



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"**

**TESIS DE POSGRADO
PREVALENCIA DE DISFUNCION SEXUAL EN PACIENTES MEXICANOS CON
ESCLERODERMA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN UROLOGÍA**

**PRESENTA
Carlos Alberto Reyes Utrera**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO
Dr. Fernando B. Gabilondo Navarro**

**TUTOR DE TESIS
Dr. Ricardo Alonso Castillejos Molina
Dra. Tatiana Sofía Rodríguez Reyna
Dr. Guillermo Feria Bernal**

**Ciudad Universitaria, Ciudad de México
Noviembre 2016**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Sergio Ponce de León Rosales
Director de Enseñanza
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. Guillermo Fera Bernal
Jefe del Departamento de Urología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. Fernando B. Gabilondo Navarro
Profesor Titular del Curso de Posgrado de la Especialidad de Urología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. Ricardo Alonso Castillejos Molina
Médico Adscrito del Departamento de Urología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dra. Tatiana Sofía Rodríguez Reyna
Médico Adscrito del Departamento de Reumatología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

ÍNDICE

	Página
1. Antecedentes y marco teórico	4
2. Justificación	6
3. Hipótesis	7
4. Objetivos	8
5. Metodología	9
6. Resultados	10
7. Discusión	13
8. Conclusiones	14
9. Referencias bibliográficas	15

1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

La escleroderma (SSc) es una enfermedad autoinmune caracterizada por disfunción endotelial y fibrosis de la piel y múltiples órganos. Según la extensión del daño a la piel los pacientes pueden tener afección cutánea difusa o limitada y escleroderma sin afección en piel ^(1,20). Aproximadamente 80 % de los pacientes con SSc son mujeres, con una presentación de la enfermedad entre los 20 y 60 años de edad. Muchas de las complicaciones de órganos internos se relacionan con aspectos vasculares, hipertensión pulmonar, falla renal, complicaciones cardíacas, gastrointestinales y disfunción eréctil ^(2,13). Está demostrado que la SSc impacta en varios aspectos de la vida del paciente y aspectos psicosociales que incluyen fatiga, dolor crónico, depresión, percepción alterada de la imagen corporal y alteraciones en la sexualidad ^(3,15). Es común entre pacientes con enfermedades crónicas que presenten alteraciones en la sexualidad. Hay diferentes estudios que han analizado la función sexual comparando pacientes con enfermedades crónicas y población general, encontrando una mayor prevalencia en los pacientes con enfermedades crónicas ^(3,4, 9, 14). Se reportan múltiples factores asociados a la disfunción sexual: resequedad vaginal, dispareunia, contractura articular, actividad y duración de la enfermedad. Además de los mencionados previamente, las diferentes terapias farmacológicas utilizadas se asocian a disfunción sexual, incluyendo a los diuréticos, antidepresivos y otros. La disfunción sexual es multifactorial y depende no únicamente de los aspectos relacionados con la enfermedad, además se relaciona con aspectos personales con el estado marital y de salud mental ^(5,6,18,19). La disfunción sexual en pacientes masculinos con SSc se asocia a alteraciones del flujo en las arterias cavernosas y se correlaciona con daño vascular a nivel de las manos ^(7,8,10). En las pacientes con SSc se ha descrito alteraciones del flujo sanguíneo a nivel de clítoris y se asoció con alteraciones en la capiloroscopía y úlceras digitales ^(11,12,16). La prevalencia de la disfunción sexual en las mujeres con SSc es variable en diferentes estudios desde un 18 % hasta un 60%, a pesar de las cifras que se reportan hay pocos estudios que ofrezcan una intervención para mejorar la función sexual en estas pacientes ^(16,17). En los pacientes masculinos con SSc hay una prevalencia hasta del 81% y se asocia a SSc difusa. El daño que se presenta en las arterias

