

EDITORIAL**Nuevas perspectivas en la terapéutica de la disfunción eréctil de causa vascular**

La investigación constante que se desarrolló, a partir de 1982, con el descubrimiento de la acción de la Papaverina en el desencadenamiento de la erección, hecha por R. Virag, vino a permitir una evolución del conocimiento científico sobre la fisiopatología del mecanismo de la función eréctil que ha llevado a la aparición de nuevas formas terapéuticas.

La erección es un fenómeno neurovascular complejo que resulta de la sucesión de acontecimientos que posibilitan el paso del estado de flaccidez al de rigidez completa del pene, la cual obedece a un ciclo eréctil que abarca tres fases: relajación del músculo liso, vasodilatación arterial y bloqueo venoso.

El mecanismo esencial de la erección ocurre a nivel de los espacios lacunares, los alveolos de los cuerpos cavernosos, que son dilatados por la relajación del músculo liso, debido a la liberación de óxido nítrico. El flujo arterial aumentado provoca la expansión de las paredes trabeculares contra la albugínea, disminuyendo el drenaje venoso.

El balance entre la relajación y la contracción del músculo viene determinado por la interacción entre neurotransmisores proeréctiles y antieréctiles que son liberados en las terminaciones nerviosas y en el endotelio. Se sabe que el óxido nítrico es el primer neurotransmisor erectogénico y que la noradrenalina (norepinefrina) es el primer neurotransmisor erectolítico.

Diferentes patologías pueden actuar a nivel de los componentes de la erección causando alteraciones del ciclo eréctil. Una evaluación inicial es fundamental en el abordaje del paciente.

Una historia clínica detallada y un examen físico atento permiten obtener un conocimiento de la probable etiología de la disfunción eréctil y de la identidad sexual del individuo. Los exámenes complementarios

deben ser selectivos y ser realizados cuando puedan contribuir para la elección de la mejor opción terapéutica. La presencia de factores de riesgo vascular –tabaco, hipertensión, diabetes, dislipidemia– puede crear dificultades en la pesquisa del probable diagnóstico, siendo a veces útil la realización del test con fármaco vasoactivo (inyección intracavernosa de prostaglandina) cuyo resultado puede ser orientativo de cara a la realización de estudios más específicos (Eco-Doppler a color, cavernografía dinámica, arteriografía, potenciales evocados)

No existe todavía un tratamiento ideal para la disfunción eréctil que sea eficaz, de fácil uso, no invasivo, duradero y sin efectos secundarios. La existencia de un fármaco con estas características verdaderamente daría coraje a muchos pacientes a tratar su disfunción y facilitaría el éxito del tratamiento a largo plazo.

Las diversas opciones terapéuticas existentes (fármacos vasoactivos intracavernosos o intrauretrales, dispositivos de vacío, cirugía arterial / venosa, prótesis peniana, terapia psicológica) deben ser ponderadas para cada caso, de acuerdo con la individualidad propia, los deseos, las perspectivas de la pareja e identidad de su sexualidad, teniendo en cuenta el potencial de éxito y las posibles complicaciones.

El Sildenafil (Viagra) fue el primer fármaco autorizado por la F.D.A. (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, por vía oral, para el tratamiento de la disfunción eréctil del hombre (de cualquier etiología). El Sildenafil es un potente y competitivo inhibidor de las fosfodiesterasas tipo V (enzima específica del cGMP que predomina en los cuerpos cavernosos humanos).

El Sildenafil ejerce su acción benéfica inhibiendo las fosfodiesterasas tipo V con el consiguiente mantenimiento de los niveles de cGMP y aumento del Ca++

intracelular que va a prolongar la relajación del tejido muscular cavernoso.

La disfunción eréctil de etiología vascular es conocida desde que *Leriche* describió en los años veinte, su clásico síndrome caracterizado por la oclusión de la aorta terminal e impotencia sexual.

No obstante, no es indispensable que haya una obstrucción del sector aorto-ilíaco para que surjan alteraciones en la vascularización del pene y que no siempre suceden. Lesiones estenosantes situadas a nivel de las arterias pudendas o de sus ramas terminales, pueden igualmente ocasionar alteraciones de la erección.

La cirugía vascular es en la actualidad un tratamiento alternativo de la impotencia, mas debe ser reservado para un grupo bien seleccionado de pacientes. Individuos con arteriopatías de los miembros inferiores por enfermedad aorto-ilíaca y que presentan alteraciones eréctiles, se beneficiarían con la revascularización de las arterias hipogástricas como gesto asociado de la cirugía de revascularización de los miembros inferiores.

Individuos jóvenes con disfunción eréctil debido a un traumatismo perineal o peneano, que no tengan alteraciones del mecanismo veno-occlusivo ni neurológico, tienen indicación para realizar una revascularización arterial peneana.

Todos los individuos que presentan alteraciones con posibilidad de corrección quirúrgica por técnicas vasculares, deben realizar un estudio diagnóstico completo que incluya siempre un examen angiográfico.

Las técnicas quirúrgicas de corrección de drenaje venoso anómalo sufrieron un declinamiento en los últimos años, posteriormente al conocimiento más completo de la fisiología de la erección y del papel fundamental desempeñado por el músculo liso trabecular. Por otro lado, el éxito quirúrgico es bueno en los primeros meses, pero disminuye de forma significativa con el tiempo, bajando para valores que oscilan entre el 30% y 40%, aunque exista una mejoría asociando inyección intraca-

vernosa de fármacos vasoactivos. La recurrencia de la incompetencia venosa es frecuente. Por este hecho, las indicaciones para el uso de las diferentes técnicas –ligadura y excisión de la vena dorsal profunda, plicatura de los cuerpos cavernosos, arterialización de la vena dorsal profunda– que pueden ser usadas para disminuir el flujo venoso en los espacios sinusoidales de los cuerpos cavernosos, deben ser utilizadas cuidadosamente en pacientes seleccionados y perfectamente informados de las tasas de éxito que pueden ser obtenidas.

El Sildenafil probablemente se ha convertido en el tratamiento de primera elección en el paciente con disfunción eréctil y el uso de nuevos fármacos (inhibidores de la fosfodiesterasa tipo III, antagonistas de la angiotensina II, desbloqueadores de los canales de potasio, apomorfina), aislados o en asociación, va a permitir alargar el horizonte de la farmacoterapia actuando sobre el mecanismo de la erección. Pero esta nueva realidad va también a obligar a un mejor conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la disfunción eréctil (esencialmente del relajamiento del músculo liso cavernoso) y de los avances en la farmacología por parte de los clínicos, que serán solicitados por un mayor número de enfermos interesados en resolver su problema sexual, siendo cada vez más conocedores de los diversos aspectos que envuelve su patología. La disfunción eréctil tiene de tornarse una patología habitual que pasará a ser discutida como la hipertensión arterial o la diabetes, con la diferencia fundamental, que no se puede olvidar, de que la sexualidad se asume con afecto y cariño, en un placer compartido entre dos.

Prof. Dr. Alexandre Moreira
Presidente de la Sociedad Portuguesa de Angiología
Jefe de Servicio de Cirugía Vascular
Hospital Gral. de Santo Antonio
Porto (Portugal)