

UROLOGIA**EYACULACION PRECOZ
(NUEVAS TERAPIAS)**

Javier Agüero Hernández*

SUMMARY

Premature ejaculation is for the most common sexual dysfunction, with an incidence of approximately 30 %. This is defined as persistent or recurrent ejaculation with minimal sexual stimulation before, during or after penetration and before the person wishes it. Several theories attempt to explain its pathophysiology, however are both the psychological and neural factors the responsible of this problem. Clinical manifestations are the cornerstone of diagnosis, and the environment in which they develop symptoms should never be ignored, because

often explains this problem. Multiple therapies have been studied in the management of this condition, some as SSRIs have greater support for studies that clearly demonstrate its effectiveness. Moreover recently develop new therapies, such is the case, tramadol, opioid analgesic that has demonstrated efficacy in delaying ejaculation time. With clear advantages over other drugs used for the same purpose.

INTRODUCCION

La eyaculación precoz fue mencionada por primera vez en

1943 por Schapiro, quien en ese momento habló de dos tipos, tipo A y la tipo B. Las cuales posteriormente son renombradas por Godpodinoff como primaria y adquirida. Desde ese momento no ha existido una clara definición de esta patología, con parámetros claros en cuanto a tiempo, no así en cuanto a la inconformidad, angustia y/o estrés psicológico que causa en todos los pacientes. Existen autores que describen la eyaculación precoz como una queja del paciente y no como un trastorno sexual, sin embargo, ya sea como una queja o como un trastorno, la eyaculación precoz representa la disfunción

* Médico General.

sexual más frecuente con una prevalencia del 20 al 30 %. Es importante realizar una adecuada historia clínica, enfocándose tanto en la esfera psicológica como en lo biológico, pues muchas veces en nuestros pacientes la raíz del problema es psicológica, ya sea por ansiedad o problemas de relación. De igual forma hay que saber distinguir ante qué tipo de problema nos enfrentamos, pues el conocimiento de que un paciente ha tenido antecedentes de eyaculación precoz durante toda la vida, nos orienta a una causa biológica y buscar antecedentes psicológicos es menos importante en este caso. Por el contrario, el hecho de que sea un trastorno de reciente aparición y en situaciones específicas puede sugerir problemas de relación, más que algo orgánico.

DEFINICION

No existe actualmente un consenso sobre una única definición de EP, algunas de ellas y quizás las más importantes son: DSM-IV-TR: “Eyaculación persistente o recurrente con estimulación sexual mínima antes, durante o después de la penetración y antes de que la persona lo deseé.” (1) Asociación Americana de Urología (AUA): “Eyaculación que ocurre antes de lo deseado, ya sea antes o poco después de la penetración, lo que

causa molestia o angustia, con poco o ningún control voluntario por parte del paciente.” (7)

CIE-10: “Una incapacidad para retrasar la eyaculación lo suficiente para disfrutar el acto sexual, se manifiesta con una de las siguientes características:

- a. Aparición de la eyaculación antes o poco después del inicio del coito (antes o dentro de los 15 segundos del comienzo del coito)
- b. La eyaculación se produce en ausencia de erección suficiente para hacer posible el coito.” (14)

Son múltiples las definiciones, pero todas comparten características en común y un eje central que se basa en el corto tiempo de latencia eyacularia intravaginal (TLEI), falta de control e insatisfacción sexual. (3) La EP debe comprender un enfoque sindrómico, pues son múltiples los factores orgánicos, psicológicos y sociales que influyen en quienes experimentan esta afección. Originalmente en la EP se distinguieron dos tipos: la primaria y la adquirida. Recientemente se han agregado dos tipos más: EP variable natural y disfunción eyacularia de tipo prematuro. La eyaculación precoz variable natural corresponde a una disminución o ausencia de capacidad de controlar la eyaculación de forma casual, inconstante e irregular. Por lo que

no corresponde a una verdadera manifestación sintomática, sino más bien a una variación normal de la fisiología de la sexualidad humana. (11) Por otra parte, la disfunción eyacularia de tipo prematuro se caracteriza por una percepción subjetiva por parte del paciente, de eyaculación rápida, a pesar de tener un tiempo de latencia intra vaginal en rango normal o incluso aumentado, y muchas veces responde a un problema psicológico o de pareja y no a una manifestación patológica verdadera.

