

Artículo original

Disfunción sexual en mujeres con esclerosis sistémica

Sexual dysfunction in women with systemic sclerosis

Marina Soledad Dalpiaz¹, Juan Manuel Argüello¹, María Florencia Rodríguez¹, Marta Norma Mamani¹, Anastasia Secco¹, María Natalia Tamborenea¹, Eduardo Mario Kerzberg², Sandra Fabiana Montoya², Carolina Aimó², Fernando Manuel Villalobos², Eliana Rebeca Serrano³, María Elena Crespo Espíndola⁴, Ana Lía Gervilla Galán⁵, Andrea Marisol Flores⁶

RESUMEN

Palabras clave: esclerodermia sistémica; esclerosis sistémica; actividad sexual; conducta sexual; disfunción sexual fisiológica; sexualidad; mujeres.

Introducción: la disfunción sexual (DS) es común entre las mujeres con enfermedades crónicas, incluyendo esclerosis sistémica (ES). Se ha asociado con características como la duración de la enfermedad, dolor, disminución de la actividad funcional, entre otras. Desde nuestro conocimiento, aún no contamos con datos locales.

Objetivos: evaluar la frecuencia de DS en mujeres con ES; describir las características sociodemográficas, clínicas y psicológicas asociadas con la DS en mujeres con ES.

Materiales y métodos: estudio observacional, analítico y de corte transversal. Se incluyeron mujeres de entre 20 y 59 años con diagnóstico de ES, según los criterios de clasificación del *European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology* (ACR/EULAR 2013). Se excluyeron pacientes con enfermedades crónicas no controladas, otras patologías reumatológicas autoinmunes, e inactividad sexual o patología genitourinaria no relacionadas a ES en las últimas 4 semanas. La DS se evaluó con la versión en español del cuestionario índice de función sexual femenina (*Female sexual function index*, FSFI).

Resultados: se incluyeron 56 pacientes. El 78,57% presentó DS y 19,64% era sexualmente inactiva debido a la enfermedad. Escala visual análoga (EVA) de fatiga (coeficiente β : -0,08, IC 95%: -0,14 a -0,02; $p < 0,01$), edad (coeficiente β : -0,23, IC 95%: -0,40 a -0,05; $p = 0,01$) y fibromialgia (coeficiente β : -11,90, IC 95%: -17,98 a -5,82; $p < 0,01$) mostraron una asociación significativa e independiente con DS en el análisis multivariado.

Conclusiones: la DS es frecuente entre las mujeres con ES, y las pacientes más jóvenes, sin fibromialgia y con menor fatiga presentaron una mejor funcionalidad sexual.

ABSTRACT

Key words: systemic scleroderma; systemic sclerosis; sexual activity; sexual behavior; physiological sexual dysfunction; sexuality, women.

- ¹ Servicio de Reumatología, Hospital Bernardino Rivadavia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ² Servicio de Reumatología, Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ³ Servicio de Reumatología, Hospital Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- ⁴ Servicio de Reumatología, Hospital Señor del Milagro, Salta, Argentina
- ⁵ Servicio de Reumatología, Hospital San Roque, San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina
- ⁶ Servicio de Reumatología, Hospital José María Penna, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Marina Soledad Dalpiaz

E-mail: marinasdalpiaz@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 17/01/22

Fecha de trabajo aceptado: 22/02/22

Conflictos de interés: los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Introduction: sexual impairment (SI) is common among women with chronic diseases, including systemic sclerosis (SSc). It has been associated with characteristics such as the duration of the disease, pain, decreased functional activity, among others. To the best of our knowledge, we still do not have local data.

Objectives: to evaluate the frequency of SI in women with SSc. To describe the sociodemographic characteristics, disease itself and psychological items associated with SI in women with SSc.

Materials and methods: observational, analytical, cross-sectional study. We included women between 20 and 59 years diagnosed with SSc according to 2013 classification criteria ACR/EULAR. We excluded patients with uncontrolled chronic diseases or other autoimmune rheumatologic diseases and patients who, in the last 4 weeks, had dyspareunia or were sexually inactive due to causes not attributable to their disease. SI was assessed using the Spanish version of female sexual function index questionnaire (FSFI).

Results: 56 patients were included. 78.57% presented SI and 19.64% of them were sexually inactive patients due to the disease. Fatigue VAS (β coefficient: -0.08, CI 95%: -0.14 to -0.02; $p < 0.01$), age (β coefficient: -0.23, CI 95%: -0.40 to -0.05; $p = 0.01$) and fibromyalgia (β coefficient: -11.90, CI 95%: -17.98 to -5.82; $p < 0.01$) showed significant and independent association with SI in the multivariate analysis.

Conclusions: SI is frequent among women with SSc, and younger patients, without fibromyalgia and with less fatigue have better sexual function.

