



Disfunción eréctil en el paciente hipertenso y renal

F. Fernández Vega

Servicio de Nefrología. Unidad de HTA. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

En la National Institutes of Health Consensus Conference celebrada en 1993 en USA, fue definida la Disfunción Eréctil (DE) como la «incapacidad de lograr o mantener una erección suficiente para el desarrollo de una relación sexual satisfactoria». Con ello el peyorativo término de impotencia cayó definitivamente en desuso.

La erección está íntimamente relacionada con la producción de óxido nítrico debido a estímulos nerviosos que llegan al endotelio de las células del músculo liso de los cuerpos cavernosos, por la vía de neuronas no adrenérgicas, no colinérgicas. El óxido nítrico actúa sobre el guanosín monofosfato cíclico (cGMP), el cual produce la relajación del músculo liso de las arterias cavernosas y la erección. Se desprende de esto que una disminución en la síntesis y liberación de óxido nítrico condiciona DE.

El creciente interés de los clínicos por la DE mostrado en los últimos años, obedece a una serie de circunstancias como son el gran desarrollo en la investigación del endotelio, la gran prevalencia de la DE y su correlación con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Además, como la DE puede producir un deterioro potencial de la calidad de vida y del estado general de salud, se considera un problema sanitario de primer orden. La aparición en 1998 de un fármaco oral, eficaz y seguro, el sildenafil citrato, ha cambiado radicalmente el enfoque y la conducta del médico ante la DE.

Los nefrólogos nos estamos sensibilizando con respecto a la DE por motivos evidentes. La prevalencia de la DE en los distintos estadios de la enfermedad renal es elevada: 50% en situación de insuficiencia renal crónica, 75% en los pacientes en diálisis y hasta un 60% en el trasplante renal. Los factores involucrados en la patogénesis de la DE en la insuficiencia renal son numerosos: disminución de la producción de testosterona, alteración del eje hipotálamo-hipofisario, anemia, hiperparatiroidismo secundario, neuropatía autonómica, polifarmacia, factores psicológicos, etc.

La DE está relacionada con la edad pero no es exclusiva de la misma ya que el estudio Massachusetts y otros más, han demostrado la existencia de factores predictivos de DE como son la enfermedad

coronaria, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, tabaco, etc. El paciente renal es de alto riesgo al ser portador de diversos FRCV. La DM y la HTA son las causas principales de insuficiencia renal crónica terminal y la HTA es una constante en la evolución de las nefropatías así como en diálisis y en el trasplantado renal.

La HTA condiciona DE por vía arterial y venosa al producir desbalance endotelial y disminución de producción de óxido nítrico. Por otro lado facilita la ateromatosis de las arterias peneanas y las consecuentes lesiones isquémicas estimulan el depósito de tejido conectivo el cual produce compromiso compresivo de los sinusoides venosos cavernosos.

La DM es la enfermedad metabólica más frecuentemente asociada a DE y es sabido la íntima relación de la DM e HTA. Parece evidente que ante tanta presencia de FRCV, la enfermedad arteriosclerótica pueda subyacer de manera relevante en la DE. De hecho está presente en el 40% de hombres con DE y edad superior a los 50 años.

El paciente en tratamiento renal sustitutivo es portador de numerosos FRCV que conllevan a la arteriosclerosis y consecuentemente a una elevada prevalencia de DE. Por otro lado juegan también un papel preponderante diversas toxinas urémicas, déficit de zinc y alteraciones hormonales tales como déficit de testosterona y elevación de prolactina y hormona luteínica que condicionan retraso en la espermatogénesis. En resumen la DE en el paciente en diálisis es multifactorial.

El trasplante renal con adecuado filtrado glomerular puede normalizar las alteraciones descritas en gran parte de los pacientes revirtiendo así la DE, pero otros desarrollan DE «de novo» al recibir un injerto renal. También la DE es frecuente en éstos pacientes y de nuevo hay que referirse a la presencia de FRCV. La terapia inmunosupresora ha sido relacionada con el problema sin quedar claramente demostrada su posible influencia. Otras alteraciones a tener en cuenta son las derivadas del compromiso del flujo de los vasos peneanos como consecuencia del tipo de anastomosis arterial del injerto y la influencia de los fármacos antihipertensivos.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN EL PACIENTE HIPERTENSO Y RENAL

La DE es muy frecuente en el paciente hipertenso y en los diferentes estadios de la enfermedad renal. La DE constituye un problema sanitario de primer orden y es un reflejo del estado vascular del paciente, por lo que el nefrólogo debe ser sensible a la detección y tratamiento de esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute of Health Consensus Development Panel on Impotence: Impotence. *JAMA* 270: 83, 1993.
2. Feldman HA y cols.: Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 151: 54-61, 1994.
3. Burchardt M y cols.: Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *J Urol* 164: 1188-1191, 2000.
4. Kloner R y cols.: Effect of sildenafil in patients with erectile dysfunction taking antihypertensive therapy. *AJH* 14: 70-73, 2001.
5. Toorians A y cols.: Chronic renal failure and sexual functioning: clinical status versus objectively assessed sexual response. *Nephrol Dial Transplant* 12: 2654-2663, 1997.
6. Palmer B: Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 10: 1381-1388, 1999.
7. Malavaud B y cols.: High prevalence of erectile dysfunction after renal transplantation. *Transplantation* 69: 2121-2124, 2000.