



Eyaculación precoz

Guillermo Murillo Godínez*

RESUMEN

La eyaculación precoz es inducida por una falta de control eyaculatorio en la fase del orgasmo durante la relación sexual. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la eyaculación precoz afecta a 25 a 40% de los hombres en todo el mundo. La mayoría de los hombres sufre este trastorno en algún momento de su vida. Según el caso, el hombre eyacula antes de la penetración o segundos después de la misma. El médico internista debe contar con amplia información al respecto para identificar el problema, diagnosticarlo y tratarlo. Aquí se presenta una amplia revisión del tema, suficiente para una puesta al día, desde el punto de vista médico, de este creciente problema de salud.

Palabras clave: eyaculación precoz, orgasmo, anorgasmia.

ABSTRACT

Premature ejaculation is induced by a lack of ejaculatory control at the stage of orgasm during intercourse. According to the World Health Organization premature ejaculation affects 25-40% of men worldwide. Most men experience this disorder at some point in their lives. As appropriate, the man ejaculates before penetration or seconds thereafter. The internist should have ample information about the problem to identify, diagnose and treat. Here is a theme revision wide enough for an update from the medical point of view of this growing health problem.

Key words: premature ejaculation, orgasm, anorgasmia.

Los humanos, los delfines y los bonobos (*Pan paniscus*) son los únicos animales que pueden tener coitos¹ sólo por placer. El feto puede empezar a tener erecciones desde el séptimo mes de gestación; el hombre tiene, en promedio, 11 erecciones durante el día y 9 durante la noche. La erección se produce en menos de 10 segundos.

La eyaculación se define como una acción refleja que ocurre como resultado de la estimulación sexual² y que consiste en la expulsión súbita y enérgica, particularmente de semen (esperma),³ por la uretra masculina.^{4,39}

El hombre promedio eyacula, aproximadamente, 7,200 veces en su vida, de las cuales, en algunos, 2,000 pueden ser por masturbación.⁴ Durante la eyaculación, el semen

alcanza una velocidad de 45 km por hora. El volumen del eyaculado es de 2-10 mL, el cual varía dependiendo de la frecuencia de las eyaculaciones. El volumen y la viscosidad del semen disminuyen con el envejecimiento. El orgasmo⁵ dura de 3-10 segundos.¹⁷

Las tres principales disfunciones sexuales masculinas son: la eyaculatoria, la eréctil y la disminución de la libido.³⁵ En México, la eyaculación precoz y la disminución de la libido (deseo sexual hipoactivo) se presentan en 42 y 30%, respectivamente, mientras que la disfunción eréctil, según la percepción de los pacientes, sólo sucede en 9.7% de los casos.^{60,61,62}

Fisiología de la eyaculación

La eyaculación se produce por contracciones de la próstata, del epidídimo, de los conductos deferentes y eyaculadores y de las vesículas seminales, que hacen que el líquido seminal penetre en la uretra esponjosa (pene);⁷ enseguida, las contracciones de los músculos bulbocavernoso, bulboesponjoso, isquiocavernoso y transversos superficiales del periné, que se encuentran bajo el control de centros simpáticos y que se acompañan del cierre simultáneo del cuello vesical (esfínter uretral interno) (L1-L2), coordinado con la relajación del esfínter uretral externo,⁸¹

* Médico internista.

Correspondencia: Dr. Guillermo Murillo Godínez. Crisantemos 116, colonia Prados de la Capilla. Querétaro 76176, Qro. Correo electrónico: gmg@cablecomqro.com.mx
Recibido: diciembre 11, 2009. Aceptado: febrero, 2010.

Este artículo debe citarse como: Murillo-Godínez G. Eyaculación precoz. Med Int Mex 2010;26(3):250-258.

por mediación adrenérgica- α producen la eyaculación. Las influencias segmentarias aferentes se originan en el glándulo del pene y llegan a los centros parasimpáticos, por los nervios pudendos e hipogástricos, a los niveles S2-S4 (respuesta a estímulos táctiles).^{42,45,49,50,56,58} En los pacientes con una lesión medular espinal a nivel de T10 o superior (lesión de las neuronas motoras superiores) la respuesta sexual refleja a los estímulos táctiles genitales se mantiene indemne, pero la respuesta a los estímulos psicógenos (T11 a L2) está abolida debido al bloqueo de la vía nerviosa de comunicación cerebral provocado por la lesión. Una lesión a nivel de T12 o inferior (lesión de las neuronas motoras inferiores) puede afectar el centro reflejo sexual y abolir la respuesta a los estímulos táctiles.⁴⁹ Junto con la emisión y la eyaculación ocurren, también, varias respuestas no genitales: contracciones rítmicas involuntarias del esfínter anal, hiperventilación, taquicardia y elevación de la presión arterial sistémica.⁸¹

El área preóptica medial y el núcleo paraventricular del hipotálamo intervienen en la respuesta sexual del hombre; ambas envían proyecciones eferentes al núcleo serotoninérgico paragigantocelular en el tronco encefálico. Las proyecciones serotoninérgicas de este núcleo ejercen una inhibición tónica de la eyaculación, por vía del núcleo motor lumbosacro, en la médula espinal.⁴ Otras áreas cerebrales involucradas en el proceso de la eyaculación son: la amígdala posterodorsal medial, el núcleo basal posteromedial de la estría terminal, y el núcleo medial parvicelular subparafascicular del tálamo.⁶⁹

