



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1026 - Doctora, ayúdeme ¡Ya no funciona!

J. Fuentes Cruzado^a y J.M. Molina Ramos^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 29 años, sin alergias medicamentosas, con factores de riesgo cardiovascular (hábito tabáquico, dislipemia en tratamiento con atorvastatina). Consulta en Atención Primaria por dificultad para mantener la erección, con libido conservada, desde hace varios meses. Erecciones matutinas espontáneas posibles. Niega desencadenante emocional.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 130/85 mmHg. Frecuencia cardíaca: 79 lpm. No presenta labilidad emocional ni distimia. La exploración física, incluyendo tacto rectal, es normal. La exploración neurológica es rigurosamente normal, sin alteraciones de los pares craneales, ni de la fuerza y sensibilidad. Inicialmente, se solicita analítica básica con perfil lipídico, hormonas tiroideas y sexuales, hallándose como únicos parámetros alterados el colesterol total (397 mg/dL) y el LDL-colesterol (320 mg/dL). Es derivado a Urología, donde realizan ecoDoppler de pene (normal) y estudio urodinámico que evidencia vejiga hiperactiva hipocontráctil. Pautan tadalafilo, con mejoría moderada. Posteriormente, acude de nuevo a Atención Primaria por persistencia de la disfunción erétil y además urgencia miccional, flujo entrecortado, tenesmo vesical y pérdida ponderal de 10 kg, sin anorexia asociada. Dada la sospecha de patología neurológica subyacente, se deriva a Neurología, que realiza RMN craneal y de columna, objetivándose múltiples lesiones de sustancia blanca supra e infratentorial; así como lesión hiperintensa a nivel de C5; respectivamente.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial: Ante la evolución progresiva del cuadro clínico consistente en disfunción erétil sin disminución de libido asociada, urgencia miccional y pérdida de peso, desde Atención Primaria nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales en base a la etiología orgánica: Cardiovascular (arterioesclerosis), neurológico (esclerosis múltiple), hormonal (hipogonadismo, hiperprolactinemia, alteraciones tiroideas), urológico (enfermedad de Peyronie, fibrosis de cuerpos cavernosos, hipertrofia benigna de próstata) y psiquiátrico (trastorno de ansiedad, depresión).

Comentario final: La disfunción erétil es una patología prevalente en España, pero a pesar de ello infradiagnosticada e infratratada. Aunque hasta la década de los 70 se consideraba que en la mayoría de sujetos menores de 40 años era funcional, actualmente se ha descrito etiología orgánica subyacente en un 15-72% de los casos. Como Médicos de Familia, desempeñamos un papel clave en la identificación de la disfunción erétil como síntoma centinela de otras patologías, por lo que debemos realizar una exquisita anamnesis; así como una exploración física exhaustiva que incluya los sistemas cardiovascular, neurológico y

genital. Así, diagnosticaremos precozmente patologías graves como la de nuestro paciente, y contribuiremos, según la causa, a un mejor pronóstico de las mismas o a una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estudio ATLAS de la Disfunción Eréctil en España. Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva [citado el 15 de mayo 2015]. Disponible en: www.tenemosunaedad.com/blog/atlas/
2. Wespes EC, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis KK, Moncada I, et al. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. Arnhem: European Association of Urology; 2013.
3. Ludwig W, Phillips M. Organic causes of erectile dysfunction in men under 40. *Urol Int*. 2014;92(1):1-6.
4. Grant P, Jackson G, Baig I, Quin J. Erectile dysfunction in general medicine. *Clin Med*. 2013;13:136.