

SEXOLOGÍA

MANEJO DE LA
EYACULACIÓN PRECOZ

Lorna Sibaja Muñoz *

Natalia Vargas Quesada **

SUMMARY

The ejaculation is a reflex that requires two phases the emission and expulsión . The emission involves deposition of seminal fluid into the vas deferens and to the posterior urethra . The second phase includes the closure removal of the bladder neck followed by rhythmic contractions of the bulbospongios and ischiocavernosus muscles and intermittent relaxation of external urethral sphincter. (3,6,7) The ejaculation process is modulated by a complex of neurotransmitters dopamine, oxytocin and serotonin (5HT) an imbalance in them will result in premature ejaculation (PE). (8,10)

INTRODUCCIÓN

Se define como tiempo latente de eyaculación intravaginal (ELT) el tiempo desde la penetración vaginal hasta la eyaculación se considera normal un rango de 3 a 6 minutos por lo tanto se habla de una eyaculación precoz cuando el tiempo latente de eyaculación intravaginal es menor a un minuto considerándose definitiva y entre 1 a 1.5 como probable. (6,7) Aquella que se presente desde el primer encuentro sexual o en el 90 % de los encuentros , con todo compañero sexual, que vaya empeorando con la edad nos debe alertar de esta patología. (4,5,7) La DSM-4 lo define como eyaculación recurrente o persistente con el

minimo estimulo sexual antes durante o inmediatamente después de la penetración sin que él paciente lo desee y se habla de trastorno sexual cuando hay presencia de distrés o dificultad interpersonal marcada. (2, 4, 7) La ICD-10 lo describe como inhabilidad para retardar la eyaculación lo suficientemente como para que esta sea satisfactoria, manifestándose antes o poco después de la penetración o en ausencia de una adecuada erección con un tiempo minimo 15 segundos. (6,7) Recientemente se ha propuesto una nueva definición por la DSM-V y la CIE 11 dándole a la misma un enfoque sindrómico incorporando estudios epidemiológicos bien controlados dejando de lado el

* Médico Asistente General Medicina Mixta.

** Médico Asistente General Medicina de Empresa.

termino trastorno. ^(1,3,6) La forma de EP primaria se observa desde una perspectiva neurobiológica y genética, sin embargo no se puede descartar del todo un factor psicológico en un significativo porcentaje de casos en los cuales se documento que tanto el trastorno depresivo mayor como EP primaria mejoraban de forma significativa con el uso de SSRI (Inbidores de la recaptura de serotonina). ^(6, 7, 11) Entre otras hipótesis se encuentra la serotoninérgica en la cual puede ocurrir un problema en la neurotransmisión de la serotonina o en el funcionamiento de sus receptores explicando así la eyaculación primaria y adquirida respectivamente. ^(3,5,10)

CLÍNICA

Para una mayor comprensión clínica la eyaculación precoz se ha dividido en 4 entidades:

- Eyaculación precoz primaria
- Eyaculación precoz secundaria o adquirida
- Eyaculación precoz variable natural
- Disfunción sexual tipo prematuro

EYACULACION PRIMARIA "lifelong"

Síndrome o disfunción crónica caracterizada por:

- Eyaculaciones que ocurren demasiado pronto o en la mayoría de los coitos independientemente de la mujer

- con la cual se practique. (4,5,6)
- Iniciando desde los primeros encuentros sexuales. (2,5)
- En un 80 % de los encuentros ocurre a los 30 a 60 segundos posterior a la penetración y el 20% restante entre el minuto y los dos minutos. (4,5)
- El 30 % empeora con la edad y la capacidad de controlar la eyaculación puede estar ausente o disminuida. (2,7)

EYACULACION SECUNDARIA O ADQUIRIDA

Dependiente del factor somático o psicológico subyacente.

- Se presenta en algún momento de la vida del paciente posterior a experiencias eyaculadoras normales. (5,6, 7)
- Comienzo repentino o gradual. (2,4)
- Es probable que haya causa orgánica de fondo disfunciones urológicas tipo disfunción eréctil, prostatitis o disfunción tiroidea. (4,6,7)

EYACULACION VARIABLE NATURAL

El paciente presenta eyaculaciones precoces ocasionalmente dependiendo de la situación, es una variabilidad normal en el hombre ya que en algún momento de la vida es posible presentar una eyaculación precoz no es un síndrome real o patología como tal sino una queja frecuente cursa con la siguiente clínica: (2,11)

- Eyaculaciones precoces irregulares e inconstantes. (3,4)
- Es posible que el paciente refiera disminución en el control de la eyaculación acompañado de un tiempo de eyaculación corto o normal. (3,4)

DISFUNCIÓN EYACULADORA TIPO PREMATURO

No se considera un síntoma o una patología verdadera generalmente la causa de fondo es psicológica, el paciente se queja de EP pero con IELT y tiempos hasta la eyaculación entre rangos normales de 3 a 6 minutos o algunos casos mayores a estos de 5 a 25 minutos. Cursa con el siguiente cuadro clínico: (4,6,8)

- Percepción subjetiva de eyaculación rápida.
- Preocupación excesiva por una eyaculación precoz e ideas de no poder mantener control de la misma sin el antecedente de un trastorno mental de fondo.