Se han identificado 14 subtipos diferentes de receptores serotoninérgicos (5-HT). La actividad de los receptores 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}, así como el transportador de serotonina (5-HTT) parecen ser los más directamente implicados en el retardo de la eyaculación;⁴ por ejemplo, la acción agonista de la dietilamida del ácido d-lisérgico y de la quipazina sobre el receptor 5-HT_{2C}, retarda la eyaculación y, el DOI⁶ produce una acción similar, estimulando los receptores 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}.⁷

Trastornos de la eyaculación

Los trastornos de la eyaculación son:^{2,5,41,42,44,45,46,52,57}

La eyaculación precoz⁷ (prematura⁸, rápida, descontrol eyaculatorio).⁹

La eyaculación dolorosa (disorgasmia, cólico espermiático).

La existencia de sangre en la eyaculación (hematospermia, hemospermia, eyaculación hemorrágica).

La eyaculación retrógrada (hacia la vejiga) puede ocurrir por intervenciones quirúrgicas (prostatectomía, simpatectomía lumbar, cirugía vesical-talla media), por lesión del esfínter uretral interno, por prostatismo, por neuropatía autonómica (por ejemplo, por diabetes mellitus), congénita, por parálisis del músculo periuretral en la próstata, a nivel del colículo seminal (*verumontanum*), por esclerosis múltiple.⁶⁸

La eyaculación retardada, por medicamentos como la tioridazina.

La ausencia de eyaculación (aneyaculación, orgasmo seco, aspermia, eyaculación fallida, retención espermiática), por deficiencia del reflejo sacroespinal parasimpático, por enfermedad de Parkinson.⁶⁸

La espermatorea (emisión seminal sin erección, ni orgasmo).

La hipospermia (menos de 2 mL de semen).

Definiciones de eyaculación precoz

No hay una definición de la eyaculación precoz mundialmente aceptada; las parejas en las que la mujer es orgásmica durante el coito a veces definirán “precoz” en términos de su duración en relación con el orgasmo de la mujer, lo cual tal vez no sea realista.⁴³

El DSM-IV-TR y el ICD-10, la definen como: “la eyaculación persistente o, recurrente, con un mínimo de estimulación sexual, que sucede antes de que el paciente o su pareja lo dese(n), asociada con una incomodidad personal o de pareja”.^{20,69}

La Asociación Americana de Urología la define como: la eyaculación que ocurre antes,¹⁰ al momento de o, muy poco después, de la penetración, antes de lo deseado, ocasionando incomodidad personal o de pareja.³⁵

Las definiciones también toman en cuenta el “tiempo de latencia de eyaculación intravaginal”^{11,14} o sea, el tiempo transcurrido entre la penetración y la eyaculación. La eyaculación precoz es la incapacidad, indeseable, para retardar el tiempo de eyaculación, según el DSM IV-TR, por menos de 15 segundos,⁶⁹ y según otros, por menos de 2 minutos,³⁷ en más de 80% de los coitos.^{7,8,44} Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la respuesta biológica normal hace que la eyaculación se produzca en el transcurso de los dos minutos posteriores a la penetración vaginal, y como pocas mujeres pueden alcanzar el

orgasmo en ese tiempo (algunas necesitan por lo menos 12 minutos), la mayoría de los varones debe aprender a retardar la eyaculación, puesto que sólo algunos hombres, en condiciones normales, pueden prolongar la eyaculación, después de la penetración, hasta por 25 minutos o más.^{76,86} Entre los 18-30 años el aprendizaje del retardo en la eyaculación produce tiempo de latencia de eyaculación intravaginal promedio de 6.5 minutos (Vargas HVM, et. al, 2009).

Algunas definiciones toman en cuenta, también, el número de penetraciones peneanas.^{8,69}

Todas las definiciones suelen contener tres componentes básicos, tiempo de latencia de eyaculación intravaginal corto, pérdida del control sobre la eyaculación y alguna noción de “molestia” debida a esto,⁶⁹ ya que si al paciente o a su pareja no les incomoda la aparente brevedad del tiempo de presentación de la eyaculación durante el coito, no se requiere tratamiento, sin importar la brevedad de la experiencia.²

Clasificaciones de la eyaculación precoz

La eyaculación precoz fue descrita como entidad clínica por B. Schapiro, en 1943,⁷³ quien la dividió en tipos A y B los cuales, más tarde (1989), fueron llamados “de por vida” (*lifelong*) y “adquirida”, respectivamente, por Godpodinoff.⁷⁴

Cuando hay una disminución de 50% o más, en la cantidad del tiempo de eyaculación postpenetración, comparado con el patrón previamente establecido, a largo plazo de experiencia sexual, a ésta se le llama eyaculación precoz secundaria (adquirida), mientras que, si siempre se ha presentado, se le llama, primaria.

Otra clasificación divide a la eyaculación precoz en global o universal (cuando ocurre independientemente de la situación o de la pareja) y, situacional (cuando está limitada a ciertas situaciones o parejas).