INTRODUCCIÓN

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por alteraciones microvasculares, inflamación perivascular y acumulación excesiva de colágeno, que causa fibrosis en la piel y en los órganos internos. Las complicaciones por afectación de órganos reducen tanto la calidad de vida como la sobrevivencia global¹. Aproximadamente el 80% de los pacientes con ES es mujer, con un rango de edad de inicio de la enfermedad entre los 30-60 años².

La disfunción sexual (DS) es común entre las mujeres con enfermedades crónicas³, incluyendo ES⁴⁻⁹. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), las disfunciones sexuales son un grupo de trastornos heterogéneos, típicamente caracterizados por una alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual¹¹. La sexualidad es un aspecto importante de la calidad de vida que, a menudo, se descuida en los estudios de investigación. En la práctica clínica habitual, se suele focalizar en la fertilidad, el embarazo o la anticoncepción^{8-10,12}.

Existen estudios sobre la funcionalidad sexual de las mujeres con ES que concluyeron que es común en base a la frecuencia de los problemas reportados^{4,12}, comparaciones con la población general^{5,6,9} y comparaciones con mujeres con otras enfermedades crónicas⁸. Entre los problemas más comunes se mencionan: sequedad vaginal, relaciones sexuales dolorosas y disminución de la frecuencia e intensidad de los orgasmos^{4,9}. La DS se ha asociado con la duración de la enfermedad y problemas maritales⁵. También el endurecimiento de la piel, debilidad muscular, dolor

en las articulaciones, deformidad y disminución de la actividad funcional pueden tener un impacto negativo en la sexualidad femenina y en el funcionamiento sexual^{7,8,10}.

Sin embargo, los estudios existentes han sido limitados por diferentes motivos: el uso de herramientas no validadas para evaluar el deterioro y los trastornos de la función sexual^{4,12}, no distinguir explícitamente entre inactividad sexual y DS¹³⁻¹⁶, y el pequeño tamaño muestral^{4-6,8,12}. Por otro lado, no hemos encontrado estudios en nuestro país que evaluaran el impacto de la ES en la funcionalidad sexual.

OBJETIVOS

- Determinar la frecuencia de pacientes mujeres con ES y DS.
- Establecer si la prevalencia de esclerodermia difusa, úlceras digitales, enfermedad pulmonar intersticial, hipertensión pulmonar (HTP), anemia, discapacidad funcional, disnea moderada a severa, artritis, miositis, reflujo gastroesofágico e insatisfacción con respecto a la imagen corporal es mayor en pacientes con ES y DS, que en aquellas sin DS asociada.
- Verificar si el promedio del grado de compromiso de esclerosis de la piel, tiempo de evolución de la enfermedad, grado de fenómeno de Raynaud, dolor, fatiga, disnea, discapacidad funcional, ansiedad y depresión es mayor en pacientes con ES y DS, que en aquellas sin DS asociada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal, realizado entre diciembre de 2016 y agosto de 2018. Se incluyeron mujeres de entre 20 y 59 años con diagnóstico de ES, según los criterios de clasificación del *European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology* (ACR/EULAR 2013)¹⁷, de seis centros públicos de Reumatología de Argentina, participantes de la "Jornada multidisciplinaria de detección precoz de la esclerodermia" (Hospital Bernardino Rivadavia, 6 de julio de 2018) e integrantes de la Asociación Argentina de Esclerodermia y Raynaud. La elección del grupo etario correspondió a la edad de la población en la que se llevó a cabo la validación del cuestionario *Female sexual function index* (FSFI) empleado en este trabajo, el cual se diseñó para evaluar la funcionalidad sexual femenina¹⁸.

Se excluyeron pacientes con otras enfermedades crónicas no controladas (por ejemplo, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, diabetes mellitus, vasculopatía periférica, entre otras) o con otras patologías reumatológicas autoinmunes asociadas (por ejemplo, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, miopatías inflamatorias, síndrome de Sjögren, entre otras). Tampoco se incluyeron a quienes en las últimas 4 semanas hayan referido inactividad sexual por causas no relacionadas a ES (por ejemplo, discrepancias con su pareja en el deseo de tener actividad sexual o convicciones religiosas o culturales) o manifestado patología genitourinaria no atribuible a la ES por considerarse posible causa de dispareunia (lesiones de piel y/o mucosas del área genital, infecciones urogenital, tumores pélvicos, endometriosis, entre otras).

El estudio se realizó de acuerdo a la regulación vigente para estudios observacionales y fue aprobado por los Comité de Ética institucionales; todos los pacientes debieron dar su consentimiento informado por escrito para participar del estudio.

Se tuvieron en cuenta variables demográficas y de tratamiento. La DS se evaluó con la versión en español del cuestionario autorreportado FSFI¹⁸, el cual fue validado en mujeres de América Latina con edades de entre 20 y 59 años, y tiene en cuenta las últimas 4 semanas.

