

TRASTORNOS EYACULATORIOS

Dr. Santiago Cedrés.
Médico Internista.
Sexólogo Clínico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que los problemas de la sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de lo que hasta la fecha se había aceptado. La OMS define a la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor".

Los avances de la Humanidad han hecho posible crear conciencia en la población de la importancia que juega una sexualidad sana, en el buen desarrollo de la vida afectiva de las parejas; es por ello que se han iniciado múltiples estudios con el fin de determinar las causas y tratamientos de las distintas disfunciones masculinas y femeninas.

Dentro de ellas, se encuentran los trastornos eyaculatorios masculinos, siendo el más importante la eyaculación rápida (anteriormente denominada precoz). Luego le sigue en frecuencia la disfunción orgásmica masculina (DOM) que incluye la eyaculación retardada, eyaculación retrógrada, eyaculación asténica y la aneyaculación.

Estos trastornos son más frecuente de lo que muchos creen y alcanzan en su conjunto uno de cada tres hombres ⁽¹⁾, pero lo más grave está en que no es reconocido por la gran mayoría de ellos.

Esto se debería a distintas causas, una de las cuales sería el desconocimiento de la respuesta sexual normal tanto del hombre como de la mujer. La educación sexual tiene una relevancia preponderante en dar luz a estos problemas, ya que permite hacer una identificación temprana del problema por parte del afectado y además da cuenta del daño que este tipo de disfunciones puede producirle a su calidad de vida familiar si no se acude al profesional experto en la materia, sin contar con el efecto preventivo que juega, si esta se genera a edades tempranas de la vida.

EYACULACIÓN RÁPIDA

DEFINICIÓN

Anteriormente se la definía de acuerdo a la cantidad de movimientos pélvicos a través de los cuales el varón alcanzaba el orgasmo, esto es que después de "X" número de movimientos no era eyaculador precoz y con menos movimientos si era considerado eyaculador precoz. Por supuesto esta forma de hacer el diagnóstico es bastante ambigua. Luego se describió como eyaculador precoz al que tardara menos de " X " minutos, pero se llegó a la conclusión de que no era un buen indicador aunque fuera preciso. Otros definieron al eyaculador precoz como aquel que alcanzara el orgasmo antes que su pareja; esto tampoco era una buena medida pues si la pareja del varón era anorgásmica entonces por mucho tiempo que tardara siempre sería un eyaculador precoz..

Masters y Johnson definieron "hay eyaculación precoz cuando en más del 50% de las ocasiones eyacula antes de que su pareja sexual alcance el orgasmo". El problema de esta definición es que la gran mayoría de las mujeres normales no logra llegar al orgasmo solamente con la penetración vaginal, requiriendo la estimulación clitorídea para alcanzarlo. En definitiva, sólo una minoría de las mujeres (cercana al 25% para casuísticas españolas) logra orgasmos exclusivamente por estimulación vaginal, lo que se contrapone con la definición anterior.

Helen S. Kaplan la define como "la falta de un control voluntario adecuado sobre la eyaculación, con el resultado de que llega al orgasmo involuntariamente antes de quererlo". Esta definición fue adoptada por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría y por la Organización Mundial de la Salud. El control eyaculatorio debe ser natural, sin esfuerzo y voluntario y esto no se cumple en el eyaculador precoz ya que su relación sexual, está envuelta en un halo de ansiedad y angustia por evitar la eyaculación temprana no deseada.

DENOMINACIÓN

La Terminología aceptada por la Academia Internacional de Sexología Médica para este trastorno es **Eyaculación Rápida (ER)**, anteriormente denominada "precoz" por la OMS y la FLASSES (Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual), "prematura" por el DSM-IV y "temprana" por Goldstein ⁽¹⁾.

CAUSAS:

Este trastorno eyaculatorio no es una enfermedad, sino que una falta del aprendizaje de las sensaciones placenteras en la respuesta sexual del hombre, que lleva a no reconocer el momento previo a la eyaculación inminente (es el paso de la fase de meseta a la fase de emisión), que posibilita en prolongar la fase de meseta y por ende el acto sexual.

No se han encontrado causas médicas que la produzcan, ya que muy rara vez están presentes procesos infecciosos en los genitales o malformaciones anatómicas en la glándula prostática que den cuenta de este trastorno.