Waldinger ha sugerido, para ser incluidos en el DSM-V y en el ICD-11, el término de eyaculación precoz “natural variable”, que sería la que se puede presentar, esporádicamente, dentro de un desempeño sexual normal, hasta en 75% de los casos^{7,8,75} y, el término de “pseudo” eyaculación precoz (*premature-like ejaculatory dysfunction*), que es la que los pacientes dicen experimentar y, sin embargo, objetivamente, tienen tiempo de latencia de eyaculación intravaginal de más de cinco minutos.⁷⁶

Epidemiología de la eyaculación precoz

De todos los trastornos de la eyaculación, la eyaculación precoz es la más prevalente, afecta incluso a 39% de los hombres en la comunidad general; sin embargo, los pacientes a menudo rehúsan reconocer su presencia. Las disfunciones sexuales masculinas, entre los estadounidenses, tienen una prevalencia de 31%.²¹ De ellas, la eyaculación precoz ocurre en 20-40%^{2,5,7,8,35} entre los 18-59 años, aunque, usando varias definiciones de eyaculación precoz, los rangos pueden ir desde menos de 5 a más de 40%.³⁵ El trastorno es más común entre los 20-40 años de edad (edad promedio 33.1 años); el tipo más común de eyaculación precoz, después de los 40 años, es la eyaculación precoz secundaria.²

Dicho de otra manera, a nivel mundial padecen eyaculación precoz 20 a 30,000 por cada 100,000 y de 30 a 75,000 por cada 100,000 llegan a padecer eyaculación precoz, por lo menos, alguna vez en su vida.⁶⁸

En México se estima que la eyaculación precoz puede ocurrir hasta en 42-75% de los varones, lo que lleva a la anorgasmia femenina hasta 40% de los casos; sin embargo, en un estudio en donde se encuestó a 1,800 varones, de 18-40 años, sólo 12.8% percibió su eyaculación como precoz.^{48,60} En otro estudio, en 138 varones en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de eyaculación precoz de 16.5%.⁶⁴

Etiología de la eyaculación precoz

Metz dividió las causas de la eyaculación precoz en psicogénicas y biogénicas.⁸³

Entre las primeras se encuentran las intrapersonales, como: ansiedad, sentimientos de culpa (coitos en automóviles, extramaritales en hoteles), depresión, experiencias sexuales muy tempranas (masturbatoria o coital) con sexo-servidoras y, abstinencia prolongada o mala adaptación interpersonal, como en los casos de: problemas maritales, falta de respuesta de la pareja, luchas por el poder.^{2,6,41,43,55} La ansiedad, en particular, se ha encontrado asociada con eyaculación precoz, en forma estadísticamente significativa.⁶⁵ Según la teoría freudiana, el eyaculador precoz alberga sentimientos sádicos pero inconscientes por las mujeres. El propósito subconsciente del individuo sería ensuciar y privar de placer a su compañera. El origen de este conflicto se encuentra en un punto del desarrollo sexual pregenital que la teoría ubica, sobre todo, en la fase infantil de erotismo uretral (etapa en que el niño quiere

y no aprende a controlar su deseo de orinar para agradar a la madre). La ambivalencia infantil no superada se manifiesta en incontinencia eyaculatoria que sirve a dos propósitos: causar preocupación y decepción en la esposa (la madre).⁹²

Entre las segundas: hipersensibilidad peneana (glande) o prepucial,⁵⁸ reflejo eyaculatorio hiperexcitable y, excitación sexual incrementada, por una incapacidad para mantener la amortiguación simpática (hipersimpaticotonia)^{5,41} y predisposición genética.⁶

Los pacientes con prostatitis o, los sujetos con síndrome de abstinencia de opioides² o, de citalopram²⁴ o, con uso de adrenérgicos,⁴⁴ pueden presentar eyaculación precoz. El hipogonadismo también se ha asociado con eyaculación precoz; sin embargo, la corrección de este con anastrozol, no se ha acompañado de efectos similares en la eyaculación precoz.²²

El tiempo de latencia de eyaculación intravaginal se puede acortar en relación con la fase ovulatoria de la pareja y con la edad de la misma siendo menor cuando ésta es de mayor edad.⁹³

Fisiopatología de la eyaculación precoz

La eyaculación precoz se acompaña de una disminución en la neurotransmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central.² Se ha documentado el efecto inhibitorio de la serotonina sobre la libido, la eyaculación y el orgasmo y, se ha atribuido a una disminución en la dopamina (un neurotransmisor que aumenta la función sexual) inducida por la serotonina.⁷ Los pacientes con deficiencia congénita de β -hidroxilasa de dopamina pueden tener aneyaculación o eyaculación retardada.⁴⁷ Se han encontrado en los pacientes con eyaculación precoz concentraciones altas de leptina y bajas de magnesio, aunque se desconoce su papel en la fisiopatología del trastorno.⁶⁸

Diagnóstico de la eyaculación precoz

El diagnóstico clínico de la eyaculación precoz se basa en el interrogatorio al paciente (o mixto, con la pareja) pudiendo iniciar con preguntas sobre la satisfacción con la actividad coital.² Algunos han hecho escalas para valorar el control del paciente sobre su eyaculación, dando puntuaciones del 1 al 7, en donde 1 = sin control y, 7 = control completo; los pacientes con eyaculación precoz obtienen puntuaciones de 2-4.⁷⁰

