



Caso clínico

Disfunción sexual persistente tras el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: a propósito de un caso tras la retirada de paroxetina



Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez^{a,*}, Enrique Álvarez de Morales Gómez-Moreno^b, Jennifer Fernández Fernández^a, Carmen Fresno García^c y María del Mar Fernández Fernández^a

^a Centro de Salud Mental de Luarca, Luarca, Asturias, España

^b Centro de Salud Mental IV, Gijón, Asturias, España

^c Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Asturias, Oviedo, Asturias, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de mayo de 2017

Aceptado el 17 de mayo de 2017

Palabras clave:

Disfunción sexual persistente

Causas

Paroxetina

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Tratamiento

R E S U M E N

Evidencias recientes sugieren que la disfunción sexual que aparece con frecuencia durante el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) persiste en algunos pacientes tras la discontinuación del tratamiento. Se presenta un caso clínico que sugiere probabilidad elevada para realizar esta atribución causal tras la retirada de paroxetina, según los criterios sugeridos por Ben-Sheetrit et al. en el artículo «Post-SSRI sexual dysfunction»: varón joven sin enfermedad física concurrente, sin tratamientos farmacológicos ni uso de tóxicos (salvo consumo muy moderado y ocasional de alcohol) y libre de síntomas afectivos en el momento actual que pudieran explicar mejor la presencia de disfunción sexual. Doce semanas después de la retirada de paroxetina, persiste disminución de la libido y dificultades moderadas en el mantenimiento de la erección. El creciente interés por la evaluación de la disfunción sexual secundaria a antidepresivos, y el compromiso sobre la esfera sexual de nuestros pacientes, facilita la identificación de casos.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

Post-serotonine selective reuptake inhibitors persistent sexual dysfunction after serotonine selective reuptake inhibitors treatment: A case report after stopping paroxetine

A B S T R A C T

Recent evidence suggests that the sexual dysfunction that often appears during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) persists in some patients after stopping the treatment. A clinical case is presented that suggests a high probability having a causal relationship to the withdrawal of paroxetine according to the criteria suggested by Ben-Sheetrit et al. In the article 'Post-SSRI sexual dysfunction': a young male with no concurrent physical illness, with no drug treatments or use of toxic substances (except for very moderate and occasional consumption of alcohol), and free of affective symptoms at the present moment that could better explain the presence of sexual dysfunction. Twelve weeks after withdrawal of paroxetine, there was a persistent decrease in libido and moderate difficulties in maintaining erection. The increasing interest in the evaluation of sexual dysfunction secondary to antidepressants, and the commitment on the sexual sphere of our patients, facilitates the identification of cases.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. All rights reserved.

Keywords:

Persistent sexual dysfunction

Causes

Paroxetine

Serotonine selective reuptake inhibitors

Treatment

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asuntosmir@gmail.com (O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2017.05.004>

1134-5934/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

Introducción

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos antidepresivos más prescritos en muchos países¹. En este grupo de fármacos se incluyen citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina; la venlafaxina, a pesar de tener un mecanismo de acción dual, en dosis inferiores a 150 mg también actúa como ISRS. Aunque en general son bien tolerados, presentan una serie de efectos adversos entre los cuales se incluyen las alteraciones de la esfera sexual. Según han mostrado diversos estudios, este problema aparece más frecuentemente en varones que en mujeres^{2,3}.

Si bien la disfunción sexual es un efecto adverso que aparece con frecuencia en pacientes que siguen tratamiento con fármacos antidepresivos, resulta especialmente frecuente en aquellos a los que se les prescriben ISRS, llegando a alcanzar tasas de incidencia de hasta un 70% más altas en comparación con aquellos que siguen tratamiento con otros antidepresivos. Esto es debido a que un incremento en la disponibilidad de serotonina inhibe el deseo sexual, la eyaculación y el orgasmo, principalmente a través del agonismo de los receptores 5-HT₂ y 5-HT₃⁴.