Masters y Johnson, sobre la base de sus estudios, han establecido que se debe a una falta del aprendizaje de la recepción y la integración de la información sensorial placentera percibida durante el acto sexual, que lleva a no saber reconocer el momento en que se puede prolongar el mismo. En el inicio de la vida sexual activa, las primeras veces que el joven presenta eyaculación se debe a poluciones nocturnas o por intermedio de la masturbación, por lo tanto cuando tiene las primeras relaciones sexuales, no se tiene conocimiento de generar otra respuesta que no sea eyacular desde el momento en que comienza dicha relación. Además, el grado de excitación producido por sus primeros encuentros es tan importante que llega al orgasmo sin darse claramente cuenta de lo que está ocurriendo exactamente. A medida que se enfrenta nuevamente a estas situaciones va a lograr definir claramente las distintas fases de su respuesta sexual y podrá prolongarlas en la medida de lo posible. Este proceso normal de aprendizaje no se presenta en los eyaculadores precoces y esto se debería a que algunos hombres se excitan demasiado, lo que les impide reconocer las sensaciones percibidas. Además, por lo general, las primeras relaciones sexuales se producen en ambientes de tensión, por temor a ser descubierto, con sentimiento de culpa y asociado a la ansiedad lo que lleva a tener un patrón eyaculatorio rápido que se traduce en un condicionamiento que se repite a través del tiempo.

Desde la base filogenética, el coito en especies antecesoras al hombre era breve (<10 seg), a fin de ser menos expuestos a los depredadores. Se plantea que el hombre tiene esta marca genética que puede ser modificada por el tiempo y el aprendizaje del sujeto (crucial la primera experiencia). Es con estas consideraciones que se plantea que en la mayoría de los casos, el control de la eyaculación es una respuesta aprendida con una gran influencia sociocultural.

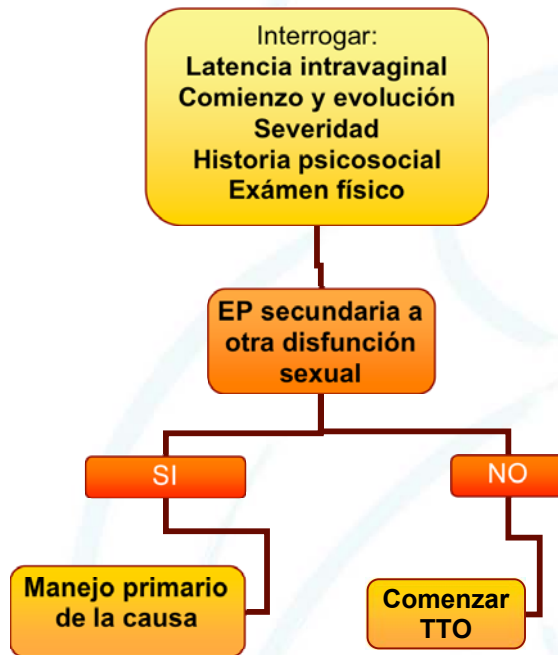
VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

Se debe realizar en vistas al diagnóstico de la misma, una historia clínica médica, y sexológica e investigar el agente causal o los factores que puedan provocarla. Se debe clasificar a la ER como global o situacional, de toda la vida o creciente en su desarrollo y la presencia o ausencia de otras disfunciones sexuales, como la disfunción eréctil o trastornos del deseo sexual.

Los detalles de la respuesta eyaculatoria de los pacientes deben ser investigados, así como la valoración subjetiva de la latencia eyaculatoria. La sensación del control eyaculatorio y el nivel de insatisfacción o molestia debe evaluarse totalmente. La pareja sexual y emocional del paciente necesita también atención, particularmente la presencia o ausencia de disfunción sexual o dolor. Están disponibles cuestionarios o breves escalas de síntomas para evaluar la EP, los cuales no están bien estandarizados hasta la fecha.

La anamnesis es fundamental en el diagnóstico, ya que investigaciones electro fisiológicas como medir potenciales evocados, evaluación del reflejo bulbocavernoso o

medir la velocidad de conducción del nervio dorsal del pene, no han sido establecidos, y por su complejidad, costo e incomodidad para el paciente, no están incorporados a la rutina diagnóstica.



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ✓ CIE 10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses.
- ✓ Para la Academia Internacional de Sexología Medica, debe ser una condición persistente o recurrente en que el hombre no puede percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden el reflejo eyaculatorio, produciendo malestar personal y / o en la relación con su pareja.
- ✓ Posibilidad de retrasar la eyaculación durante autoejercicio de la función sexual.

