

RESPUESTA Y VALORACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE DE LA FARMACOINYECCIÓN INTRACAVERNOSA Y DEL VACUUM

A. VIVES SUÑÉ, N. RIBÉ SUBIRÁ, P. MANASIA, J.M^a. POMEROL MONSENY

Servicio de Andrología. Fundación Puigvert. Barcelona.

PALABRAS CLAVE:

Disfunción eréctil. Vacuum. Inyección intracavernosa.

KEY WORDS:

Erectile dysfunction. Vacuum. Intracavernous injection.

Actas Urol Esp. 24 (3): 231-234, 2000

RESUMEN

Entre las distintas opciones terapéuticas actuales en la disfunción eréctil (DE), el vacuum es un procedimiento que no hay que descartar y del que se pueden beneficiar determinados pacientes. Para conocer la respuesta y la disponibilidad de uso en cada paciente se realiza, de forma rutinaria, un test de vacuum en el gabinete de andrología durante el estudio diagnóstico. En este estudio se realizó, en 200 pacientes afectados de DE de diferente etiología, el test de vacuum y la inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos, valorándose la respuesta ante cada una de estas metodologías, con cuál de los dos sistemas presentaban mejor respuesta y la disponibilidad de uso inicial para cada uno de estos dos sistemas. La respuesta del test de vacuum resultó positiva en el 93% de los casos, mientras que la inyección intracavernosa lo fue en el 40%. El 73% manifestó una mejor erección con el vacuum, y sólo el 13% refirió mejor erección con la inyección intracavernosa. En cuanto a la disponibilidad de uso inicial, el 60,5% se inclinó por el vacuum y sólo el 14,5% por la inyección intracavernosa. En este estudio se demuestra que el vacuum es una metodología altamente efectiva, y que su disponibilidad de uso es inicialmente muy alta, aunque finalmente su utilización se ve limitada a causa de distintos tipos de problemas.

ABSTRACT

One of the various therapeutic options currently used in erectile dysfunction (ED), vacuum is a procedure that should not be ruled out as it can benefit certain types of patient. To understand each patient's response and usage readiness, a vacuum test is routinely performed by the andrology service as part of the diagnostic study. The present study conducted on 200 patients with ED of different etiologies, included the vacuum test and the intracavernous injection of vasoactive drugs. The assessment included the response to each methodology; which of the two systems offered better response; and initial usage readiness to each system. Positive response was 93% in the vacuum test, and 40% in the intracavernous injection. Improved erection was reported by 73% with vacuum and only 13% with the intracavernous injection. With regard to usage readiness 60.5% favoured vacuum and only 14.5% the intracavernous injection. It was apparent that vacuum is a highly effective methodology with very high initial usage readiness, although ultimate use may be limited for different reasons.

En los últimos 15 años se han ido incorporando diferentes tipos de metodologías para tratar la disfunción eréctil (DE)¹. No obstante, la mayoría de ellas deberían clasificarse de paliativas, y únicamente la psicoterapia y el tratamiento hormonal en algunas DE endocrinológicas pueden ser consideradas como etiológicas, aunque sus resultados no siempre son satisfactorios. Entre los tratamientos que tienen por objetivo obtener la erección en el momento deseado, cabe mencionar la aplicación de drogas vasoactivas por vía intracavernosa e intrauretral, los mecanismos de erección por vacío, las prótesis penianas y por último, y de reciente aparición, los nuevos fármacos por vía oral que han supuesto un gran avance en el tratamiento de la disfunción eréctil².

Hasta ahora la autoinyección intracavernosa de fármacos vasoactivos (AIFV) y el vacuum, eran los tratamientos que se habían utilizado de forma más generalizada en los últimos años. Estos permiten obtener la erección en el momento deseado y restablecer la erección espontánea en determinados casos. En los pacientes con DE de etiología orgánica, estas metodologías pueden ayudar a prevenir la fibrosis del tejido cavernoso favoreciendo una adecuada oxigenación. No obstante, la aparición en el mercado del citrato de sildenafil³ administrado por vía oral, ha supuesto un cambio en el tratamiento de los pacientes con disfunción eréctil. Su cómoda administración por vía oral, su efectividad y sus escasos efectos adversos lo han convertido en el tratamiento de elección para la mayoría de pacientes, independientemente de la etiología de su disfunción. No obstante, la administración del sildenafil puede hallarse contraindicada, puede originar efectos adversos mal tolerados o no ser aceptado por el paciente, por el coste del fármaco o por otra causa. Por este motivo, es de gran utilidad realizar en la fase diagnóstica de la DE tanto el test de fármacos intracavernosos como el test de vacuum. Siguiendo esta metodología, cuando al final del estudio diagnóstico se indica la posibilidad de utilizar la AIFV o el vacuum, el paciente conoce perfectamente la calidad de la respuesta ante los dos sistemas y lo que comportan en cuanto a agresividad y a aparatosidad, y puede escoger el tratamiento más adecuado. Tanto la

