



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/85 - Mejor que venga su marido. A propósito de un caso

H. Bermejo Ruiz^a, C.V. Toca Incera^b, I. Pérez Loza^c y M.A. Gualdrón Romero^d

^aMédico de Familia. Consultorio Rural Valle de Villaverde. ^bMédico de Familia. CS de Laredo. ^cEnfermera. Unidad de Cardiología Críticos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ^dEnfermera.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años con AP: colon irritable, hipertensión arterial (HTA) desde hace 5 años y en tratamiento con valsartan 120 mg 1 c/24 horas, dado el mal control se introdujo hidroclorotiazida hace 6 meses. No acude a controles regularmente por problemas laborales y ha pactado con su médico que su mujer le aportará las cifras de automedida en domicilio, para ajuste de tratamiento. En el último control su mujer comenta problema de disfunción eréctil (DE), por lo que citamos al paciente en consulta programada para valoración. Tras solicitud de pruebas complementarias se inicia tratamiento con inhibidor 5 fosfodiesterasa con escasa respuesta, en la siguiente consulta el paciente se mostraba más colaborador comentando que el inicio de la DE coincidió con la hidroclorotiazida, se suspende y desaparece la clínica.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/80, Auscultación cardíaca y pulmonar normal, pulsos periféricos + simétricos, no edemas en extremidades inferiores. ECG: sinusal a 90x, PR 0,12 sin alteración repolarización. Hemograma: Hb 13, Hto 38, leucocitos 4,8. Bioquímica: glucosa: 90 FG 90 LDL 100, microalbuminuria/creatinina 20. Testosterona total: 520 ng/dl, testosterona libre: 115 pg/ml.

Juicio clínico: Disfunción eréctil secundaria a hidroclorotiazida.

Diagnóstico diferencial: Disfunción secundaria a HTA, causas psicológicas, déficit de testosterona.

Comentario final: Un 60-80% de las DE tienen etiología vascular, entre ellas cobra importancia la HTA y la diabetes, pero no lo es menos la farmacoterapia para su tratamiento. De los antihipertensivos que producen DE más frecuentemente están los betabloqueantes y diuréticos (especialmente la espironolactona y tiazidas). No se conoce el mecanismo exacto que lo provoca y su incidencia no está bien documentada, tal vez por la naturaleza íntima del problema o la reticencia de los pacientes a discutir este tema. El médico de familia debe incluir preguntas sobre la función sexual del paciente en el seguimiento del paciente hipertenso, así como otra sintomatología para detectar complicaciones de la HTA. Tras la introducción de un nuevo antihipertensivo hay que valorar la aparición de DE como efecto secundario. Para establecer una evaluación comparativa, se debe preguntar a los pacientes hipertensos sobre su funcionamiento sexual antes de iniciar el tratamiento y, periódicamente, después de instaurar la terapia antihipertensiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez JG, Gutiérrez PR, Perea AD, et al. Fundamentos diagnósticos en la disfunción eréctil. A propósito de 2 estudios prospectivos. Resultados preliminares. Revista Internacional de Andrología. 2015;13:54-60.

2. Cortés SR, Jimenez L, Brito Y, et al. Adherencia al tratamiento hipotensor y presencia de disfunción sexual. *Revista de Enfermedades Cardiovasculares CorSalud*. 2015;7(4).
3. Arias CM, Cuello OA, Mendoza CH, Montes S, Yepes I. Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena en 2013. *Revista Urología Colombia*. 2014;23:109-12.