También se dispone de parámetros paraclínicos como

la biotesiometría peneana, los niveles de potenciales simpáticos dérmicos y los potenciales provocados peneanos somatosensoriales, los cuales pueden ayudar en la diferenciación etiológica, psíquica o física de la eyaculación precoz.⁵ Con la biotesiometría peneana se ha encontrado que los pacientes con eyaculación precoz tienen hipersensibilidad peneana.⁷

Tratamiento de la eyaculación precoz

En el tratamiento de la eyaculación precoz se han utilizado: la psicoterapia, la farmacoterapia sistémica y tópica, condones (preservativos), bombas de vacío y anillos de constricción peneana.²

Tratamiento no farmacológico de la eyaculación precoz

En la psicoterapia pueden recomendarse las técnicas de distracción (contar en sentido descendente, dolor autoinflingido),⁴⁸ los ejercicios de Kege^{12,18} para fortalecer los músculos pubococcygeos,⁸² los métodos de detenerse-iniciar (WH Masters, VE Johnson, 1970) y la técnica de pausa-apretón.¹³ (Semans, 1956³⁰) Los métodos de detenerse-iniciar y la técnica de pausa-apretón deben realizarse durante la masturbación o sea, preferentemente antes de su uso durante el coito. La masturbación debe realizarla el sujeto con la mano no predominante o debe hacerla la pareja, para aumentar la conciencia de la situación y deben efectuarse las maniobras tres veces antes de permitir la eyaculación (HS Kaplan).⁴³ Con estas técnicas se ha reportado 60-97% de beneficio a corto plazo, aunque estos datos han sido criticados debido a la falta de control contra placebo, el poco número de pacientes estudiados y su replicación insuficiente; además, tienen una ausencia de efectividad sostenida a tres años.^{1,4,6}

Tratamiento farmacológico de la eyaculación precoz

Los tratamientos farmacológicos de la eyaculación precoz han incluido: inyecciones intracavernosas de papaverina y fentolamina,⁸⁴ alfa y beta bloqueadores, antidepresivos, anestésicos y productos herbolarios tópicos e, inhibidores de la PDE-5. La eficacia reportada de algunas de estas terapias es de 30-70%.⁵

Eaton, en 1973, fue el primero en sugerir el potencial de los antidepresivos para tratar la eyaculación precoz,⁸ que tienen eficacia variable y, varios efectos colaterales.²³ El uso de estos fármacos ha sido en tres regímenes diferentes: a libre demanda (2-12 h antes del coito),⁷¹ en forma sostenida

nida (régimen diario, no precoital) y secuencial (régimen diario por 4-6 semanas, seguido de administración a libre demanda). Con el régimen sostenido, los pacientes han experimentado mejorías de 3-14 veces en el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal, o sea, por ejemplo, de 30 segundos a 1.5-7 minutos.² En el caso particular de la paroxetina, tanto el uso a libre demanda como el régimen diario parecen ser igual de eficaces.³⁶

Antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRSs)

Waldinger y su grupo, en 1994, reportaron el primer estudio acerca del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en la eyaculación precoz;³³ mientras que Mendels y sus colaboradores describieron primeramente el uso en particular de la sertralina, en estos casos, en 1995.³⁴ Entre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que se han utilizado en el tratamiento de la eyaculación precoz están: fluoxetina,^{3,12,13,25} sertralina,^{3,14,15,25} citalopram,^{10,11} paroxetina^{16,25,36} y dapoxetina.² Los estudios comparativos favorecen a la paroxetina en eficacia.²⁵ Todos los estudios de eyaculación precoz y paroxetina se han hecho con clorhidrato de paroxetina hemihidratado y no con mesilato de paroxetina, que tiene otro perfil de efectos colaterales.^{17,72} Las dosis máximas usadas de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina escalándolas a las cuatro semanas si no hay respuesta, han sido: paroxetina 40 mg/día, sertralina 100 mg/dí, fluoxetina 40 mg/día, citalopram 40 mg/día y escitalopram 20 mg/día, con el consecuente aumento de efectos colaterales a mayores dosis, aunque con el posible aumento en el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal.⁷⁷ Si aún no hay respuesta debe cambiarse de terapéutica. La sertralina puede ser preferible a la paroxetina o a la fluoxetina, por menor sedación en comparación con la paroxetina y, por su menor inhibición del citocromo P450-IID6; debe valorarse la prescripción de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en pacientes con ideación suicida.²

También se han realizado estudios con dapoxetina, que es un inhibidor del transportador de serotonina eyaculoselectivo⁹⁴ que a dosis de 30 y 60 mg ha dado resultados favorables, tomado el medicamento 1-3 h antes del coito. Los efectos colaterales, a las dosis señaladas, fueron respectivamente: náusea (8.7, 20.1%), diarrea (3.9, 6.8%), cefalea (5.9, 6.8%) y cinetosis (3.0, 6.2%).⁶⁶

