

# Tratamiento farmacológico de las disfunciones sexuales

FORA, E

Centro Médico Tecknon. Barcelona.

---

## *Pharmacological treatment of sexual dysfunctions*

**E**n las últimas décadas ha existido un creciente interés en el uso de fármacos que, con otras indicaciones, podían resultar útiles para tratar las disfunciones sexuales y, más recientemente, en el desarrollo de fármacos específicos para esta indicación. En esta comunicación revisamos el conocimiento actual en este campo.

### TRASTORNOS DEL DESEO SEXUAL

La testosterona mejora el impulso sexual en el hipogonadismo, pero este efecto desaparece ante niveles normales de andrógenos (1). Otros autores (2) hallan que la terapia androgénica puede incrementar los pensamientos sexuales, pero no la actividad sexual.

En la mujer, la androgenoterapia se ha mostrado especialmente eficaz tras una menopausia quirúrgica (3). También se han obtenido resultados en menopausia natural mediante una terapia de reposición hormonal con efecto androgénico (4).

La utilidad de los preparados hormonales en el tratamiento de los trastornos del deseo sería, por tanto, clara, en el caso de hipogonadismos y de menopausia quirúrgica. Sin estas indicaciones, su uso sería más discutible, aunque podría resultar útil como coadyuvante de otros tratamientos. Los preparados hormonales con efecto androgénico de que disponemos en nuestro medio son:

- Mesterolona.
- Enantato y propionato de testosterona.
- Tibolona (en menopausia).

Es obligatorio efectuar una determinación de PSA y de enzimas hepáticas antes de iniciar un tratamiento hormonal en el varón.

Otra vía farmacológica de mejora del impulso sexual viene de la mano de los fármacos dopaminérgicos y noradrenérgicos (5, 6). Existen referencias bibliográficas respecto a:

- Viloxazina.
- Trazodona.
- Lofepamina.
- Doxepina.
- Nomifensina.
- L-Dopa

- Amineptino.
- Bupropion.
- Buspirona.
- Minaprina.
- Pemolina.

Estos fármacos pueden resultar especialmente útiles cuando coexiste un deseo sexual inhibido con un ánimo depresivo. En caso contrario, debe sopesarse el beneficio con el riesgo de efectos secundarios.

En ausencia de una patología orgánica claramente determinante del trastorno del deseo sexual, va a ser preciso abordar paralelamente la problemática individual, de pareja o del entorno, acompañante del trastorno del deseo. Sin este abordaje es probable que, aun obteniendo una mejora del impulso sexual, ésta no revierta en un aumento de la frecuencia de actividad sexual en la pareja.

### TRASTORNOS DE LA EYACULACIÓN Y EL ORGASMO

En el tratamiento de la eyaculación rápida podemos destacar el uso de fármacos de administración tópica y de administración oral. Entre los primeros se han ensayado diversos anestésicos locales, como la lidocaína o la benzocaína (7). En los estudios llevados a cabo con estos fármacos no han sido comparados con placebo, por lo que su eficacia debe ser puesta en entredicho. Su utilización requiere el uso de preservativo.

Una gran variedad de agentes psicotropos ha sido ensayada en el manejo de la rapidez eyaculatoria, incluyendo los inhibidores de la MAO (1961), la tioridazina (1967) y la clomipramina (1973) (7). Con la introducción de los ISRS se han abierto más posibilidades de tratamiento con menores efectos secundarios. Cualquier ISRS que no posea efecto antagonista sobre el receptor 5-HT<sub>2</sub> es susceptible de provocar un retardo eyaculatorio. En este sentido, cabe destacar la eficacia de la paroxetina (8) y la sertralina (9).

El empleo de fármacos en la terapia de la eyaculación rápida estaría indicada en:

- Eyaculación precoz grave.
- Ausencia de pareja estable o pareja no colaboradora.

- «Desangustiante» al inicio de la terapia.
- Exigencia de resultados inmediatos.
- Coadyuvante de técnicas de aprendizaje de control.

Es posible el uso de dosis «a demanda» (p. ej. clomipramina, 10-25 mg, una a cuatro horas antes) o de dosis continua (p. ej. sertralina, 50 mg/día). Tras la retirada del fármaco, se retorna a los niveles basales (10).

No existen estudios controlados en cuanto a tratamiento farmacológico del retardo eyaculatorio, aunque puede resultar útil, paralelamente al abordaje cognitivo-conductual, el uso de agentes simpaticomiméticos, como la efedrina, la fenilpropanolamina o la midodrina (7).

La eyaculación dolorosa en el hombre, así como el orgasmo doloroso en la mujer, pueden ser tratados mediante miorrelajantes (tetrazepan, tizanidina) o antidepresivos a bajas dosis (amitriptilina, paroxetina, sertralina). El uso de miorrelajantes «a demanda» puede facilitar la ejecución de los pasos progresivos en el tratamiento del vaginismo.

## DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Es la disfunción sexual más estudiada desde el punto de vista fisiopatológico, lo que ha comportado importantes avances en su abordaje terapéutico. Disponemos actualmente de tres posibles vías de tratamiento farmacológico: la tópica, la intracavernosa y la oral. En cuanto a la primera, los fármacos comercializados o en últimas fases de investigación son:

- Nitroglicerina: crema al 2% o parche 10 mg.
- Minoxidil: solución al 2%.
- Papaverina: gel al 20%.
- Alprostadil (PGE1): crema o pellet intrauretral.
- Testosterona: parches.
- Dinoprostona (PGE2): crema o instilación uretral.