EPIDEMIOLOGIA

Corresponde a la disfunción sexual más frecuente, de acuerdo a la definición del DSM-IV y se estima que afecta alrededor del 30 % de hombres alrededor del mundo. Son múltiples los estudios que han evaluado la prevalencia de la EP en diferentes poblaciones y todos muestran aproximados similares, algunos de ellos, por ejemplo el estudio Laumann EO: prevalencia y correlaciones identificadas en el estudio global de actitudes sexuales y comportan, muestra prevalencia del 20-30 % en hombres de 40 a 80 años.

ETIOPATOGENIA

La fisiopatología de la EP se desconoce en gran medida y se

piensa no corresponde a una sola causa en específico, sino a un conjunto de factores que influyen y dan por resultado una falta de control eyaculatorio. Existen diferentes tipos de EP, cada una muy diferente desde un punto de vista fisiopatológico a las otras, es por esto que no hay una fisiopatología particular, sino que hay diferentes fisiopatologías dependiendo del tipo de EP.

Se manejan tres teorías la psicológica, la de trastornos neuronales periféricos y la serotoninérgica. La hipótesis serotoninérgica se basa en una alteración de la neurotransmisión de la serotonina y/o del funcionamiento de los receptores de serotonina y explica principalmente la EP de tipo primaria. La hipótesis de trastornos neuronales periféricos explica que existe una hipersensibilidad del pene y trata de explicar la EP adquirida. Por último la hipótesis psicógena está relacionada con procesos cognitivos e inconscientes. (11)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de EP suele realizarse en base a las manifestaciones clínicas citadas por el paciente. Una anamnesis básica debe incluir un análisis del contexto cultural y evolución del problema, si este es global o situacional, si es primario o

reciente, el uso de drogas de abuso y una medición de las fases del ciclo de respuesta sexual, es decir, el deseo, la excitación y la eyaculación, entre otras. Existe una triada de síntomas esenciales que facilitan el diagnóstico: latencia de eyaculación breve, falta de control e insatisfacción sexual (4) La latencia de eyaculación breve o el tiempo de latencia intravaginal, es el tiempo transcurrido desde la penetración hasta la eyaculación. Se han propuesto varios tiempos, el DSM-IV propone arbitrariamente un tiempo menor de 15 segundos compatible con el diagnóstico. Sin embargo otros investigadores basados en estudios recientes han propuesto que un tiempo de latencia inferior a 2 minutos sugiere un posible diagnóstico de eyaculación precoz. En la actualidad se utiliza como criterio diagnóstico un tiempo de latencia intravaginal menor a 2 minutos. La falta de control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio, que se da cuando se llega a cierto nivel de excitación sexual y se produce la eyaculación automática y rápidamente. En este componente debe distinguirse entre los hombres que eyaculan rápidamente por una dificultad para mantener el control, de los que lo hacen intencionalmente. La preocupación o angustia se distingue fácilmente solo por el hecho de tener al paciente sentado

frente nuestro expresando este problema y su sentir respecto a este. Es importante evaluar el grado de estimulación sexual en el momento de la EP, la repercusión en la actividad sexual de la pareja y en la calidad de vida del paciente, así como el consumo o abuso de medicamentos o drogas. (13) Por último es importante distinguir entre EP y disfunción eréctil, ya que muchos pacientes con disfunción eréctil presentan EP secundaria debido a la ansiedad relacionada con la dificultad para lograr y mantener la erección. (8)