del pene es una característica común en este tipo de pacientes lo cual se asoció con la progresión de la enfermedad, daño vascular digital y la gravedad de la disfunción eréctil. En algunos estudios se han realizado análisis del daño vascular por medio de US dopler, sugiriendo que puede ser una medida para documentar el grado de afección y determinar si se puede iniciar terapia con inhibidores de 5 fosfodiesterasa. Las alteraciones sexuales en estos pacientes son multifactoriales por lo que se debe integrar los diferentes aspectos que intervienen en la DS y no solo la SSc^(7-10, 20,21). Hay diferentes cuestionarios validados para analizar la disfunción sexual como el FSFI (Female sexual function index) que contiene 19 preguntas y analiza 6 dominios: deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción; otro aspecto importante es analizar la calidad de vida en los pacientes con la escala SF36 (Short form 36 health survey), que incluye 8 dominios: Funcionamiento Físico, Limitación por problemas físicos, Dolor corporal, Funcionamiento o rol social, Salud mental, Limitación por problemas emocionales, Vitalidad, energía o fatiga y Percepción general de la salud. Es importante hacer un análisis del estado mental y valorar la ansiedad y depresión del paciente con la escala HADS (Hospital anxiety and depression scale) que consta de 14 preguntas y por ultimo aplicaremos un cuestionario de imagen corporal que consta de 6 preguntas (CSRG).

2. JUSTIFICACIÓN

Se desconoce en México la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con escleroderma y su impacto en la calidad de vida, así como su asociación con:

- a) depresión
- b) subtipo de SSc
- c) gravedad de SSc
- d) afección a otros órganos
- e) comorbilidades

No tenemos datos en nuestra población que nos sustente y apoyen el realizar intervenciones terapéuticas para mejorar la disfunción sexual, principalmente intervenciones farmacológicas y por tal motivo tampoco es posible indicar tratamientos novedosos a base de medicamentos.

Los resultados de este estudio nos permitirán iniciar medidas de intervención.

3. HIPÓTESIS

- 1) La prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con escleroderma será mayor al 50%

- 2) La presencia de disfunción sexual dependerán del:
 - a) subtipo de SSc
 - b) grado de afección cutánea
 - c) gravedad de afección a órganos internos
 - d) presencia de depresión/ansiedad
 - e) comorbilidades asociadas: crónico degenerativas, Sjogren y sobreposición con otras enfermedades autoinmunes

- 3) Este estudio nos aportara información que sustente el uso de medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual.

4. OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer la prevalencia de la disfunción sexual en pacientes con escleroderma, relación con subtipos de la enfermedad

Objetivos Específicos.

Identificar los dominios alterados en la función sexual, calidad de vida y aspectos psicológicos asociados a la disfunción sexual

Obtener evidencia para ofrecer una intervención terapéutica de acuerdo a los aspectos alterados preponderantes

5. METODOLOGÍA

- a) Se trata de un estudio transversal.
- b) Se invitaran a participar a pacientes con escleroderma que sean atendidos en INNSZ como parte de la cohorte de escleroderma. Se le aplicara el índice de función sexual femenino (FSFI). Se determinara la severidad de la escleroderma con la escala de severidad de la escleroderma Medger.
- c) Cálculo de muestra: se aplicara a todos los pacientes de la cohorte
- d) Se realizó el análisis descriptivo de las variables registradas mediante medidas de tendencia central y dispersión según se tratara de variables continuas o categóricas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 17 para realizar los cálculos.

6. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 45 pacientes femeninas que completaron los cuestionarios entre septiembre 2015 y mayo 2016. Del total de pacientes se obtuvo información completa en 21 pacientes que equivalen al 46.6 % de la población incluida de forma inicial.

Se excluyeron a 24 pacientes por no tener información completa o no responder de forma adecuada los cuestionarios.

El promedio de edad de las pacientes fue de 48.6 años (22-77 años), con un índice de masa corporal promedio de 24.2 (18.6 - 30.4 IMC). Se dividió por grupos de edad y se documentó que la población es principalmente mayor de 40 años de edad que corresponde a un 76 % de la muestra utilizada para el análisis. Se dividió por actividad sexual y por grupo de edad, se identificó que el grupo de 18- 39 años de edad (24 %) tienen mayor actividad sexual y el grupo de pacientes mayores de 50 años tiene un mayor porcentaje de vida sexual negada. (Tabla 1)

Características por grupo de edad y vida sexual			Tabla 1
Grupo de edad	n	Vida sexual activa n (%)	Vida sexual negada n (%)
18-39	5	3 (60 %)	2 (40 %)
40-49	8	5 (63 %)	3 (37 %)
>50	8	1 (10 %)	7 (90 %)

Se dividieron a las pacientes en grupos de edad y tipo de escleroderma (limitada y difusa), se identificó que el 67% de la muestra presentaban escleroderma difusa y el 33% eran la variante de escleroderma limitada.

