

# Sexualidad en enfermedades reumáticas

JOVANÍ V, MARTÍN R, FERNÁNDEZ-CARBALLIDO C, IBERO I  
Unidad de Reumatología - Hospital General de Elda - Alicante

Correspondencia: Vega Jovani Casano - Unidad de Reumatología - Hospital General de Elda - Ctra. Elda a Sax, s/n  
03600 Elda - Alicante  
✉ vegajovani@yahoo.com

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad forma parte integral del ser humano y se asocia a calidad de vida. En la sexualidad intervienen el sistema endocrino, vascular, neurológico y musculoesquelético. Además está influenciada por aspectos psíquicos, sociales, religiosos, familiares y factores individuales como la autoestima y la imagen corporal<sup>1</sup>.

Una enfermedad crónica puede afectar a la vida sexual tanto en el aspecto orgánico como psicológico. Por otra parte, la astenia, ansiedad y depresión, que frecuentemente acompañan a las enfermedades crónicas, contribuyen a la disfunción sexual. La depresión se asocia a disminución de la libido e incapacidad para iniciar la relación sexual, a la disfunción eréctil, a la dispareunia y a la anorgasmia. Se puede perder el interés sexual o volverse sexualmente inactivos por un concepto de baja capacidad para el sexo, baja autoestima y preocupación por la imagen corporal. La disfunción sexual compromete no solo la satisfacción sexual sino también la calidad de vida, la autoestima, el estado de ánimo y la relación interpersonal.

La función sexual normal fue definida por Masters y Johnson<sup>2</sup>, tanto en hombres como en mujeres, con 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. La sexualidad depende de factores psicológicos, sociales y físicos. La relajación, el estado de bienestar de la persona, el estado emocional, las creencias y el aprendizaje previo influyen a la respuesta y su rapidez.

La edad afecta a la respuesta sexual. A mayor edad, en los hombres se retrasa el orgasmo y suelen necesitar más estímulo genital. Las mujeres presentan menor lubricación vaginal tras la menopausia lo que

puede causar un coito doloroso. Estos cambios pueden solucionarse con cambios en los juegos preliminares y con lubricantes. Parece que la actividad sexual mantenida en ambos sexos evita en parte estos problemas.

Los problemas sexuales en varones incluyen disfunción eréctil (DE) o impotencia, libido disminuida, eyaculación precoz y eyaculación tardía. La disfunción eréctil se define como la incapacidad para alcanzar y mantener la erección suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria durante un mínimo de 6 meses. Aunque es un trastorno benigno, se asocia a la salud física, psíquica y social y tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los hombres afectados y de sus parejas. El uso de cuestionarios validados como el índice internacional de función eréctil permite evaluar diferentes aspectos de la función sexual. Comprende 5 scores: disfunción eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción durante el coito y satisfacción global. Los factores de riesgo para la DE son edad, diabetes, hiperlipemia, HTA, stress psicológico, tabaco, baja actividad física, hipertrofia prostática, enfermedad cardiovascular, enfermedades neurológicas, hipogonadismo e hiperprolactinemia<sup>3</sup>.

En las mujeres la disfunción sexual cursa con dificultad para la libido, la excitación, el orgasmo y con dolor durante el coito. Las guías de la Asociación de Psiquiatría Americana<sup>4</sup> para los trastornos sexuales en la mujer especifican que un problema sexual debe ser recurrente o persistente y causar sufrimiento personal para establecer el diagnóstico. Los criterios son: ausencia o disminución de deseos y fantasías sexuales, incapacidad para alcanzar o mantener hasta el final del acto sexual una lubricación en

respuesta a la excitación sexual, retraso o ausencia de orgasmo tras una excitación normal, dispareunia o dolor genital asociado al coito, vaginismo o contracción involuntaria de músculos perineales en tercio exterior de vagina que interfiere con el coito. Se aplican tras descartar enfermedad orgánica o excluir fármacos causantes.

Las causas de disfunción sexual pueden ser psicológicas, hormonales, por neuropatía autonómica, por insuficiencia vascular o secundaria a fármacos u otras sustancias químicas.

Las causas psicológicas incluyen depresión, ansiedad, pérdida de libido, falta de interés, cansancio, falta de privacidad, conflictos de pareja no resueltos y problemas laborales. En los varones la presencia de erecciones nocturnas significa una anatomía conservada y una probable causa psicológica.

