



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Editorial

Sexualidad y enfermedades reumáticas

Sexuality and rheumatic diseases

Montserrat Romera Baures

Servicio de Reumatología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona, España



La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social. La sexualidad se describe como una parte esencial de las personas, una parte integral del ser humano¹.

Uno de los aspectos que pueden influir en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas es la sexualidad. La prevalencia de los problemas sexuales en las enfermedades reumáticas puede variar entre un 36 y un 70% y aumenta con la duración de la enfermedad²⁻⁵. Las causas son diversas. Problemas físicos o emocionales, alteraciones hormonales, algunos tratamientos y dificultades en las relaciones con la pareja, pueden contribuir a una vida sexual menos activa y a menudo menos satisfactoria⁶. En las fases de alta actividad puede existir una disminución del deseo sexual debido al dolor crónico, la fatiga y la rigidez. Por otro lado, la alteración de la imagen corporal por culpa de las deformidades puede conducir a una pérdida de la autoestima y a una disminución de la satisfacción sexual. El dolor durante las relaciones, la disfunción eréctil y la dificultad en ciertas posiciones son cuestiones físicas relacionadas también con la sexualidad que pueden desembocar en una pérdida de interés y en una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales^{5,7}.

Se han descrito problemas sexuales específicos en diferentes enfermedades reumáticas como son la artritis reumatoide (AR)^{2,7}, el síndrome de Sjögren⁸⁻¹⁰, el lupus eritematoso sistémico^{11,12}, la esclerodermia^{13,14}, la espondilitis anquilosante^{2,15,16}, la artropatía psoriásica¹⁷ o la artrosis de cadera^{18,19}, entre otras.

Los problemas sexuales en los pacientes con AR se han relacionado con la duración de la enfermedad, la pérdida de la movilidad y el dolor articular⁷. La disfunción eréctil en los hombres se correlaciona con la actividad o severidad de la enfermedad, el dolor y la fatiga. En las mujeres se añade la depresión, afectando al deseo sexual, a la excitación, al orgasmo y a la satisfacción sexual^{3,4}. En pacientes con artritis idiopática infantil, la disfunción sexual se ha relacionado con la alteración de la imagen corporal²⁰. En las mujeres con síndrome de Sjögren la sequedad vaginal y la vaginitis pueden producir dispareunia en el 40-50% de las pacientes^{21,22}. Pero también puede existir dispareunia en la esclerodermia, en la

AR y en el lupus eritematoso sistémico. En la esclerodermia, el fenómeno de Raynaud puede afectar a la lengua y a los pezones; la esclerosis de los dedos y las úlceras digitales pueden interferir tanto en el tacto como en la estimulación sexual. En los hombres con esclerosis sistémica, la disfunción eréctil se produciría por una disminución de la presión sanguínea en el pene debido a una afectación de los pequeños vasos²³. Se han reportado casos de disminución de la libido, disfunción eréctil, eyaculación precoz y dificultad en el orgasmo en hombres con lupus eritematoso sistémico²⁴. En las mujeres, la disfunción sexual se ha asociado a depresión y a una peor imagen corporal¹². En la artropatía psoriásica el deterioro funcional, la disminución en la autoestima, trastornos de ansiedad, lesiones en zonas genitales y algunos tratamientos, pueden afectar a la sexualidad¹⁷. Algunos autores han indicado que los altos niveles de citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa y la interleucina 1, que participan en la patogénesis de la psoriasis, están relacionados con la depresión que afecta a los pacientes con artropatía psoriásica. En los hombres la disfunción eréctil se ha relacionado con la arterioesclerosis²⁵. En los pacientes con espondilitis anquilosante sus relaciones sexuales están afectadas por diferentes motivos. Tienen un gran impacto la función física, el dolor, la alta actividad de la enfermedad, la ansiedad y depresión y la falta de empleo¹⁶. En algunos casos de cauda equina se han descrito causas de impotencia²⁶.

Las limitaciones en la actividad sexual son frecuentes en los pacientes afectados de artrosis de cadera. En un estudio realizado en 121 pacientes, el 67% de los encuestados referían tener problemas sexuales. Era más frecuente en mujeres y lo relacionaban con el dolor y la rigidez¹⁸. Otro de los aspectos referidos era la falta de comunicación entre los médicos y los pacientes. En un estudio retrospectivo más reciente, el 89% de los pacientes que habían sido sometidos a una artroplastia de cadera referían que la artrosis de cadera limitaba su vida sexual antes de la prótesis¹⁹. Según los datos de una revisión sistemática, la calidad de vida relacionada con la sexualidad después de una prótesis total de cadera mejora, pero la magnitud del efecto es muy variable (0-77%)²⁷.

