



# Eyaculación y sus trastornos

B. Cuzin

Los trastornos de la eyaculación forman parte de los trastornos sexuales más frecuentes en el varón. Van desde la eyaculación precoz a la eyaculación retardada, cuyo grado extremo es la aneyaculación, pasando por la eyaculación retrógrada. Por lo general, la respuesta sexual se conceptualiza en varias etapas interactivas: el deseo, la excitación, el orgasmo y la resolución. Durante la actividad sexual, los niveles crecientes de excitación sexual permiten alcanzar un umbral que desencadena la respuesta eyaculatoria que, en el varón, típicamente, termina el episodio sexual. Aunque la función eyaculatoria es indispensable para la supervivencia de la especie, no lo es para el individuo. Desde un punto de vista evolucionista, se puede pensar que el orgasmo acoplado a la eyaculación permite garantizar mejor esta perpetuación de la especie humana. Sin embargo, en el curso de la evolución ha disminuido la importancia y la influencia de las hormonas y de las feromonas sobre el comportamiento sexual. Por el contrario, la importancia de las recompensas se ha hecho más importante. En el ser humano, el objetivo del comportamiento sexual ya no es el coito vaginal sino la búsqueda de los placeres eróticos, sobre todo del orgasmo, procurados por la estimulación del cuerpo y de las zonas erógenas. Es por ello por lo que generalmente el varón modula y retrasa su eyaculación. Si, durante estos últimos años, el estudio de las disfunciones sexuales se va interesando más por la disfunción eréctil, los conocimientos sobre los trastornos de la eyaculación también han progresado; se apoyan en el enfoque experimental basado en una organización estructural anatómica común en los mamíferos a los cuales pertenece el ser humano.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Trastornos de la eyaculación; Etiología; Epidemiología; Diagnóstico; Tratamientos farmacológicos; Psicoterapias asociadas

## Plan

■ <b>Eyaculación</b>	1
Respuesta eyaculatoria periférica	1
Control central de la eyaculación	2
■ <b>Neurofarmacología de la eyaculación</b>	2
■ <b>Eyaculación precoz</b>	2
Fisiopatología	2
Definición	2
Prevalencia	2
■ <b>Enfoque clínico</b>	3
Etapas del diagnóstico	3
Integrar la dimensión de la compañera y de la pareja	3
Importancia del seguimiento	3
■ <b>Tratamientos</b>	3
Dapoxetina	3
Tramadol	4
Anestésicos locales	4
Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa	4
Sexoterapia, terapias conductuales y psicoterapia	4
■ <b>Otros trastornos de la eyaculación</b>	5
Definición	5
Prevalencia	6
Causas de eyaculación retardada	6
Tratamientos	6
Tratamiento	6
■ <b>Conclusión</b>	6

## ■ Eyaculación

### Respuesta eyaculatoria periférica

El espermatozoide está constituido por los espermatozoides que provienen del epidídimo y por las secreciones de las glándulas bulbouretrales, de la próstata y de las vesículas seminales. El conjunto de los órganos y de las estructuras anatómicas implicadas en la sobrevenida de la eyaculación recibe a la vez una inervación simpática y parasimpática. Las observaciones clínicas así como los datos anatómicos y farmacológicos han proporcionado una visión global del control autónomo periférico de la emisión: los mecanismos parasimpáticos colinérgicos participan en el control de la secreción epitelial de las glándulas sexuales accesorias y los mecanismos simpáticos adrenérgicos son los responsables de la contracción de las fibras musculares lisas del tracto seminal y del cuello vesical. Las contracciones de los músculos estriados pelviperineales están controladas por las eferencias somatomotrices que emergen de la médula espinal sacra en el varón y llegan a los músculos estriados pelviperineales a través del nervio pudendo. Existen pocos estudios sobre la inervación aferente del tracto seminal, por lo que su papel funcional sigue estando mal conocido. No obstante, es probable que diversas vías aferentes que se proyectan hacia los niveles toracolumbar y lumbosacro tengan una función de activación sobre la respuesta eyaculatoria. Las dos fases de la eyaculación están mediadas por reflejos organizados en los niveles medulares toracolumbar y lumbosacro<sup>[1]</sup>.

## Control central de la eyaculación

Los centros medulares simpáticos toracolumbares, parasimpático y somático, tienen una función primordial en la eyaculación. La modulación de los centros medulares toracolumbares y sacros hace intervenir a neuronas del tronco cerebral (especialmente del núcleo paragigantocelular [PGi]), que ejercen un tono inhibitorio sobre el reflejo de expulsión que consta de estímulos sensoriales de origen peneano como rama aferente y de mensajes motores con destino a los músculos estriados pelviperineales como rama eferente<sup>[2]</sup>. Esta red cerebral forma parte de una red más amplia que participa en el control de los diferentes componentes de la respuesta sexual (sobre todo la erección) y reagrupa a estructuras cerebrales corticales, talámicas e hipotalámicas integrativas y a centros motores hipotalámicos y pontinos. Entre estas diferentes estructuras, el área preóptica medial (APOM), a través de sus proyecciones sobre el PGi, y el núcleo paraventricular (NPV), a través de sus proyecciones sobre las neuronas preganglionares autónomas de los centros medulares de la eyaculación, tienen una función esencial en el proceso de eyaculación<sup>[3]</sup>. La extensión de la red cerebral responsable de la respuesta eyaculatoria implica la participación de diferentes neurotransmisores y neuromoduladores. Entre ellos tienen una función especialmente importante la dopamina, la 5-hidroxitriptamina (5-HT) y la oxitocina (OT).

## ■ Neurofarmacología de la eyaculación

Existen numerosos datos experimentales que muestran que la dopamina tiene una función activadora en la respuesta eyaculatoria.