Las alteraciones hormonales debidas a la disminución de testosterona, hipo e hipertiroidismo o la hiperprolactinemia, se asocian con impotencia que es reversible con el tratamiento adecuado. La hipoestrogenemia causa sequedad vaginal, atrofia epitelial vaginal y dispareunia. Los sofocos, los sudores nocturnos, las interrupciones del sueño y el cansancio contribuyen a los problemas sexuales. En las mujeres durante el postparto puede haber disminución del deseo y dispareunia de origen multifactorial.

Los pacientes con diabetes mellitus presentan eyaculación retrograda y disfunción eréctil secundario a neuropatía autonómica

La insuficiencia vascular de la arteriosclerosis disminuye la excitación por la obstrucción de las arterias.

Algunos fármacos y sustancias químicas como alcohol y drogas, tiazidas, antagonis-

tas del calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, anticolinérgicos, antidepresivos, antiandrógenos, ketoconazol y espironolactona pueden causar disfunción sexual. Los corticoides pueden disminuir la libido y ocasionar alteración hormonal y cambio de la imagen corporal con hirsutismo y aumento de peso. El metotrexato<sup>5</sup> también se ha relacionado con alteración de la libido y la eyaculación.

## DISFUNCIÓN SEXUAL EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Las enfermedades reumáticas afectan a diversos aspectos de la vida y entre ellos a la sexualidad. Los problemas físicos, emocionales y de pareja contribuyen a una vida sexual menos activa y placentera. Los factores que influyen en la actividad sexual en enfermedad reumática son: dolor, cansancio, rigidez, discapacidad funcional, depresión, ansiedad, imagen negativa del cuerpo, libido disminuida, alteración hormonal y algunos fármacos<sup>6</sup>. Todos estos factores reducen el interés sexual individual y la frecuencia del coito. El placer del coito se ve afectado por el dolor con el movimiento articular o con diversas posturas y con la dificultad para encontrar posturas que no causen malestar. El dolor es antiafrodisiaco y los pacientes no logran satisfacción sexual<sup>7</sup>.

Hay publicados escasos estudios controlados de afectación sexual en las diversas enfermedades reumáticas y es un tema que se trata poco en las consultas tanto de enfermería como de reumatología<sup>8</sup>. En general, la afectación sexual en las enfermedades reumáticas puede ser por: 1) Discapacidad sexual que es la dificultad para realizar el coito; 2) Disminución del apetito sexual con disminución tanto del deseo como de la satisfacción.

### Escleroderma

A pesar de los pocos estudios publicados de disfunción sexual en esclerodermia, se ha descrito que en mujeres con esta enfermedad hay más afectación que en controles sanos. La depresión y la insatisfacción con la pareja fueron las variables más asociadas con la disfunción sexual. Hay múltiples efectos de la esclerodermia sobre la piel y el sistema musculoesquelético que pueden tener impacto sexual. Entre ellos: el engrosamiento de la piel que ocasiona menor sensibilidad, la función manual reducida, el dolor y las contracturas, el fenómeno de Raynaud, las úlceras digitales y la atrofia muscular. La sequedad vaginal y la disminución de la lubricación ocasionan dispareunia. Las úlceras vaginales y la inflamación cutánea pueden causar estrechamiento del canal vaginal. El dolor crónico y el cansancio afectan la actividad sexual como en otras enfermedades. Además puede haber una baja autoestima y depresión o ansiedad lo cual ha demostrado afectar la función sexual en mujeres<sup>9</sup>. La esclerodermia en mujeres, especialmente la forma difusa, tiene niveles de disfunción sexual igual o superior a otras enfermedades crónicas como neoplasia de mama, neoplasias ginecológicas e infección por VIH<sup>10</sup>.

En varones con esclerodermia se ha descrito la disfunción eréctil hasta un 81% según los diferentes estudios. La mayoría lo presentan tras el inicio de la enfermedad después de un intervalo medio de 2,7 años. La patogenia no está claramente definida pero se cree debida a la vasculopatía y a los cambios fibróticos de la enfermedad además de los factores psicológicos. Se ha descartado la alteración hormonal y neurológica<sup>11</sup>.

### Artritis reumatoide

En artritis reumatoide (AR) los problemas sexuales afectan, según diversos estudios, entre un 31 a 76% de los pacientes. La discapacidad sexual en la AR cursa con dificultad para ciertas posiciones durante el coito especialmente cuando hay afectación de cadera, dispareunia debido a sequedad vaginal en síndrome de Sjögren secundario, artralgia y cansancio durante el coito. Los determinantes más significativos de discapacidad sexual en mujeres con AR son la discapacidad física (medida por HAQ) y la afectación de cadera<sup>12</sup>. Se ha publicado que el recambio total de cadera mejora la discapacidad sexual, a los niveles de antes de la enfermedad, a la mitad de los pacientes con AR<sup>13</sup>. Por otro lado en estos pacientes hay disminución del deseo en un 50%, disminución de la frecuencia del coito en un 73% y disminución de la satisfacción sexual comparado con niveles de antes de la enfermedad. Todo determinado principalmente por el dolor, la edad y la depresión.

