

ORGASMO Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE PROSTATECTOMIA RADICAL

J.I. MARTÍNEZ-SALAMANCA GARCÍA, J. JARA RASCÓN, I. MONCADA IRIBARREN,
J. GARCÍA BURGOS, C. HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Gregorio Marañón".
Universidad Complutense de Madrid. Madrid*

Actas Urol Esp. 28 (10): 756-760, 2004

RESUMEN

ORGASMO Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE PROSTATECTOMIA RADICAL

INTRODUCCIÓN: El orgasmo es un fenómeno neurofisiológico, que produce contracción de la musculatura bulbo-cavernosa y que habitualmente coincide con la eyaculación.

El objetivo de este estudio fue evaluar la presencia de orgasmo y la calidad de este, en un grupo de nuestros pacientes intervenidos de prostatectomía radical, así como su impacto en la calidad de vida de los mismos.

PACIENTES Y MÉTODO: Revisamos retrospectivamente los datos de 152 pacientes tratados mediante prostatectomía radical. Fueron intervenidos entre enero de 1999 y diciembre de 2001, con una media de edad de 64,4 (44-75) años y un periodo medio de seguimiento de 33 (21-45) meses. Cuarenta y dos pacientes (31,6%) mostraban disfunción eréctil (DE) previa a la cirugía.

La investigación fue realizada mediante entrevista personal y la utilización de un cuestionario semi-estructurado.

RESULTADOS: Ciento treinta y cuatro pacientes (96,4%) tratados mostraban disfunción eréctil post-operatoria, 91,6% de los pacientes tenían una pareja estable, 44,4% mantenían relaciones sexuales, 23,3% solo masturbación y 32,3% no tenían actividad sexual.

Ochenta y cuatro pacientes (55,2%) no estaban interesados en recibir tratamiento y 25 (16,4%) referían disminución de la libido.

En relación a la sensación orgásmica, 140 pacientes (92,1%) mantenían un sensación subjetiva normal, 4 (2,6%) esta era ausente y 8 (5,2%) mostraban una experiencia anómala o extraña.

Además 24 pacientes (15,7%) tenían pérdidas de orina durante el orgasmo.

CONCLUSIONES: Después de prostatectomía radical, la función orgásmica y la libido se mantienen en la mayoría de los pacientes a pesar del daño causado sobre los haces neurovasculares.

Solo una minoría de los pacientes referían pérdidas de orina durante el orgasmo, como consecuencia del procedimiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE: Orgasmo. Prostatectomía radical. Disfunción eréctil.

ABSTRACT

ORGASM SEXUAL FUNCTION AFTER RADICAL PROSTATECTOMY

INTRODUCTION: Orgasm is a neurophysiological event, which produces bulbous cavernous muscle contraction that usually coincided with ejaculation.

The aim of this study was to assess the orgasm's presence and quality in patients treated with radical prostatectomy, as well as its impact on quality of life of these patients.

METHOD: The medical records of 152 patients with radical prostatectomy were reviewed retrospectively. Patients were operated between January 1999 and December 01, with an average age of 64,4 (44-75) years and the follow-up period was 33 (21-45) months. 42 (31,6%) patients showed erectile dysfunction (ED) previous to surgery.

The research was performed by a personal interview through a questionnaire.

RESULTS: 134 patients (96,4%) treated showed post operative ED, 91,6% of patients had stable relationship and 44,4% have sexual intercourse, 23,3% masturbation only and 32,3% no sexual activity. 84 patients (55,2%) were not interested in receiving treatment and 25(16,4%) referred a reduced libido.

Concerning to orgasm sensation, 140 patients (92,1%) preserved a subjectively normal orgasm, 4 (2,6%) referred lack of it and 8 (5,2%) a weakened or anomalous sensation.

Furthermore 24 patients (15,7) had urine loss during orgasm.

CONCLUSIONS: After radical prostatectomy, both the orgasmic function and libido were kept by the majority of patients despite the neuro vascular bundle damaged caused.

Only a minority of patients having urine loss, as a consequence of surgical procedure.

KEY WORDS: Orgasm. Radical prostatectomy. Erectile dysfunction.