Antidepresivos tricíclicos

El primer reporte sobre la eficacia de la clomipramina (antidepresivo tricíclico) para la eyaculación precoz en humanos lo hizo Goodman, en 1980.³² La clomipramina, comparativamente, ha sido superior a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina tales como fluoxetina y sertralina, como se demostró en un estudio, en 36 pacientes, en donde el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal se incrementó de 46 segundos (basal) a 2.30 (fluoxetina), 4.27 (sertralina) y, 5.75 minutos (clomipramina) (placebo: 2.27 minutos),³ aunque sus mayores efectos colaterales en comparación con los ISRS limitan su uso; administrada a dosis de 25-50 mg, 4-6 h antes del coito puede tener una vida media de 15 horas.^{2,9}

Con los inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina, nortriptilina y protriptilina también se ha encontrado retardo en la eyaculación.⁷

Hay quien opina que el mecanismo de acción de los neurolépticos y de los antidepresivos tricíclicos, sobre la eyaculación precoz, es por su efecto anticolinérgico muscarínico más que por sus efectos antidopaminérgicos o serotoninérgicos,⁶³ puesto que, además de los neurotransmisores dopamina y serotonina (5-HT), también están implicados en el proceso de la eyaculación neurotransmisores colinérgicos, oxitocinérgicos, GABAérgicos y, noradrenérgicos.⁶⁸ Por lo anterior, algunos recomiendan también los antiespasmódicos (por ejemplo, butilhioscina) para el tratamiento de la eyaculación precoz.⁹⁰

De acuerdo con las guías estadounidenses oficiales y con las recomendaciones de otros autores, en relación con el tratamiento de la eyaculación precoz, se indica la utilización de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como fármacos de primera línea y la de clomipramina, como medicamento de segunda línea (recomendación grado 2B).^{35,67}

Antidepresivos duales (inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina)

Con base en los hallazgos favorables sobre la eyaculación precoz del uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y de los inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina, se evaluaron los antidepresivos duales (con ambas acciones) nefazodona y mirtazapina, sin que se hubiera encontrado efectividad en este problema. La explicación encontrada para este hallazgo fue que estos antidepresivos actúan sobre cuatro de los subtipos de re-

ceptores de 5-hidroxitriptamina: 5-HT_{2A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{2C} y, 5-HT_{1D} y que la activación del segundo y cuarto subtipos mencionados, bloquea la acción sobre los subtipos primero y tercero, lo cual se traduce en ausencia de retardo en la eyaculación.⁷

Otros fármacos sistémicos

Otros fármacos que se han utilizados para la eyaculación precoz incluyen: analgésicos narcóticos débiles, como el tramadol.^{7,8} El primer estudio para evaluar la eficacia del tramadol en la eyaculación precoz fue publicado en 2006.⁷ El tramadol tiene un mecanismo de acción multimodal: antinociceptivo, por la unión del componente primario y del metabolito M1 a los receptores μ -opioides, inhibición de los potenciales provocados somatosensoriales espinales, inhibición de la recaptura neuronal de noradrenalina y de serotonina y aumento del eflujo de serotonina. Estas tres últimas acciones son las que explican su efecto en la eyaculación precoz.^{7,8} Los efectos adversos del tramadol, en un grupo de 29 pacientes fueron: náusea (17.24%), vómito (6.8%), cinetosis y estreñimiento en 3.4% (placebo: 3.4, 6.8, 6.8 y 0%, respectivamente).⁷

También se prescriben otros fármacos, como los inhibidores de la PDE-5: sildenafil, vardenafil y tadalafil.^{20,80} En un estudio comparativo entre clomipramina, sildenafil y la técnica de pausa-compresión, el sildenafil resultó ser el más eficaz; sin embargo, el estudio no tuvo control con placebo y mostró otras limitaciones metodológicas.¹ En otro estudio prospectivo con 80 pacientes, la terapia de combinación de paroxetina más sildenafil resultó más eficaz que la paroxetina sola (0.35 a 5.3 minutos *versus* 0.33 a 4.2 minutos en el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal).²⁶

También se han usado en el tratamiento de la eyaculación precoz: alifosina, terazosina, fenoxibenzamina y propranolol, de los dos últimos no existe evidencia suficiente para recomendar su uso.³⁵

Terapias tópicas

Entre las terapias tópicas para la eyaculación precoz están: la crema SS, la crema EMLA, el colutorio chloraseptic, el frío y el alcanfor.

La crema SS proviene de la herbolaria coreana y es un derivada de nueve extractos¹⁴ cuya dosis óptima es de 0.20 g. En un estudio contra placebo logró un incremento de 1.37 ± 0.12 minutos (basal) a 10.92 ± 0.95 minutos

(placebo: 2.45 ± 0.29 minutos) en el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal. Hubo efectos colaterales en 18.49%, de 530 pacientes y fueron: irritación local leve (sensación de leve quemadura), en 14.72% y, dolor local leve, en 3.77%, los cuales desaparecieron en menos de una hora. No se evidenciaron eritema, erosión o edema; tres pacientes (0.56%) refirieron disfunción eréctil esporádica, cuatro (0.75%) reportaron eyaculación retardada de más de 45 minutos y 5 (0.94%) refirieron aneyaculación 8-12 minutos después de la penetración.⁵