DIAGNOSTICO

Para realizar un diagnóstico es necesario que el médico indague en la historia clínica antecedentes de patologías de fondo tipo cardiovascular, hipersensibilidad del glande o enfermedades degenerativas donde el reflejo bulbocavernoso se vea comprometido, así como el grado de satisfacción sexual, la ingesta de fármacos, el patrón de regularidad con la cual presenta

este problema, experiencias sexuales tempranas y la edad del paciente. (4,7,10) En cuanto al uso de fármacos estudios aleatorios han documentado un aumento en la prevalencia de la EP en pacientes dependientes de opiáceos que discontinúan su uso este de hasta tres veces mayor en comparación con la población general. (1,4,11) Se cuenta con varios instrumentos de ayuda tipo cuestionarios como el Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT), Premature Ejaculation Profile (PEP), Index of Premature Ejaculation (IPE) y Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction. (1,8)

TRATAMIENTO

Sumanejo consta de intervenciones psicológicas, farmacológicas y quirúrgicas en las cuales el incluir a la compañera en las sesiones es de vital importancia. (1, 7) Las técnicas conductistas han tenido buenos resultados hasta en un 60 a 90% de los casos entre ellas la técnica de compresión del glande en la cual la pareja comienza despacio la estimulación del paciente o este inicia la masturbación deteniéndose cuando sienta que la eyaculación esta próxima apretando firmemente el pene justo detrás del glande practicándose alrededor de tres veces, a la cuarta eyacula. Alrededor de los 3 años de su uso la técnica pierde su eficacia en un 25%. (1,3, 8) El tratamiento farmacológico incluye un periodo basal y otro de medición bajo

cronometro del IELT en minutos o segundos y en el caso en que la eyaculación ocurra fuera de la vagina el tiempo de latencia se considerara de cero. (4,6,7) En cuanto al uso de los antidepresivos el primero en mostrar eficacia fue la Clomipramina en 1973, posteriormente los ISRS (Inhibidores de la Recaptura de Serotonina) que se encuentran aun en discusión sobre su dosificación y la forma en la cual debería de pautarse ya sea en forma continua o antes del coito o en modalidad de impregnación con dosis diarias por 3 a 4 semanas y luego antes del coito. (4,10) La modalidad a demanda es discutida ya que interfiere en la espontaneidad de las relaciones sexuales diferencia importante a su toma diaria que mantiene el retraso de la eyaculación en todo momento que se desee tener intimidad sexual. (4, 6, 11) Entre los fármacos de primera línea tenemos los inhibidores de la recaptura de serotonina (SSRI) modulan el sistema serotoninérgico produciendo un retraso en la eyaculación a excepción de la Fluvoxamina, a dosis diarias se utiliza el hidrato de paroxetina de 20-40mg, Clomipramina 50mg, Sertralina 50-100mg, Fluoxetina 60 mg, Citalopram 20 -40mg y Escitalopram 10-20mg su efecto máximo se pone en manifiesto hasta las 2 semanas. (3,5,10)

Es importante no dejar de lado que un efecto secundario de los antidepresivos es la disfunción

eréctil siendo aun mas frecuente en la terapia continua. (1,3) Otras opciones terapéuticas a demanda son los anestésicos tópicos lidocaína y prilocaína al 5% suprimen la sensibilidad del glande, se colocan 20 a 30 minutos antes de la penetración ya sea en gel, crema o spray. (4, 7) Es necesario utilizarlos con condón para evitar el entumecimiento vaginal o la anestesia completa del pene. Existe nuevas tendencias como el Topical Eutectic Mixture for Premature Ejaculation (TEMPE) aerosol de lidocaína (7.5 mg) combinado con prilocaína (2.5 mg) se aplica una hora antes de la penetración. (4,6) En Europa el único medicamento aprobado a demanda es la Dapoxetina de 30 a 60 mg un SSRI de corta acción, rápidamente absorbible, se toma de 1 a 3 horas antes de la relación sexual mejorando el EILT. (1,4,8) El ácido fólico ha surgido como posible opción terapéutica, su metabolito activo 5MTHF participa en la metilación de la metionina la cual es necesaria para la formación de neurotransmisores. (5, 6, 10) Por lo que los suplementos de folato aumentaran la respuesta de los SSRI se deben de considerar en los casos en que el paciente presente deficiencia y mala respuesta a los SSRI. (6,10) En los casos que el paciente asocie disfunción eréctil se puede considerar como opción terapéutica los inhibidores 5 fosfodiesterasa (PDE-5) tipo Sildenafil de 25 – 50 mg 1 a 2 horas antes de la relación para