El efecto proeyaculador de la dopamina parece estar mediado por los subtipos D2/3 de receptores dopaminérgicos de la APOM y también del NPV<sup>[4]</sup>. El efecto inhibitorio de la 5-HT cerebral sobre la respuesta eyaculatoria está bien documentado, aunque su acción se vuelve compleja debido a la existencia de múltiples subtipos de receptores serotoninérgicos que pueden tener una función opuesta según su naturaleza pre o postsináptica<sup>[5]</sup>. En el varón, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), que aumentan el tono serotoninérgico, tienen un efecto inhibitorio sobre la eyaculación; existen ensayos clínicos recientes que muestran que su uso representa una estrategia farmacológica eficaz en el tratamiento de la eyaculación precoz (EP)<sup>[6]</sup>. Además, los resultados experimentales indican que la OT a nivel cerebral posee una actividad de facilitación sobre el proceso eyaculatorio<sup>[2, 7-10]</sup>.

## ■ Eyaculación precoz

### Fisiopatología

En el transcurso de las últimas décadas, diversos estudios han sugerido que la eyaculación precoz primaria (EPP) y la adquirida podrían estar relacionadas con trastornos somáticos y/o neurobiológicos. Los factores somáticos identificados son la hipersensibilidad del glande<sup>[11]</sup>, una representación cortical más importante del nervio pudendo<sup>[12]</sup>, trastornos de la neurotransmisión serotoninérgica central<sup>[13, 14]</sup>, la disfunción eréctil<sup>[15]</sup>, las prostatitis crónicas<sup>[16, 17]</sup>, algunos fármacos (por ejemplo, raboxetina<sup>[18]</sup>, citalopram<sup>[19]</sup>) o drogas<sup>[19, 20]</sup>, los dolores pélvicos crónicos<sup>[21]</sup>, el varicocele<sup>[22]</sup> y enfermedades tiroideas<sup>[23, 24]</sup>. No obstante, hay que tener en cuenta que ninguna de estas etiologías se ha establecido en estudios sólidos a gran escala. Algunos estudios recientes sugieren

que en determinados varones, las variaciones neurobiológicas y genéticas podrían participar en la fisiopatología de la EPP y que este trastorno podría estar influido y mantenido por factores psicológicos y ambientales<sup>[25, 26]</sup>. Algunos autores<sup>[27]</sup> han propuesto la hipótesis de que la EPP en el varón podría explicarse por una disminución de la sensibilidad de los receptores 5-HT2C y/o una hipersensibilidad de los receptores 5-HT1A<sup>[27]</sup>. La disregulación de la serotonina como hipótesis etiológica de la EP sólo explicaría un 5% de los casos de EP de la población general<sup>[25]</sup>. En conclusión, no se conoce la etiología exacta de la EP. Una reciente revisión de la literatura<sup>[28]</sup> ha puesto de manifiesto que la calidad de los estudios que sustentan las etiologías biológicas y psicológicas no era suficiente. Por el contrario, sí existen resultados satisfactorios en relación con el papel de la interrupción del consumo de sustancias opioides, de la prostatitis crónica y de las enfermedades tiroideas en la eyaculación precoz adquirida (EPA) en asociación con los factores psicógenos. Por lo tanto, es posible que los determinantes de la EP sean complejos y multifactoriales, determinantes que la reacción individual de la pareja frustrada por la disfunción sexual puede ciertamente exacerbar y perpetuar. Por lo tanto, es importante comprender la etiología individual para poder proponer un tratamiento apropiado que combine varias estrategias.

### Definición

La EP se considera la disfunción sexual masculina más frecuente. Sin embargo, su definición ha sido durante mucho tiempo más bien imprecisa.

Estos últimos años se han realizado estudios observacionales rigurosos del comportamiento eyaculatorio en humanos. Estos estudios permiten disponer actualmente de referencias objetivas. El uso del cronómetro ha mostrado que el 90% de los varones que consultan por EP primaria eyacula en el minuto que sigue a la penetración (el 40% lo hace en los primeros 15 segundos y el 70%, en los primeros 30 segundos). Entre los varones que eyaculan 1-2 minutos tras la penetración, sólo el 10% solicita un tratamiento. Además, aunque la precisión de la evaluación con cronómetro es fundamental para la investigación y para la evaluación de los resultados de los ensayos clínicos, se ha observado que la estimación subjetiva de la latencia eyaculatoria por el varón o su pareja presentaría una buena correlación con la evaluación mediante el cronómetro en la práctica clínica. Estos elementos llevaron a la International Society for Sexual Medicine (ISSM)<sup>[29]</sup> a identificar la necesidad de una nueva definición de la EP basada en las pruebas. La EP se caracteriza por:

- una eyaculación que se produce siempre, o casi siempre, antes de la penetración vaginal o en el minuto siguiente a la penetración;
- una incapacidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales;
- consecuencias personales negativas, tales como frustración, preocupación, angustia psicológica y/o evitación de la intimidad sexual.

Actualmente, la American Psychiatric Association está elaborando nuevas definiciones de trastornos mentales y del comportamiento (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V [DSM-V]*) y se ha realizado una propuesta para la EP (**Cuadro 1**) que tiene en cuenta la fisiopatología y las propuestas terapéuticas<sup>[25]</sup>.

### Prevalencia

Se carece de datos fiables sobre la prevalencia de la EP primaria o adquirida en la población general. Los datos disponibles son heterogéneos, ya que los pacientes provienen de subpoblaciones, con definiciones variables y que se miden de distinta forma (basadas en el médico o auto-referidas). Por otro lado, las diferencias de prevalencia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268704>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268704>

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