La evaluación de la función sexual después de prostatectomía radical (PR) ha sido objeto de muchas controversias. Durante los últimos 10 años ha quedado claro que entre los fines del tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado tiene una importancia capital el intento de mantener la función sexual como parte de la calidad de vida del paciente^{1,4,5,13}.

En una reciente revisión de varias series de PR, los índices de disfunción eréctil (DE) varían entre 14 y el 97,5%¹. Parece un intervalo demasiado amplio para una misma técnica quirúrgica. Antes de la introducción de la prostatectomía radical anatómica, el índice de impotencia era casi del 100%. La introducción de la técnica con conservación de los nervios por Walsh y Donker en 1982 mejoró el porcentaje de casos con potencia sexual tras PR en sus series⁵. Hoy en día la mayoría de los autores está de acuerdo en que la conservación de los fascículos neuro-vasculares mejora la potencia.

Una posible razón para la disparidad de los resultados obtenidos en la bibliografía es que la etiología de la impotencia tras la prostatectomía es multifactorial². Aunque se acepta que el mecanismo es principalmente neurogénico, hay estudios que han demostrado impotencia de causa arterial en el 40% de los pacientes después de PR con conservación de los nervios^{1,2,5}.

En contraste con la abundancia de trabajos publicados sobre la disfunción eréctil post-prostatectomía radical, llama la atención la casi inexistencia de artículos que se interroguen sobre la capacidad de mantenimiento del orgasmo de estos pacientes³ y los posibles cambios en las características del mismo después de una cirugía tan mutilante sobre las vías aferentes y eferentes del mismo, si bien, esto puede ser explicado por la ausencia de tratamientos que tengan una posible efectividad sobre esta sensación psicósomática.

En el presente trabajo se intenta analizar en qué medida se puede considerar alterada la percepción del orgasmo, en los pacientes intervenidos mediante prostatectomía radical retropúbica, y se discuten las hipótesis aceptadas sobre los mecanismos responsables de su mantenimiento.

PACIENTES Y MÉTODO

Se revisaron retrospectivamente 154 pacientes diagnosticados de cáncer prostático confirma-

do histopatológicamente tratados en un periodo de 3 años (enero de 1999 a diciembre de 2001). A todos ellos se les practicó una prostatectomía radical retropúbica con intención curativa y sin intento de preservación neuro-vascular. La edad media de los pacientes fue de 64,4 años (rango 44-75). El periodo de seguimiento medio fue de 33 meses (rango 21-45).

Se definió DE como "la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita un relación sexual satisfactoria". La existencia de DE previa a la cirugía fue evaluada mediante revisión de este dato en la historia clínica y constatación personal por parte del propio paciente. Del total de nuestros pacientes intervenidos en este periodo de tiempo, 42 casos refirieron presentar DE previa a la cirugía de carácter moderado a severo (31,6%).

Como método de recogida de datos se elaboró un cuestionario mencionando presencia de DE, tipo de relaciones sexuales habituales (coitales o sólo masturbación), aceptación o no de tratamiento en caso de presentar DE, tratamiento seguido por este motivo, existencia de libido y tratamientos que pudieran modificarla y satisfacción de la pareja durante las relaciones sexuales. En cuanto a la sensación de orgasmo, específicamente se recogieron datos relativos a la presencia o no del mismo, con o sin tratamiento para la potencia sexual, y se intentó analizar la calidad del mismo comparándolo con la sensación subjetiva del paciente, previa a la cirugía. Adicionalmente, se consignó la presencia o no de incontinencia urinaria durante el orgasmo en aquellos pacientes que presentaban incontinencia sobreañadida.

El análisis de datos se realizó mediante el Software estadístico SPSS V 10,0 y utilizando medidas descriptivas.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 152 pacientes, 2 habían fallecido en el momento de la entrevista.

134 pacientes (96,4%) presentaban DE después de la intervención.