mejorar la latencia eyaculatoria este ha demostrado efectividad en combinación con la Paroxetina. (7,8) Al asociar disfunción urinaria se puede considerar el uso de los antagonistas de alfa adrenérgicos tipo 1 que bloquean el sistema simpático retrasando la eyaculación entre ellos la Terazosina 5mg diarios y Alfuzosina 6mg . (4,6) En diferentes estudios han surgido nuevas medidas terapéuticas como la inyección con toxina botulínica tipo A (bloqueador selectivo de acetilcolina) la cual actúa inhibiendo la contracción de los músculos bulboesponjo e isquiocavernos de gran beneficio para la EP primaria, aunque aun bajo investigación por la probabilidad de aneyaculación es decir de la ausencia de la eyaculación completa por el bloqueo muscular además de la poca labilidad de la toxina. (3) Entre las opciones quirúrgicas se encuentra la circuncisión que se practica para conseguir menos sensibilidad en el glande, así también la neurotomía de denervación del glande (Fundación Puigvert) han logrado resultados aceptables. (2,3,7) El tratamiento óptimo para la EP no ha sido establecido una dosis única antes de la relación puede ser útil en algunos pacientes mientras que en otros con trastornos emocionales o afectivos de base puede ser mejor la terapia diaria para conseguir un nivel adecuado en sangre. (1,2,11)

RESUMEN

La eyaculación es un reflejo requiere dos fases la de emisión y la de expulsión, la primera involucra la deposición de líquido seminal hacia los conductos deferentes y a la uretra posterior. La segunda fase de expulsión incluye el cierre del cuello de la vejiga seguido de contracciones rítmicas de los músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso y la relajación intermitente del esfínter uretral externo. (3,6,7) El proceso de eyaculación como tal se encuentra modulado por un complejo de neurotransmisores dopamina , oxitocina y el 5HT (serotonina) un desequilibrio en ellos resultara en la EP. (8,10)

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez Vicente Juan Carlos, Calvo Quintela Laura, Chatada Abal Venancio, et al. Eyaculación Precoz. Guías Clínicas Grupo MESEGA (2006) 6: 31.
2. Diden Sunay, Melih Sunay, Yasin Aydogmus, et al. Acupuncture versus paroxetine for the treatment of Premature Ejaculation. *European Urology* (2011) 59:765-771.
3. Ege Can Serefoglu, Mensur Selcuk Silay. Botulinum Toxin-A Injection maybe Beneficial in the treatment of lifelong premature ejaculation. *Elsevier Ltd* (2010) 74 : 83-84.
4. Marcel D. Waldinger, et al. Evolution of the Understanding of Premature Ejaculation. *European Urology Supplements* (2007) 6:762-767.
5. Marcel D. Waldinger . Lifelong Premature Ejaculation : Current Debate on Definition and Treatment. *Elsevier Ireland* (2005) 2 : 333-338.
6. Marcel D. Waldinger. Premature Ejaculation: Advantages of a new Classification for Understanding Etiology and Prevalence rates. *Elsevier* (2008) 17: 30-35.
7. Marcel D. Waldinger, MD, PhD. Premature ejaculation : State of the Art. *Elsevier Saunders* (2007) 34: 591-599.
8. Kostantinos Hatzimouratidis, Edouard Amar, Ean Eardley , et al. Guidelines on male sexual disfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation (2010) 57 : 804-814.
9. Stanley E. Althof, PhD, Tara Symonds, PhD. Patient reported outcomes used in the assessment of the premature ejaculation . *Elsevier Saunders* (2007) 34: 581-589.
10. Tai – Lang Yin, Jing Yang, Bo Zhang, Wen-Jie Yan. Folic Acid Supplementation as adjunctive treatment Premature Ejaculation (2011) 76 : 414- 416.
11. Venkat Chakuri, David Gerber, Adam Brodie, et al. Premature Ejaculation and other sexual dysfunctions
12. In opiate dependent men receiving methadone substitution treatment. *Elsevier* (2012) 37: 124-126.