

DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA:

Disfunción eréctil y eyaculación precoz

(Actualización del texto: Marzo de 2009)

E. Wespes, E. Amar, I. Eardley, F. Giuliano, D. Hatzichristou, K. Hatzimouratidis, F. Montorsi, Y. Vardi

Eur Urol 2002;41(1):1-5.

Eur Urol 2006;49(5):806-15

Definición, epidemiología y factores de riesgo

Las disfunción eréctil (DE) es la incapacidad persistente de alcanzar y mantener una erección suficiente para permitir un desempeño sexual satisfactorio. Aunque la DE es un trastorno benigno, afecta la salud física psíquica y social y tiene un impacto importante en la calidad de vida de quienes la padecen, de sus parejas y de sus familias. Una revisión reciente de estudios epidemiológicos sobre DE sugiere que aproximadamente 5-20% de los hombres tienen DE moderada a grave. La diferencia en la incidencia informada probablemente se deba a diferencias en la metodología y a las edades y estado socioeconómico de las poblaciones de estudio.

La disfunción eréctil tiene factores de riesgo en común con la enfermedad cardiovascular, como la falta de ejercicio, la obesidad, el tabaquismo, la hipercolesterolemia y el síndrome metabólico. El riesgo de DE se puede reducir modificando esos factores de riesgo, en especial con el ejercicio o la pérdida de

peso. Otro factor de riesgo para DE es la prostatectomía radical (PR) en cualquiera de sus formas (abierta, laparoscópica o robótica), debido al riesgo de lesión de los nervios cavernosos, mala oxigenación de los cuerpos cavernosos e insuficiencia vascular. Alrededor de 25-75% de los hombres que se someten a una PR experimentan DE postoperatoria. Los pacientes candidatos a prostatectomía radical con conservación de los nervios no han de ser impotentes y así al conservar los nervios cavernosos se puede garantizar la recuperación de la función eréctil después de la PR.

Diagnóstico y exámenes

Examen básico

Se debe realizar el examen básico (mínima evaluación diagnóstica) resumida en la Figura 1, en todos los pacientes con DE.

Debido a los posibles riesgos cardíacos asociados con la actividad sexual, en la Segunda Conferencia de Consenso de Princeton (2nd Princeton Consensus Conference), se estratificó a los pacientes con DE que quieren iniciar o retomar la actividad sexual en tres categorías de riesgo (Fig. 2). En el grupo de bajo riesgo se incluyó a pacientes asintomáticos con menos de tres factores de riesgo para enfermedad arterial (excluyendo el sexo masculino), angina leve o estable (evaluada o en tratamiento), infarto de miocardio previo sin complicaciones, disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardíaca congestiva (clase I de la NYHA), revascularización coronaria satisfactoria, hipertensión controlada y valvulopatía leve. El resto de los pacientes fueron incluidos en una categoría de riesgo intermedio o alto y es necesaria la interconsulta

con un cardiólogo.

Exámenes y pruebas específicas

Aunque es posible tratar a la mayoría de los pacientes con DE dentro del ámbito de la atención sexual, en algunas circunstancias se necesitan pruebas de diagnóstico específicas:

- Pacientes con trastorno eréctil primario (no provocado por enfermedad orgánica o trastorno psicogénico)
- Pacientes jóvenes con antecedentes de traumatismo pélvico o perineal que podrían beneficiarse con una cirugía vascular potencialmente curativa
- Pacientes con deformidades peneanas (por ej., enfermedad de Peyronie, curvatura congénita) que podrían requerir una corrección quirúrgica
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o psicosociales complejos
- Pacientes con trastornos endocrinos complejos
- También es posible que estén indicadas pruebas específicas si el paciente o su pareja las solicitan
- Por motivos médicos y legales (por ej., implante de prótesis peneana, abuso sexual).

Las pruebas de diagnóstico específicas incluyen:

- tumescencia y rigidez peneana nocturna mediante Rigiscan®
- estudios vasculares
 - inyección intracavernosa de fármacos vasoactivos
 - ecografía Doppler de las arterias cavernosas
 - cavernosografía/cavernosometría con infusión
 - arteriografía de la arteria pudenda interna
- estudios neurológicos (p. ej., latencia del reflejo bulboca-

vernosos, estudios de conducción nerviosa)

- estudios endocrinológicos
- evaluación psicodiagnóstica especializada.

