

Una complicación “indeseable” y “no esperada” a pesar de la mejoría metabólica, ¿llegamos tarde?

Rocío Ruiz-Hueso, David León-Jiménez, Salvador Ignacio Pérez-Galera, José Antonio Girón-Ortega
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España

Recibido: 13/11/2018
Aceptado: 01/01/2019
En línea: 31/01/2019

Citar como: Ruiz-Hueso R, León-Jiménez D, Pérez-Galera SI, Girón-Ortega JA. Una complicación “indeseable” y “no esperada” a pesar de la mejoría metabólica, ¿llegamos tarde? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ene); 4(Supl 1): 16-18. doi: 10.32818/reccmi.a4s1a7.

Autor para correspondencia: Rocío Ruiz-Hueso. ruizhue@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Diabetes mellitus tipo 2
- ▷ Disfunción eréctil

Keywords

- ▷ *Diabetes mellitus type 2*
- ▷ *Erectile dysfunction*

Resumen

Varón de 55 años con diabetes mellitus tipo 2 de 13 años de evolución y con mal control metabólico que es remitido a las consultas de Medicina Interna para ajuste de tratamiento.

Abstract

A 55-year-old male with type 2 diabetes mellitus 13 years of evolution and with poor metabolic control who is referred to Internal Medicine for treatment adjustment.

Puntos destacados

- ▷ Es importante tener en cuenta todas las posibles complicaciones de la diabetes mellitus y garantizar un diálogo fluido entre profesionales y pacientes para poder detectarlas.

Introducción

Presentamos el caso de un varón de 55 años con diabetes mellitus (DM) tipo 2 de 13 años de evolución y con mal control metabólico que es remitido desde Atención Primaria a las consultas de Medicina Interna para ajuste de tratamiento y control de factores de riesgo cardiovascular.

Historia clínica: antecedentes y exploración física

Varón de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas, ex fumador desde hace más de 15 años de 1 paquete/día, bebedor ocasional. Independiente para actividades básicas de la vida diaria, vive con su esposa y dos hijos sanos.

Entre sus antecedentes destacan: DM tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales y diagnosticado hace 13 años; dislipemia en tratamiento, y un accidente isquémico transitorio en 2014, presentando en ese momento ateromatosis carotídea leve en los troncos supraaórticos medida mediante eco-Doppler. El paciente no era hipertenso. No retinopatía diabética.

Tratamiento actual sin cambios desde hace 2 años: ácido acetilsalicílico 125 mg/24 h, metformina 850 mg/sitagliptina 50 mg/12 h, pitavastatina 2 mg/24 h y omeprazol 20 mg/24 horas.

En la exploración física, tensión arterial normal (130/70 mmHg); peso 71 kg; talla 165 cm; índice de masa corporal 26,07 kg/m²; perímetro abdominal 97 cm. Corazón con tonos rítmicos, sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado, con algún roncus aislado, sin otros ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no se palpan masas ni megalias. Miembros inferiores con pulsos pedios presentes, sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. No alteraciones de la sensibilidad.

Pruebas complementarias

- Hemograma. Normalidad de las tres series.
- Hemostasia y coagulación. Normal.
- Bioquímica. Glucemia basal 316 mg/dl; urea, función renal e ionograma normal; LDL 123 mg/dl; resto de perfil lipídico, vitamina B₁₂ y ácido fólico normal; función tiroidea normal. HbA1c 9,3%. Los niveles previos de HbA1c siempre fueron inferiores al 7,0%.

Evolución

Tras observar el mal control metabólico que presentaba el paciente, con aumento progresivo de la HbA1c, así como glucemias basales elevadas, se

modificó el tratamiento antidiabético, añadiendo exenatida LAR 2 mg semanalmente en sustitución de sitagliptina y elevando la dosis de metformina a 2.000 mg/24 h. Respecto a la terapia hipolipemiente, la pitavastatina se incrementó a 4 mg/día. El paciente inicialmente presentaba una disfunción eréctil (DE) leve según el cuestionario de disfunción eréctil (*International Index Erectile Function* [IIEF]) de cinco ítems con una puntuación de 17 (Tabla 1 y Tabla 2).

