

PRUEBAS DE LABORATORIO BÁSICAS EN MEDICINA SEXUAL

FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Doctor en Medicina. Sexólogo Clínico. Xàtiva. Valencia. España

E mail: consultafsanchez@gmail.com

Web: <https://www.cuestionariosdesalud.com/>

Canal de YouTube: <http://www.youtube.com/c/FroilánSánchezSánchez>

Resumen

Las pruebas de laboratorio complementan a la entrevista clínica en el diagnóstico de diversos problemas sexuales. Su petición está indicada en disfunciones sexuales de origen adquirido y orgánico, en las debidas a causas médicas (enfermedades, tóxicos o fármacos), en disfunciones sexuales relacionadas con la edad o el momento vital, antes de recomendar anticoncepción hormonal, y en prácticas sexuales de riesgo.

Palabras clave: salud sexual, laboratorio, disfunción sexual.

Abstract: The laboratory tests complement to the clinical interview in the diagnosis of diverse sexual problems. His request is indicated in sexual dysfunctions of acquired and organic origin, in the due ones to medical reasons (diseases, toxins or medicaments), in sexual dysfunctions related to the age or the vital moment, before recommending hormonal contraception, and in sexual practices of risk.

Key Words: sexual health, laboratory, sexual dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La solicitud de pruebas de laboratorio constituye un recurso que complementa a la entrevista clínica en el diagnóstico de diversos problemas sexuales. En algunos de estos, su determinación es imprescindible para alcanzar un diagnóstico correcto.

En cada caso, la petición de pruebas se individualizará en función del contexto clínico, de los datos obtenidos durante la entrevista clínica, y de la accesibilidad y fiabilidad de la técnica.

La petición de pruebas de laboratorio es pertinente en determinadas prácticas sexuales, en disfunciones sexuales adquiridas, y en aquellas en las que se sospecha

un predominio orgánico que, recordemos, vienen caracterizadas por: su irrupción brusca, coincidiendo con traumatismo, enfermedad física o toma de sustancias, sin mediar problemas de pareja, estrés o trastorno psicológico; su irrupción lenta y progresiva, y evolución constante (permanente), aconteciendo en cualquier situación en la que se encuentre quien la sufre.

SITUACIONES CLÍNICAS EN LAS QUE SE CONSIDERA PERTINENTE LA SOLICITUD DE PRUEBAS DE LABORATORIO

1-Disfunciones sexuales por trastorno de la respuesta sexual:

- Deseo sexual hipoactivo masculino y femenino.
- Trastornos de la excitación sexual en la mujer
- Disfunción eréctil
- Trastornos orgásmicos adquiridos
- Eyaculación precoz adquirida.
- Dispareunia

2-Disfunciones sexuales cuya aparición está relacionada con la presencia de enfermedades médicas:

- Cardiovasculares
- Endocrino-metabólicas.
- Psiquiátricas.
- Neurológicas
- Prostáticas.
- Depauperantes (anemias, neoplasias, SIDA, etc.)

3-Disfunciones sexuales cuya aparición está relacionada con el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias de abuso) o de fármacos.

4-Disfunciones sexuales relacionadas con la edad o el momento del ciclo vital.

5-Contracepción hormonal.

6-Prácticas sexuales de riesgo.

DETERMINACIONES ANALÍTICAS BÁSICAS EN SALUD SEXUAL

- Hemograma completo (hematíes, hemoglobina, hematocrito, leucocitos, fórmula, plaquetas y velocidad de sedimentación).
- Glucemia basal
- Perfil lipídico (Colesterol total, HDL, LDL).
- Iones (Na, K)
- Pruebas de función renal y hepática (creatinina, urea, proteinuria en orina, transaminasas GOT y GPT, fosfatasa alcalina).
- FSH, LH y Prolactina.
- 17 beta Estradiol
- Testosterona libre o total.
- TSH y T4
- Cortisol plasmático y/o libre en orina de 24 horas.

DETERMINACIONES ANALÍTICAS ESPECÍFICAS EN DETERMINADAS ENTIDADES CLÍNICAS

1-Disfunciones sexuales por trastorno de la respuesta sexual:

- **Deseo sexual hipoactivo masculino:** Testosterona libre o total, SHBG, Prolactina, LH.
- **Deseo sexual hipoactivo femenino:** 17-beta estradiol, FSH, LH, Progesterona, Testosterona total, DHEAs, Prolactina.

2-Disfunciones sexuales asociadas a enfermedades médicas:

- **Cardiovasculares:** Iones (Na, K), MALB (microalbuminuria en tira, o en orina de 24 horas)
- **Endocrino-metabólicas:**
 - Diabetes Mellitus: Hemoglobina glicosilada (HbA1c).
 - Disfunción tiroidea: T3, T4 libre, TSH, Ac anti-TPO (antiperoxidasa)
- **Prostáticas:** Antígeno prostático específico (PSA): total, libre y cociente.

3-Disfunciones sexuales cuya aparición está relacionada con el consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias de abuso) o de fármacos: determinación en orina de sustancias específicas.

4-Disfunciones sexuales relacionadas con la edad o el momento del ciclo vital.