Con respecto a las relaciones sexuales mantenidas por los pacientes en el momento de la entrevista, un 44,4% refería mantener relaciones

estables con su pareja, un 23,3% sólo realizaba masturbación y un 32,3% de los pacientes afirmaba no mantener relaciones sexuales. Analizamos estos datos por subgrupos de edades. (Fig. 1). Se puede observar que se relaciona la practica de relaciones sexuales con la edad. En el grupo de pacientes más jóvenes (por debajo de 56 años) un alto porcentaje de ellos (90%) refería mantener relaciones sexuales con su pareja, mientras que este porcentaje es cuantitativamente mucho menor en el grupo de pacientes de más edad (23%).

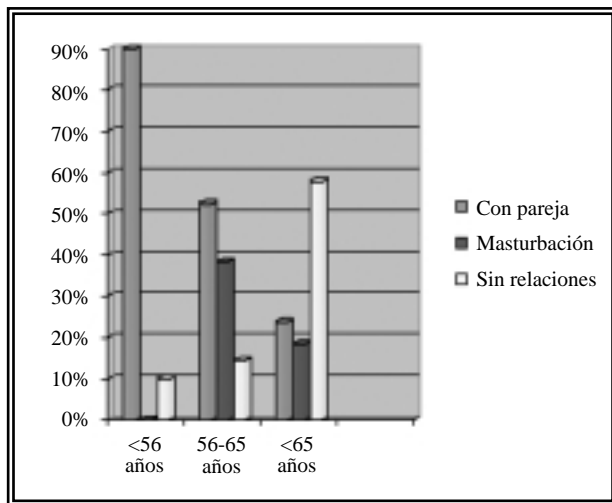


FIGURA 1. Relaciones sexuales según grupos de edad.

En relación al tratamiento posterior a la constatación de la DE, 84 pacientes (55,2%) no habían recibido ningún tratamiento por deseo propio.

Del total de 68 pacientes (44,8%) que fueron tratados, un 53% recibió sildenafil como única opción y un 47% inyección intracavernosa de Alprostadil (IIC). El abandono del tratamiento fue de 79,2% en los tratados con sildenafil y de 52,8% en IIC.

Se evaluó asimismo la libido, que se mantenía normal en 125 pacientes (83,6%) y disminuida en un 16,4% (25 pacientes). 13 pacientes (8,5%) mantenían tratamiento con hormonoterapia (antiandrogénico ó análogo LHRH).

La sensación de orgasmo se mantuvo presente en 144 pacientes (94,8%) de características normales, un 5,2% (8 pacientes) referían dicha sensación como ausente o extraña (Fig. 2). Se estratificó este dato por subgrupos de edades (Fig. 3).

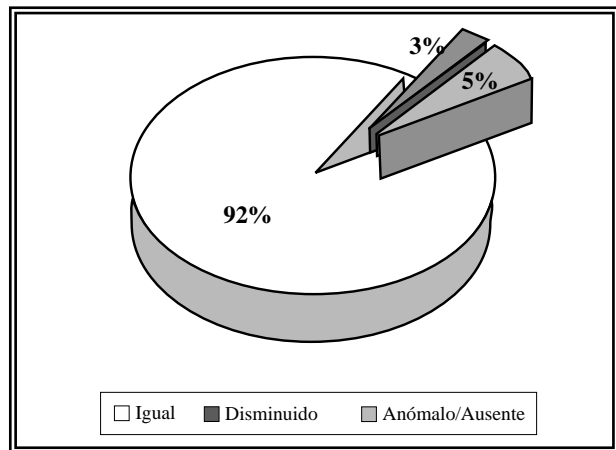


FIGURA 2. Sensación de orgasmo. Distribución.

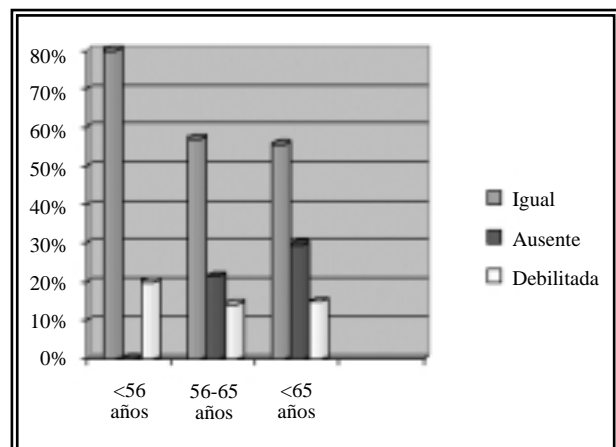


FIGURA 3. Función orgásmica según grupos de edad.