TRATAMIENTO

Es importante distinguir entre los distintos tipos ya mencionados de eyaculación precoz, al momento de plantear que método terapéutico, pues según la situación a la que nos enfrentemos cambiará su manejo. La EP primaria debe ser tratada indudablemente con fármacos que retrasan el tiempo de eyaculación. Por su parte la EP adquirida puede ser tratada con fármacos si se encuentra como origen una patología médica subyacente o con psicoterapia para tratar patología psicológica que lleve a este trastorno o con ambas. A los hombres con EP variable natural debe brindárseles información de que eyaculaciones precoces esporádicas son parte de la fisiología sexual normal. Y no se aconseja tratar con

fármacos a este tipo de paciente, que normalmente con psicoeducación resuelven su problema. Por último los pacientes con disfunción eyaculatoria de tipo prematuro no se deben tratar con fármacos, sino informar que el tiempo real de eyaculación se encuentra dentro de rangos normales. La terapia *psicológica conductual* es un método tradicional que no es nocivo ni doloroso y con pocos efectos colaterales. Se han propuesto dos estrategias, la primera el método de interrupción-compresión propuesto por Semans y el segundo el método de interrupción-pausa propuesto por Kaplan. (4) Ambos métodos se basan en la inhibición de la eyaculación mediante el cese de estímulo sexual. Carecen de beneficios inmediatos, y sus mayores tasas de éxito han sido vistas a corto plazo. Algunos estudios han propuesto tasas de éxito del 50 al 60 %. (6) Los *inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina* (IRSS) han marcado un cambio en el manejo de los pacientes con eyaculación precoz, estos medicamentos modifican la evolución de la enfermedad al modular el sistema serotoninérgico central. Recordemos que el neurotransmisor 5-hidroxíptamina (5-HT) o serotonina está implicado en el control de la eyaculación. Y que su efecto retardante se debe

probablemente a la activación central de los receptores 5-HT 1B y 5-HT 2C. (13)

Los IRSS son fármacos utilizados para tratar los trastornos del estado de ánimo, pero también retardan la eyaculación, pues permiten concentraciones mayores y más prolongadas de serotonina a nivel de hendidura sináptica, lo que desensibiliza a los receptores 5-HT1A y 5-HT1B, dando por resultado un retardo en la eyaculación. El retardo en la eyaculación es visible al finalizar de la primera o segunda semana bajo un esquema de toma diaria. Los IRSS que han sido evaluados en el tratamiento de la EP incluyen citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. De los cuales se ha demostrado en un metaanálisis realizado por Waldinger et al en 2004, que la paroxetina ejerce el mayor retardo en la eyaculación. (12) El tratamiento diario se puede llevar a cabo con paroxetina (20 a 40 mg), clomipramina (10 a 50 mg) y fluoxetina (20 a 40 mg). Y el tratamiento a demanda, con anti depresivos, se puede llevar a cabo con clomipramina (25 mg) aproximadamente 5 horas antes del coito. Los *anestésicos locales tópicos*, tales como lidocaína y pilocarpina representan la forma más antigua de tratar a estos pacientes. Consiste en una aplicación tópica de lidocaína o pilocarpina ya sea en crema, gel

o aerosol, aproximadamente 20 minutos antes del acto sexual. Se ha demostrado su eficacia moderada en varios estudios, con un retardo en los tiempos de latencia intravaginal de 2 a 8 minutos y mejoría en aproximadamente 89 % de pacientes. (2) Estos medicamentos logran su eficacia al producir una reducción de la sensibilidad del pene, pero a un coste muy alto, pues producen una hipoanestesia importante y la absorción por su pareja femenina produce un entumecimiento vaginal, efecto que es fácilmente prevenible con el uso de preservativo. Los *Inhibidores de la fosfodiesterasa de tipo 5* se han estudiado en varios estudios con el fin de demostrar su eficacia. Se piensa que pueden reducir la ansiedad relacionada con el rendimiento, debido a las mejores erecciones y disminuir el umbral eréctil a un nivel más bajo de excitación de modo que se precisa una mayor excitación para alcanzar el umbral de eyaculación. (5) En un estudio con 80 hombres con potencia normal, Salonia y col (2002) compararon el tratamiento con paroxetina sola con una combinación paroxetina-sildenafil. Encontrando mejores resultados con el tratamiento combinado. (4) Se debe aclarar que existen muchos estudios sobre la eficacia del tratamiento con sildenafil, sin embargo ninguno de los consultados lo compara