- **Síndrome de Déficit de Testosterona o Déficit Androgénico Sintomático:**
Testosterona libre o total, SHBG, Prolactina, LH
- **Climaterio:** 17-beta estradiol, FSH, LH, Progesterona, Testosterona total, DHEAs, Prolactina.

5-Contracepción hormonal:

Aunque, de acuerdo con el consenso de la Sociedad Española de Contracepción (SEC), ninguna analítica es imprescindible, basándonos en sus propias sugerencias, como examen de salud durante la adolescencia y como criterio de seguridad, se debe de solicitar:

- Hemograma completo (hematíes, hemoglobina, hematocrito, leucocitos, fórmula, plaquetas y velocidad de sedimentación).
- Perfil bioquímico elemental (glucemia, creatinina, colesterol, triglicéridos, GOT, GPT, bilirrubina total y fosfatasa alcalina).
- Estudio de coagulación (tiempo de protombina, TTPA, fibrinógeno e INR). La determinación de la resistencia a la proteína C activada (RPCA) sólo se considera en caso de trombofilia familiar.

No se requiere de manera rutinaria ninguna determinación hormonal.

5-Prácticas sexuales de riesgo:

- **Riesgo de embarazo:** Los tests de embarazo, ya sean de orina o de sangre, miden el nivel de la hormona HCG (gonadotropina coriónica humana), que es detectable unos 14 días después de la ovulación o posible fecundación (de ahí la conveniencia de esperar a realizarlos cuando exista un retraso menstrual de al menos 7 días)
- **Riesgo de ITS (infección de transmisión sexual):** Solicitud de pruebas en función del periodo de incubación (periodo ventana) de cada entidad clínica, al final del cual debe repetirse la prueba para asegurar su ausencia.

<i>Enfermedad</i>	<i>Prueba específica</i>	<i>Periodo de incubación</i>
Pruebas a realizar ante cualquier paciente con práctica sexual de riesgo		
Sífilis	VDRL ó RPR, FTA-ABS ó TPHA	De 18 a 27 días
Gonorrea	Tinción de Gram, cultivo de muestra uretral (en	De 2-7 días

	hombres) o cervical (mujeres)	
Virus Hepatitis B	Marcadores HBsAg, anti HBc	De 45-180 días
Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Serología VIH	Entre 14 y 180 días
Chlamydia trachomatis serotipo D-K	Cultivo celular	De 2 a 3 semanas
Pruebas a realizar si existe sospecha clínica		
Linfogranuloma venéreo (LGV) producido por Chlamydia trachomatis serotipo L1, L2, L3	Serología de LGV	En la mujer de 3 días a 5 semanas después del contacto con portador infectado y en el hombre 5 días
Úlcera herpética	Diagnóstico serológico del VHS-1, VHS-2 (útil en la primoinfección valorando aparición de IgM y/o seroconversión. Poco útil en recidivas	De 2 a 12 días
Condilomas acuminados	Citología de cuello del útero: infección por papilomavirus humanos (VPH)	De 1 a 20 meses
Virus Hepatitis A (VHA) y C (VHC)	Anti-VHA-IgM, Anti-VHC- IgM, ARN-VHC	Hepatitis A: 15 a 49 días. Hepatitis C: 14-160 días.
Virus Epstein-Barr (VEB)	Paul Bunnell. Serología para VEB	2-6 semanas
Infección por citomegalovirus (CMV)	Diagnóstico serológico (IgM solo en primoinfección no en las	3-12 semanas

	recurrencias)	
Candidiasis genital	Visualización directa mediante examen en fresco. Cultivo	De 2-5 días

BIBLIOGRAFIA:

1. Pérez Conchillo M, Borrás Valls JJ, Sánchez Sánchez F, Casaubón Alcaraz A. Sexo y Salud, Guía Práctica. Vizcaya: Eroski Publicaciones; 2006.
2. Kaplan HS. Evaluación de los trastornos sexuales. Barcelona: Ed. Grijalbo SA; 1985.
3. Sánchez Sánchez F. Deseo hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. Rev Int Androl 2010; 8(1):21-27.
4. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Eros los mundos de la sexualidad. Barcelona: Ed. Grijalbo SA;1996.
5. Montejo AJ, Llorca G, Izquierdo JA y Grupo español de trabajo para el estudio de las disfunciones sexuales secundarias a psicofármacos. Disfunciones sexuales iatrogénicas. Antidepresivos y antipsicóticos. Psiquiatría y Atención Primaria 2001; 1 (3):10-15.
6. Sanchez Sánchez F, Benítez Moreno JM, Brenes Bermúdez F, González Correales R, Villalva Quintana E. Grupo de Sexología de Semergen. Sexología. Documentos Semergen Doc. Madrid: Edicomplet, 2006.
7. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
8. Sánchez Sánchez F. El médico ante el anuncio televisivo de eyaculación precoz. Rev Int Androl 2010; 8(1):51-56.
9. Lucas M, Cabello F. Introducción a la sexología clínica. Madrid: Elsevier España SA; 2007.
10. Espinas J. Guía de Actuación en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2006.
11. McDermott MT. Secretos de la endocrinología. Madrid: McGraw-Hill Interamericana: 1999.