Podemos ver la estrecha relación entre la calidad del orgasmo y la edad, así en el grupo de pacientes menores de 56 años, la mayoría de los pacientes referían la percepción del orgasmo similar a la previa (80%). En cambio en los pacientes mayores de 65 años, este porcentaje disminuye hasta el 55,5%.

Veinticuatro pacientes (15,7%) presentaban incontinencia urinaria durante el orgasmo.

DISCUSIÓN

El orgasmo es un fenómeno neurofisiológico, de carácter placentero, que suele acompañar y coincidir habitualmente con la eyaculación. Podemos encontrar situaciones de orgasmo sin eyaculación, cuando sin tener lugar la expulsión espermática se consigue llegar a una situación de clímax durante una relación sexual^{6,12,14}.

En el ser humano el papel de los estímulos visuales y evocativos, el recuerdo del placer vivido que tienen una generación cortical así como la predeterminación de la realización de un objetivo sexual (corteza frontal y prefrontal) parecen ser parte de los factores involucrados en la puesta en marcha de este complejo proceso psicósomático. El sistema límbico subcortical integra esos estímulos con centros apetitivos (núcleo accumbens) y consumatorios (área hipotalámica preóptica medial -APOM-) interviniendo la amígdala y el área ventral tegmental como estaciones de relevo e integración^{6,10-12}.

El orgasmo, por tanto, es un fenómeno complejo, que incluye cambios en los genitales externos, el tono muscular, activación de movimientos involuntarios, cambios cardiocirculatorios y respiratorios. Subjetivamente es descrito como ondas de placer, centradas en el área genital^{3,6,12}.

Hemos querido con este estudio analizar la presencia o ausencia de orgasmo, así como sus características en un grupo de nuestros pacientes intervenidos de PR sin intento de preservación de haces neuro-vasculares. Nos llamó la atención los escasos trabajos publicados al respecto² y cómo a pesar del importante impacto de la intervención en la capacidad eréctil y en la ausencia de eyaculación, parecía mantenerse la función orgásmica, según lo referido por la mayor parte de los pacientes en la consulta de seguimiento después de esta intervención quirúrgica, notificándose mayoritariamente una repercusión cuantitativa y cualitativamente mínima⁷⁻⁹.

Después de la prostatectomía radical la función orgásmica se mantiene en la mayoría de nuestros pacientes a pesar del daño vasculo-nervioso causado. Las cifras de DE post cirugía son muy elevadas, si bien la muestra fue seleccionada para pacientes en los cuales no se intentó preservación neurológica. Asimismo, parece importante reseñar el elevado porcentaje de pacientes (55,2%) que, en nuestra serie, no mostró interés por recibir ningún tipo de tratamiento.

Por otra parte, en el grupo de pacientes que se interesó en recibir tratamiento para la DE post-quirúrgica, la mayoría de los que recibieron terapia oral con sildenafil, abandonaron el tratamiento, fundamentalmente debido a la escasa efectividad encontrada. Este porcentaje de aban-

dono fue menor en los pacientes tratados con inyección intracavernosa de Prostaglandina E1. Sin duda, su mayor efectividad y la ausencia de coste económico para el paciente resultaron ser los factores decisivos que condicionaron esta decisión por parte de los pacientes.

En relación a la actividad sexual de los casos estudiados, se puede observar en la Fig. 1 la clara relación existente entre la edad de los pacientes y el porcentaje de los mismos que refieren mantener relaciones sexuales. En grupo de pacientes más jóvenes (por debajo de 56 años), el 90% mantienen relaciones sexuales de manera regular, y dicho porcentaje cae hasta el 24% en los mayores de 65 años.

Se analizaron asimismo el mantenimiento del apetito sexual o libido, el cual se mantiene intacto en un alto porcentaje de nuestros pacientes.