Estos fármacos son de una eficacia baja a moderada. Su aplicación comporta el uso de métodos de barrera, para evitar su paso a la mucosa vaginal.

El tratamiento intracavernoso de la disfunción eréctil se inició en 1982, cuando Virag (11) descubrió accidentalmente que la papaverina administrada en los cuerpos cavernosos inducía la erección del pene. Desde entonces se han desarrollado numerosas sustancias, entre las que destacan, además de la papaverina:

- Fenoxibenzamina.
- Fentolamina.
- Alprostadil.
- Moxisylyte.
- CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina).
- Linsidomine.
- VIP (polipéptido intestinal vasoactivo).

La eficacia de los fármacos intracavernosos es, en general, elevada, aunque pueden presentar efectos secundarios, principalmente a nivel local, en forma de dolor, sensación de quemazón o equimosis. El riesgo de priapismo, muy elevado con la papaverina, es relativamente bajo con el alprostadil, por lo que éste ha sido el único

fármaco intracavernoso comercializado en España. Las drogas intracavernosas se hallan contraindicadas en coagulopatías, enfermedad vascular grave, fibrosis de cuerpos cavernosos y enfermedades que predispongan al priapismo, como la anemia falciforme, mieloma múltiple o leucemia.

La aparición de sildenafil ha marcado un antes y un después en el tratamiento farmacológico por vía oral de la disfunción eréctil. En el desolador panorama de la era «pre-Viagra» las alternativas farmacológicas venían constituidas por la yohimbina, de eficacia muy moderada y con riesgo de efectos secundarios (inducción o exacerbación de crisis de ansiedad), o la L-Arginina, muy bien tolerada, pero de muy baja eficacia.

En la actualidad están a punto de ser comercializadas la apomorfina sublingual y la fentolamina en forma de chicle con 20 mg de sustancia activa. Ambos fármacos, de eficacia moderada, pueden presentar efectos secundarios: la apomorfina, náuseas y vómitos y la fentolamina, congestión nasal y mareo.

Actualmente sildenafil es el fármaco de primera elección en el tratamiento farmacológico de la disfunción eréctil. Se trata de un fármaco eficaz: 84% en DE psicógena, 68% en DE orgánica y 77% en DE mixta y bien tolerado: cefalea 15,8%, rubor facial 10,5% (12), cuya única contraindicación viene constituida por la toma conjunta con nitratos, ya que potencia su efecto hipotensor. No se ha registrado ningún caso de priapismo en los estudios clínicos.

Debe tenerse en cuenta que, en ausencia de patología orgánica que justifique su uso continuado, el tratamiento con sildenafil debe orientarse hacia la recuperación de las erecciones sin el concurso farmacológico. En este sentido, se recomienda mantener la toma antes de cada relación hasta recuperar la confianza en un correcto funcionamiento sexual y haber resuelto, en lo posible, los conflictos derivados de la evolución del trastorno erectivo. A partir de este punto, debe iniciarse la supresión del fármaco, bien reduciendo progresivamente la dosis, bien espaciando o limitando las tomas.

Es importante resaltar que el tratamiento farmacológico de las disfunciones sexuales y su abordaje psicológico-psiquiátrico no deben ser necesariamente excluyentes. El uso conjunto de sildenafil y terapia psicológica, ya planteado en su día respecto a las inyecciones intracavernosas (13), debe permitirnos aplicar la terapia cognitivo-conductual desde una perspectiva de mayor seguridad y confianza por parte del paciente.

El abordaje mixto, farmacológico y psicológico, se ha revelado como el más eficaz en numerosos trastornos psicopatológicos. ¿Por qué no en el tratamiento de las disfunciones sexuales?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Davidson JM, Kwan M, Greenleaf WJ. Hormonal replacement and sexuality in men. *Clin Endocrinol Metab* 1982;11:599-623.

2. Bancroft J, Sherwin BB, Alexander GM, Davidson DW, Walker A. Oral contraceptives, androgens and the sexuality of the young women II: The role of androgens. *Arch Sex Behav* 1991;20:121-35.
3. Sherwin BB, Gelfand MM. The role of androgen in the maintenance of sexual functioning in oophorectomized women. *Psychosom Med* 1987;49:397-409.
4. Palacios S, Menéndez C, Jurado AR, Castaño R, Vargas JC. Cambios del comportamiento sexual después de la menoapusia: efectos de la tibolona. *Maturitas* 1995;22:155-61.
5. Kellet J. The nature of human sexual desire and its modification by drugs. En: Riley AJ, et al, eds. *Sexual Pharmacology*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 130-45.
6. Rosen RC, Ashton AK. Prosexual drugs: Empirical Status of the «New Aphrodisiacs».
7. Riley AJ, Riley EJ. Pharmacotherapy for sexual dysfunction: current status. En: Riley AJ, et al, eds. *Sexual Pharmacology*. Oxford: Oxford University Press; 1993. p. 210-26.
8. Giammusso B, Morgia G, Spampinato A, Motta M. Paroxetine in the treatment of premature ejaculation. *Arch Ital Urol Androl* 1997;69:11-3.
9. Balbay MD, Yildiz M, Salvarci A, Ozsan O, Ozbek E. Treatment of premature ejaculation with sertraline. *Int Urol Nephrol* 1998;30:81-3.
10. Balon R. Antidepressants in the treatment of premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 1996;22:85-96.
11. Virag R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure (Letter to the Editor). *Lancet* 1982;2:938-9.
12. Datos de Pfizer, Inc.
13. Fora F, Farré JM. La prostaglandina E1 en el abordaje psicológico de la disfunción erectiva. *C Med Psicosom* 1996;37:34-41.