Al dividir en grupos por tipo de enfermedad (limitada y difusa) se mantuvieron con porcentajes muy similares los grupos por lo que la distribución es homogénea entre los grupos. (Tabla 2)

Características por subtipo de escleroderma (SSc)			Tabla 2
Grupo de edad	n	Limitada n (%)	Difusa n (%)
18-39	5	2 (40 %)	3 (60 %)
40-49	8	3 (37 %)	5 (63 %)
>50	8	2 (25 %)	6 (75 %)

Se dividió la vida sexual de las pacientes en base al subtipo de la enfermedad y se identificó que un 50% de los pacientes con escleroderma difusa no tienen actividad sexual y hasta un 71% de los pacientes con escleroderma limitada no tienen actividad sexual, se identificó un porcentaje nada considerable de pacientes sin vida sexual en el grupo de escleroderma limitada, no se logró correlacionar con afección de la enfermedad, durante la aplicación de los cuestionarios las pacientes no presentaban crisis de enfermedad. (Tabla 3)

Subtipo de escleroderma (SSc) y disfunción sexual			Tabla 3
Subtipo	n	Vida sexual n (%)	Vida sexual negada n (%)
Limitada	7	2 (29 %)	5 (71 %)
Difusa	14	7 (50 %)	7 (50 %)

Se obtuvo una prevalencia de 61.90% de disfunción sexual en pacientes con escleroderma sin tomar en cuenta el subtipo de enfermedad, no se descartó a la población sin vida sexual activa y se incluyó para el cálculo de la prevalencia. Cuando solo se consideró a las pacientes con vida sexual activa la prevalencia de disfunción sexual fue de 33.33%.

7. DISCUSIÓN

En otro estudio con una mayor población, el principal hallazgo fue que sólo el 17% de las mujeres con esclerosis sistémica eran sexualmente activos. Entre los pacientes sexualmente activos, el 58% eran calificados con disfunción sexual. Además de la edad avanzada, un número de síntomas con esclerosis sistémica se asocia con inactividad sexual o deterioro sexual, incluyendo los síntomas gastrointestinales, los síntomas del fenómeno de Raynaud, la respiración y grado de afectación de la piel. El deterioro sexual estaba fuertemente asociada con los informes de dolor, y mujeres que fueron perjudicadas sexualmente eran más de dos veces de probabilidades de dolor durante o después del sexo que las mujeres que no fueron tenían alteración. Lo más prominente, las mujeres con alteraciones sexuales eran más de 8 veces más propensos a reportar dolor vaginal que las mujeres no clasificados con afección sexual.

Los principales datos nuestro estudio es demostrar la prevalencia mayor a 50% en pacientes con escleroderma lo cual se identificó hasta un 62% de disfunción sexual, aspectos importantes son las carencias que este estudio presenta, no logramos correlacionar la afección de la enfermedad con disfunción sexual, casi en su totalidad las pacientes no presentan afección al momento de aplicar los cuestionarios y tampoco se logró correlación con la percepción de la imagen corporal, la mayoría de las pacientes que no tenían actividad sexual referían al interrogatorio que era por decisión propia y un factor no documentado fue el estado civil de las pacientes.

A pesar de que se documentó un mayor porcentaje de vida sexual negada en el grupo de escleroderma limitada (71 %) consideramos que los resultados son muy limítrofes por la poca muestra que logramos incluir en el estudio. Es un estudio que a pesar de sus limitantes nos da una visión global del aspecto clínico que las pacientes con escleroderma presentan y la nula información que existe en México sobre este tema, considero que se debe realizar un estudio a gran escala para poder ofrecer medidas preventivas y de orientación sexual a las pacientes que padecen escleroderma.

