

TRASTORNOS DE LA EYACULACIÓN

EJACULATORY DISORDERS

DR. JOAQUIM SARQUELLA GELI. (1), DR. ROBERTO VILCHES P. (2), DR. CRISTIAN PALMA C. (3)

1. Andrólogo. Fundación Puigvert. Barcelona. España.
2. Médico cirujano. Residente Urología.
3. Departamento de Urología. Clínica Las Condes. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Email: jsarquella@fundacion-puigvert.es

RESUMEN

Las alteraciones de la eyaculación constituyen un problema de consulta frecuente en urología y, en cierta medida, en la consulta general. Su importancia radica, además de su alta prevalencia, en el detrimento psicológico que repercute en la calidad de vida de los pacientes, sus parejas, y por constituir una posible causa de infertilidad. Dada la complejidad del control de la función eyaculatoria, las causas pueden ser múltiples y por lo tanto es necesario un abordaje integral del bienestar biopsicosocial del paciente para lograr un manejo adecuado de esta afección. Por otro lado, si bien es imprescindible entender los aspectos fisiopatológicos de estas disfunciones para comprender su manejo, hay que hacer notar que su diagnóstico es eminentemente clínico. Sobre este último tópico es que existe gran controversia, ya que existe variabilidad en la definición de algunos de estos trastornos, lo que afecta la capacidad de detección del clínico, su manejo y también la calidad de los estudios clínicos que investigan su tratamiento. El tratamiento adecuado parte con un correcto diagnóstico clínico y, como se dijo anteriormente, exige un abordaje multidisciplinario. De hecho es históricamente un campo compartido con la psiquiatría, incluyendo el DSM criterios estrictos para su diagnóstico. Existen diversas terapias dependiendo del diagnóstico de cada trastorno, las que van desde tratamientos farmacológicos hasta terapias psicológicas según sea la situación clínica.

Palabras clave: Alteración eyaculación, diagnóstico / manejo, infertilidad.

SUMMARY

Ejaculatory disorders constitute a frequent consultation problem in urology, and to a certain extent, in general practice. Their importance is based, besides a high prevalence, on the psychological damage that affects patients and their couple's quality of life and because they could be a possible cause of infertility. Given the ejaculatory control complexity, there might be several causes and therefore it is necessary an integral approach of the patient's biopsychosocial wellbeing to achieve the right treatment of this affection. Although it is essential to understand physiopathological aspects of this disorders to understand their management, it is necessary to highlight that its diagnosis is mainly clinical. It is on this last subject that great controversy exists, given the variability of some of these disorders' definitions, which affect the clinicians detection capacity, its management and also the quality of the clinical studies which investigate its treatment. Proper treatment starts with a right diagnosis and, as stated before, demands a multidisciplinary approach. In fact it has been historically a shared field with psychiatry, including DSM strict criteria for its diagnosis. There are many therapies according to the clinical situation of each disorder, and those go from pharmacological to psychological treatments.

Key words: Ejaculatory disorders, infertility, diagnosis / management.

ASPECTOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA EYACULACIÓN

Para entender estos trastornos es necesario entender aspectos anatómicos y fisiológicos de la eyaculación normal. El aparato genital masculino consta, entre otros elementos, de un **sistema secretor** (testículos, vesículas seminales, próstata y glándulas uretrales) que se encargan de formar el eyaculado, y de un **sistema excretor** (vía seminal), que se encarga de expulsarlo adecuadamente.

El eyaculado suele tener un volumen aproximado de **1,5 a 4 ml**, lo cual puede aumentar o disminuir según la frecuencia eyaculatoria. El 90% proviene de glándulas accesorias, siendo aproximadamente un 5-10% el aporte de los testículos, donde se incluyen los espermatozoides (1). Las **vesículas seminales** aportan con un 40-80% del volumen del eyaculado, presentando pH básico y gran concentración de fructosa, prostaglandinas y flavonoides. La **próstata** aporta el 10-30% del volumen total y su secreción es rica en enzimas (fosfatasa) y en ácido cítrico, por lo que su pH es ácido (2-5). Por último podemos mencionar a las *glándulas de Cowper* y de Littre (en el bulbo y a lo largo de toda la mucosa uretral respectivamente) que producen una secreción lubricante de la uretra. El eyaculado presenta diferentes fracciones según el momento en el cual se las analice. Éstas son: pre-eyaculatoria, cuya misión es hacer más resbaladiza la uretra; previa, de origen prostático, ácida y rica en fosfatasa; principal, que procede del epidídimo y conductos deferentes y contiene los espermatozoides; y por último la terminal, que proviene de las vesículas seminales y aporta un medio adecuado para la supervivencia del espermatozoide en el ambiente de la vagina. Esto nos permite entender que ante la presencia de un espermiograma con un pH anormalmente bajo, podemos sospechar obstrucción de las vesículas seminales.