Desde 1942 Aycock propuso el uso de dibucaína como “desensibilizador genital” para el tratamiento de la eyaculación precoz.³⁷ El uso de lidocaína al 2.5% con prilocaína al 2.5% (EMLA),^{18,35} aplicada 10-30 minutos antes del coito, con el fin de disminuir la sensibilidad del glande, tiene que acompañarse de algún método de barrera, para evitar la aplicación a la pareja y puede acompañarse de disfunción eréctil, por la disminución del estímulo sensorial.^{27,28,29} También se puede llegar a presentar metahemoglobinemia por el componente de la prilocaína.³⁸

En el tratamiento de la eyaculación precoz también se ha usado el colutorio chloraseptic a base de fenol (anestésico tópico) para retrasar la estimulación sexual.⁸⁵

Entre los remedios tópicos caseros para la eyaculación precoz están el hielo (o, agua helada) y el alcanfor, ante la inminencia eyaculatoria.⁹⁰

Los condones se utilizan para disminuir la sensibilidad del glande.²

Los dispositivos de constricción por vacío son un método de tratamiento no invasor que favorece la erección (tumescencia) y pueden retardar la eyaculación. Los incidentes adversos con su uso son: dolor, entumecimiento y formación de hematomas.⁵⁹

REFERENCIAS

1. Abdel-Hamid IA, El Naggar EA, El Gilany A-H Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. *Int J Impotence Research* 2001;13:4145.
2. Kuritzky L, Samraj GPN, Seftel AD. Eyaculación precoz: tratamiento en la atención primaria. *Atención Médica* 2005;58-64.
3. Kim SC, Keun K. Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol* 1998;159(2):425-427.
4. Sharlip I. Diagnosis and treatment of premature ejaculation: The physician's prospective. *J Sex Med* 2005 (suppl 2):103-108.

5. Choi HKI, Woo JG, Hak MK, Cheng XZ, et al. Clinical study of SS-cream in patients with lifelong premature ejaculation. *J Urol* 2000;55(2):257-261.
6. McMahon C. Premature ejaculation: Past, present, and future perspectives. *J Sex Med* 2005 (suppl 2):94-95.
7. Reza SM, Yoosof HS. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation. A double blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26(1):27-31.
8. Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, y col. El uso del clorhidrato de tramadol a demanda es promisorio para tratar la eyaculación precoz. *J Sex Med* 2008;5:188-193.
9. Althof SE, Levine SB, Corty EW, et al. A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation in 15 couples. *J Clin Psychiatry* 1995;56:402-407.
10. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, et al. Serum leptin levels in patients with premature ejaculation before and after citalopram treatment. *BJU Int* 2003;91:252-254.
11. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Semercioz A. The efficacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study. *Int J Impot Res* 2002;14:502-505.
12. Haensel SM, Klem TMAL, Hop WCJ, Slob AK. Fluoxetine and premature ejaculation: a double-blind, crossover, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18:72-77.
13. Kara H, Aydin S, Agargun MY, et al. Y The efficacy of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. *J Urol* 1996;156:1631-1632.
14. Kim SW, Paick JS. Short-term analysis of the effects of as needed use of sertraline at 5 PM for the treatment of premature ejaculation. *Urology* 1999;54:544-547.
15. McMahon CG. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single-blind placebo-controlled crossover study. *J Urol* 1998;159:1935-1938.
16. McMahon CG, Touma K. Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride. *Int J Impot Res* 1999;11:241-245.
17. Gómez R. Menú sexual. *Max* 2009;(101):112-117.
18. Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:238-249.
19. Wai CY. Incontinencia urinaria. Tratamiento conservador no quirúrgico. Entrenamiento muscular del piso pélvico. En: Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, y col. *Ginegología*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2009;p:512-531.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
21. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-544.
22. Holbrook JM, Cohen PG. Aromatase inhibition for the treatment of idiopathic hypogonadotropic hypogonadism in men with premature ejaculation. *South Med J* 2003;96:544-547.
23. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRI's on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:67-85.
24. Arson DE, Kultarr M. Premature ejaculation associated with citalopram withdrawal. *Ann Pharmacother* 2003;37:1804-1806.
25. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zimmerman AH, Olivier B. Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, paroxetine and sertraline. *J Clin Psychopharmacol* 1998;18(4):274-281.
26. Salonia A, Maga T, Colombo R, et al. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. *J Urol* 2002;168(6):2486-2489.
27. Berkovitch M, Keresteci AG, Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. *J Urol* 1995;154:1360-1361.
28. Busato W, Galindo CC. Topical anesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *BJU Int* 2004;93:1018-1021.
29. Atikeler MK, Gecit I, Senol FA. Optimum usage of prilocaine-lidocaine cream in premature ejaculation. *Andrologia* 2002;34:356-359.
30. Semans JH. Premature ejaculation: A new approach. *South Med J* 1956;49:353-358.
31. Ahlenius S, Heimann M, Larsson K. Prolongation of the ejaculation latency in the male rat by thioridazine and chlorimipramine. *Psychopharmacology (Berl)* 1979;65:137-140.
32. Goodman RE. An assessment of clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation. *J Int Med Res* 1980;8(suppl 3):53-59.
33. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwindermann AH. Paroxetine treatment of premature ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1994;151:1377-1379.
34. Mendels J, Camera A, Sikes C. Sertraline treatment for premature ejaculation. *J Clin Psychopharmacol* 1995;15:341-346.
35. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol* 2004;172:290-294.
36. McMahon CG, Touma K. Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride as needed: 2 single-blind placebo controlled crossover studies. *J Urol* 1999;161(6):1826-1830.
37. Aycock J. The medical management of premature ejaculation. *J Urol* 1942;62:361-362.
38. Bonfill X (ed). *Anestésicos tópicos*. Daños. En: *Evidencia clínica*. Bogotá: Legis, 2003;p:804-806.
39. Weller BF. *Diccionario enciclopédico de ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997;p:320.
40. Marcell AV. *Adolescencia*. Sexualidad. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Nelson. Tratado de pediatría*. Barcelona: Elsevier, 2009;l:60-65.
41. Surós BA, Surós BJ. *Aparato reproductor*. Cronología de la pubertad En: Surós BA, Surós BJ. *Semiología médica y técnica exploratoria*. Barcelona: Elsevier Doyma, 2001;p:573-631.
42. Ropper AH, Brown RH. *Trastornos del sistema nervioso vegetativo, respiración y deglución*. Trastornos de la función sexual. En: Ropper AH, Brown RH. *Principios de neurología de Adams y Víctor*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2007;pp:452-479.
43. Plaut SM, Lehne GK. *Disfunción sexual, trastornos de la identidad sexual y parafilias*. Trastornos del orgasmo. *Eyaculación precoz*. En: Goldman HH. *Psiquiatría general*. México: Manual Moderno, 2001;p:433-460.
44. Bae A, Bhasin S, Swerdloff RS. *Trastornos del sistema reproductor masculino adulto*. En: Lavin M. *Endocrinología y metabolismo*. Madrid: Marbán, 2003;p:275-306.