CLASIFICACIÓN

En relación a la clasificación de la ER y en concordancia con lo propuesto por la FLASSES en su Manual Diagnóstico de Enfermedades en Sexología, por la OMS en su CIE-10 y por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), en su DSM-IV, la Academia presenta las siguientes clasificaciones:

CLASIFICACION	ETIOLOGICA DE LA ER
ORGANICA	CONSTITUCION NEUROLOGICA
	POR ENFERMEDAD FISICA
	POST TRAUMATICA
	POR FARMACOS
PSICOGENA	CONSTITUCIONAL PSICOLOGICA
	POR TRASTORNO PSICOLOGICO
	POR DISCORDIA DE PAREJA
	INHABILIDAD PSICOSEXUAL

CLASIFICACION	SEGUN CLINCA	PRESENTACION
CRONOLOGIA	PRIMARIA (desde siempre)	
	SECUNDARIA (adquirida)	
TEMPORAL	GENERAL	
	SITUACIONAL	

CLASIFICACION	SEGUN SEVERIDAD
GDO I o LEVE	Luego de penetración y de escasos número de movimientos coitales
GDO II o MODERADA	Inmediatamente luego de la penetración
GDO III o SEVERA	Antes de la penetración ("ante-portas") o en ausencia de erección

TRATAMIENTO

Se debe realizar un tratamiento sexológico con apoyo farmacológico.

Desde el punto de vista **sexológico**, la terapia es breve, focalizada a integrar otros aspectos individuales o de la relación de pareja. Se debe mantener el vínculo de pareja lo menos conflictivo posible, para que se pueda contar con la colaboración de la compañera, invitándola a asistir a las sesiones y colaborando activamente en los ejercicios indicados, teniendo en cuenta las necesidades sexuales y afectivas de la pareja para la adecuada evolución de la terapia.

Se utilizan como instrumentos, técnicas de modificación de la conducta a través de ejercicios pautados que deben adaptarse a las situaciones de cada paciente.

Estas técnicas de aprendizaje tienen como objetivo la disminución de la ansiedad, la mejora de la comunicación diádica y la mejora de la autoestima.

Con respecto al tratamiento **farmacológico**, hay medicamentos que no evidenciaron efecto clínico, como los anestésicos locales. Basados en la teoría de la hipersensibilidad del glande, se usaron en crema o spray; no habiéndose demostrado ningún efecto sobre el control eyaculatorio ^(9,20). El principal efecto adverso era que anesthesiaban las paredes vaginales.

Alternativas terapéuticas quirúrgicas mediante neurotomía selectiva (método invasivo, radical e irreversible) amerita estudios profundos multicéntricos para determinar ventajas y desventajas. La Sociedad Latinoamericana para el estudio de la impotencia lo condena categóricamente; la Academia desconoce estudios que aprueben este procedimiento ⁽¹⁾.

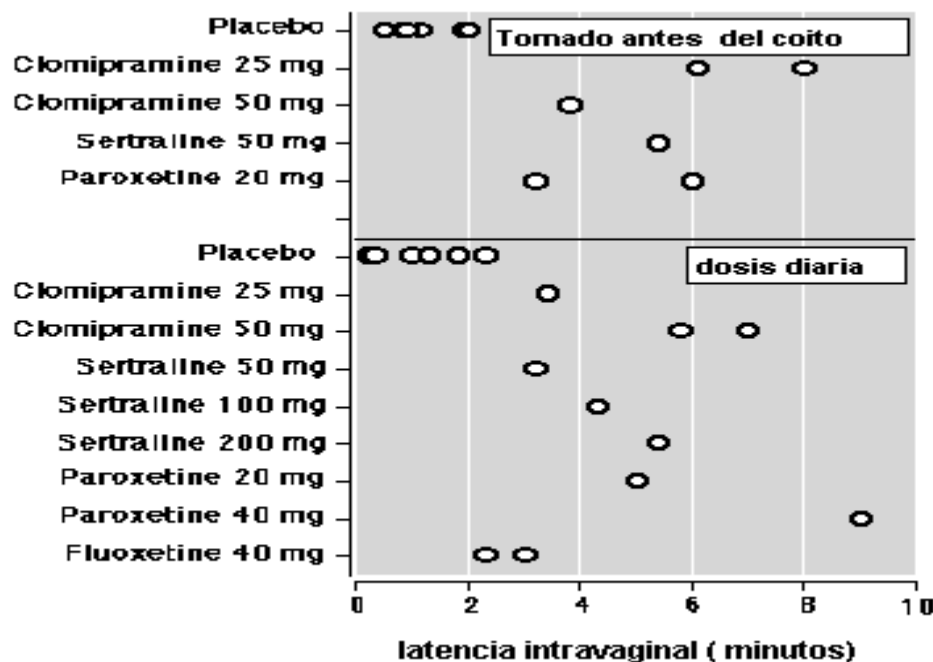
Mucho se ha publicado acerca del uso de fármacos antidepresivos para lograr el retardo eyaculatorio, fundamentalmente de los inhibidores de la recaptación de Serotonina (ISRS) ^(3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,19,20).