La prueba de tumescencia y rigidez peneana nocturna se debe realizar durante al menos dos noches. Un mecanismo eréctil funcional implica una erección con al menos un 60% de rigidez registrado en el extremo del pene, y que dura 10 minutos o más.

La prueba con inyección intracavernosa proporciona información limitada sobre el estado vascular. No obstante, la ecografía Doppler es una forma sencilla de evaluar el estado vascular. No son necesarios ulteriores exámenes vasculares si el resultado de la ecografía doppler es normal, como lo indican un flujo sistólico pico > 30 cm/s y un índice de resistencia > 0.8. Por el contrario, si el resultado de la ecografía es anormal, se debe realizar una arteriografía y una prueba de cavernosografía/cavernosometría con infusión dinámica únicamente en los pacientes que son posibles candidatos para una cirugía vascular reconstructiva.

Recomendaciones para el diagnóstico y el examen

Recomendaciones	NE	GR
• Uso clínico de un cuestionario validado relacionado con la DE permite evaluar todos los aspectos de la función sexual y el efecto de un tratamiento específico	3	B
• Es necesario el examen físico en la evaluación inicial de la DE para identificar afecciones médicas	4	B

subyacentes asociadas con la DE

- | | | |
|---|---|---|
| • Se necesitan análisis de laboratorio de rutina, incluidos perfil de glucosa, lípidos y testosterona total, para identificar y tratar los factores de riesgo reversibles y los factores del estilo de vida que se pueden modificar | 4 | B |
| • Las pruebas de diagnóstico específicas solo están indicadas en caso de algunas enfermedades | 4 | B |

*NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación;
DE = disfunción eréctil.*

Figura 1 Evaluación de diagnóstico mínima (examen básico) en pacientes con disfunción eréctil.

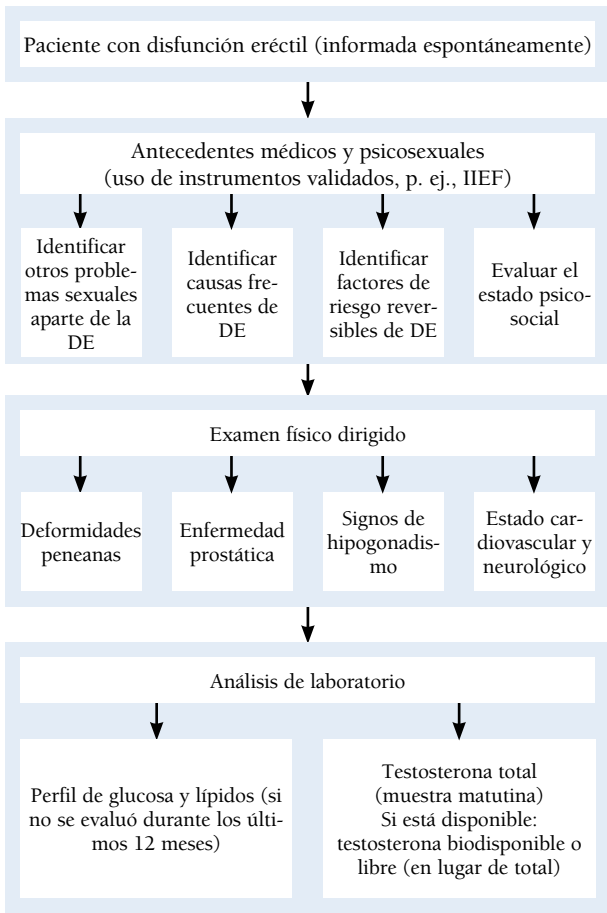
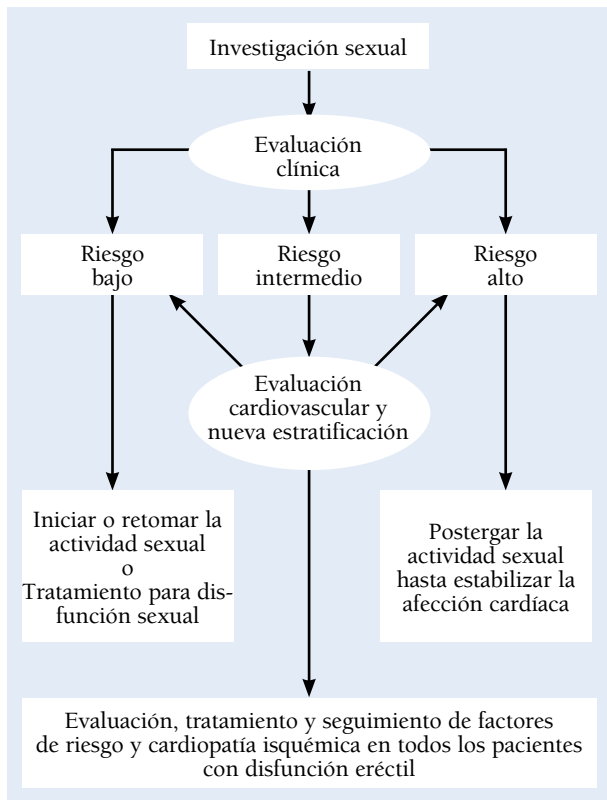