La eyaculación se puede dividir en varias fases:

1. Emisión: contracción de los conductos deferentes para impulsar los espermatozoides hacia la uretra prostática, donde se mezclan con la producción de la próstata y las vesículas seminales. El semen se acumula en la uretra prostática y las glándulas uretrales lubrican la uretra. Esta fase depende del *sistema nervioso autónomo simpático dorsolumbar (T12-L2)*.

2. Cámara de alta presión: cierre de ambos esfínteres, interno y externo, lo que genera un tapón en la uretra prostática. Esta fase es controlada por los sistemas simpático y parasimpático.

3. Expulsión: se producen contracciones clónicas de los músculos perineales y peristaltismo uretral, produciéndose una salida discontinua y rítmica del eyaculado. Tras la apertura del esfínter externo, el interno permanece cerrado, por lo que se expulsa el semen hacia distal. Estas contracciones son sumamente placenteras y forman parte del orgasmo, el cual consta habitualmente de unas 10-15 contracciones. Posteriormente viene un período de calma, refractario desde el punto de vista sexual.

Por último debemos mencionar que existen elementos neurológicos que controlan y coordinan el normal desarrollo de estos eventos. Resumidamente este sistema consta de:

1. Receptores periféricos: primarios (en el pene) y secundarios en el resto de los genitales externos y otras zonas erógenas extragenitales (6).

2. Vías aferentes: vía nervio pudendo y astas medulares hasta el tálamo y la corteza cerebral.

3. Vías eferentes: descendiendo a través de las astas anterolaterales hasta el centro simpático (T12-L2) y el parasimpático (S2-S4). El primero que viaja a través del nervio hipogástrico para generar la contracción de la musculatura lisa de los órganos genitales y el cierre del esfínter interno regulando la fase de emisión. El segundo a través del nervio pudendo interno controla las contracciones clónicas eyaculatorias de los músculos isquio y bulbocavernosos y la apertura del esfínter externo, controlando así la fase de expulsión (7).

4. Núcleos medulares: integran la información de las aferencias de los receptores periféricos y eferencias supraespinales a nivel del *núcleo lumbar espinotalámico (LST)* constituyendo el lugar *generador* de la eyaculación. Éste núcleo se encuentra a nivel de L3-L4 y explica que pacientes con lesión medular sobre T10 tengan eyaculaciones reflejas a la estimulación peneana vibratoria (8, 9).

5. Estructuras supraespinales: corresponden a estructuras corticales (área preóptica medial, amígdala) y subcorticales (núcleo talámico subparafascicular o SPF) (10) que constituyen circuitos que parecen *inhibir* la eyaculación a través de conexiones con el LST. De esta manera estas estructuras parecen asociarse con la satisfacción sexual y el período refractario.

6. Neurotransmisores: median el control neurológico. Cabe mencionar la serotonina, cuyo aumento en la sinapsis neuronal retrasa la eyaculación (11).

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE

La herramienta clave para diagnosticar estos trastornos es la *historia clínica* completa, en la que se debe ahondar específicamente en el motivo principal de la consulta del paciente, y diferenciarlo principalmente de los trastornos de la erección que frecuentemente se confunden (11). Además hay que conocer los *fármacos* que utiliza el paciente dadas las frecuentes interacciones de fármacos de uso extendido con el control eyaculatorio. Se ha visto que el 40% de los pacientes en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antipsicóticos presentan disminución de la libido en un 40% y alteraciones de la eyaculaciones en un 50% (12) (Tabla 1). Hay que constatar sobre las intervenciones quirúrgicas, los traumatismos y las infecciones genitourinarias, posibles hechos desencadenantes (médicos o psicológicos) y el tiempo de evolución. Ayudará saber si hay poluciones nocturnas; o si las eyaculaciones son diferentes en distintas situaciones: actividad sexual o masturbación, en solitario o en pareja, o con diferentes parejas (13); es fundamental preguntar sobre el comienzo del problema y si existe un factor desencadenante.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830301>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830301>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)