De los mismo se han descrito varias repercusiones en la esfera sexual : el retraso eyaculatorio en primer lugar (Balon 1997), anestesia de glande (Deisenhammer et al, 1999) y trastornos del deseo (Seagraves et al 2000). No se ha descrito repercusión de estos fármacos en la función eréctil (Coleman et al 1999) ⁽²⁾

Como mecanismo farmacológico se plantea la acción de la serotonina acumulada por inhibición de su recaptación, actuando a nivel cerebral en los centros de emisión y eyaculación, inhibiéndolos.

Este efecto secundario de los ISRS fué valorado como efecto terapéutico por varios investigadores para el tratamiento de la eyaculación precoz (Kim y Sea 1998 y Kim y Paick 1999).

DS Strassberg et al. evaluaron la acción de diferentes fármacos en vistas al retraso eyaculatorio de 1000 pacientes, independientemente de si eran tomados antes de la relación sexual como tomados diariamente ⁽⁴⁾. Se ilustran a continuación sus resultados, donde cada punto representa el tiempo de latencia intravaginal para fármacos o placebo en un sólo brazo de un estudio aleatorizado.



Los efectos secundarios fueron aquellos asociados con los antidepresivos. La incapacidad para la eyacuación se observó ocasionalmente y fue reversible tras la reducción de dosis o la suspensión del fármaco.

La Academia de Sexología recomienda iniciar el tratamiento con la mitad de las dosis medias (Sertralina 50 mg/día, Paroxetina 20 mg/día, Fluoxetina 20 mg/día), y aumentar la dosis cuando se considere necesario ⁽¹⁾.

Como segunda línea se ubica la Clomipramina, por sus efectos colaterales.

La forma de administración de los antidepresivos en la eyacuación rápida puede ser continua, sola o combinada ^(5,6,7,12,16,17).

El tratamiento no debe durar menos de 6-8 semanas, y siempre debe estar acompañado de ejercicios sexológicos en vistas de reaprender el control, sin los cuales, la recaída al dejar el fármaco es la norma ^(1,4,5,10,11,14).

La eficacia del tratamiento combinado (terapia sexual e ISRS) se encuentra en el 98 %, sin observarse reinstalación de los síntomas ^(4,5).



DISFUNCION ORGANICA MASCULINA (DOM)

De acuerdo a la Segunda reunión Internacional sobre disfunción sexual en hombres y mujeres, se define a la DOM como el conjunto de desórdenes eyaculatorios que van desde el retardo de la misma hasta la incapacidad completa de eyacular, tras una fase de excitación normal ⁽¹⁾.

En el manual diagnóstico de Enfermedades en Sexología (FLASSES 1993), la definen como una patología de la situación/estímulo sexual – respuesta sexual en el tiempo de funcionamiento sexual, caracterizada por una excesiva lentitud en el mismo.

DEFINICIONES

1-Eyaculación retardada: es la que se produce en forma involuntaria muy tardíamente. Masters y Johnson la definen como una inhibición específica del reflejo eyaculatorio. Esto sólo se aplica a la eyaculación intravaginal y no así para la masturbación.

2-Eyaculación retrógrada: se produce la fase de emisión, pero en vez de seguir el trayecto uretral anterógrado, la totalidad o parte del semen pasa a la vejiga; esto se observa en las cirugías prostáticas, tanto en su técnica abierta como endoscópica, ya que en ambas se lesiona el esfínter liso de la uretra prostática. Otras causas son de origen neurológico.