45. Doody KJ. Tratamiento de la pareja estéril. Hipospermia. En: Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, y col. Ginegología op. cit, pp: 447-467.
46. Burney RO, Schust DJ, Yao MWM. Infertilidad. Azoospermia posttesticular. En: Berek JS. Ginecología de Novak. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007;pp:1231-1324.
47. Mathias CJ, Bannister RB, Cortelli P, et al. Clinical, autonomic and therapeutic observations in two siblings with postural hypotension and sympathetic failure due to an inability to synthesize noradrenaline from dopamine because of a deficiency of dopamine beta hydroxylase. *Quart J Med* 1990;75:617-633.
48. Álvarez GJL. Función sexual. Alteraciones en la respuesta sexual. En: Álvarez GJL. La condición sexual del mexicano. México: Grijalbo, 1985;pp:25-49.
49. Porth CM, Curtis RL. Trastornos de la función motora. Alteración de las capacidades funcionales. Funciones vesical, intestinal y sexual. En: Porth CM. Fisiopatología. Salud-enfermedad: un enfoque conceptual. Madrid: Médica Panamericana, 2007;pp:1193-1227.
50. Matfin G. Sistema genitourinario masculino. Control nervioso. Cambios asociados con el envejecimiento. En: Porth CM Fisiopatología. op. cit, pp:1019-1030.
51. Navarro F. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 2005; *passim*
52. Segatore L, Poli G Diccionario médico Teide. Editorial Teide, S.A., Barcelona, 1975:472.
53. Ducase S El ABC del amor. Mini-enciclopedia básica de conocimientos sexuales. Editorial Posada, S.A., México, 1976;I:106-108.
54. Coperías EM Las 100 preguntas clave del sexo. Los libros de Muy Interesante. Gráficas La Prensa, S.A. de C.V., 2001; *passim*.
55. Eisendrath SJ, Lichtmacher JE Psychiatric disorders. Psychosexual disorders. Psychosexual dysfunction. In: McPhee SJ, Papadakis MA Current medical diagnosis & treatment. New York: McGraw-Hill, 2009:912-964.
56. Moore KL, Dalley II AF Pelvis y periné. Periné masculino. Erección, emisión y eyaculación. En: Moore KL, Dalley II AF Anatomía con orientación clínica. México: Médica Panamericana, 2007:355-475.
57. Testut L, Jacob O Cavidad de la pelvis y su contenido. Vesícula seminal. Conductos eyaculadores. En: Testut L, Jacob O Tratado de anatomía topográfica con aplicaciones médicoquirúrgicas. Barcelona: Salvat Editores, 1948;II:394-567.
58. Tortora GJ, Derrickson B Los aparatos reproductores. Aparato reproductor masculino. Pene. Eyaculación precoz. En: Tortora GJ, Derrickson B Principios de anatomía y fisiología. México: Médica Panamericana, 2006:1063-1111.
59. McVary KT Disfunción sexual. Disfunción sexual masculina. Dispositivos de constricción por vacío, en: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL et. al. Harrison. Principios de medicina interna. México: McGraw-Hill Interamericana, 2009;I:296-300.
60. Barroso-Aguirre J, Ugarte y Romano F, Pimentel-Nieto D Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15(4):254-261.
61. Morales CF, Sánchez BC, Pimentel ND Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. *Perinatol Reprod Hum* 2002;16(1):16-25.
62. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS Disfunción sexual masculina y su relación con el rol de género y asertividad. *Perinatol Reprod Hum* 2002;16(3):123-131.
63. Uriarte, BV Trastornos de origen diverso. Trastornos sexuales, en: Psicofarmacología. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2009:191.
64. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez RS Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México. *Salud Mental* 2005;28(4):74-80.
65. Sánchez BC, Carreño MJ, Henales AC, Hernández EJG, Linares GAC Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión. *Perinatol Reprod Hum* 2008;22:184-194.
66. Pryor JL, Althof SE, Steidle C, Rosen RC, Hellstrom WJ, Shabsigh R et. al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006; 368(9539):929-937.
67. Spark RF Treatment of male sexual dysfunction. Recommendations. *Premature Ejaculation*, en: Basow D UpToDate® 2009 jul. (v. 17.2).
68. Pollak EF, Aliotta P, Chopra A Ejaculatory disorders, en: First consult. Evidence based answers for the point of care 2007 aug. 31.
69. Lue TF, Broderick GA Evaluation and non surgical management of erectile dysfunction and premature ejaculation. *Premature ejaculation*. En: Wein AJ (ed.) Campbell-Walsh Urology. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2007;I:784-787
70. Rowland DL, Cooper SE, Slob AK, Houtsmuler EJ The study of ejaculatory response in men in the psychophysiological laboratory. *J Sex Res* 1997;34:161.
71. Shafer LC Sexual disorders and sexual dysfunction. *Premature ejaculation*, en: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL Massachusetts General Hospital comprehensive clinical psychiatry. Philadelphia: Mosby 2008:490-496.
72. Waldinger MD *Premature ejaculation: State of the art*. *Urol Clin N Am*. Philadelphia: Elsevier, 2007;34:591-599.
73. Schapiro B *Premature ejaculation: a review of 1130 cases*. *J Urol* 1943;50:374-379.
74. Godpodinoff ML *Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology*. *J Sex Marital Ther* 1989;15:130-134.
75. Waldinger MD, Schweitzer DH Changing paradigms from an historical DSM-III and DSM-IV view towards an evidence based definition of premature ejaculation. Part I: validity of DSMIV- TR. *J Sex Med* 2006;3:682-92.
76. Waldinger MD The need for a revival of psychoanalytic investigations into premature ejaculation. *Journal Men's Health & Gender* 2006;3:390-396.
77. Waldinger MD *Premature ejaculation: definition and drug treatment*. *Drugs* 2007;67:547-568.
78. Vademécum IPE bdsm, 2009 (disponible, en: <http://www.medicamentos.com.mx/>).
79. Diccionario de especialidades farmacéuticas. PLM ®, 2009 (disponible en: <https://www.plmconnection.com/pharma>).
80. McMahan CG, McMahan CN, Leow LJ, Winestock CJ Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review. *BJU Int* 2006;98:259-272.

