

COMUNICACIÓN

Cáncer de próstata y sexualidad

Dra. Esther Gilda González Carmona¹

Dr. Oscar Lorenzo García²

Dr. Yumar de la Paz Pérez³

RESUMEN

En la actualidad la sexualidad es ampliamente aceptada como una parte importante e integral del bienestar físico y emocional; es un marcador del estado de salud y la calidad de vida del paciente. El problema genético, el sistema endocrino (hormonal), los órganos genitales y el sistema nervioso convergirán en lo que se llama organización biológica del sexo. En las tentativas para evaluar la prevalencia de la disfunción sexual atribuible a la enfermedad y al tratamiento oncológico (o a ambos) se han encontrado valores que oscilan entre el 35 y el 85% en los hombres; ocupan el primer lugar las enfermedades genitourinarias. La hormona que mayor influencia tiene en la respuesta sexual humana es la testosterona, llamada hormona de la libido y también, erróneamente, hormona masculina; las situaciones que conllevan a una disminución de los niveles de testosterona pueden provocar una disminución del deseo sexual, como en los pacientes con tratamiento hormonal por cáncer de próstata. El cáncer de próstata en Cuba, al igual que en muchos países del mundo, es uno de los principales problemas de salud; en Villa Clara es la segunda localización en mayor frecuencia, con una edad promedio de entre 50 y 80 años de edad; las opciones para su tratamiento son la intervención quirúrgica, la criocirugía, la radioterapia externa, la braquiterapia, la hormonoterapia y la quimioterapia; la mayoría de estos tratamientos, directa o indirectamente, influyen en la disfunción sexual. Teniendo en cuenta esta situación y sin comprometer la vida del paciente, el tratamiento debe tener un carácter preventivo y precoz (o ambos) desde su elección y puede llegar hasta el implante protésico, por lo que evaluar la función sexual en el cáncer de próstata en todos sus aspectos es de vital importancia en momentos en que se habla de longevidad satisfactoria.

DeCS:

NEOPLASIAS DE LA PROSTATA
SEXUALIDAD

SUMMARY

Sexuality is currently widely accepted as an important and integral part of physical and emotional wellbeing. It is an indicator of the health status and quality of life of patients. Genetic aspects, the endocrine (hormonal) system, genital organs and the nervous system will converge in what is called biological organization of sex. In the attempts to assess the prevalence of sexual dysfunction attributable to cancer and its treatment (or both), values ranging between 35 and 85% have been found in men, ranking first the genitourinary diseases. The hormone that has the greatest influence in human sexual response is testosterone, called the hormone of libido, and also wrongly the male hormone. The situations that lead to decreased levels of testosterone can cause decreased sexual desire, as in patients with hormone treatment for prostate cancer. Prostate cancer in Cuba, as in many countries worldwide, is one of the main health problems. In Villa Clara, it is the second most common location of cancer, with an average age between 50 and 80 years of age. The treatment options include surgery, cryosurgery, external radiotherapy, brachytherapy, hormone therapy and chemotherapy. Most of these treatments have a direct or indirect impact on sexual dysfunction. Given this situation, and without compromising the patient's life, its treatment should be preventative and early (or both) since its election, and can include the prosthetic implant. Therefore, the evaluation, in all its aspects, of sexual function in prostate cancer is vital at a time when satisfactory longevity is desired.

MeSH:

PROSTATIC NEOPLASMS
SEXUALITY

En la actualidad la sexualidad es ampliamente aceptada como una parte importante e integral del bienestar físico y emocional; es un marcador del estado de salud y la calidad de vida del paciente. Las necesidades y los sentimientos relacionados con la sexualidad en el enfermo de cáncer no han sido una preocupación habitual en la práctica cotidiana;¹ sin embargo, son una preocupación presente en los pacientes o un desafío para los profesionales que atienden a estos enfermos al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, pero real y vigente, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento.

Tan distinta es la forma en que cada individuo vive su propia sexualidad como también lo es su forma de enfrentar una disfunción;² esto se debe a la estrecha interrelación existente entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.² La primera descripción de la disfunción sexual eréctil (DE) data del año 2000 A.C., lo que demuestra que el sexo es tan primitivo como la vida humana y que nuestros antepasados esculpían monumentos con representaciones y características propias del hombre y la mujer según sus genitales. La sexualidad es una realidad que impregna la vida cotidiana, que impulsa tanto al amor como a las formas de agresión más violentas, que perpetua los insomnios de los adolescentes y alegra la senectud.

El problema genético, el sistema endocrino (hormonal), los órganos genitales y el sistema nervioso convergirán en lo que se conoce como **organización biológica del sexo**.³

En las tentativas para evaluar la prevalencia de la disfunción sexual atribuible a la enfermedad y al tratamiento oncológico (o a ambos) se han encontrado valores que oscilan entre el 35 y el 85%;²⁻⁴ los mayores están dados en las enfermedades genitourinarias (próstata). La hormona que mayor influencia tiene en la respuesta sexual humana es la testosterona,⁵ llamada hormona de la libido y también, erróneamente, hormona masculina. Las situaciones que conllevan a una disminución de los niveles de testosterona pueden provocar una disminución del deseo sexual, entre ellas: pacientes con tratamiento hormonal por cáncer de próstata.²⁻⁵ La experiencia aportada por ellos indica también que la disfunción eréctil (DE) es un problema de salud que provoca una gran afectación en su calidad de vida.