El cuestionario FSFI consta de 19 preguntas organizadas en seis dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). Las respuestas se puntúan del 0 al 5. Primero se obtiene el puntaje de cada dominio sumando el valor de cada pregunta perteneciente al mismo dominio y luego multiplicándolo por el factor correspondiente. Por último, al sumar los puntajes de cada uno de los seis dominios, se logra el puntaje final. El mismo va de 2 a 36. Puntajes totales o subescalas con mayor puntuación indican una mejor funcionalidad sexual¹⁹. Se estableció como criterio de DS el punto de corte de 26,55²⁰.

Se evaluaron las siguientes características clínicas: el grado de esclerosis de la piel (mediante el score de Rodnan modificado)²¹, la clasificación de la enfermedad en ES limitada o difusa (según los subgrupos clínicos definidos por LeRoy et al. en 1988)²², el tiempo de evolución de la enfermedad al momento de la evaluación (definido como el tiempo transcurrido en años desde la primera manifestación, distinta al fenómeno de

Raynaud, y constatada por un médico hasta el momento de la participación en este trabajo), la presencia de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) (mediante tomografía de tórax y/o examen funcional respiratorio realizados en cualquier momento durante el curso de su enfermedad) y HTP (definida por una presión sistólica de la arteria pulmonar -PSAP- hallada por ecocardiograma, mayor o igual a 40 mmHg, o mediante cateterismo cardíaco resultando en una presión media de la arteria pulmonar mayor a 25 mmHg en reposo o mayor a 30 mmHg en actividad²³), el grado de discapacidad funcional (mediante la versión argentina del *Health Assessment Questionnaire*, HAQ-A)²⁴, el nivel de satisfacción respecto de la imagen corporal (referido por la paciente como “muy satisfecha”, “medianamente satisfecha” o “insatisfecha”), ansiedad y depresión (mediante las subescalas correspondientes del cuestionario autorreportado *Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS), versión en español²⁵.

Teniendo en cuenta las últimas 4 semanas, se evaluó la presencia de: úlceras digitales y el número de dedos comprometidos (incluyendo también necrosis digital, autoamputación y amputación quirúrgica constatadas por un médico), reflujo gastroesofágico (referido por la paciente), artritis (constatada por un médico), miositis (definida por la presencia de debilidad muscular, constatada por un médico, asociada a enzimas musculares elevadas, ya sea creatina-fosfoquinasa -CPK por sus siglas en inglés- o aldolasa) y anemia de trastornos crónicos (definida por hemoglobina menor a 12 g/dl y sin otra causa que la explique). Considerando el mismo período de tiempo, también se evaluó el grado de: fenómeno de Raynaud, dolor y fatiga (estos tres mediante escala visual análoga -EVA- del paciente de 0 a 100 mm, siendo 0 ausencia de fenómeno de Raynaud y 100 el máximo de severidad del mismo) y de disnea (atribuible la misma a EPI, compromiso cardíaco y/o HTP secundaria a la enfermedad, según la clasificación de la *New York Heart Association*, NYHA)^{26,27}.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables a controlar: consumo de alcohol (a través de preguntas extraídas del método progresivo de la Organización Mundial de la Salud -OMS- para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, *STEPwise approach to noncommunicable disease risk fac-*

tor surveillance, STEP)²⁸, tabaquismo (mediante el número de paquetes/año, definido como la “cantidad de cigarrillos diarios por la cantidad de años de consumo/20 cigarrillos”), consumo de otras sustancias ilegales estimulantes (como anfetamina, cocaína, heroína, 3,4-metilendioximetanfetamina), fibromialgia (según criterios clasificatorios ACR 1990)²⁹, osteoartritis sintomática de rodilla, manos y/o cadera (de acuerdo a la definición por EULAR, consistente en la presencia de dolor, rigidez matinal de corta duración y limitación funcional, asociados a crepitación, movimiento restringido y tumefacción ósea, sin requerimiento de imágenes)³⁰⁻³², antecedente de hipertensión arterial (HTA) (según la definición de OMS en conjunto con la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial para adultos de 18 años o mayores, considerando como tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, sin tomar antihipertensivos ni padecer enfermedad aguda, basada en el promedio de dos o más lecturas efectuadas en dos o más visitas luego de la primera entrevista)³³, y medicación que afecte funcionalidad sexual, incluida medicación cardiovascular (betabloqueantes, diuréticos), gastrointestinal (antiulcerosos, antiácidos, antiespasmódicos), opioides (metadona, tramadol), hormonal (terapia de reemplazo hormonal, anticonceptivos orales), inmunosupresores, glucocorticoides, psicofármacos (litio, antipsicóticos típicos y atípicos, antidepresivos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores de la monoaminoxidasa, tricíclicos, y ansiolíticos como las benzodiazepinas), antihistamínicos (H1) (clorfeniramina, difenhidramina) y antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina).