AIFV como el vacuum son metodologías que requieren de una cierta programación e inhiben la espontaneidad sexual. La primera es agresiva y no se halla exenta de posibles complicaciones, no obstante es más transportable y disimulable. Al vacuum responden la mayoría de pacientes, no obstante su uso es aparatoso y poco disimulable⁴.

Igualmente, nuestro grupo de trabajo ha podido demostrar la gran efectividad de un gabinete de DE con personal sanitario entrenado, y tiempo suficiente para dedicarle al paciente e informarle adecuadamente.

Realizadas estas consideraciones, el objetivo de este estudio fue determinar la respuesta a la AIFV y al vacuum en nuestros pacientes, y la aceptabilidad y aplicación de ambas metodologías. Para ello, a todos los pacientes se les facilitó, después de habérseles aplicado los dos sistemas, un cuestionario para que refirieran con cuál de los dos sistemas habían presentado mejor respuesta, y cuál utilizarían de los dos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar el presente estudio se seleccionaron al azar durante el año 1998, 200 pacientes afectados de DE de diferentes etiologías y con un periodo medio de evolución de 43 meses, a los que se les practicó en días diferentes el test diagnóstico con fármacos vasoactivos y el test de vacuum. La edad de los pacientes oscilaba entre 23 y 77 años (media de 60 años). En la (Fig. 1) se puede observar la distribución por edades. De estos 200 pacientes, 167 (83,5%) manifestaron tener pareja fija, 14 (7%) no tenían pareja y en 19 (9,5%) no constaba.

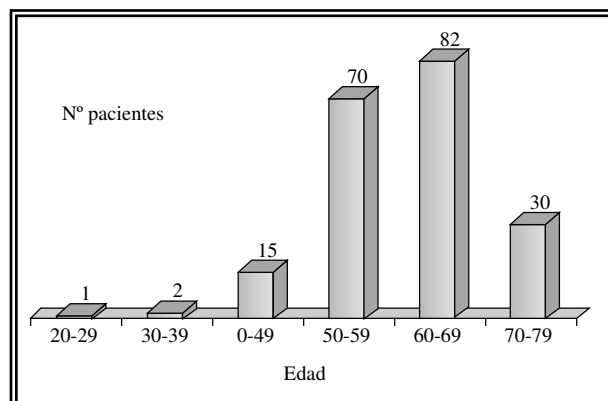


FIGURA 1. Distribución por edades.

Inicialmente a todos se les aplicó 20 mcg de PGE1 intracavernosa (Caverject®). A los 10-15 min. se valoró la respuesta del paciente, rellenándose a continuación por parte del personal especializado una ficha o "Test de objetivación de la erección" (TOE), en el que se valoran diferentes datos: hora de la inyección, dosis del fármaco, tiempo de latencia, grado de rigidez (mediante Rigiscan o Caliper), ángulo penoescrotal, objetivación del observador (de acuerdo a la siguiente clasificación: 1. Ausencia de erección, 2. Tumescencia, 3. Rigidez incompleta, 4. Rigidez completa), valoración por el paciente (igual, mejor o peor que las erecciones espontáneas), penetración teórica (posible o no), diagnóstico del test (positivo, dudoso, negativo) y, finalmente, si el observador considera que el paciente es apto o no para la autoinyección. Una vez rellenada esta ficha y comentadas las posibles complicaciones así como las medidas a tomar, antes de abandonar el gabinete, a todos los pacientes se les proporcionó un cuestionario que debían entregar en la siguiente visita médica. De esta manera se completa la siguiente información: tiempo de duración y calidad de la erección, comparación entre la erección conseguida con la inyección y la que presenta de forma espontánea, práctica del coito y en este caso grado de satisfacción del paciente y de la pareja, posibles complicaciones y disponibilidad a la inyección de forma continuada.