3-Eyaculación asténica: es la que se produce durante un período largo de abstinencia, que se traduce en una eyaculación débil, debida a ausencia de contracciones musculares que impulsen el semen. También se presenta en pacientes con lesiones medulares por debajo L1.

4-Aneyaculación: se caracteriza por la ausencia absoluta de algún fluido eyaculado, encontrándose conservada la sensación orgásmica, ya que se producen las contracciones rítmicas de los músculos perineales sin que tenga lugar la fase de emisión.

CRITERIOS DIAGNOSTICO

El DSM IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales, salvo en que la CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses. La CIE-10 propone una única tabla de criterios diagnósticos para el trastorno orgásmico, aplicable tanto a varones como a mujeres:

A. Ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual que el clínico, teniendo en cuenta la edad del individuo, considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.

B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.

C. El trastorno orgásmico no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Se debe especificar:

- ✓ *Tiempo de evolución* : De toda la vida o Adquirido
- ✓ *Tipo* : General o Situacional
- ✓ *Etiología* : Debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe diferenciar del trastorno sexual debido a una enfermedad médica, que son los que se consideran debido exclusivamente a efectos fisiológicos de una enfermedad (ej: hiperprolactinemia, o reducción del umbral sensitivo por neuropatías sensitivas o lesiones medulares). Si coinciden la DOM y la enfermedad médica, el diagnóstico es Trastorno sexual debido a factores combinados.

Cuando la causa del trastorno es el efecto directo del consumo de sustancias (alcohol, opiáceos, antihipertensivos, antidepresivos, neurolépticos típicos o atípicos), se denomina Trastorno sexual inducido por sustancias.

Los problemas orgásmicos ocasionales, que son persistentes o recidivantes o no se acompañan de malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales, no se consideran trastorno orgásmico masculino. A medida que los varones envejecen, pueden necesitar un período de estimulación más largo para llegar al orgasmo. El clínico debe asimismo cerciorarse de que se produce una estimulación de suficiente intensidad como para alcanzarlo.

ETIOLOGIA

Las causas de las 4 variedades de DOM se describen simultáneamente. A veces, cada una de ellas puede provocar otro tipo en el mismo paciente (alternancia de eyaculación retrógrada y de orgasmo sin eyaculación luego del desgaste de los nervios periféricos, alternancia de eyaculaciones sin orgasmo y de eyaculaciones asténicas en ciertos casos de pacientes parapléjicos)

Se han identificado múltiples factores etiológicos, incluyendo elementos psicogénicos como orgánicos. Cualquier enfermedad médica, fármaco o procedimiento quirúrgico que interfiera en el control central de la eyaculación y con el control periférico e las vías simpáticas hacia los vasos y el cuello de la vejiga, nervios somáticos eferentes del piso pélvico o los nervios somáticos aferentes del pene, pueden resultar en este trastorno.

Los trastornos provocados por **fármacos** pueden ser orgasmo sin eyaculación (por inhibición de la actividad motriz de las glándulas anexas), eyaculación retrógrada (por disfunción del esfínter interno de la vejiga) o aneyaculación sin orgasmo (por prolongación del período de latencia eyaculatorio) ^(1,3,10,12).

El Dr. A. Flores Colombino en su libro fármacos y sexualidad⁽³⁾ hace las siguientes consideraciones:

Los tóxicos más estudiados como causa de estos trastornos son los siguientes:

FARMACOS CARDIOVASCULARES	Antihipertensivos
	Antiarrítmicos
FARMACOS PSIQUIÁTRICOS	Antidepresivos
	Ansiolíticos
	Estabilizadores del Humor
	Neurolepticos
FARMACOS UROLOGICOS	Descongestivos prostáticos
OTROS TOXICOS NO FARMACOLOGICOS	Alcoholismo

Con respecto a los *antihipertensivos*, para los betabloqueantes no se mencionan efectos sobre el orgasmo. Los alfabloqueantes adrenérgicos son más específicos para la producción del trastorno orgásmico como la doxazosina y la prazosina, Sadock (1997) describe en los alfabloqueantes una disminución del tono simpático de los

centros vasomotores cerebrales, lo que provoca menor volúmen eyaculatorio y eyaculación retrógrada.

Los *antiarrítmicos* como la atropina y quinidina pueden producir retención aguda de orina y trastornos eyaculatorios.