### Síndrome de Sjögren

En el síndrome de Sjögren la disminución de moco cervical y la vaginitis atrófica ocasiona sequedad vaginal que da lugar a dispareunia hasta en un 40% de pacientes premenopausicas comparado con 3% en controles sanas<sup>14</sup>. También es difícil besar por la sequedad oral.

### Lupus eritematoso sistémico

En las pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se ha descrito sequedad vaginal, dispareunia, menor elasticidad vaginal, deseo sexual escaso, aumento de abstinencia sexual (26%) y depresión<sup>15</sup>. En los varones puede aparecer hipogonadismo que no necesariamente reduce la actividad sexual. Disminución de libido, de la función eréctil y fracaso al eyacular se ha descrito en 19-35% de pacientes<sup>16</sup>. En pacientes adolescentes femeninas con LES se han descrito las mismas alteraciones que en LES del adulto.

### Artritis idiopática juvenil

Los pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ) perciben una mala imagen de su cuerpo durante la adolescencia y en la edad adulta en un porcentaje que llega hasta el 50%. El retraso del crecimiento, el retraso puberal, la micrognatia, un dedo corto, los efectos secundarios de los fármacos como los corticoides o ciclosporina ocasionando acné e hirsutismo, cicatrices de cirugías previas pueden ocasionar una baja autoestima y una dificultad para iniciar las relaciones sexuales. Hasta la mitad de los pacientes presentan problemas sexuales secundarios a la discapacidad física y al dolor y por otro lado problemas psicológicos por la disminución de autoestima<sup>17</sup>.

### Espondilitis anquilosante

En la espondilitis anquilosante (EA) los estudios publicados son contradictorios ya que algunos destacan que entre un tercio y la mitad de los pacientes con EA presentan alguna afectación en sus relaciones sexuales debido a factores físicos (actividad de la enfermedad y afectación articular) y psicológicos (depresión y desempleo)<sup>18,19</sup>. Asimismo los pacientes con EA presentan alteraciones en el índice de función eréctil<sup>20</sup>. Sin embargo, en un estudio reciente se evaluó la función eréctil mediante el índice interna-

cional de función eréctil<sup>21</sup>. Los pacientes con EA tenían los mismos scores que los controles sanos excepto en deseo sexual que era menor.

### Fibromialgia

La mitad de las pacientes con fibromialgia (FM) tienen alteración de la disfunción sexual sobre todo disminución del deseo sexual, disminución del orgasmo y dolor con el coito. Los factores implicados son la depresión, vejiga irritable, vaginismo, abuso sexual y dolor miofascial<sup>22,23</sup>.

### MANEJO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

El tratamiento de la disfunción eréctil (DE) incluye modificar el estilo de vida, los factores psicológicos y los relacionados con drogas. Sólo con actividad física se reduce la disfunción eréctil un 70% con respecto a sedentarios. El tratamiento médico con inhibidores de la fosfodiesterasa debe considerarse de primera línea. Estos fármacos mejoran la DE aumentando el nivel de GMP cíclico, relajando el músculo liso y aumentando el flujo sanguíneo. No inician la erección sino que se necesita estímulo sexual para ello. Hay tres fármacos disponibles: sildenafil, valdenafilo y tadalafilo. La principal diferencia es la vida media siendo mayor la del tadalafilo. Hay pocos estudios en enfermedades reumáticas. En esclerodermia parece que el tratamiento fijo diario o a días alternos mejora la DE en mayor medida que el fármaco a demanda<sup>24</sup>. Otros tratamientos son las inyecciones intracavernosas o intrauretrales de alprostadil no muy eficaces en esclerodermia o los mecanismos de vacío o las prótesis de pene con una satisfacción del 80% en población general.

La dispareunia o sequedad vaginal puede beneficiarse con estrógenos vaginales a dosis bajas o, si estos están contraindicados, con lubricantes durante el coito y con uso regular de cremas hidratantes vaginales.

En varones y mujeres con dolor articular puede ser de ayuda el planificar la relación sexual para estar descansados y tomar los antiinflamatorios o analgésicos con tiempo para que actúen. Un baño de agua caliente relaja las articulaciones rígidas. Los pacientes con rango de movilidad limitado pueden beneficiarse de posturas sexuales diferen-

tes. Una buena comunicación es imprescindible para que la pareja conozca las actividades dolorosas a evitar. La depresión se correlaciona con el dolor por lo que aliviar el dolor y controlar la depresión ayuda al círculo vicioso de dolor, depresión y disfunción sexual.