Entre los efectos adversos que pueden producirse en la esfera sexual encontramos: anestesia genital, disminución de la libido, disfunción eréctil, disminución de la lubricación vaginal, alteraciones en la eyaculación (anhedonia eyaculatoria, eyaculación precoz y retraso eyaculatorio) o anorgasmia⁵.

Generalmente, se consideraba que estas disfunciones se presentaban durante la fase de mantenimiento de la medicación, y hasta hace no demasiado tiempo la creencia generalizada era que dichas alteraciones revertían al interrumpir el tratamiento con ISRS⁶. Sin embargo, evidencias recientes indican que en determinados casos la disfunción puede persistir varias semanas después de la discontinuación del tratamiento.

La disfunción sexual asociada a antidepresivos es un aspecto que se debería tener en consideración, dado el alto número de pacientes, sobre todo jóvenes, que abandonan el tratamiento a causa de este factor⁷, ya que esto supone además un malestar añadido a su cuadro afectivo de base. En cualquier caso, lo cierto es que son escasos los pacientes que lo verbalizan espontáneamente y que no siempre los clínicos exploran esta cuestión en profundidad, lo cual hace que sea difícil dar cifras exactas acerca de la frecuencia con la que aparecen este tipo de problemas⁸. Sería recomendable, por lo tanto, el realizar una adecuada exploración e historia clínica psicosexual previa a la administración de fármacos antidepresivos, con el fin de poder analizar de una forma más adecuada los posibles cambios posteriores.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 29 años, soltero, sin hijos. Durante los últimos 2 años vivió con su anterior pareja, y desde hace unos meses vive solo. Trabaja en el sector de la construcción. No presenta ninguna enfermedad física concomitante y no toma ningún tratamiento farmacológico de forma continuada. No refiere ninguna alergia medicamentosa conocida. No consume tóxicos, salvo alcohol de forma moderada y esporádica los fines de semana, y nunca antes había precisado atención en salud mental.

Acude a nuestra consulta, derivado desde atención primaria, por cuadro ansioso-depresivo de alrededor de 8 semanas de evolución, de tipo adaptativo, en reacción a ruptura sentimental y problemática familiar. El paciente presenta un cuadro clínico caracterizado por ánimo bajo, apatía y anhedonia, acompañándose el cuadro afectivo de sintomatología ansiosa que provocó en las últimas semanas 2 crisis de angustia que precisaron de atención en urgencias. Dos semanas antes de acudir a nuestra consulta, su médico de cabecera

le pauta escitalopram, en una dosis de 15 mg al día, que abandona el paciente unos días después, y por iniciativa propia, por mala tolerancia. Es en ese momento cuando se le deriva a nuestro servicio.

Se inicia tratamiento con paroxetina 10 mg cada 24 h, pasando unos días después a una dosis de mantenimiento de 20 mg al día junto con lorazepam 1 mg, si precisa por ansiedad y/o insomnio, como medicación de rescate.

Unas semanas después de introducir la medicación, el paciente comienza a referir alteraciones de la esfera sexual caracterizadas por disminución de la libido y disfunción eréctil. En ese momento se considera como un efecto adverso normal, producido por el tratamiento con paroxetina, y así se le explica al sujeto. Tras 35 semanas de mantener el tratamiento con esta dosis, el paciente se encuentra libre de sintomatología afectiva, no habiendo presentado tampoco ninguna crisis de ansiedad durante este periodo. Se inicia entonces la retirada progresiva de la medicación hasta suprimirla completamente en un plazo de 4 semanas, sin que haya precisado durante esta fase de reducción acudir a la pauta de rescate, excepto algún día aislado para ayudar a la inducción del sueño.

En ese momento se le da el alta por parte de psiquiatría y se deriva de nuevo a su médico de atención primaria.