Con respecto a la sensación de orgasmo percibida por nuestros pacientes, al formular la pregunta de si la sensación de máximo placer era similar a la que tenían antes de la intervención, un porcentaje por encima del 90% referían que mantenían la sensación orgásmica y que era de características similares a la previa. Sólo 4 (2,6%) refirieron una ausencia total de percepción del orgasmo y 8 casos (5,2%) lo describieron como una sensación claramente menos intensa que antes de la intervención o como una sensación difícil de describir pero "diferente".

Intentamos averiguar la relación de estos datos con la edad estratificando a los pacientes en subgrupos según su rango de edad. La Fig. 2 refleja claramente de nuevo la relación del orgasmo con la edad de los pacientes, alcanzándose las mejores cifras de sensación orgásmica similar a la previa en el grupo de pacientes más jóvenes.

Por todo ello podemos concluir, que la función orgásmica parece menos vulnerable que la función eréctil, después de la prostatectomía radical, ya que la mayoría de nuestros pacientes mantienen el orgasmo y la libido. Asimismo dicha función orgásmica es muy similar a la previa en cuanto a calidad e intensidad se refiere.

Parece que la ausencia de eyaculación, la disfunción eréctil y la ausencia de glándula prostática son factores independientes del mantenimiento de la función orgásmica. Los estímulos que se desencadenan en el área genital y desde el

suelo pélvico alcanzan el cerebro a través de las fibras sensoriales del nervio pudendo somático en particular, protegido por la fascia cercana a la pared pélvica. Por tanto, la función orgásmica probablemente no es tan vulnerable, en esta intervención, como la función eréctil.

Con los datos aportados, este trabajo intenta llamar la atención de cuantos realizan estudios de calidad de vida y secuelas tras prostatectomía radical, animándoles a incluir la evaluación de la función orgásmica en sus estudios. Con ello se podrá contribuir a dar más luz a este poco debatido tema, aportar nuevos elementos de trabajo para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y facilitar una información más correcta y detallada previa a la cirugía.

REFERENCIAS

1. McCullough AR. Prevención y tratamiento de la disfunción eréctil secundaria a la prostatectomía radical. *Clínicas Urológicas de Norteamérica: Prostatectomía Radical*. Ed. McGraw-Hill Interamericana 2002;3.
2. Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: The Prostate Cancer Outcome Study. *JAMA* 2000;283:354-360.
3. Koeman M, Van Driel MF, Schultz WC, Mensink HJ. Orgasm after radical prostatectomy. *Br J Urol* 1996;77(6): 861-864.
4. Clark JA, Talcott JA. Symptom indexes to assess outcomes of treatment for early prostate cancer. *Med Care* 2001; 39(10):1118-1130.
5. Walsh PC, Lepor H, Eggleston JC. Radical prostatectomy with preservation of sexual function: anatomical and pathological considerations. *Prostate* 1983;4(5):473-485.
6. Newman HF, Reiss H, Northup J. Physical basis of emission, ejaculation and orgasm in the male. *Urology* 1982; 19(4): 341-350.
7. Fowler FJ, Barry MJ, Lu-Yao G, et al. Effect of radical prostatectomy for prostate cancer on patient quality of life: results from a medicare survey. *Urology* 1995;45:1007-1015.
8. Litwin MS. Health-related quality of life after treatment for localized prostate cancer. *Cancer* 1995;75(suppl 7):2000-2003.
9. Ofman US. Sexual quality of life in men with prostate cancer. *Cancer* 1995;75 (suppl 7):2000-2003.
10. Schover LR. Sexual rehabilitation after treatment for prostate cancer. *Cancer* 1998;71 (suppl 3):1024-1030.
11. Schover LR, Schain WS, Montague DK. Sexual problems of patient with cancer. In De Vita VT, Heilman G, Rosenberg SA eds. *Cancer. Principles and practice of oncology*. Third edition. Philadelphia. JB Lippincott & Co. 1989;2206-2225.
12. Rosen RC, Hall E. *Sexually*. New York. Random House. 1984.
13. Blaivas JG. Urinary incontinence after radical prostatectomy. *Cancer* 1995;75 (suppl 7):1978-1982.
14. Bancroft J. In *Human Sexuality and its Problems*. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1989;77-89.

Dr. J.I. Martínez-Salamanca García
Cerro del Castañar 8C
28034 Madrid

(Trabajo recibido el 5 enero de 2004)