Los *hipolipemiantes* estatinas y fibratos afectan la excitación pero no el orgasmo masculino, al igual que los *vasoactivos hemorreológicos*, *vasopresores* y *flebotróficos*.

De los *ansiolíticos benzodiazepínicos* de vida media corta o intermedia, el alprazolam provoca trastornos eyaculatorios con una frecuencia del 50 % (Lydiard y col. 1987), describiendo que los efectos sexuales son dosis-dependientes. Ghadirian y col (1992) demostraron que bajas dosis de alprazolam pueden mejorar el deseo y el orgasmo y a altas dosis, inhibirlos, al igual que las otras benzodiazepinas de vida media corta : bentazepam, cloxazolam, loflazepato de etilo, lorazepam y oxazepam, y los ansiolíticos de vida media prolongada, el bromazepam, el clobazam, el clonazepam, el clorazepato y el diazepam.

Con respecto a los *antidepresivos ISRS*, la sertralina provoca trastornos sexuales en el 16.5%, la paroxetina en el 13%, la luoxetina en el 8.3%, el citalopram en el 5.3% y la fluvoxamina en menos del 1% (Balon, 1997). Se ha investigado la acción más eficaz de la fluoxetina para retardar la eyaculación que la fluvoxamina, explicando que los estímulos e la primera son mediatizados por vía de los receptores 5HT_{2C}, mientras que las e la fluoxamina son primariamente mediatizados por vía de los receptores 5HT_{1A} (5 hidroxtryptamina). Son tan conocidos los efectos inhibidores e orgasmo y la eyaculación de los ISRS (sobre todo la sertralina y la paroxetina), que han desplazado francamente a los tricíclicos y a la tioridazina en el tratamiento de la ER (Modell y col. 1997).

El buprion, antidepresivo ISRC (inhibidor selectivo de la recaptación de catecolaminas) aumenta la actividad noradrenérgica y dopaminérgica, y no solo no actúa sobre la sexualidad, sino que puede mejorar la disfunción eréctil y a la anorgasmia inducida por ISRS.

Con respecto a los *estabilizadores del humor*, el carbonato de litio provoca disminución en la calidad del orgasmo en un 34% (Ghadirian y col, 1992).

Está previsto que los *neurolépticos* provoquen disfunción eréctil en el varón, junto a otros efectos secundarios por su acción bloqueante dopaminérgica, adrenérgica y colinérgica. Son la clorpromazina, el clorprotixeo, la flufenazina, el haloperidol, la levomepromazina, la pimozida, la pipotiazina, la propericicina, la tioridazina y el zucleopentixol. Reckler (1985) ya menciona que la tioridazina, junto a otros neurolépticos, ocasiona un bloqueo colinérgico y alfa-adrenérgico periféricos, lo que menoscaba la eyaculación pues interfiere en la transmisión a los centros medulares respectivos. Además provoca eyaculación retrógrada en un 50% de los casos.

Los *antipsicóticos atípicos*, provocan pocos efectos sobre la sexualidad, nada sobre el orgasmo.

Con respecto al *alcohol*, cuando es consumido en forma crónica representa la causa más frecuente de polineuropatías autónomas causantes de disfunciones eyaculatorias (seguidas en segundo lugar por las de causa diabética). También se suman a estos efectos los provocados por el hiperestrogenismo secundario a la hepatopatía alcohólica crónica, como la atrofia gonádica, disminución de FSH y LH, hiperprolactinemia e hiperestrogenemia, que explican la disfunción orgásmica.

El uso de fármacos *descongestivos prostáticos* (prazosina y tamsulosina) también pueden provocar eyaculación retrógrada.

La disfunción eyaculatoria ocurre muchas veces secuelar a **tratamiento quirúrgico** de vejiga o próstata y ha sido reportada en asociación de síntomas del tracto urinario bajo en adultos mayores.

La resección del cuello vesical y la prostatectomía simple producen específicamente una eyaculación retrógrada. Las intervenciones que estropean las fibras simpáticas pueden provocar las cuatro variedades de la DOM. La aneyaculación siempre se produce después de la cirugía por cáncer de próstata y vejiga. En este caso, algunos pacientes registran algunas sensaciones orgásmicas pero la mayoría padecen de disfunción eréctil. Algunas aneyaculaciones post-quirúrgicas remiten espontáneamente con el tiempo.

Son poco frecuentes las **endocrinopatías** como causa de estos trastornos, pero se han descrito los hipoandrogenismos y la hiperprolactinemia.