Análisis estadístico

Dado que en la bibliografía se reportó un 60% de DS en pacientes con esclerodermia sexualmente activas^{9,34,35}, y que nuestra hipótesis planteó que la frecuencia fue mayor (80%), considerando un poder del 90% y un nivel de significancia del 5%, se necesitó un tamaño muestral de 55 pacientes.

Para la estadística descriptiva se calculó la proporción de pacientes con DS. Las variables continuas se reportaron como media y desvío estándar (DE) o mediana, y rango intercuartílico

(RIC), según distribución y tamaño muestral.

Para evaluar las diferencias entre los pacientes con y sin DS, se emplearon para las variables categóricas test exacto de Fisher o Chi cuadrado según tabla esperada de distribución de frecuencia. Para las variables continuas, T test o Mann Whitney según distribución y tamaño muestral.

Se elaboró un modelo de regresión logística tomando como variable dependiente la DS. Se incluyeron todas aquellas variables que hayan mostrado una *p* menor o igual a 0,2 en el análisis univariado. En el modelo final quedaron las variables que demostraron una asociación significativa con la presencia de DS y/o variable a controlar. Se evaluó la linealidad de las variables continuas incluidas en el análisis multivariado.

RESULTADOS

Se reclutaron 70 pacientes. Se excluyeron 14: una paciente por presentar prolapso uterino y 13 por referir inactividad sexual en las 4 semanas previas por cuestiones no relacionadas con la ES. Finalmente, para el análisis, se incluyeron 56 pacientes.

Las características sociodemográficas se describen en la Tabla 1. La media de edad fue de 44,54 años \pm 9,82, y 24 pacientes (42,86%) eran posmenopáusicas. La mayoría se atendía en centros de Reumatología públicos (n:50; 89,28%). El nivel educativo más frecuentemente alcanzado fue el secundario completo (n:19; 33,93%). En relación al estado de convivencia, la mayoría se encontraba en pareja y conviviendo (n:20; 35,71%), o casada y conviviendo (n:17; 30,36%). Y la medicación más comúnmente recibida fue cardiovascular (n:39; 69,64%), gastrointestinal (n:38; 67,86%) e inmunosupresora (n:28; 50%).

Respecto de los resultados de funcionalidad sexual, 44 pacientes (78,57%) presentaron DS y 11 de ellas (19,64% del total) correspondieron a pacientes sexualmente inactivas debido a la enfermedad. La media del puntaje total del cuestionario FSFI en la totalidad de la población estudiada fue de 21,02 (\pm 8,07). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la mediana del puntaje total del FSFI en la subpoblación con ES limitada (23,1, RIC 16-25.7) comparada con la correspondiente a la subpoblación con ES difusa (22,8, RIC 18.2-26.25) (*p*=0,52).

En la Tabla 2 se muestran características clínicas generales de la población que se tomaron

en cuenta como posibles variables a controlar. Respecto de las características clínicas específicas de la enfermedad, 40 pacientes (71,43%) correspondían a ES limitada y 16 (28,57%) a ES difusa. La mediana del score de Rodnan modificado fue de 6 (RIC 2-9) y la mediana del tiempo desde el primer síntoma distinto al fenómeno de Raynaud fue de 5 años (RIC 2.5-10). Dentro de las manifestaciones sistémicas (Gráfico 1), las más frecuentes fueron reflujo gastroesofágico (n:28; 50%) y enfermedad pulmonar intersticial (n:15; 26,79%), seguidas por la presencia de úlceras digitales y artritis en igual proporción (n:8; 14,29%), anemia de trastornos crónicos (n:6; 10,71%), HTP (n:3; 5,36%) y miositis (n:2; 3,57%). La mediana del número de úlceras digitales fue de 2,5 (RIC 2-4).

En la Tabla 3 se observa la media de la EVA del dolor, fatiga y fenómeno de Raynaud referido por las pacientes, así como la frecuencia de los distintos grados de disnea. Según lo reportado por el HAQ-A, 18 pacientes (32,14%) presentaron discapacidad funcional y en el 50% de los casos fue severa. Respecto de su imagen corporal, solamente ocho de 56 pacientes (14,29%) refirieron estar muy satisfechas con la misma. Y en cuanto a los resultados del HADS, la mayoría de las pacientes (n:9; 60%; n:8; 53,33%) obtuvo un puntaje de 0 a 7 en las subescalas de depresión y ansiedad respectivamente, lo que representó ausencia de patología. Dos (13,33%) y tres pacientes (20%) obtuvieron un puntaje de 8 a 10 en las subescalas de depresión y ansiedad respectivamente, considerándose casos *borderline*. Y cuatro pacientes (26,67%) obtuvieron un puntaje de 11 a 21 en ambas subescalas, tratándose de mujeres con sintomatología relevante y probables casos de ansiedad y depresión (Tabla 4).