con placebo, por lo que es difícil interpretar resultados. Por lo tanto, es poco probable que los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 desempeñen un papel importante en el tratamiento de la eyaculación precoz, salvo en los hombres con eyaculación precoz adquirida secundaria a disfunción eréctil. El *tramadol*, analgésico opioide de acción central ha sido usado recientemente para el tratamiento de pacientes con eyaculación precoz. Dos estudios han demostrado su eficacia en el retraso del tiempo de eyaculación, utilizando 50 mg de tramadol a demanda. El tramadol es un analgésico opioide, cuyo mecanismo de acción es multimodal y se basa en la activación del receptor opioide μ , la inhibición de la recaptación neuronal de serotonina y noradrenalina, aumento del flujo de serotonina, efecto antinociceptivo e inhibición de potenciales evocados espinales somato - sensoriales. (9) A nivel central existen diferentes receptores de serotonina (5-HT) que son encargados del control de la eyaculación, entre ellos están los 5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{1D} y 5-HT_{2C}. Algunos de ellos ejercen un control positivo favoreciendo la eyaculación mientras que otros, ejercen un efecto inhibitorio sobre la misma. Se ha observado que los efectos sobre la eyaculación de algunos fármacos, se deben

a un aumento agudo de los neurotransmisores de serotonina y a una activación de receptores 5-HT, específicamente 5-HT_{1A-2C}, favoreciendo de esta forma la eyaculación. En 2006 se publicó un primer estudio, sobre el uso a demanda de 50 mg de tramadol como tratamiento de la eyaculación precoz. En este Safarinejad concluye que el uso de 50 mg de tramadol a demanda aumenta el tiempo de latencia intravaginal 13 veces. Dos años después se realiza otro estudio con 25 mg de tramadol, a cargo de la Universidad de Arkansas, donde se observa un aumento en el tiempo de latencia intravaginal de 6.3 veces del valor mostrado inicialmente, y mucho mayor al de los pacientes que utilizaron placebo, cuyo aumento fue de solo 1,7 veces. Lo anterior sugirió que el efecto sobre el aumento en el tiempo de eyaculación con el uso de tramadol, podría ser dosis dependiente. Estudios han mostrado que la tasa de absorción oral del tramadol es del 100 % y que su biodisponibilidad es cercana al 70 % después de una dosis única. Así mismo que el empleo de múltiples dosis aumenta la biodisponibilidad hasta casi el 100 %. Vale resaltar que estudios realizados por Cossman et, sobre el uso y seguridad del tramadol, han mostrado mayor eficacia con el uso de dosis diarias de este medicamento. Al igual que otros

medicamentos, el tramadol no ha estado exento de comentarios por sus efectos secundarios indeseados, siendo los más frecuentes las náuseas (6,1 %), mareos (4,6 %), letargo (2,4 %), vómitos (1,7 %) y resequedad bucal (1,6 %).

CONCLUSION

La eyaculación precoz es la disfunción sexual más frecuente, con una prevalencia cercana al 30 %. Representa aún un tema tabú en algunos pacientes, por lo que quizás su prevalencia sea aún mayor. Es de suma importancia distinguir si se trata de un trastorno primario o adquirido, pues esto nos orienta hacia su posible causa y su mejor tratamiento. Se ha observado en investigaciones recientes, que el control sobre la eyaculación es central y dependiente de los niveles de serotonina, y que el estímulo o inhibición de sus receptores, es el encargado de retardar la eyaculación. Es por esto que muchas de las terapéuticas empleadas se basan en el control de los niveles de este neurotransmisor (5-HT). El tramadol representa un analgésico opioide, de acción central que recientemente se ha investigado en el tratamiento de la eyaculación precoz. Su mecanismo de acción combina la inhibición de la recaptura de serotonina y noradrenalina,