La falta de comunicación y comprensión de la enfermedad por parte de la pareja o, en ocasiones, demasiada atención por parte del conyugue por miedo de hacer daño físicamente, puede ser otro aspecto que dificulta las relaciones sexuales^{23,28}.

Correo electrónico: m.romera@bellvitgehospital.cat

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.02.011>

1699-258X/© 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

En la atención del paciente reumático existe una falta de comunicación en lo que concierne a la sexualidad. Existen barreras por parte de los pacientes, bien por inseguridad para exponer el problema, bien por considerar que la sexualidad no es una enfermedad, bien por miedo de un posible juicio negativo por parte del médico o por creer que nada se puede hacer por los problemas sexuales²⁹.

El tema de la sexualidad no suele abordarse habitualmente en las consultas³⁰ y tampoco se hace referencia a ella en los cuestionarios utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud^{31,32}.

La evaluación de los problemas sexuales requiere de instrumentos válidos y fiables, y que sean fáciles de aplicar³³. En este sentido, se ha desarrollado en Francia un cuestionario con 10 preguntas sencillas sobre salud sexual en pacientes con AR, que ha sido validada en población del país vecino³⁴.

Apenas existe información en nuestro medio acerca de la prevalencia de las disfunciones sexuales en las enfermedades reumáticas. La identificación de aquellas causas que pueden provocarlas es un reto, dado el gran número de factores que pueden influir. Un primer paso sería la utilización de cuestionarios autoadministrados, fiables y validados para poder detectarlas. Por ello, se ha puesto en marcha en la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER) un proyecto para adaptar y validar en pacientes españoles con AR el cuestionario «Qualisex» desarrollado en Francia. Con este cuestionario se dispondrá de una herramienta que permitirá evaluar, tanto en práctica clínica como en investigación, este importante aspecto de la calidad de vida de nuestros pacientes. Se podrá utilizar en estudios observacionales y en ensayos clínicos para evaluar la eficacia de algunas intervenciones o incluso de nuevos tratamientos. También podría ser de interés utilizarlo en otras enfermedades reumáticas.

Las enfermedades reumáticas no deberían suponer ningún impedimento para mantener unas relaciones sexuales satisfactorias. Se debería recomendar planear la actividad sexual de acuerdo con el deseo y la condición física. Es fundamental la comunicación con la pareja sobre los sentimientos, deseos, juegos y necesidades sexuales. Hay que reconocer la importancia de los mimos, caricias y cualquier contacto físico.

Como consejos prácticos, se deberían evitar las temperaturas frías tomando una ducha o baño caliente, o utilizar una manta eléctrica para mantener una temperatura agradable. Es aconsejable estar descansado y relajado, tomar medicación para el dolor 30 min antes de tener relaciones y utilizar gel lubricante íntimo para disminuir las molestias durante el coito. Hay que evitar el tabaco y el alcohol. Se pueden recomendar aquellas posiciones sexuales más eficaces contra el dolor^{2,35,36} y recordar la importancia que tiene la confianza con los profesionales de la salud.

La parte más atractiva del cuerpo es la mente, y la actitud lo es todo.