Las variables que demostraron asociación significativa con DS en el análisis univariado fueron: EVA de fatiga (coeficiente β : -0,09, IC 95%: -0,16 a -0,02; *p*<0,01), EVA de dolor (coeficiente β : -0,07, IC 95%: -0,14 a -0,005; *p*=0,03), edad (coeficiente β : -0,33, IC 95%: -0,53 a -0,12; *p*<0,01), fibromialgia (coeficiente β : -14,49, IC 95%: -21,05 a -7,94; *p*<0,01) y satisfacción alta respecto de la imagen corporal tomando como referencia insatisfacción (coeficiente β : 7,38, IC 95%: 0,64 a 14,12; *p*=0,03). No se encontró asociación significativa entre probables casos de ansiedad o depresión y DS. Las variables que reflejaron una

asociación significativa e independiente en el análisis multivariado fueron: EVA de fatiga (coeficiente β : -0,08, IC 95%: -0,14 a -0,02; $p < 0,01$), edad (coeficiente β : -0,23, IC 95%: -0,40 a -0,05; $p = 0,01$) y fibromialgia (coeficiente β : -11,90, IC 95%: -17,98 a -5,82; $p < 0,01$).

Tabla 1: Características sociodemográficas	
	N:56
Edad , años (media \pm DE)	44,54 \pm 9,82
Centro , n (%)	
Público	50 (89,28)
Privado	6 (10,71)
Nivel educativo , n (%)	
Secundario incompleto o menor nivel (primario completo o incompleto, o analfabetismo)	23 (41,07)
Secundario completo o mayor nivel (terciario completo o incompleto, y universitario completo o incompleto)	33 (58,93)
Estado de convivencia , n (%)	
Casada y convive	17 (30,36)
Casada y no convive	4 (7,14)
En pareja y convive	20 (35,71)
En pareja y no convive	5 (8,93)
Divorciada	4 (7,14)
Viuda	0 (0)
Soltera	6 (10,71)
Posmenopausia , n (%)	24 (42,86)
Medicación habitual , n (%)	
Antidepresivos	2 (3,57)
Antipsicóticos	1 (1,79)
Anticonceptivos orales	6 (10,71)
Terapia de reemplazo hormonal	1 (1,79)
Sedantes	2 (3,57)
Opiáceos	2 (3,57)
Cardiovasculares	39 (69,64)
Gastrointestinales	38 (67,86)
Inmunosupresores	28 (50)
Glucocorticoides	9 (16,07)
Antihistamínicos (H1)	0 (0)
Antiepilépticos	1 (1,79)

Tabla 2: Características clínicas (variables a controlar)	
	N:56
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses , n (%)	26 (46,43)
Tabaquismo , n (%)	2 (3,57)
Paquetes/año , mediana (RIC)	15,7 (1,4-30)
Otras sustancias , n (%)	1 (1,82)*
Fibromialgia , n (%)	5 (8,93)
Osteoartrosis , n (%)	5 (8,93)
Hipertensión arterial , n (%)	2 (3,57)

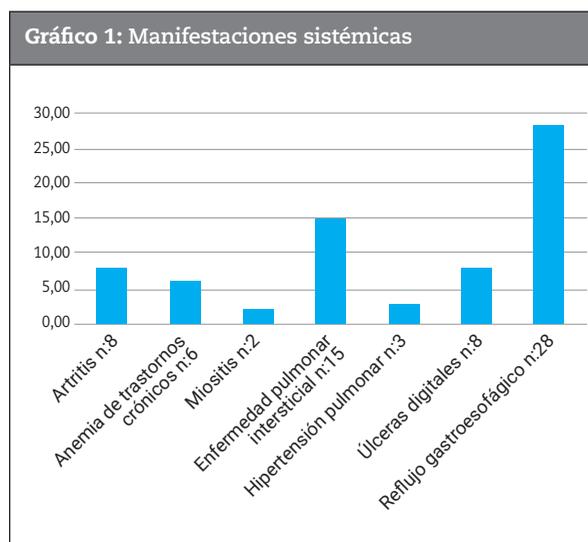
*Cannabis.

Tabla 3: Características clínicas	
	N:56
EVA , media \pm DE	
Dolor	49,82 \pm 32,05
Fatiga	44,10 \pm 29,83
Fenómeno de raynaud	55,27 \pm 31,38
Disnea, capacidad funcional , n (%)	
Clase I	39 (69,64)
Clase II	11 (19,64)
Clase III	3 (5,36)
Clase IV	3 (5,36)

EVA: escala visual análoga; DE: desvío estándar.