aumento del flujo de serotonina a nivel central e inhibición de potenciales somatosensoriales evocados. Se ha comprobado su eficacia en múltiples estudios con dosis de 50 mg a demanda, aumentando su efectividad si se emplea de forma diaria y a dosis mayores. (3) Al igual que con otros medicamentos, han sido reportados algunos efectos secundarios indeseados asociados al uso tramadol, entre los que figuran las náuseas y mareos como principales. Sin embargo sus beneficios y seguridad superan cualquiera de estos. Una clara ventaja entre el tramadol y otros tratamientos, es su uso a demanda, es decir, el paciente no debe estar ingiriendo algún medicamento de forma diaria, con todas las cosas que esto conlleva como sus efectos indeseados, intolerancia o irritación gástrica, entre otros. Por lo que representa una excelente opción en el manejo de este trastorno.

RESUMEN

La eyaculación precoz corresponde a la disfunción sexual más frecuente, con una incidencia aproximada del 30 %. Se define ésta como una eyaculación persistente o recurrente con estimulación sexual mínima antes, durante o después de la penetración y antes de que la persona lo

deseé. Varias teorías intentan explicar su fisiopatología, pero se ha visto que su etiopatogenia corresponde a un conjunto de factores tanto psicológicos como neuronales. Las manifestaciones clínicas son la piedra angular del diagnóstico, y el entorno en el que se desarrollan los síntomas nunca debe ser obviado, pues explica muchas veces este problema. Múltiples terapias han sido estudiadas en el manejo de esta patología, algunos como los IRSS gozan de mayor respaldo por estudios que demuestran claramente su eficacia. Por otra parte nuevas terapias se desarrollan recientemente, tal es el caso del, tramadol, analgésico opioide que ha demostrado eficacia en el retraso del tiempo de eyaculación. Con claras ventajas respecto a otras drogas usadas para el mismo fin.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 th edition, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. BJU Int 2004 May; 93 (7):1018-21.
- Cardona, W. Definición actual y tratamiento de la eyaculación precoz. Arch. Esp. Urol. Andrología. 2010; 63 (1): 53-55
- Campbell-Walsh. Uroología. Eyaculación Precoz. Editorial Médica Panamericana, 9º edición, 2008. Pp 784
- Chen J, Keren-Paz G, Bar-Yosef Y, Matzkin H. The role of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of premature ejaculation: a critical analysis of basis science and clinical data. Eur Urol 2007 Nov; 52(5): 1331-9.
- Metz ME, Pryor JL, Nesvacil LJ, Abuzzahab F Sr, Kosnar J. Premature ejaculation: a psychophysiological review. J Sex Marital Ther 1997 Spring; 23 (1): 3-23 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9094032>.
- Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. J Urol, 2004; 172: 290
- Rowland DL, Slob AK. Premature ejaculation: psychophysiological considerations in theory, research, and treatment. Annu Rev Sex Res 1997; 8:224.
- Safarinejad, M.R., Hosseini, S.Y. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. Journal of clinical psychopharmacology. (2006).
- Salem. E, Steven. K, Wilson. MD, Nabil. K, Bissada, MD, Johan. R, Delk. II, Wayne. J, Hellstrom, MD, Cleves. M. Tramadol HCL has Promise in On-Demand use to Treat Premature Ejaculation. J Sex Med 2008; 5: 188-193. International Society FOR Sexual Medicina.
- Waldinger, M. MD, PhD. Eyaculación precoz: estado de la cuestión. Urol Clin N Am 34 (2007) 591-599

12. Waldinger MD, Zwinderman AH, Schweitzer DH, Olivier B: Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Impor Res* 2004b; 16: 369-381.
13. Wespes, E. Amar, I. Eardly, F. Giuliano, D. Hatzichristou, K. Hatzichristou, F. Montorsi, Y. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. European Association of Urology. 2010. Pp 881-900.
14. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Genova (IL): World Health Organization; 1993.