En una segunda visita a los 200 pacientes se les probó, en primer lugar y de forma habitual, el vacuum eléctrico y únicamente aquellos que no respondieron de forma adecuada o presentaron algún efecto adverso (dolor, equimosis, rigidez incompleta, etc.), se les repitió la metodología con el vacuum manual o con el electrónico. Al igual que en el caso de la inyección intracavernosa se rellenó una ficha haciendo constar: tipo de vacuum ensayado (manual, eléctrico, electrónico), calidad de la erección post-vacuum, resultado global del test (positivo o negativo), valoración de la erección obtenida por parte del paciente en relación a sus erecciones espontáneas y, por último, la disponibilidad de uso.

A continuación se valoró la respuesta obtenida por estos 200 pacientes, tanto ante la AIFV como ante los MEV y, finalmente, se les pasó un cuestionario en el que se les pedía que refirieran con cuál de los dos mecanismos habían presentado mejor respuesta, y cuál de los dos utilizarían.

RESULTADOS

La respuesta a la inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos, valorada inicialmente por personal especializado y posteriormente u de forma subjetiva por los pacientes, fue la siguiente: de los 200 pacientes 80 (40%) respondieron al test con una erección de buena calidad, en 75 (37,5%) fue negativa, y dudosa en 45 (22,5%).

Por otro lado, la respuesta al test de vacuum fue positiva en 186 pacientes (93%) y negativa en 14 pacientes (7%). De los 186 pacientes en los que la respuesta fue positiva, en 145 lo fue con el mecanismo eléctrico y en 41 con el manual.

Cuando se les planteó a los pacientes con cuál de los dos sistemas habían obtenido una mejor respuesta, los resultados fueron los siguientes (Fig. 2): 145 pacientes (73%) manifestaron haber presentado una erección de mejor calidad con el vacuum, 26 (13%) con la inyección intracavernosa, 22 (11%) igual con ambas metodologías y 6 (3%) con ninguna de ellas.

Finalmente, cuando se les consultó sobre la disponibilidad de uso de alguno de estos dos sistemas, el resultado fue el siguiente (Fig. 3): 121 pacientes (60,5%) manifestaron, después de que se les hubiera realizado ambos test, una mayor disponibilidad

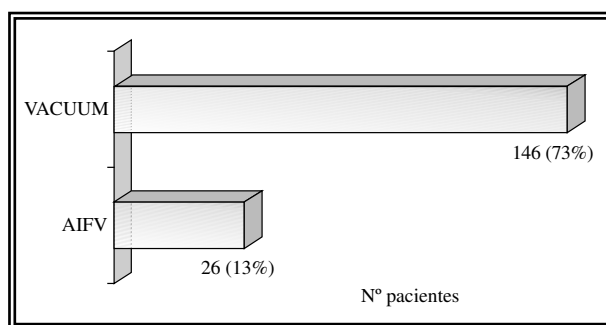


FIGURA 2. Mejor respuesta.

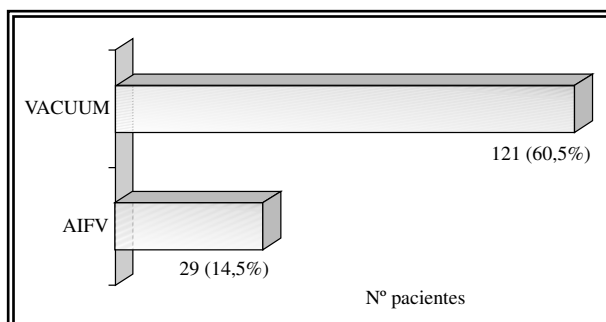


FIGURA 3. Disponibilidad de uso.

para utilizar el vacuum, 29 (14,5%) para autoinyectarse fármacos vasoactivos, 5 (2,5%) utilizarían ambas metodologías, 32 (16%) no utilizarían ninguna y 13 (6,5%) se hallaban dudosos.