8. CONCLUSIÓN

La prevalencia de disfunción sexual en pacientes con escleroderma es del 62% sin importar el subtipo de la enfermedad, no se logró correlacionar con subtipos y gravedad de la enfermedad. Se requiere un estudio con mayor número de población para poder ofrecer medidas terapéuticas y orientación sexual en pacientes que padecen escleroderma.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brooke Levis, Marie Hudson. Rates and Correlates of Sexual Activity and Impairment Among Women With Systemic Sclerosis. *Arthritis Care & Research* Vol. 64, No. 3, March 2012, pp 340–350.
2. Edoardo Rosato, Antonietta Gigante, Biagio Barbano. Clitoral blood flow in systemic sclerosis women: correlation with disease clinical variables and female sexual dysfunction. *Rheumatology* 2013;52:2238_2242.
3. Antonio G. Tristano. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int* (2009) 29:853–860.
4. Clarissa de Castro Ferreira, Licia Maria Henrique da Mota, Ana Cristina Vanderley Oliveira. Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol* 2013;53(1):35–46.
5. A. A. Schouffoer, J. Van Der Marel. Impaired Sexual Function in Women With Systemic Sclerosis: A Cross-Sectional Study. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 61, No. 11, November 15, 2009, pp 1601–1608.
6. Ruby Knafo, Brett D. Thombs, Lisa Jewett. (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.
7. Antonio Aversa, MD, PhD, Michele Proietti, MD, Roberto Bruziches, MD. The Penile Vasculature in Systemic Sclerosis: A Duplex Ultrasound Study. *J Sex Med* 2006; 3:554–558.
8. May Nehra, Simon J. Hall, Guido Basile. Systemic sclerosis and impotence: a clinicopathological correlation. *The Journal of Urology* Vol. 153, 1140-1146, April 1995.
9. Brooke Levis, Andrea Burri, Marie Hudson, Murray Baron. Sexual Activity and Impairment in Women with Systemic Sclerosis Compared to Women from a General Population Sample. *PLoS ONE* 7(12): e52129.
10. Predrag Ostojic, Nemanja Damjanov. The impact of depression, microvasculopathy, and fibrosis on development of erectile dysfunction in men with systemic sclerosis. *Clin Rheumatol* (2007) 26:1671–1674.
11. Edoardo Rosato, Antonio Aversa, Ilenia Molinaro. Erectile dysfunction of sclerodermic

patients correlates with digital vascular damage. *European Journal of Internal Medicine* 22 (2011) 318–321.

12. Ann Julie Impens, James R. Seibold. Vascular Alterations and Sexual Function in Systemic Sclerosis. *International Journal of Rheumatology* Volume 2010.

13. P. Anyfanti, Pyrpasopoulou, Triantafyllou. The impact of frequently encountered cardiovascular risk factors on sexual dysfunction in rheumatic disorders. *Andrology*, 2013, 1, 556–562.

14. N C Lambert, J M Pang, Z Yan, T D Erickson. Male microchimerism in women with systemic sclerosis and healthy women who have never given birth to a son. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:845–848.

15. Sushma Bhadauria, MD, Debra K. Moser, DNSc, RN. Genital tract abnormalities and female impairment in systemic sclerosis. *Am J Obstet Gynecol*. Volume 172, Number 2.

16. Andrea D. Keck, Chingching Foocharoen, Edoardo Rosato. Nailfold capillary abnormalities in erectile dysfunction of systemic sclerosis: a EUSTAR group analysis. *Rheumatology* 2014;53:639_643.

17. Daniel Brito de Araujo, Eduardo Ferreira Borba. Funçã o s e x u a l e m d o e n ç a s r e u m á t i c a s. *Acta Reumatol Port*. 2010;35:16-23.

18. Vanessa L. Malcarnea, Rina S. Foxb, Sarah D. Millsb. Psychosocial aspects of systemic sclerosis. *Curr Opin Rheumatol* 2013, 25:707–713.

19. Ruby Knafo, Jennifer A. Haythornthwaite, Leslie Heinberg. The association of body image dissatisfaction and pain with reduced sexual function in women with systemic sclerosis. *Rheumatology* 2011;50:1125_1130

20. A.J. Impens, J. Rothman, E. Schiopu1, J.C. Cole. Sexual activity and functioning in female scleroderma patients. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27 (Suppl. 54): S38-S43.

21. Antonio Aversa, Roberto Bruzziches, Davide Francomano, Edoardo Rosato. Penile involvement in Systemic Sclerosis: New Diagnostic and Therapeutic Aspects. *International Journal of Rheumatology* Volume 2010