Figura 2. Algoritmo de tratamiento según el riesgo cardíaco
(Segunda Conferencia de Consenso de Princeton)



Tratamiento de la DE

Solo ciertos tipos de DE se pueden curar con tratamientos específicos:

- DE psicogénica: se puede realizar terapia psicosexual sola o con otro abordaje terapéutico, pero lleva tiempo y sus resultados son variables
- DE arterial postraumática en pacientes jóvenes: la tasa de éxito a largo plazo de la revascularización peneana quirúrgica es de 60-70%
- Causas hormonales de la DE: la terapia de reemplazo de testosterona es eficaz, pero sólo se debe usar después de que se hayan descartado otras causas endocrinológicas de insuficiencia testicular. Actualmente, está contraindicada para hombres con antecedentes de carcinoma de próstata o con síntomas de prostatismo. Es necesario un seguimiento minucioso, que incluya un tacto rectal, evaluación del antígeno prostático sérico y el hematocrito, y también controlar la aparición de enfermedad hepática o prostática.

El uso de fármacos que favorecen la erección tras la PR es muy importante para lograr la función eréctil después de la cirugía. Varios estudios han demostrado altas tasas de recuperación de la función eréctil tras una PR en pacientes tratados con un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5) o con inyecciones intracavernosas (terapéuticas o profilácticas). La rehabilitación después de la PR debe comenzar lo antes posible.

La mayoría de los hombres con DE reciben tratamiento con opciones terapéuticas que no son específicas para una causa. Ese abordaje requiere una estrategia de tratamiento estructurada que depende de la eficacia, la seguridad, el grado de

invasividad y el costo, además de la satisfacción del paciente y de su pareja. La elección de la opción terapéutica debe tener en cuenta los efectos en la satisfacción del paciente y de su pareja y otros factores relacionados con la calidad de vida, además de la eficacia y la seguridad. En la Figura 3 se presenta un algoritmo de tratamiento para la DE.

Tratamiento de primera línea

Farmacoterapia oral

La Agencia de Medicamentos Europeos (European Medicines Agency, EMA) aprobó tres potentes inhibidores selectivos de la PDE5 para el tratamiento de la DE. No son fármacos para iniciar la erección y es necesaria la estimulación sexual para que se produzca la erección. La eficacia se define por la obtención de la rigidez suficiente para la penetración vaginal.

Sildenafil (Viagra™)

El sildenafil, presentado en 1998, fue el primer inhibidor de la PDE5 disponible. Hace efecto entre 30 y 60 minutos después de la administración.

Una comida con un alto contenido graso puede reducir o prolongar la absorción. Se administra en dosis de 25, 50 y 100 mg. La dosis inicial recomendada es 50 mg, que se varía según la respuesta del paciente y los efectos secundarios. La eficacia puede durar hasta 12 horas.

En estudios previos a la comercialización, después de 24 semanas de tratamiento en un estudio de respuesta a la dosis, 56%, 77% y 84% de los hombres tratados con 25, 50 y 100 mg de sildenafil, respectivamente, informaron mejoría de la erección frente al 25% de los hombres tratados con placebo.

Se ha demostrado la eficacia del sildenafil en casi todos los subgrupos de pacientes con DE.