Doce semanas después acude de nuevo a nuestra consulta derivado por su médico de cabecera. A pesar del tiempo transcurrido desde que se retiró completamente la medicación, el paciente refiere que persiste la disminución de la libido y que continúa presentando dificultades moderadas para el mantenimiento de la erección. En la exploración psicopatológica realizada en consulta se objetiva que el paciente se encuentra en ese momento libre de síntomas afectivos que pudiesen justificar la presencia de dichas alteraciones en la esfera sexual. Durante estas semanas ha tratado, sin éxito, de mantener relaciones en 3 ocasiones, no habiendo conseguido tampoco mantener una erección continuada mediante la masturbación. El sujeto asegura que antes de presentar este cuadro afectivo, y de comenzar el tratamiento con paroxetina, siempre había podido mantener una actividad sexual normalizada, más allá de algún caso aislado y relacionado con un exceso en la ingesta de alcohol.

Discusión

Durante años estuvo comúnmente aceptado que las alteraciones de la función sexual, secundarias a la administración de fármacos antidepresivos, se corregían con la retirada de la medicación. Sin embargo, recientemente han aparecido evidencias de que no siempre es así y que en ocasiones el problema persiste a pesar de la interrupción del tratamiento⁹.

En un estudio realizado por Ben-Sheetrit et al.¹⁰, en el que participaron 532 sujetos, se identificaron 183 posibles casos, incluyendo 23 casos con alta probabilidad. Los posibles casos eran sujetos con una función sexual normal previa al tratamiento, cuyas primeras alteraciones aparecieron tras la introducción del mismo, y que no se corrigieron tras haberlo discontinuado durante un periodo igual o superior a un mes. Para identificar un caso como altamente probable se exigía una edad inferior a 50 años, ausencia de enfermedades físicas concomitantes, no tomar otras medicaciones o drogas, y presentar puntuaciones normales en las escalas de ansiedad y depresión.

El centro de farmacovigilancia holandés Lareb registró en su base de datos 19 casos de disfunción sexual persistente tras la administración de ISRS, siguiendo unos criterios muy similares a los anteriormente descritos.

También Csoka et al.¹¹ y Csoka y Shipko¹² presentaron sendos estudios en los que, en cada uno de ellos, se describían otros 3 casos en los que se habían presentado estas alteraciones en la función sexual de los pacientes.

Tabla 1
Comparación de diferentes antidepresivos

	Paroxetina	Duloxetina	Bupropión	Mirtazapina
Mecanismo de acción	Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina	Inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina	Inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina	Antagonismo receptores serotoninérgicos y adrenérgicos
Indicaciones	Depresión Trastorno obsesivo compulsivo Trastorno de angustia con o sin agorafobia Trastorno de ansiedad social/Fobia social Trastorno de ansiedad generalizada Trastorno por estrés postraumático	Depresión Trastorno de ansiedad generalizada Tratamiento del dolor neuropático periférico diabético en adultos	Depresión Deshabitación tabáquica	Depresión
Posología	20-50 mg/día	60-120 mg/día	150-300 mg/día	15-45 mg/día
Incidencia de disfunción sexual	Alta	Media	Baja	Baja

Dado que son varios los casos que figuran en la literatura y que se cumplen los criterios anteriormente mencionados, el caso clínico que se presenta en esta ocasión sugiere una elevada probabilidad para realizar esta atribución causal.

Para tratar de paliar este problema podría estar indicada la administración de fármacos antidepresivos que hayan mostrado una menor proporción de disfunción sexual asociada a su uso (bupropión, agomelatina, mirtazapina, vortioxetina, reboxetina) (tabla 1), y en algunos casos en los que por criterios clínicos se desaconseje cambiar el tratamiento podrían administrarse conjuntamente fármacos adyuvantes como sildenafil o tadalafilo^{8,13,14}. Esto supone un importante aspecto a tener en cuenta, ya que la disfunción sexual secundaria al uso de antidepresivos constituye uno de los principales problemas a la hora de prescribir ese tipo de fármacos, habida cuenta de la cantidad de pacientes que abandonan el tratamiento por este motivo.