El cáncer de próstata en Cuba,⁶ al igual que en muchos países del mundo, es uno de los principales problemas de salud. En 2010 esta enfermedad representó el 16.9% de todos los tumores malignos en el hombre, excluidos los de piel y superado solamente por el cáncer de pulmón y con una tasa ajustada a la población mundial de 25.8 por 100 000 habitantes. El número absoluto de casos nuevos por año ha aumentado de 1 711 en 2000 a 2 087 en 2010; con respecto a la mortalidad, el número aumentó de 1560 en 2000 a 2 167 en 2010.⁷

En Villa Clara el cáncer representa la primera causa de muerte; el de próstata es la segunda localización en mayor frecuencia. Se han identificado varios factores que se asocian a su aparición, algunos relacionados con el medio ambiente y los estilos de vida. La edad es un factor de riesgo indiscutible pues, principalmente, aparece después de los 50 años; la incidencia después de los 60 años aumenta a 257.1 por 100 000 hombres, lo que representa el 92.7% de todos los casos nuevos diagnosticados y los grupos de edad por encima de los 70 años muestran las mayores tasas tanto de incidencia como de mortalidad. Es más frecuente en la raza negra que en la blanca y menos frecuente en los indios americanos y en los asiáticos; las personas que tienen antecedentes de padre o hermano con cáncer de próstata tienen mucho más riesgo de padecerlo que el resto de la población.⁸ La elección del tratamiento depende de la edad del paciente y de su pareja, de la expectativa de vida relacionada con enfermedades asociadas y de su estado general, de la etapa clínica en que se encuentre la enfermedad y si tiene pareja con actividad sexual previa o no; se deben conocer sus expectativas con relación a la actividad sexual y también está asociada a la preparación técnica y profesional del equipo médico y a los recursos tecnológicos y financieros disponibles del paciente o del sistema de salud. Las variantes terapéuticas del cáncer prostático pueden dividirse en tratamiento curativo (cirugía radical, radioterapia externa e intersticial, braquiterapia) o paliativo (manipulación

hormonal: antiandrógenos, agonistas LH-RH, estrogenoterapia y la orquiectomía, entre otras).

Causas de disfunción eréctil en los pacientes con cáncer de próstata:

- La DE⁹ en estos pacientes dependerá, principalmente, del tratamiento utilizado: pueden ocurrir lesiones neurológicas y de nervios pélvicos y arteriales sobre todo en la operación radical, la enfermedad venooclusiva en la radioterapia, la hormonal por las distintas variantes del tratamiento y las psicológicas porque en la mayoría se presenta una DE después del tratamiento para la enfermedad de base.
- La enfermedad venooclusiva puede aparecer por varias razones: la lesión de la arteria provoca una isquemia prolongada del tejido eréctil y una fibrosis secundaria, la lesión rádica del tejido también produce fibrosis del músculo cavernoso y la lesión nerviosa hace que disminuyan las erecciones nocturnas por fibrosis al no existir relajación del tejido eréctil.

Al realizar el diagnóstico de la DE en el paciente con cáncer de próstata deben evitarse pruebas invasivas y se debe tener en cuenta el riesgo-costo-beneficio del tratamiento a utilizar; conviene realizar, fundamentalmente, estudios clínicos basados en un buen interrogatorio y un examen físico general y genitourinario. Es de gran valor determinar objetivamente el grado de función eréctil, antes y después del tratamiento, mediante el índice¹⁰ internacional de función eréctil (IIEF). Es un cuestionario breve, auto administrado y confiable que consta de 15 preguntas y está validado desde el punto de vista cultural, lingüístico y psicométrico por más de 31 idiomas y dialectos, es multidimensional pues puede evaluar distintas facetas de la sexualidad como son: la función eréctil (seis preguntas), la orgásmica (dos), el deseo sexual (dos), la satisfacción con el coito (tres) y la satisfacción en términos generales (dos). La DE se puede clasificar:

6-10 puntos (severa)

11-16 (moderada)

17-25 (leve)

26-30 puntos (sin DE)

También puede ser utilizado el cuestionario abreviado de cinco preguntas (IIEF-5) con una alta sensibilidad y especificidad, en el que puede evaluarse la función eréctil de la forma siguiente:

5-10 puntos (DE severa)

11-15 puntos (DE moderada)

16-20 puntos (DE leve o ligera)

más de 21 puntos (sin DE)