DISCUSIÓN

A pesar de que la farmacología oral constituye en la actualidad la primera línea terapéutica de la DE, entre el 30 y el 40% de los pacientes pueden presentar alguna limitación para su uso: contraindicaciones importantes (administración de nitritos, hipotensión severa, etc.), efectos adversos mal tolerados, no aceptabilidad por coste y otra causa. Estos pacientes pueden beneficiarse de otras alternativas terapéuticas como la AIC o el vacuum que, a pesar de su agresividad o aparatosidad, se hallan exentas de contraindicaciones y de efectos adversos importantes⁵, presentando un alto grado de efectividad. Con la finalidad tanto diagnóstica como terapéutica, es de gran utilidad realizar, en la primera fase de estudio del paciente afecto de DE, el test intracavernoso de fármacos vasoactivos y el test de vacuum. De esta forma, el paciente puede apreciar lo que comporta cada una de estas metodologías así como la respuesta eréctil conseguida con cada una de ellas, facilitándose la elección por una de ellas en el supuesto de que se hallen indicadas en el futuro. La posibilidad de disponer de un gabinete con personal sanitario especializado en DE, para realizar, tanto las metodologías diagnósticas, como el aprendizaje de las terapéuticas con el tiempo suficiente para informar adecuadamente al paciente, demuestra ser de una gran efectividad. El objetivo del presente estudio fue valorar todos estos factores, con el fin de obtener conclusiones aplicables a la clínica diaria. A 200 pacientes se les realizó la inyección intracavernosa con 20 mcg de PGE1 y en un día diferente el test de vacuum eléctrico, manual o electrónico. 80 (40%) respondieron adecuadamente al test intracavernoso y 186 (93%) al test de vacuum. 146 pacientes (73%) refirieron haber presentado una mejor calidad eréctil con el vacuum, 26 (13%) con la inyección, 22 (11%) con ambas metodologías y 6 (3%) con ninguna de ellas. 121 pacientes (60,5%) manifestaron una mayor disponibilidad por el uso del vacuum, 29 (14,5%) por la inyección intracavernosa, 5 (2,5%) por ambas y 32 (16%) no aceptaban ninguna de las dos como terapia. A partir de

estos resultados pueden alcanzarse varias conclusiones. La primera de ellas es que, en contra de la experiencia de muchos profesionales en el campo de la DE, el vacuum es un sistema de una alta efectividad^{6,7} cuando se realiza inicialmente por personal sanitario entrenado y la aceptabilidad entre los pacientes es sorprendentemente buena, fundamentalmente entre aquellos que presentan temor ante la inyección intracavernosa o que tienen una baja frecuencia de actividad sexual. Dada la limitación terapéutica en la DE, principalmente en pacientes afectados de patologías vasculares o neurológicas importantes como los prostatectomizados o diabéticos, es conveniente no rechazar ninguna posibilidad de tratamiento. Los criterios subjetivos del facultativo encargado de tratar la DE, no deben influir en la toma de decisiones. No obstante y a pesar de que muchos pacientes optarían, como se desprende de este estudio, por el vacuum, su utilización se ve limitada en ocasiones por problemas de tipo económico.

REFERENCIAS

1. BURNS-COX N, GINGELL C: Medical treatment of erectile dysfunction. *Postgrad Med J* 1998; **74**: 336-342.
2. HATZICHRISTOU DG: Current treatment and future perspectives for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research* 1998; **10** (Suppl 1): 3-13.
3. BOOLELL M, GEPI-ATTEE S, GINGELL JC, ALLEN MJ: Sildenafil, a novel effective oral therapy for male erectile dysfunction. *Br J Urol* 1996; **78**: 257-261.
4. EL-BAHRAWY M, EL-BAZ MA, EMAM A, EL-MAGD MA: Noninvasive vacuum constriction device in the management of erectile dysfunction. *International Urology and Nephrology* 1995; **27** (3): 331-333.
5. GANEM JP, LUCEY DT, JANOSKO EO, CARSON CC: Unusual complications of the vacuum erection device. *Urology* 1998; **51** (4): 627-631.
6. POMEROL-MONSENY JM, VIVES-SUÑÉ A, FERREIRA CH: Valor del test de vacuum en la clínica de la disfunción eréctil. *Actas Urológicas Españolas* 1998; **22** (5): 423-427.
7. ALMARA R, POMEROL MONSENY JM: Erección penéana por sistemas de vacío: nuestra experiencia en 100 pacientes impotentes de etiología orgánica. *Arch Esp Urol* 1993; **46**: 901-904.

Dr. A. Vives Suñé
C/ Fusina, nº 6 - 3º 1ª
08003 Barcelona

(Trabajo recibido el 9 Septiembre de 1999)