Conclusiones

1. La disfunción sexual secundaria a antidepresivos es un efecto secundario que aparece frecuentemente en pacientes, sobre todo varones, que siguen tratamiento con este tipo de fármacos.
2. Tradicionalmente se pensaba que dichas alteraciones revertían al retirar el tratamiento, sin embargo, hay estudios recientes que evidencian que la disfunción sexual puede persistir varias semanas, o incluso meses, tras la retirada de la medicación.
3. El caso presentado en este artículo sugiere que podría tratarse de una disfunción sexual persistente post-ISRS dado el tiempo transcurrido desde la retirada del fármaco y las características del sujeto en cuestión.
4. En ciertos casos sería aconsejable el administrar antidepresivos con una menor proporción de disfunción sexual asociada a su uso o, en caso de que por criterios clínicos se desaconseje otro tratamiento, administrar conjuntamente fármacos adyuvantes como sildenafil o tadalafilo, dado el malestar que supone este problema para los pacientes como el del caso que nos ocupa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Preskorn SH, Ross R, Stanga CY. Selective serotonin reuptake inhibitors. En: Sheldon H, Preskorn, Hohn P, Feighner, Christina Y, editores. *Stanga and ruth ross antidepressants: Past, present and future*. Berlin: Springer; 2004. p. 241–62.
2. Arias F, Padín JJ, Rivas MT, Sánchez A. Disfunciones sexuales inducidas por los inhibidores de la recaptación de serotonina. *Aten Primaria*. 2000;26:389–94.
3. Clayton A, Kornstein S, Prakash A, Mallinckrodt C, Wohlreich M. Changes in sexual functioning associated with duloxetine, escitalopram, and placebo in the treatment of patients with major depressive disorder. *J Sex Med*. 2007;4:917–29.
4. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademor F, Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:10–21.
5. Regal Faraldo MI, Fernández Hierro J, Paz Esquete J. Disfunción sexual asociada a tratamiento antidepresivo. *Cad Aten Primaria*. 2011;18:101–6.
6. Kauffman RP, Murdock A. Prolonged post-treatment genital anesthesia and sexual dysfunction following discontinuation of citalopram and the atypical antidepressant nefazodone. *Open Women's Health J*. 2007;1:1–3.
7. Rosenberg KP, Bleiberg KL, Koscis J, Gross C. A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: Impact on compliance. *J Sex Marital Ther*. 2003;29:289–96.
8. Urbina S, Diep R. Disfunción sexual asociada a antidepresivos. *Acta Médica Grupo Ángeles* 10, 2012;20–9.
9. Ekhardt GC, van Puijenbroek EP. [Does sexual dysfunction persist upon discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors?]. *Tijdschr Voor Psychiatr*. 2013;56:336–40.
10. Ben-Sheetrit J, Aizenberg D, Csoka AB, Weizman A, Hermesh H. Post-SSRI sexual dysfunction: Clinical characterization and preliminary assessment of contributory factors and dose-response relationship. *J Clin Psychopharmacol*. 2015;35:273–8.
11. Csoka A, Bahrick A, Mehtonen OP. Persistent sexual dysfunction after discontinuation of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Sex Med*. 2008;5:227–33.
12. Csoka AB, Shipko S. Persistent sexual side effects after SSRI discontinuation. *Psychother Psychosom*. 2006;75:187–8.
13. Daray F, Pérez L, Rebok F. Efectos adversos sexuales inducidos por antidepresivos: detección y manejo. *Rev Argent Clínica Neuropsiquiatr Alcmeon*. 2012;17:213–26.
14. Evliyaoğlu Y, Yelsek K, Kobaner M, Alma E, Saygılı M. Efficacy and tolerability of tadalafil for treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Urology*. 2011;77:1137–41.