Bibliografía

1. WHO: Sexual health document series. Geneva: World Health Organisation; 2006.
2. Elst P, Sybesma T, van der Stadt RJ, Prins AP, Muller WH, den Butter A. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 1984;27:217-20.
3. Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2006;25:822-30.
4. Josefsson KA, Gard G. Women's experiences of sexual health when living with rheumatoid arthritis- An explorative qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2010;11:1-8.
5. Helland Y, Kjekken I, Steen E, Kvien TK, Hauge MI, Dagfinrud H. Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies. *Arthritis Care Res*. 2011;63:743-50.
6. Xibillé-Friedmann D, Alvarez-Fuentes M, Flores-Flores G, Gudiño-Quiroz J, Cruz-Valdez A. Percepción de la sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. *Reumatol Clin*. 2005;1:20-4.
7. Van Berlo WTM, van de Wiel HB, Taal E, Rasker JJ, Weijmar Schultz WC, van Rijswijk MH. Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: A multicenter study. *Clin Rheumatol*. 2007;26:30-8.
8. Isik H, Isik M, Aynioğlu O, Karcaaltincaba D, Sahbaz A, Beyazcicek T, et al. Are the women with Sjögren's Syndrome satisfied with their sexual activity? *Rev Bras Reumatol*. 2017;57:210-6.
9. Maddali Bonghi S, del Rosso A, Orlandi M, Matucci-Cerinic M. Gynaecological symptoms and sexual disability in women with primary Sjögren and sicca syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2013;31:683-90.
10. Priori R, Minniti A, Derme M, Antonazzo B, Brancatisano F, Chirini S, et al. Quality of sexual life in women with primary Sjögren syndrome. *J Rheumatol*. 2015;42:1427-31.
11. García Morales M, Callejas Rubio JL, Peralta-Ramirez MI, Henares Romero LJ, Ríos Fernández R, Camps García MT, et al. Impaired sexual function in women with systemic lupus erythematosus: A cross-sectional study. *Lupus*. 2013;22:987-95.
12. Yin R, Xu B, Li L, Fu T, Zhang L, Zhang Q, et al. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:1-4.
13. Levis B, Burri A, Hudson M, Baron M, Thombs BD, Canadian Scleroderma Research Group (CSRG). Sexual activity and impairment in women with systemic sclerosis compared to women from a general population sample. *PLoS One*. 2012;7:1-8, e52129.
14. Levis B, Hudson M, Knafo R, Baron M, Nielson WR, Hill M, et al. Rates and correlates of sexual activity and impairment among women with systemic sclerosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:340-50.
15. Piriidar T, Müezzinoğlu T, Pirildar S. Sexual function in ankylosing spondylitis a study of 65 men. *J Urol*. 2004;171:598-600.
16. Healey EL, Haywood KI, Jordan KP, Garratt AM, Ryan S, Packham JC. Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Reumatol*. 2009;48:1378-81.
17. Kurizky PS, Henrique da Mota LM. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis - A systematic review. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52:938-48.
18. Currey HLF. Osteoarthritis of the hip joint and sexual activity. *Ann Rheum Dis*. 1970;29:488-93.
19. Lavernia CJ, Villa JM. High rates of interest in sex in patients with hip arthritis. *Clin Orthop Relat Res*. 2016;474:293-9.
20. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: Education and employment. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:1440-3.
21. Skopouli FN, Papanikolaou S, Malamou-Mitsi V, Papanikolaou N, Moutsopoulos HM. Obstetric and gynaecological profile in patients with primary Sjögren syndrome. *Ann Rheum Dis*. 1994;53:569-73.
22. Van Nimwegen JF, Arends S, van Zuiden GS, Vissink A, Frans GM, Kroese FGM, et al. The impact of primary Sjögren's syndrome on female sexual function. *Rheumatology*. 2015;54:1286-93.
23. Ostensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004;18:219-32.
24. Ostensen M. Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol*. 2017;13:485-93.
25. Cabete J, Torres T, Vilarinho T, Ferreira A, Selores M. Erectile dysfunction in psoriasis patients. *Eur J Dermatol*. 2014;24:482-6.
26. Liu CC, Lin YC, Lo CP, Chang TP. Cauda equina syndrome and dural ectasia: Rare manifestations in chronic ankylosing spondylitis. *Br J Radiol*. 2011;84:e123-5.
27. Harmsen RT, Haanstra TM, Siersevelt IN, Jansma EP, Nolte PA, Nicolai MP, et al. Does total hip replacement affect sexual quality of life? *BMC Musculoskeletal Disord*. 2016;17:198.
28. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatol*. 2003;42:280-6.
29. Helland Y, Dagfinrud H, Haugen MI, Kjekken I, Zangi H. Patients perspectives on information on communication about sexual and relational issues in rheumatology health care. *Musculoskeletal Care*. 2017;15:131-9.
30. Helland Y, Garratt A, Kjekken I, Kvien TK, Dagfinrud H. Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: Results of a survey of health professionals. *Scand J Rheumatol*. 2013;42:20-6.
31. Gossec L, Paternotte S, Aanerud GJ, Balanescu A, Boumpas DT, Carmona L, et al. Finalization and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: A EULAR initiative. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:935-42.
32. Esteve-Vives J, Battle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ): Reliability, validity and transcultural equivalency Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *J Rheumatol*. 1993;20:2116-22.
33. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria*. 2012;44:516-26.
34. Gossec L, Solano C, Paternotte S, Beauvais C, Guadin P, von Krause G, et al. Elaboration and validation of a questionnaire (Qualisex) to assess the impact of rheumatoid arthritis on sexuality with patient involvement. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30:505-13.
35. Charbonnier C, Chagué S, Ponzoni M, Bernardoni M, Hoffmeyer P, Christofilopoulos P. Sexual activity after total hip arthroplasty: A motion capture study. *J Arthroplasty*. 2014;29:640-7.
36. Almeida PH, Castro Ferreira Cd, Kurizky PS, Muniz LF, Mota LM. How the rheumatologist can guide the patient with rheumatoid arthritis on sexual function. *Rev Bras Reumatol*. 2015;55:458-63.