Tabla 4: Características clínicas	
	N:56
Satisfacción respecto de la imagen corporal , n (%)	
Insatisfecha	17 (30,36)
Moderadamente satisfecha	31 (55,36)
Muy satisfecha	8 (14,29)
HAQ-A , n (%)	
Sin discapacidad (0-0,87)	38 (67,86)
Discapacidad funcional (0,88-1,25)	9 (16,07)
Discapacidad severa (1,26-3)	9 (16,07)
HAQ-A , n (%)	
Sin discapacidad (0-0,87)	38 (67,86)
Discapacidad funcional (0,88-1,25)	9 (16,07)
Discapacidad severa (1,26-3)	9 (16,07)
HADS-subescala de ansiedad	
0-7	8 (53,33)
8-10	3 (20)
11-21	4 (26)
HADS-subescala de depresión	
0-7	9 (60)
8-10	2 (13,33)
11-21	4 (26)

HAQ-A: Health Assessment Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.



DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio fue que, de un total de 56 pacientes, 44 (78,57%) presentaron DS y 11 de ellas (19,64% del total) correspondieron a pacientes sexualmente inactivas debido a la enfermedad. La media del puntaje total del cuestionario FSFI fue de 21,02 ($\pm 8,07$), siendo 26,55 el punto de corte por debajo del cual se clasifica como DS.

Hasta el día de hoy, varios estudios usaron el FSFI para evaluar la DS en ES^{9,13-16,34-36}. Desde nuestro conocimiento, este es el primer estudio que evaluó la DS en mujeres con ES en Argentina.

Como se explicó previamente, el cuestionario FSFI utilizado para evaluar funcionalidad sexual consta de 19 preguntas, las cuales se puntúan del 0 al 5. Las opciones de respuesta en 15 de estas preguntas incluyen inactividad sexual como posibilidad, obteniendo en este caso un puntaje de 0¹⁹. Una de las principales fortalezas de este estudio es que excluye a pacientes sexualmente inactivas por causas ajenas a la enfermedad de base (convicciones religiosas y/o culturales, problemas con la pareja, etc.). De esta manera, al no clasificar erróneamente como casos de DS a estas pacientes como ocurrió en estudios anteriores^{4,13-16}, se evita sobrevalorar la frecuencia de esta patología en mujeres con ES. Por otro lado, los estudios que sí realizaron esta distinción y aplicaron el cuestionario FSFI solamente a las pacientes sexualmente activas, excluyeron pacientes con inactividad sexual, pero sin distinguir si se relacionaba con la enfermedad de base o no^{32,33}, lo cual consideramos que conduciría a subestimar la frecuencia de DS al no tener en cuenta a las pacientes con ES que refirieron ser sexualmente inactivas por la enfermedad de base.

Haber empleado el cuestionario FSFI para evaluar la DS, siendo una herramienta validada para tal fin, es otra fortaleza a destacar. Pero ello trae de la mano una limitación: la imposibilidad de incluir en el estudio a pacientes de 60 años o más, ya que el cuestionario FSFI fue validado en mujeres latinas de entre 20 y 59 años de edad, y desde nuestro conocimiento, no se dispone aún de un método que haya sido validado para evaluar la DS en este grupo etario.

Por el mismo motivo, no se incluyeron en el estudio a pacientes del género masculino: el cuestionario FSFI no ha sido validado en esta

población. Esto no significa que en los hombres con ES no sea posible la DS asociada a esta enfermedad de base. De hecho, entre los hombres con ES la disfunción eréctil es común, y suele aparecer varios años después del primer síntoma distinto al fenómeno de Raynaud³⁷⁻³⁹. Existen datos que sugieren que la prevalencia de disfunción eréctil masculina en ES es del 12-81%^{40,41}, siendo más frecuente que en pacientes con artritis reumatoidea (84% vs 59%; $p < 0,03$) y con fuerte asociación con fenómeno de Raynaud⁴⁰. Su patogénesis en ES aún no está del todo clara. Se han descartado causas neuropáticas y hormonales^{37,40,42}, y se postularon causas vasculares y cambios fibrosantes como posibles factores etiológicos^{10,43}.

Continuando con el análisis de la población incluida, la definición propuesta de EPI mediante tomografía de tórax y/o examen funcional respiratorio realizados en cualquier momento durante el curso de la enfermedad, es en sí una debilidad más del estudio. Pensamos que de haber considerado la presencia de EPI durante los 6 meses previos al inicio de la recolección de los datos, hubiera brindado más consistencia a esta variable, evitando la subestimación de la población con EPI, lo que pudo haber afectado la verdadera significancia de la asociación de esta manifestación clínica con DS.

