

Disfunción eréctil en pacientes con diabetes

Erectile dysfunction in diabetic people

Damiano Pizzol

Doctors with Africa Cuamm, Beira, Mozambique



Pizzol describe para SIIC su artículo editado en *Diabetic Medicine* 34(9):1185-1182, Sep 2017.

La colección en papel de *Diabetic Medicine* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2005.

Indizada en Index Medicus/MEDLINE, Science Citation Index y **SIIC Data Bases**.



www.siic.salud.com/lmr/fuentes-informativas.php
www.siic.salud.com/lmr/ppselehtml.php

Mozambique, África (*especial para SIIC*)

Diabetes is increasing worldwide with high health, social and economic impact.

Too often, the lack of prevention and a wrong lifestyle (i.e., unhealthy diet, lack of physical exercise), lead to a late diagnosis of diabetes and, many times, starting from complications they get to make a diagnosis of diabetes.

Increasing attention is focusing on erectile dysfunction in men with diabetes due to its multifactorial pathophysiology and the concurrence of the same components as vasculopathy, neuropathy, and depression. Erectile dysfunction is defined as the inability to achieve and/or maintain an erection sufficient to permit satisfactory sexual intercourse. Although erectile dysfunction is considered an age-related disease, affecting 20% of men aged > 40 years, it can be present across all the life-span from adolescence, especially when risk factors such as diabetes, metabolic syndrome or cardiovascular diseases coexist.

Erectile dysfunction, due to its evident presentation, can play a crucial role on "early" DM diagnosis and, thus, acts as an alarm bell for other silent complications.

Our hypothesis was that erectile dysfunction was associated with diabetes but we were surprised that the risk of erectile dysfunction in men with diabetes was more than three times higher compared to controls.

It is well known that many factors contribute to the complex pathogenesis of diabetes-related erectile dysfunction including diabetic neuropathy, micro- and macrovascular arterial disease (oxidative stress, endothelial dysfunction, dyslipidaemia, arterial hypertension, etc.), hypogonadism, psychogenic components, and drug side effects. However, further studies are necessary to better understand the exact pathophysiologic mechanism leading to dysfunction.

We showed an overall prevalence of erectile dysfunction of 59.1% in men with diabetes (52.5% if adjusted for publication bias). This condition was significantly higher in those with Type 2 diabetes compared with Type 1 diabetes and in older participants. Men with diabetes tend to develop erectile dysfunction 10-15 years earlier than those without diabetes. In fact, erectile dysfunction is the third most frequent complication of diabetes that affects

La prevalencia de diabetes (DBT) está en aumento en todo el mundo, y se asocia con consecuencias sustanciales para la salud, tanto sociales como económicas. Muy a menudo, la falta de prevención y los malos hábitos de vida (dieta no saludable, inactividad física) motivan el diagnóstico tardío de la DBT y, en muchas ocasiones, las complicaciones de la enfermedad son las que llevan al diagnóstico.

Cada vez se presta más atención a la disfunción eréctil (DE) en los hombres con DBT, como consecuencia de la fisiopatogenia multifactorial y la presencia de los mismos componentes de vasculopatía, neuropatía y depresión. La DE se define como la incapacidad para lograr o mantener una erección suficiente para la culminación de una relación sexual satisfactoria. Si bien la DE se considera una enfermedad vinculada con la edad, ya que afecta al 20% de los hombres de más de 40 años, después de la adolescencia puede aparecer en cualquier momento de la vida, especialmente en presencia simultánea de diversos factores de riesgo, como DBT, síndrome metabólico o enfermedad cardiovascular.

Debido a que su presencia no pasa inadvertida, la DE puede cumplir un papel importante en el diagnóstico precoz de la DBT y puede ser un síntoma de alerta para otras complicaciones de la DBT, no manifiestas clínicamente.

Se consideró la hipótesis de que la DE se asociaría con la DBT, pero llamativamente se observó que el riesgo de DE en los varones con DBT fue más de tres veces más alto que en los controles.

Se sabe que en la fisiopatogenia compleja de la DE asociada con la DBT participan numerosos factores, entre ellos la neuropatía diabética, la enfermedad arterial microvascular y macrovascular (estrés oxidativo, disfunción endotelial, dislipidemia e hipertensión arterial, entre otras), el hipogonadismo, los componentes psicogénicos y los efectos adversos de los fármacos. Sin embargo, se requieren más estudios para comprender mejor el mecanismo fisiopatogénico exacto que participa en la DE.

La prevalencia global de DE en los hombres con DBT fue del 59.1% (52.5% en los análisis con ajuste por sesgo de publicación).

La enfermedad fue significativamente más frecuente en los pacientes con DBT tipo 2, en comparación con los enfermos con DBT tipo 1, y en los enfermos de más edad. Los hombres diabéticos tendieron a presentar DE 10 a 15 años antes en comparación con aquellos sin DBT. De hecho, la DE es la tercera complicación más frecuente de la DBT, afecta la calidad de vida y, a menudo, es un indicador de vasculopatía subyacente, de modo que representa un factor predictivo de trastornos cardiovasculares más graves. Debido a que la prevalencia de la DBT está en aumento en los países con recursos altos,

the quality of life and it is often indicative of underlying vasculopathy representing a predictor of more serious cardiovascular disorders. Because the prevalence of diabetes is rising in high, middle, and low-income countries, our work aimed to give an overall estimate of erectile dysfunction in diabetes across several continents.