Con respecto a las **causas psicológicas**, Helen Kaplan definió a factores causales muy diferentes (intrapersonales, interpersonales o circunstanciales) ⁽¹²⁾.

Todos estos factores causales convergen a menudo en un mismo paciente; sobre todo los fenómenos psicológicos personales (el miedo al fracaso, la ansiedad excesiva en el momento del acto sexual) y los interpersonales (reacción inadecuada de la compañera/o a sus fracasos) que refuerzan el síntoma e instalan en los pacientes y en las parejas más frágiles un círculo realmente vicioso que condiciona una conducta sexual inadecuada. Se puede en este caso hablar de causalidad circular y este modelo explica la proporción de éxito en el abordaje terapéutico de las terapias comportamentales.

EVALUACION DIAGNÓSTICA:

Se debe realizar una exhaustiva historia clínica, con especial énfasis en la historia farmacológica, que incluya consumo de drogas de uso ilícito.

El interrogatorio completo sexológico se impone, ya que la calidad de las dos primeras fases del ciclo sexual (deseo y excitación) influyen en la calidad de la tercera (eyaculación). Se debe interrogar la presencia o ausencia de orgasmo, la sensación de pródromo del punto de inevitabilidad eyaculatoria, el progreso de la misma, el nivel de insatisfacción sexual, la frecuencia de actividad sexual y el grado de estímulo sexual.

Desde el punto de vista emocional, se debe valorar la repercusión de esta disfunción sobre la vida del paciente y sobre su pareja.

El examen físico debe ser exhaustivo, para establecer si los testículos y el epidídimo son normales, así como valorar la sensibilidad penéana.



TRATAMIENTO :

Debe ser dirigido a la etiología específica y a la solución de la infertilidad en el hombre de edad reproductiva.

Con respecto a la **eyaculación retardada**, si la causa es farmacológica debe intentarse la suspensión del fármaco responsable. El resto del tratamiento es exclusivamente de los componentes psicológicos. El enfoque psicoterapéutico tradicional, intenta sólo resolver los conflictos intrapsíquicos y las dificultades conyugales que subyacen a este síntoma. En el enfoque conductual ortodoxo, la intervención terapéutica se limita a las experiencias de desensibilización, el terapeuta conductual no hace ningún intento para tratar las dificultades intrapsíquicas y conyugales del paciente. La terapia emplea una combinación integrada de modalidades psicoterapéuticas junto con experiencias sexuales específicamente estructuradas para tratar la eyaculación retardada. Los resultados de este método son muy prometedores.

Cuando la disfunción es la **eyaculación retrógrada**, el manejo involucra educar y tranquilizar al paciente, farmacoterapia (Agonistas alfa adrenérgicos), o en raros casos intervención quirúrgica.

Para lograr la recuperación de los espermatozoides contenidos en la orina, el principal obstáculo es el carácter naturalmente hipertónico y ácido de la orina que de ese modo altera la vitalidad de los espermatozoides. Los diferentes métodos utilizados para solucionar esto, durante el período pre-ovulatorio de la pareja, son:

- ✓ Masturbación
- ✓ Micción
- ✓ Centrifugación suave de la orina
- ✓ Resuspensión en un medio adecuado
- ✓ Inseminación.

Cuando estamos frente a una **anenyaculación**, se realiza tratamiento etiológico cuando es posible. Si la causa era farmacológica, se debe realizar la supresión del medicamento responsable.

Cuando es por una neuropatía periférica, se debe tener en cuenta que a nivel pelviano las fibras adrenérgicas estimulan la eyaculación, en tanto que las fibras parasimpáticas la inhiben. Es por ello que eyaculaciones anterógradas pueden ser obtenidas en ciertos casos de eyaculación retrógrada en el curso del coito o de la masturbación luego de la administración de simpaticomiméticos α (de elección la fenilpropanolamina) o de parasimpaticolíticos (imipramina), o una combinación de los dos tipos de drogas.

Cuando la causa es una mielopatía, la inyección intrarraquídea de prostigmina obtiene una eyaculación anterógrada en el 60 a 75 % de los pacientes parapléjicos. Se pueden obtener embarazos luego de la recolección de espermatozoides obtenida de esta manera.