Si bien se alcanzó el tamaño muestral calculado, su pequeño tamaño y la ausencia de un grupo control ameritan precaución en la interpretación de los resultados y podrían influir en la generalización de la información obtenida.

Ya existen publicaciones que encontraron relación entre la DS en ES y deterioro de su calidad de vida^{16,44}; sería interesante en un futuro estudiar en qué grado se encuentra afectada en la población aquí estudiada.

CONCLUSIONES

Observamos que la DS es frecuente en las mujeres con ES, y concuerda con lo informado por estudios similares^{34,35}. De acuerdo con nuestros resultados, las pacientes con menor fatiga, más jóvenes y sin fibromialgia presentaron una mejor funcionalidad sexual. Estas asociaciones se detectaron también en otros estudios^{9,13,14,34,36}.

En general los casos de DS tienden a ser subdiagnosticados por la dificultad en su manifestación de manera espontánea por la pa-

ciente, ya sea por exceso de pudor o falta de conocimiento de su probable vinculación con la patología autoinmune de base. Dada su alta frecuencia y su potencial impacto negativo en la calidad de vida, consideramos necesario e importante incorporar la funcionalidad sexual a la evaluación integral de la paciente con ES en la consulta médica con su reumatólogo, mediante un interrogatorio dirigido a abordar esta temática para aumentar así las posibilidades de detectarla. De esta manera, abrimos paso a la posibilidad de brindar apoyo y orientación a las pacientes para mejorar su calidad de vida desde un aspecto de la enfermedad que, de otra manera, pasaría desapercibido.

BIBLIOGRAFÍA

- Denton CP, Black CM, Abraham DJ. Mechanisms and consequences of fibrosis in systemic sclerosis. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2006 Mar;2(3):134-44.
- Mayes MD, Lacey JV Jr, Beebe-Dimmer J, Gillespie BW, Cooper B, Laing TJ, et al. Prevalence, incidence, survival, and disease characteristics of systemic sclerosis in a large US population. *Arthritis Rheum* 2003 Aug;48(8):2246-55.
- Nusbaum MR, Hamilton C, Lenahan P. Chronic illness and sexual functioning. *Am Fam Physician* 2003 Jan 15;67(2):347-54.
- Bhadauria S, Moser DK, Clements PJ, Singh RR, Lachenbruch PA, Pitkin RM, et al. Genital tract abnormalities and female sexual function impairment in systemic sclerosis. *Am J Obstet Gynecol* 1995 Feb;172(2 Pt 1):580-7.
- Schouffoer AA, Van der Marel J, Ter Kuile MM, Weijenberg PT, Voskuyl A, Vliet Vlieland CW, et al. Impaired sexual function in women with systemic sclerosis: a cross-sectional study. *Arthritis Rheum* 2009 Nov 15;61(11):1601-8.
- Anderson E, Triplett LM, Nietert PJ, Brown AN. Sexual function among women with connective tissue disease. *Curr Rheumatol Rev* 2009; 5(2):126-32.
- Knafo R, Haythornthwaite JA, Heinberg L, Wigley FM, Thombs BD. The association of body image dissatisfaction and pain with reduced sexual function in women with systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford)* 2011 Jun;50(6):1125-30.
- 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 (Oxford)* 2009 Oct;48(10):1300-3.
- Impens AJ, Rothman J, Schiopu E, Cole JC, Dang J, Gendrano N, Rosen RC, Seibold JR. Sexual activity and functioning in female scleroderma patients. *Clin Exp Rheumatol* 2009 May-Jun;27(3 Suppl 54):38-43.
- Impens AJ, Seibold JR. Vascular alterations and sexual function in systemic sclerosis. *International Journal of Rheumatology* 2010; 139020.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5®), 5° Ed. Arlington, VA. 2014; 423-450.
- Saad SC, Pietrzykowski JE, Lewis SS, Stepien AM, Latham VA, Messick S, et al. Vaginal lubrication in women with scleroderma and Sjogren's syndrome. *Sexuality and Disability* 1999 Feb;17(2):103-13.
- Faten F, Jawaher M, Noura S, Zouhir B. Sexual dysfunction in married women with Systemic Sclerosis. *Pan Afr Med J* 2014;17:82.
- Rosato E, Rossi C, Molinaro I, Di Giulio MA, Trombetta AC, Marra AM, et al. Sexual distress, sexual dysfunction and relationship quality in women with systemic sclerosis: correlation with clinical variables. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2014 Apr-Jun;27(2):279-85.
- Rosato E, Gigante A, Barbano B, La Marra F, Molinaro I, Quarta S, et al. Clitoral blood flow in systemic sclerosis women: correlation with disease clinical variables and female sexual dysfunction. *Rheumatology (Oxford)* 2013 Dec;52(12):2238-42.
- Maddali-Bongi S, Del Rosso A, Mikhaylova S, Baccini M, Mautucci-Cerinic M. Sexual function in Italian women with systemic sclerosis is affected by disease-related and psychological concerns. *J Rheumatol* 2013 Oct;40(10):1697-705.
- Van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2013 Nov;72(11):1747-55.
- Blümel JE, Binfa L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(2):118-125.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005 Jan-Feb;31(1):1-20.
- Clements P, Lachenbruch P, Siebold J, White B, Weiner S, Martin R, et al. Inter and intraobserver variability of total skin thickness score (modified Rodnan TSS) in systemic sclerosis. *J Rheumatol* 1995 Jul;22(7):1281-5.
- LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R, Jablonska S, Krieg T, Medsger TA Jr, et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. *J Rheumatol* 1988 Feb;15(2):202-5.
- Sociedad Argentina de Cardiología, Asociación Argentina de Medicina Respiratoria, Sociedad Argentina de Reumatología. Consenso para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar. *Revista Argentina de Cardiología* 2011 Mayo-Junio; 79(2):1-24.
- Citera G, Arriola MS, Maldonado-Cocco JA, Rosemffet MG, Sánchez MM, Goñi MA, et al. Validation and crosscultural adaptation of an Argentine Spanish version of the health assessment questionnaire disability index. *J Clin Rheumatol* 2004 Jun;10(3):110-5.
- Tejero A, Guimera E, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina U. Barcelona*. 1986; 12, 233-238.
- Heart Failure Society of America (HFSA) practice guidelines. HFSA guidelines for management of patients with heart failure caused by left ventricular systolic dysfunction pharmacological approaches. *J Card Fail* 1999 Dec;5(4):357-62.

