

ASOCIACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL E INFARTO CARDIACO

La disfunción eréctil (DE) es el trastorno sexual que se presenta con mayor frecuencia en el varón. Se define como la incapacidad del hombre para lograr y mantener una erección suficiente para realizar el coito.

Si bien antes se pensaba que los factores emocionales tenían el rol protagónico en esta disfunción, actualmente están documentadas como la causa más frecuente las alteraciones circulatorias. Todos los factores de riesgo de la enfermedad coronaria se relacionan con el riesgo de disfunción eréctil, ya que ambos síntomas son causados por la misma enfermedad de fondo: la disfunción endotelial (1,2,3,4,5,6,7).

Se relaciona la prevalencia y severidad de la DE con el número de vasos coronarios lesionados en la cineangiocoronariografía (CACG). El Estudio COBRA realizado por Montorsi et al. y publicado en el 2006 evidenció este fenómeno, concluyendo una prevalencia de la DE en pacientes portadores de coronariopatía del 40 %, que ascendía acorde al número de vasos lesionados (18% con un lesiones de un vaso, 57% con lesiones de 2 a 3 vasos y 66% con angina crónica). También evidenció que la DE se presentó en el 71% de los pacientes 25 meses previos al cuadro agudo coronario (8).

Varias investigaciones científicas plantean como mecanismo fisiopatológico que explique esta sucesión temporal, la diferencia de tamaño entre las arterias del pene y las coronarias, lo que han denominado “The artery size hypothesis”(9). Esto define a la DE como un elemento predictivo de riesgo cardíaco, una oportunidad para prevenir la enfermedad coronaria (10).

OBJETIVOS:

1. Conocer la prevalencia de la Disfunción Eréctil (DE) en el paciente con cardiopatía isquémica probable o definida, en el que se indicó cineangiocoronariografía (CACG).
2. Valorar la severidad de la DE en función de los hallazgos de la CACG.
3. Registrar cuál fue el síntoma de inicio (el angor o la DE) y el tiempo de latencia entre uno y otro.

MATERIAL Y METODOS:

Tipo de estudio: Analítico, Retrospectivo, Transversal.

Población: Pacientes de sexo masculino, usuarios del Hospital Pasteur de Montevideo, en los que se indicó realización de CACG en un período de dos años por cualquier motivo.

Criterios de exclusión: Pacientes que no podían ser evaluados por el interrogatorio (deterioro cognitivo o psicopatía), que no tenían vida sexual activa, que no dieron consentimiento oral para la realización del interrogatorio, que ya recibían tratamiento para la Disfunción Eréctil o pacientes cuya indicación de CACG no fue por cuadro coronario (valoración de insuficiencia cardíaca, o preoperatorio de recambio valvular, o preoperatorio de cirugía no cardíaca).

DEFINICIONES:

DE: puntaje del International Index of Erectile Function (IIEF) < o igual a 21. La misma se clasificó en Leve: IIEF 21-16, Moderada: IIEF 15-11, Severa: IIEF <10

Lesiones coronarias significativas: resultado de CACG que evidencia lesiones mayores de 70% en las tres principales arterias epicárdicas y sus ramas o 50% para tronco de arteria coronaria izquierda.

PROCEDIMIENTO:

El estudio se basa en el análisis de datos almacenados en el Fondo Nacional de Recursos del Uruguay, derivados de la solicitud de Cineangiografía realizada por el médico tratante del Hospital Pasteur. De cada paciente incluido se registraron las siguientes variables: Edad, Tipo de CACG: urgencia o coordinación, Motivo de realización de la misma: IAM, angor inestable, angor estable, isquemia silente,

Procedimientos previos de revascularización, Resultados de la CACG, dividiéndose en 3 grupos (coronarias angiográficamente normales o con alteraciones mínimas (CANAM) – lesiones no significativas – lesiones significativas), Actos derivados post CACG : Angioplastia (APTL), Cirugía de By pass, tratamiento médico por no operable, tratamiento médico por lesiones no significativas, tratamiento médico por ausencia de lesiones.

Luego mediante consulta telefónica se realizó la valoración sexológica de la función eréctil. Se aplicaba el cuestionario IIEF-5, Si se definía DE, se interrogaba si la aparición de la misma era previa a la sintomatología coronaria y que tiempo de latencia existía entre ambos síntomas. También se valoraba si recibía tratamiento específico para la misma para excluirlos del estudio.

RESULTADOS:

Se registraron un total de 298 CACG realizadas a pacientes de sexo masculino. 34 pacientes no pudieron ser ubicados para la encuesta sexológica, por lo que la población quedó definida en 264. La prevalencia de DE en los pacientes en los que se indicó CACG fue de 81 % (213/264). La misma se discrimina en leve (47/264 FR=18%), moderada (62/264 FR=23%) y severa (104/264 FR=40%) lo

que ilustra la relación que tienen por compartir los mismos factores de riesgo. Todos los pacientes con disfunción eréctil severa presentaban lesiones significativas en la CACG. El 78% (166/213) de los pacientes presentaron la DE previo a los síntomas cardíacos, y en la mayoría de estos (82/166 = 49%) el tiempo de latencia entre ambos síntomas fue mayor a 24 meses.

CONCLUSIONES:

Es necesaria una correcta valoración de los factores de riesgo vascular en todo paciente que consulta al médico por DE, ya que en la mayoría de los casos se presenta clínicamente con anterioridad a las lesiones coronarias. Todo paciente hombre mayor de 40 años debería ser sistemáticamente interrogado sobre su función eréctil como parte de programas médicos de prevención cardiovascular. La presencia de DE de etiología orgánica debe ser interpretada como un centinela de riesgo coronario. Esto permitirá la detección precoz de factores de riesgo modificables, o prevenir la progresión de la enfermedad cardiovascular ya existente. En todo paciente en el que se detecte DE se debe evaluar el riesgo vascular, corregir los factores de riesgo modificables, indicar antiagregación plaquetaria y modificar el estilo de vida para prevenir la enfermedad coronaria.

BIBLIOGRAFIA:

1. Solomon H, Man JW, Jackson G. Erectile dysfunction and the cardiovascular patient: endothelial dysfunction is the common denominator. *Heart*. 2003;89:251–253.
2. Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, et al.. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease: matching the right target with the right test in the right patient. *Eur Urol*. 2006;50:721–731.
3. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, et al.. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med*. 2006;166:213–219.
4. Guay et al. Endothelial Dysfunction. The relation of erectile dysfunction to CV disease. *A. J. of Cardiology*, 2005: 96, 52M-56M
5. Behr-Roussel D et al. Erectile Dysfunction and endothelial activity. *Eur Urol* 47:87- 91,2005

6. Jackson G. The metabolic syndrome and erectile dysfunction: multiple vascular risk factors and hypogonadism. *Eur Urol.* 2006;50:426–427.
7. Kostis JB, Jackson G, Rosen R, et al.. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). *Am J Cardiol.* 2005;96:313–321.
8. Montorsi, P & al. Association between ED and CAD COBRA Trial. Role of coronary clinical presentation and extend of coronary vessels involvement. *European Heart J*, 27 (22), 2006, 2632-39 -
9. P. Montorsi, P. Ravagnani, S. Galli, et al. The Artery Size Hypothesis: A Macrovascular Link Between Erectile Dysfunction and Coronary Artery Disease. *The American Journal of Cardiology*, Volume 96, Issue 12, Pages 19-23
10. Jackson G. Erectile dysfunction: a window of opportunity for preventing vascular disease?. *Int J Clin Pract.* 2003;57:747.