, teniendo en cuenta que ella puede acompañar e incluso anteceder a la EC y no es necesariamente un elemento predisponente. Todo ello propició la búsqueda y localización del

trabajo de Ramesh et al.,¹ que conocíamos de primera mano, por haber asistido a su presentación oral durante el antes mencionado Congreso.

Efectivamente, la DSE y la EC comparten muchos factores de riesgo comunes que están estrechamente relacionados.⁸⁻¹¹ La aterosclerosis, y la disfunción endotelial subsecuente, causa básica de ambos trastornos en la mayoría de este tipo de pacientes, es un trastorno inflamatorio generalizado que, en principio, progresa al unísono en todos los vasos del cuerpo. Debido a que, en general, las arterias del pene son considerablemente de menor diámetro que las arterias coronarias,^{8,12} es esperado que la DSE preceda a la EC. Estos elementos constituyeron la motivación de este estudio para identificar la asociación entre DSE y EC, en este caso manifestada como STEMI.

Fueron estudiados 192 pacientes, de los cuales sólo se reclutaron para el estudio a 111 que fueron sexualmente activos en los seis meses anteriores al episodio agudo, evaluados mediante el internacionalmente utilizado cuestionario IIEF-5.^{3,7,9} La prevalencia de la DSE en este grupo fue de 75,7% (ligera 41,4%, moderada 31,5% y severa 2,7%). Mediante una regresión logística univariada precisaron que la edad avanzada ($p=0,002$), hipertensión arterial ($p=0,017$), hiperlipidemia ($p=0,037$), diabetes mellitus ($p=0,031$) y empeoramiento de la hemoglobina glicosilada ($p=0,013$) fueron predictores significativos para el desarrollo de la DSE en estos pacientes. También que los casos que no realizaban ejercicios físicos regularmente desarrollaron más frecuentemente la DSE ($p=0,005$). Contradictoriamente, el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura, no fueron predictores de DSE en este estudio, tampoco los hallazgos de la angiografía coronaria. Por otro lado se encontró que todos los pacientes con historia previa de cardiopatía isquémica

(n=14) tuvieron DSE ($p=0,020$) y que un 24,7% de los 81 hombres sexualmente inactivos, que fueron excluidos del estudio, reportaron DSE completa por más de seis meses antes de la evaluación.

Teniendo en cuenta estos resultados se puede considerar que pacientes con historia de cardiopatía isquémica diagnosticada y evidencias de DSE sean catalogados como de muy alto riesgo para el desarrollo de futuros síndromes coronarios agudos y en consecuencia les sean prescritos tempranamente una atención médica agresiva.^{4,11}

Aquellos hombres que no sean sexualmente activos también deben ser estrechamente evaluados debido a que la cuarta parte de ellos tienen una DSE completa que puede requerir tratamiento y ser además un precursor de cardiopatía isquémica.

Este estudio podría ser usado como una guía para investigaciones adicionales a gran escala para definitivamente confirmar que la DSE pueda ser considerada como un marcador independiente de EC, particularmente de STEMI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramesh SV, Sim HW, Athar MS, Low WY, Dinesh SV, Koh KC, et al. Erectile dysfunction prior to acute ST-segment elevation myocardial infarction: the EDMI Study. Abstracts on CD ROM, World Congress of Cardiology, Scientific Sessions 2010, Beijing, China, Abstract No. 0272.
2. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* 2012;87:766-78.
3. Hermans MP, Ahn SA, Rousseau MF. Erectile dysfunction, microangiopathy and UKPDS risk in type 2 diabetes. *Diabetes Metab* 2009;35:484-9.
4. Kloner RA. Erectile dysfunction as a predictor of cardiovascular disease. *Int J Impot Res* 2008;20:460-5.
5. Ponholzer A, Temml C, Obermayr R, Wehrberger C, Madersbacher S. Is erectile dysfunction an indicator for increased risk of coronary heart disease and stroke? *Eur Urol* 2005;48:512-8.
6. Min JK, Williams KA, Okwuosa TM, Bell GW, Panutish MS, Ward RP. Prediction of coronary heart disease by erectile dysfunction in men referred for nuclear stress testing. *Arch Intern Med* 2006;166:201-6.
7. Ponholzer A, Gutjahr G, Temml C, Madersbacher S. Is erectile dysfunction a predictor of cardiovascular events or stroke? A prospective study using a validated questionnaire. *Int J Impot Res* 2010;22:25-9.
8. Jackson G. Prevention of cardiovascular disease by the early identification of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2008;20 (Suppl 2):S9-14.
9. Chew KK, Bremner A, Jamrozik K, Earle C, Stuckey B. Male erectile dysfunction and cardiovascular disease: is there an intimate nexus? *J Sex Med* 2008;5:928-34.
10. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moinpour CM, Coltman CA. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA* 2005;294:2996-3002.
11. Barrett-Connor E. Cardiovascular risk stratification and cardiovascular risk factors associated with erectile dysfunction: assessing cardiovascular risk in men with erectile dysfunction. *Clin Cardiol* 2004;27 (Suppl 1):18-13.
12. Irekpita E, Salami TA. Erectile dysfunction and its relationship with cardiovascular risk factors and disease. *Saudi Med J* 2009;30:184-90.

Recibido: 17 de diciembre de 2012.

Aceptado: 28 de diciembre de 2012.