81. Lue TF Disfunción sexual masculina. Disfunción sexual masculina que compromete la emisión, la eyaculación y el orgasmo. En: Tanagho EA McAninch JW Urología general de Smith. México: El Manual Moderno, 2005;pp:577-595.
82. Sadock VA Normal human sexuality and sexual and gender identity disorders. Premature ejaculation. Treatment of sexual dysfunction. Behavioral exercises. En: Kaplan HI, Sadock BJ Comprehensive textbook of psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995:1295-1360.
83. Metz ME, Pryor JL Premature ejaculation: A psychophysiological approach for assessment and management. J Sex Marital Ther 2000;26:293-320.
84. Fein AL Intracavernous medication for treatment of premature ejaculation. Urology 1990;35:301-303.
85. Becker JB, Johnson BR Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Trastornos orgásmicos. Eyaculación precoz. En: Hales RE, Yudofsky SC Tratado de psiquiatría clínica. Barcelona: Masson, 2004;pp:743-764.
86. Bengio RH, Pautasso O, Kerkebe R Juaneda R Disfunciones sexuales masculinas. Eyaculación precoz. En: Bengio RH, Pautasso O, Kerkebe R Juaneda R Urología razonada para estudiantes y médicos generales. Rosario: Corpus, 2004:117-129.
87. Rowland DL, Strassberg DS, de Gouveia BCA, Slob AK Ejaculatory latency and control in men with early ejaculation: An analysis across sexual activities using multiple sources of information. J Psychosom Res 2000 jan.;48(1):69-77.
88. Hite, S El orgasmo femenino. Teorías sobre la sexualidad humana. Barcelona: Ediciones B, 2002: *passim*.
89. Zaviacic M, Zaviacic T, Ablin RJ, Breza J, Holoman J La próstata femenina: Historia, morfología funcional e implicaciones sexológicas. Sexologies 2000;41:1-13.
90. Tres remedios caseros para la eyaculación precoz (disponible, en: <http://www.youtube.com/watch?v=CWfCB44-NkM&hl=es>).
91. Addiego F, Belzer EG, Comolli J, Moger W, Perry JD, Whipple B Female ejaculation: A case study. J Sex Res 1981 feb.;17(1):13-21.
92. Rodríguez B Eyaculación precoz. En: Anuario de sexología. México: Mundo Médico, 1976;pp:18-23.
93. Vargas HVM, Pruneda VE Eyaculación precoz (segunda parte). Prescripción médica 2009 nov.:(384):1-3.
94. McMahon C New agents in the treatment of premature ejaculation. Neuropsych Dis Treat 2006;2(4):489-503.