27. AHA medical/scientific statement. 1994 revisions to classification of functional capacity and objective assessment of patients with diseases of the heart. *Circulation* 1994 Jul;90(1):644-5.
28. World Health Organization (Internet). STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance (STEPS). Disponible en: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps/manuals>.
29. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990 Feb;33(2):160-72.
30. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan B, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010 Mar;69(3):483-9.
31. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK, Bijlsma JW, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Ann Rheum Dis* 2009 Jan;68(1):8-17.
32. Zhang W, Doherty M. EULAR recommendations for knee and hip osteoarthritis: a critique of the methodology. *Br J Sports Med* 2006 Aug;40(8):664-9.
33. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension. Guidelines subcommittee. *J Hypertens* 1999 Feb;17(2):151-83.
34. Levis B, Hudson M, Knafo R, Baron M, Nielson WR, Hill M, et al. Canadian Scleroderma Research Group (CSRG). Rates and correlates of sexual activity and impairment among women with systemic sclerosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012 Mar;64(3):340-50.
35. 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(12):e52129.
36. Ferreira Cde C, da Mota LM, Oliveira AC, de Carvalho JF, Lima RA, Simaan CK, Rabelo Fde S, Sarmento JA, de Oliveira RB, Santos Neto LL. Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol* 2013 Feb;53(1):35-46. English, Portuguese.
37. Walker UA, Tyndall A, Ruszat R. Erectile dysfunction in systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis* 2009 Jul;68(7):1083-5.
38. Foocharoen C, Tyndall A, Hachulla E, Rosato E, Allanore Y, Farge-Bancel D, et al. Erectile dysfunction is frequent in systemic sclerosis and associated with severe disease: a study of the EULAR Scleroderma Trial and Research group. *Arthritis Res Ther* 2012 Feb 20;14(1):R37.
39. Keck AD, Foocharoen C, Rosato E, Smith V, Allanore Y, Distler O, et al. Nailfold capillary abnormalities in erectile dysfunction of systemic sclerosis: a EUSTAR group analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2014 Apr;53(4):639-43.
40. Hong P, Pope JE, Ouimet JM, Rullan E, Seibold JR. Erectile dysfunction associated with scleroderma: a case-control study of men with scleroderma and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004 Mar;31(3):508-13.
41. Simeon CP, Fonollosa V, Vilardell M, Ordi J, Solans R, Lima J. Impotence and Peyronie's disease in systemic sclerosis. *Clin Exp Rheumatol* 1994 Jul-Aug;12(4):464.
42. Lally EV, Jiménez SA. Erectile failure in systemic sclerosis. *N Engl J Med* 1990 May 10;322(19):1398-9.
43. Ostojic P, Damjanov N. The impact of depression, microvasculopathy, and fibrosis on development of erectile dysfunction in men with systemic sclerosis. *Clin Rheumatol* 2007 Oct;26(10):1671-4.
44. Sanchez K, Denys P, Giuliano F, Palazzo C, Bérezné A, Abid H, et al. Systemic sclerosis: Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms in 73 patients. *Presse Med* 2016 Apr;45(4 Pt 1):e79-89.