A los 4 meses de la última visita, el paciente fue revisado de nuevo y en esta ocasión tenía HbA1c 7,2%, glucemia basal de 169 mg/dl, creatinina de 0,69 mg/dl, filtrado glomerular estimado/1,73 m² MDRD 4 de 130 ml/min y colesterol LDL de 76 mg/dl, sin cambios en el peso. En esa visita, comentó que la DE había empeorado con un IIEF-5 de 11, pasando su DE de leve a moderada. Para el estudio de la disfunción eréctil, se solicitaron niveles de cortisol y testosterona, que fueron normales (testosterona 352 ng/dl [valores normales 279-798], cortisol 10,8 µg/dl [valores normales 6,2-19,4]). Se decidió añadir tadalafilo 10 mg/día, mejorando los síntomas de DE, detectando en una visita posterior un IIEF-5 con un resultado de 20.

El paciente no era hipertenso y no tomaba medicamentos que modificasen la presión sanguínea ni fármacos que pudieran provocar impotencia.

IIEF-5	Puntuación total
22-25	No hay DE
17-21	DE leve
12-16	DE leve a moderada
8-11	DE moderada
5-7	DE severa

Tabla 1. Evaluación de la severidad de la DE según puntuación del cuestionario del IIEF-5

Diagnóstico

DM con mal control metabólico y DE secundaria.

Discusión

La DE es la incapacidad constante de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual. En los hombres que presentan diabetes, la prevalencia oscila entre un 20-75% según los estudios consultados. Los varones diabéticos tienen 2-3 veces más probabilidades de tener DE que los que no son diabéticos. Las causas principales, además de la diabetes, incluyen presión arterial alta, enfermedad renal, consumo de alcohol y arteriosclerosis, así como enfermedades de los vasos sanguíneos. Existen también medicamentos que lo pueden producir, como los beta-bloqueantes, factores psicológicos, tabaquismo o deficiencias hormonales. La DM causa DE por afectar tanto al componente neurológico como vascular de la erección, si bien la neuropatía autónoma es la principal responsable de este trastorno.

La función del endotelio vascular se ve afectada significativamente a medida que la diabetes evoluciona. Una de las características de la disfunción endotelial es la reducción de la biodisponibilidad del óxido nítrico. La producción de óxido nítrico depende de la conversión de L-arginina a óxido nítrico y citrulina por la óxido-nítrico sintasa (eNOS)¹, encontrándose esta enzima en las células endoteliales. En la diabetes, a través de diferentes mecanismos, se produce la disfunción de la eNOS y disminuye la producción de óxido nítrico¹. Por eso los tratamientos de primera línea de la DE son los inhibidores selectivos de la 5-fosfodiesterasa de GMP cíclico, enzima que inhibe la degradación del óxido nítrico. Los fármacos de este grupo disponibles en el mercado son sildenafil, tadalafilo y vardenafilo.

IIEF-5 (cuestionario)				
<ul style="list-style-type: none"> Cada pregunta tiene 5 respuestas posibles Marque el número que mejor describa su situación Seleccione sólo una respuesta para cada pregunta 				
En los últimos seis meses:				
1. ¿Cómo califica la confianza que tiene en poder mantener una erección?				
1	2	3	4	5
Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
2. Cuando tiene erecciones mediante estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones tienen la dureza suficiente para la penetración?				
1	2	3	4	5
Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
3. Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia puede mantener su erección después de haber penetrado a su pareja?				
1	2	3	4	5
Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
4. Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil es mantener su erección hasta el final del acto sexual?				
1	2	3	4	5
Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	Nada difícil
5. Cuando trataba de tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia eran satisfactorias para usted?				
1	2	3	4	5
Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

Tabla 2. Cuestionario del IIEF-5

Para evaluar la DE se puede usar el test IIEF-5, que es una versión más corta que el IIEF original e internacionalmente validada². Es un test fácil y rápido, dando una puntuación que puede servir además para cuantificar la respuesta al tratamiento. Es algo que no se suele preguntar mucho en las consultas y que forma parte de las complicaciones de la DM pudiendo provocar problemas con la pareja. La barrera cultural o las costumbres personales no facilitan el diálogo médico-paciente. Existen tratamientos que pueden ayudar a controlarla y un control metabólico estricto precoz ayuda a que no se presente. Estos test ayudan a identificarla rápidamente y deberían implementarse en la consulta en nuestro día a día.

Bibliografía

1. Tabit CE, Chung WB, Hamburg NM, Vita JA. Endothelial dysfunction in diabetes mellitus: molecular mechanisms and clinical implications. *Reviews in Endocrine Metabolic Disorders*. 2010; 11(1): 61-74. doi: 10.1007/s11154-010-9134-4.
2. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2000; 11: 319-326. doi: 10.1038/sj.ijir.3900472.