Por último, se ha publicado que el tratamiento de la espondilitis anquilosante en varones con fármacos anti-TNF puede mejorar la disfunción sexual además de reducir la actividad de la enfermedad<sup>25</sup>.

Se necesitan más estudios para valorar si el tratamiento de las enfermedades reumáticas puede mejorar la disfunción sexual y si los fármacos u otras medidas recomendadas para la disfunción sexual general son útiles en las enfermedades reumáticas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Brito de Araujo D, Ferreira Borba E, Najjar Abdo CH, Lima Souza L, Goldenstein-Schainberg C, Habib Chahade W et al. Funcao sexual em doencas reumáticas. *Acta Reumatol Port* 2010,35:16-23.
2. Masters, WH, Johnson, VE. *Human Sexual Response*. Little, Brown and Company, Boston 1966.
3. Mc Vary KT. Erectile dysfunction. *N Engl J Med* 2007,357:2472-2481.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, American Psychiatric Association, Arlington, VA 2000.
5. Aguirre MA, Velez A, Romero M, Collantes E. Gynecomastia and sexual impotence associated with methotrexate treatment. *J Rheumatol* 2002,29:1793-1794.
6. Ostensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004, 18:219-232.
7. Ehrlich GE. Social, economic, psychologic and sexual outcomes in rheumatoid arthritis. *Am J Med* 1983,75(6A):27-34.
8. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology* 2003,42:280-286.
9. Schouffoer AA, van der Marel J, ter Kuile MM, Weijenberg PTM, Voskuyl A, Vliet Vlieland CW et al. Impaired sexual function in women with systemic sclerosis: a cross sectional study. *Arthritis Care Research* 2009,61: 1601-1608.
10. Knafo R, Thombs BD, Jewett L, Hudson M, Wigley F, Haythornthwaite JA. (Not) talking about sex: a systematic comparison of sexual impairment in women with systemic sclerosis and other chronic disease samples. *Rheumatology* 2009,48:1300-1303.
11. Walker UA, Tyndall A, Ruszat R. Erectile

dysfunction in systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis* 2009,68:1083-1085.

12. Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2006,25:822-830.

13. Yoshino S, Fujimori J, Morishigue T, Uchida S. Bilateral joint replacement of hip and knee joints in patients with rheumatoid arthritis. *Arch Orthop Trauma Surg* 1984, 103:1-4.

14. Skopouli FN, Papanikolaou S, Malamou-Mitsi V, Papanikolaou N, Moutsopoulos HM. Obstetric and gynaecological profile in patients with primary Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis* 1994,53:569-573.

15. Curry SL, Levine SB, Corty E, Jones PK, Kurit DM. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Rheumatol* 1994,21:2254-2260.

16. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int* 2009,29:853-860.

17. Packham JC, Hall MA. Long term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity. *Rheumatology* 2002,41:1440-1443.

18. Healey EL, Haywood KL, Jordan KP, Garratt AM, Ryan S, Packham JC. Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Rheumatology* 2009,48:1378-1381.

19. Cakar C, Dincer U, Kiralp MZ, Taskaynatan MA, Yasar E, Bayman EO et al. Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. *Clin Rheumatol* 2007,26:1607-1613.

20. Pirildar T, Muezzinoglu T, Pirildar S. Sexual function in ankylosing spondylitis: a study of 65 men. *J Urology* 2004,171:1598-2000.

21. Bal S, Bal K, Turan Y, Deniz G, Gurgan A, Berkit IK, et al. Sexual function in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2010. 18 march 2010. DOI 10.1007/s00296-010-1406-5.

22. Aydin G, Murad Basar M, Keles I, Ergün G, Orkun , Batislam E. Relationship between sexual dysfunction and psychiatric status in premenopausal women with fibromyalgia. *Urology* 2006,57:156-161.

23. Kalichman L. Association between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clin Rheumatol* 2009,28:365-369.

24. Proietti M, Aversa A, Letizia C, Rossi C, Menghi G, Bruzziches R et al. Erectile dysfunction in systemic sclerosis: effects of long term inhibition of phosphodiesterase type-5 on erectile function and plasma endothelin-1 levels. *J Rheumatol* 2007,34:1712-1717.

25. Oh JS, Heo HM, Kim YG, Lee CK, Yoo B. The effect of anti-tumor necrosis factor agents on sexual dysfunction in male patients with ankylosing spondylitis: a pilot study. *Int J Impot Res* 2009,21:372-375.