Tadalafil (Cialis™)

El tadalafil recibió la licencia de comercialización para la DE en 2003. Hace efecto a partir de los 30 minutos de su administración, pero la eficacia máxima se registra después de alrededor de 2 horas. La eficacia se mantiene durante un máximo de 36 horas. Los alimentos no afectan su eficacia. Se administra en dosis de 10 y 20 mg. La dosis inicial recomendada es 10 mg, que se adapta según la respuesta del paciente y los efectos secundarios.

En estudios de respuesta a la dosis, realizados antes de la comercialización, después de 12 semanas de tratamiento, 67% y 81% de los hombres tratados con 10 mg y 20 mg de tadalafil, respectivamente, informaron mejoras en la erección frente al 35% de los hombres tratados con placebo. Los resultados se confirmaron en estudios posteriores a la comercialización. El tadalafil también mejoró la erección en subgrupos de difícil tratamiento.

Vardenafilo (Levitra™)

El vardenafilo recibió la licencia de comercialización para la DE en 2003. Hace efecto 30 minutos después de la administración. Una comida con alto contenido graso, de > 57% de grasa, reduce su efecto. Se administra en dosis de 5, 10 y 20 mg. La dosis inicial recomendada es 10 mg, que se varía según la respuesta y los efectos secundarios. In vitro, es 10 veces más potente que el sildenafil. Sin embargo, eso no necesariamente implica que su eficacia clínica sea mayor.

En estudios de respuesta a la dosis realizados antes de la comercialización, después de 12 semanas de tratamiento, 66%, 76% y 80% de los hombres tratados con 5 mg, 10 mg y 20 mg de vardenafilo, respectivamente, informaron mejoras en la erección frente al 30% de los hombres tratados con placebo. La eficacia se confirmó en estudios realizados después de la comercialización. El vardenafilo también mejoró la erección en subgrupos de difícil tratamiento.

Elección o preferencia de distintos inhibidores de la PDE5

La elección de un inhibidor de la PDE5 depende de la frecuencia del coito (uso ocasional o tratamiento habitual, 3-4 veces por semana) y de la experiencia personal del paciente con el agente. Los pacientes deben conocer si un fármaco es de acción rápida o prolongada, cuáles son sus posibles desventajas y cómo se utiliza.

Uso a demanda o crónico de los inhibidores de la PDE5

Aunque los inhibidores de la PDE5 fueron introducidos como un tratamiento a demanda, en 2008, el tadalafilo también se aprobó para el uso diario continuo, en dosis de 2.5 y 5 mg. Dos estudios en los que se evaluó el uso diario de 5 mg y 10 mg de tadalafilo durante 12 semanas y el uso diario de 2.5 mg y 5 mg de tadalafilo durante 24 semanas mostraron que la administración diaria de la dosis fue bien tolerada y mejoró significativamente la función eréctil. En pacientes diabéticos se observaron resultados similares. Sin embargo, esos estudios no incluyeron un grupo de tratamiento a demanda. El uso diario de tadalafilo proporciona una alternativa a la administración de la dosis a demanda para parejas que prefieren la actividad sexual espontánea antes que pautada y que mantiene relaciones sexuales

con frecuencia. La administración diaria de la dosis permite superar el requerimiento de que haya una relación temporal entre la administración y la actividad sexual.

Otros estudios han demostrado que el tratamiento crónico, pero no a demanda, con tadalafilo mejoró la función endotelial con efectos sostenidos tras su interrupción. Esto se confirmó en otro estudio de sildenafil crónico en hombres con diabetes tipo 2. En cambio, otro ensayo clínico aleatorizado (ECA) descubrió que la dosificación una vez al día de vardenafilo 10 mg/día, no ofreció ningún efecto sostenible tras el cese del tratamiento comparado con el vardenafilo a demanda en pacientes con DE leve a moderada.

Eventos adversos

Los eventos adversos comunes incluyen dolor de cabeza, rubor, mareos, dispepsia y congestión nasal. El sildenafil y el vardenafilo se asociaron con alteraciones en la visión en menos del 2% de los pacientes, mientras que el tadalafilo se asoció con dolor de espalda/mialgia en el 6% de los pacientes. Sin embargo, los eventos adversos generalmente son leves en naturaleza y autolimitados por el uso continuo, y la tasa de abandono debido a eventos adversos es similar al del placebo.