Otros estudios pueden ser útiles como prueba diagnóstica y terapéutica, dentro de ellos: la prueba con dosis flexible y progresiva, entre 25 y 100mg de citrato de sildenafil oral usado de forma precoz, a las cuatro o seis semanas de una intervención quirúrgica radical o radioterapia; también pudieran ser útiles otras drogas orales con nuevos inhibidores de la fosfodiesterasa cinco (PDE-5) u otras como la fentolamina oral o la uprima (la apomorfina es la primera droga para la disfunción sexual masculina que actúa a nivel del sistema nervioso central sobre los mecanismos que producen la erección, a diferencia del sildenafil, al no actuar directamente sobre el sistema circulatorio, la apomorfina puede ser utilizada por varones que toman medicamentos vasodilatadores; se recomienda una dosis de 2-3mg sublinguales). A veces es preferible comenzar directamente con pruebas de farmacorección mediante la inyección de drogas vaso activas intracavernosas (prostaglandina E-1, papaverina, fentolamina, cloropromacina), o MUSE intrauretral (alprostadil o prostaglandina E-1).

Un estudio vascular del pene, de gran utilidad, es el ecodoppler peneano dinámico combinado con drogas vaso activas que permite descartar lesiones arteriales y venooclusivas (o ambas).

Tratamiento de la DE en los pacientes con cáncer de próstata

Debe evitarse la DE sin comprometer la vida del paciente, por lo que este tratamiento debe tener un carácter preventivo y precoz (o ambos) desde su

elección y puede llegar hasta el implante protésico. En la operación radical se evitará, siempre que sea posible, el daño vasculonervioso, por lo menos el bilateral, para evitar la lesión, al menos del paquete contra lateral al nódulo tumoral, lo que pudiera ser identificado por la ecografía transrectal. Debe iniciarse desde la cuarta o sexta semana un tratamiento con citrato de sildenafil (citrato de sildenafil), que debe tomarse una hora antes del acto sexual y aumenta el efecto del óxido nítrico, relaja los músculos que hay en el cuerpo cavernoso y permite la entrada de sangre al pene; no produce una erección automática como si lo hacen los medicamentos que se inyectan en el pene. La dosis recomendada es de 50mg y el médico ajustará la dosis a 100mg o a 25mg si se necesita; no debe utilizarse más de una vez en un día pues es un potente inhibidor de la fosfodiesterasa cinco (PDE-5) o con los nuevos inhibidores de la PDE-5 (vardenafil o cialis). También puede comenzarse con drogas vaso activas intracavernosas (IDV), con el MUSE intrauretral (PGE-1) o con la erección con la terapia de vacío (vacuum). En caso de que sea indispensable la manipulación hormonal porque la etapa de la enfermedad no permite otro tratamiento se debe tener en cuenta la edad del paciente; en hombres menores de 70 años o mayores, pero con actividad sexual, debe valorarse una terapia intermitente según los valores del antígeno prostático específico (PSA). Cuando esté demostrado que el daño orgánico es irreversible, después de al menos un año de tratamiento de la enfermedad de base, teniendo buen control de la misma y si el paciente no responde o no tolera las IDV, el MUSE o el tratamiento oral, debe tenerse en cuenta la operación protésica penénea, previo consentimiento del paciente y su pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sexualidad para hombre con cáncer: cáncer, sexo y sexualidad [Internet]. Atlanta, Georgia: American cancer society; 2009 [actualizado 2 Sep 2009; citado 16 Feb 2011]: [aprox. 15 p.]. Disponible en: www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002909-pdf.pdf
2. Impotencia sexual [Internet]. Cuba: EcuRed; 2012 [actualizado 29 Jun 2012; citado 2 Jul 2012]: [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Impotencia_sexual
3. Sáenz de Tejada I, Allona Almagro A. Erección, eyaculación y sus trastornos. Madrid: Fomento Salud; 1997.
4. Acción mundial contra el cáncer. Globocán 2002 [Internet]. Lyon: Centro Internacional de Investigación del Cáncer; 2003. [actualizado 9 May 2004; citado 2 Jul 2012]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>
5. Respuesta sexual humana [Internet]. Sexualidad masculina; cop 2010 [actualizado 9 May 2004; citado 2 Jul 2012]: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.sexualidadmasculina.es/respuesta-sexual-humana.php>
6. Cáncer de Próstata. Tratamiento PDQ [Internet]. E.U: Instituto Nacional del Cáncer; 2012 [actualizado 22 Jun 2012; citado 2 Jul 2012]: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/Patient/page1>
7. Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas. Sistema de Información Estadística Nacional de Demografía. La Habana: Anuario Demográfico de Cuba; 2010.
8. Lesko SM, Rosenberg L, Shapiro S. Family history and prostate cancer risk. Am J Epidemiol. 1996;144 (11):1041-7.
9. Robinson JW, Donnelly BJ, Saliken JC, Weber BA, Ernst S, Rewcastle JC. Sexual quality of life in men with prostate. Urology. 2002 Aug;60(2 Suppl 1):12-8.
10. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirpatrick J, Misra A. The international index of erectile function (IIEF). Urology. 1997 Jun;49(6):822-30.

DE LOS AUTORES

1. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Urología. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Especialista I Grado en Urología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
3. Residente de 2do año de Urología.