Se cuenta con diversos tratamientos mecánicos para los pacientes portadores de DOM, como la estimulación del glande por un vibromasajeador que puede inducir la eyaculación en los aneyaculadores sin orgasmo cuando los centros medulares y los circuitos nerviosos están en buen estado. Este método obtiene eyaculaciones en el 75 % de los pacientes parapléjicos (aunque a veces la eyaculación obtenida es retrógrada).

Otro método mecánico es la electroestimulación endorrectal, por el cual se pueden obtener eyaculaciones en más del 50% de los casos refractarios al vibromasajeador, tanto anterógradas como retrógradas. Está reservado a centros especializados, pues se corre riesgo de aparición de hiperreflexia autonómica. Una eyaculación retrógrada se puede transformar en anterógrada practicando la electroestimulación bajo anestesia general. De esta manera se obtiene un alto porcentaje de embarazos.

En todos los trastornos eyaculatorios, el apoyo psicoterapéutico complementario al tratamiento médico es fundamental, por la repercusión emocional que inevitablemente tienen todas estas disfunciones en el paciente afectado. El manejo consiste en terapia conductual y/o psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Blanco F., Suarez M., Cádenas R., Baena B. Resumen de las recomendaciones sexuales en el hombre. Revista Sexología- Venezuela, Vol.X, Nro.2, Jul-Dic 2005, 30-43.
2. Flores Colombino A., Cedrés S. Tratamiento con Sertralina en pacientes con Eyaculación Precoz. Valoración de su eficacia. Revista Sexología- Venezuela, X, N.2, Jul-Dic 2005, 17-29.
3. Flores Colombino.A. Fármacos y Sexualidad. A&M Ed., Montevideo, 2004,72-80.
4. Strassberg D.S. et al. Clomipramina in the treatment of rapid (premature) ejaculation. Journal of Sex and Marital Therapy 1999 25: 89-101.
5. McMahon CG. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single-blind placebo controlled crossover study. Journal of Urology 1998 159: 1935-1938.
6. Balon R (1997). Sexual dysfunction with SSRI: a comparative analysis, *150 th Annual Meeting of American Psychiatric Association, San Diego, USA*
7. Balon R (2002) Los efectos de los antidepresivos en la sexualidad humana: diagnóstico y manejo actuales, *Psiquiatría y Salud Integral* 2(1): 67-77
8. Coleman CC, Cunningham LA, Foster VJ et al. (1999). Sexual dysfunction associated with the treatment of depression: a placebo-controlled comparison of bupropion sustained release and sertraline treatment, *Ann Clin Psychiatry* 11:205-215.
9. Deisenhammer EA, Trawoger R (1999). Penile anesthesia associated with sertraline unse. *J Clin Psychiatry* 60:869-870.
10. Flores Colombino A (2000). Disfunciones y Terapias Sexuales del 2000, Lumen Humanitas 4ª, Buenos Aires.
11. Flores Colombino A (2001). Disfunciones del varón inducidos por sustancias. Investigación de 1435 casos, *15º Congreso Mundial de Sexología*, Ponencia 11 pp, Paris, 24-18 de junio.
12. Kaplan H. La nueva Terapia Sexual – Eyac. Retardada. 140-322.
13. Kim SC, Sea KK (1998). Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double blind placebo controlled study. *J Urol* 159: 425-427.

14. Kim SW, Paick JS (1999). Short-term analysis of the effects of as needed use of sertraline at 5 pm for the treatment of premature ejaculation. *Urology* 54: 544-547
 15. Seagraves RT, Kavoussi R, Hughes AR, et al. (2000). Evaluation of sexual dysfunction in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained-release bupropion and sertralina treatment. *J Clin Psychopharmacol.* 20: 122-128.
 16. Auditory event-related potentials in patients with premature ejaculation
Urology 2001 Dec;58(6) : 1025-9
 17. Effective daily treatment with clomipramine in men with premature ejaculation when 25 mg (as required) is ineffective.
BJU Int 2001 Mar; 87(4): 357-60
 18. Magnesium in human semen : possible role in premature ejaculation.
Arch Androl 2001 Jan-Feb; 46 (1) : 59-66
 19. Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation.
Int J Impot Res 2001 Feb; 13(1) : 41-5
 20. Comparison of the efficacy of fluoxetine alone vs. Fluoxetine plus local lidocaine ointment in the treatment of premature ejaculation.
 21. Premature ejaculation : a psychophysiological approach for assessment and management. *J Sex Marital Ther* 2000 Oct-Dec; 26(4): 293-320.
-