First of all erectile dysfunction should be considered a marker symptom for diabetes and men with erectile dysfunction should be screened for diabetes (and vice-versa). In addition, advancing age, duration of diabetes, poor glycaemic control, hypertension, hyperlipidaemia, sedentary lifestyle, smoking and the presence of other diabetic complications are associated with diabetes-related erectile dysfunction and, thus, have to be particularly considered in patients with erectile dysfunction. Finally, considering the association between depressive symptoms and erectile dysfunction, especially in diabetic patients, it is mandatory that the management should involve a multidisciplinary approach in which psychosexual counselling and specialist andrologist/urologist advice are required in addition to the skills and expertise of the specialist in metabolic diseases and to the traditional pharmacological therapy. In our meta-analysis, we did not consider prevention both for diabetes and erectile dysfunction. However, to make young males aware of health, in particular, sexual and reproductive health, will have to be the real challenge to fight metabolic and sexual disorders. Although our data offer novel insight into the extent of erectile dysfunction among men with diabetes, some limitations need to be considered. First, is the difficulty in providing erectile dysfunction prevalence by categories because of incomplete data available in published studies? Second, most information refers to the total population with diabetes and few studies have presented data separately for those with type 1 and type 2 diabetes. Third, the analysis of the others risk factors contributing to the diabetes-related erectile dysfunction was limited because of the small number of primary studies that provide complete clinical and biological features of the participants. For example, the use of antidepressant medication, an important contributor to erectile dysfunction in men with diabetes, was not analysable as a potential moderator of our findings. In conclusion, our study provides worldwide data on the prevalence of and risks factors for erectile dysfunction in diabetes. The relationship of erectile dysfunction with certain risk factors, such as age or cardiovascular risk factors (arterial hypertension), are well known and our study corroborates these associations. Future prospective and longitudinal studies in both but separately population with type 1 and type 2 diabetes, are needed to characterize others risk factors such as duration of disease or smoking which are involving in the development of erectile dysfunction. Furthermore, men with erectile dysfunction are at an increased risk for cardiovascular morbidity and/or mortality as well as for all-cause death. Thus, clinicians should have in mind that screening of erectile dysfunction in men with diabetes is a part of the assessment of their cardiovascular risk.

intermedios y bajos, el trabajo tuvo por finalidad brindar una estimación global de la DE en la DBT en diversos continentes.

En primer lugar, la DE debería ser considerada un síntoma indicador de DBT, y en los hombres con DE debería realizarse el rastreo de la DBT (y a la inversa). Asimismo, la edad avanzada, la duración de la DBT, el mal control de la glucemia, la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, el sedentarismo, el tabaquismo y la presencia de otras complicaciones de la DBT se asocian con DE, de modo que esta enfermedad debe ser particularmente tenida en cuenta en los pacientes con DE.

Por último, debido a la asociación que existe entre los síntomas depresivos y la DE, sobre todo en los pacientes con DBT, la participación de un equipo multidisciplinario en el abordaje de estos enfermos es obligada; los pacientes deben recibir asesoramiento psicosexual y de especialistas en andrología, urología y enfermedades metabólicas, además del tratamiento farmacológico tradicional.

En el metanálisis no se consideró la prevención de la DBT ni de la DE. Sin embargo, el principal desafío será que los hombres jóvenes tomen conciencia de la salud, y en particular de la salud reproductiva y sexual, de modo de poder hacer frente a los trastornos metabólicos y sexuales. Si bien los datos del estudio aportan nuevas estimaciones en relación con la magnitud de la DE en los hombres con DBT, deben tenerse en cuenta ciertas limitaciones. En primer lugar, la prevalencia exacta de la DE por categorías fue difícil de estimar porque los datos disponibles en los estudios publicados fueron incompletos. En segundo lugar, la mayor parte de la información se refiere a la totalidad de la población con DBT, y solo unos pocos estudios analizaron por separado la DBT tipo 1 y la DBT tipo 2. En tercer lugar, el análisis de otros factores de riesgo que contribuyen en la DE relacionada con la DBT fue limitado como consecuencia del número escaso de estudios primarios que aportó información completa sobre las variables clínicas y biológicas de los participantes. Por ejemplo, la utilización de fármacos antidepressivos, un factor importante de contribución en la aparición de DE en los hombres con DBT, no pudo analizarse como un potencial moderador en los hallazgos observados.

En conclusión, los resultados del estudio aportan datos sobre la prevalencia y los factores de riesgo de DE en la DBT en todo el mundo. La vinculación entre la DE y ciertos factores de riesgo, entre ellos la edad y los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial), es bien conocida y quedó corroborada en el estudio. En el futuro se requieren investigaciones prospectivas y longitudinales en pacientes con DBT en general y en aquellos con DBT tipo 1 y tipo 2, para poder caracterizar otros factores de riesgo, como la duración de la enfermedad o el tabaquismo, involucrados en la fisiopatogenia de la DE. Los pacientes con DE tienen riesgo más alto de morbilidad y mortalidad por causas cardiovasculares y por cualquier causa. Por lo tanto, los médicos deben tener en cuenta que el rastreo de la DE en los hombres con DBT forma parte de la valoración del riesgo cardiovascular global.

Conexiones temáticas