Seguridad cardiovascular

Ensayos clínicos y datos posteriores a la comercialización de todos los inhibidores de la PDE5 no demostraron aumento de las tasas de infarto de miocardio. Ningún inhibidote de la PDE5 tuvo efectos adversos en el tiempo total de ejercicio ni en el tiempo hasta la isquemia durante las pruebas de ejercicio

en hombres con angina estable. De hecho, pueden mejorar las pruebas de ejercicio.

Los nitratos están completamente contraindicados con todos los inhibidores de la PDE5 debido a hipotensión impredecible. La duración de la interacción entre los nitratos orgánicos y los inhibidores de la PDE5 varía según el inhibidor de la PDE5 y el nitrato. Si un paciente desarrolla angina mientras usa un inhibidor de la PDE5, se pueden utilizar otros agentes antiangina en lugar de la nitroglicerina o hasta que haya pasado el tiempo adecuado (24 horas en el caso de sildenafil o vardenafil y 48 horas en el caso de tadalafil).

En general, el perfil de eventos adversos de un inhibidor de la PDE5 no empeora, ni siquiera cuando el paciente recibe múltiples agentes antihipertensivos.

Interacciones con alfabloqueantes

Todos los inhibidores de la PDE5 parecen interactuar con alfabloqueantes, que en ciertas circunstancias pueden provocar hipotensión ortostática. El prospecto de sildenafil actualmente incluye una precaución que advierte que no se debe tomar la dosis de 50 o 100 mg (no 25 mg) de sildenafil dentro de las 4 horas posteriores a tomar un alfabloqueante. No se recomienda el uso de vardenafil con un alfabloqueante. Sin embargo, la administración concomitante de vardenafil con tamsulosina no se asocia con hipotensión clínicamente significativa. El tadalafil está contraindicado en pacientes que toman alfabloqueantes, excepto tamsulosina.

Ajustes de la dosis

Las dosis más bajas de inhibidores de la PDE5 pueden ser necesarias en pacientes que toman ketoconazol, itraconazol, eritromicina, claritromicina, e inhibidores de la proteasa del VIH (ritonavir, saquinavir). Las dosis más altas de inhibidores de la PDE5 pueden ser necesarias en pacientes que toman rifampicina, fenobarbital, fenitoína o carbamazepina. Es posible que la disfunción renal o hepática requiera ajustes de la dosis. En pacientes con hipogonadismo, la administración suplementaria de andrógenos mejora la respuesta eréctil.

Manejo de los pacientes que no responden a los inhibidores de la PDE5

Los dos motivos principales por los cuales los pacientes no responden a un inhibidor de la PDE5 son el uso incorrecto del fármaco o la falta de eficacia del fármaco. Los médicos deben verificar que el paciente utilice un medicamento aprobado y que el medicamento haya sido recetado en forma apropiada y que se use en forma correcta (estimulación sexual y dosificación adecuadas y suficiente tiempo entre la toma del medicamento y el intento de mantener una relación sexual).

Si un paciente usa un inhibidor de la PDE5 en forma adecuada, hay varias maneras de mejorar la eficacia. Esto incluye la modificación de los factores de riesgo asociados, el tratamiento del hipogonadismo asociado, el cambio a otro inhibidor de la PDE5 o el uso continuo de un inhibidor de la PDE5. Hay evidencia limitada que respalda el uso de estas intervenciones.

Dispositivos de constricción al vacío

Un dispositivo que realiza vacío (vacuum constriction device, VCD) ejerce una presión negativa sobre el pene para que le lleve sangre venosa, que luego se retiene mediante la aplicación de una banda de constricción visible que se encuentra en la base del pene. Este método es más aceptable para pacientes de edad avanzada. La eficacia, definida como una erección satisfactoria para mantener una relación sexual, es de hasta un 90%. Las tasas de satisfacción oscilan entre el 27% y el 94%. El uso a largo plazo de los VCD disminuye a 50-64% después de 2 años. La mayoría de los hombres que interrumpen el uso de los VCD lo hacen en un lapso de 3 meses. Los efectos adversos asociados con el tratamiento al vacío son dolor de pene, entumecimiento y retraso de la eyaculación que se produce en menos del 30% de los pacientes.

Tratamiento de segunda línea

A los pacientes que no responden a fármacos orales es posible que se les ofrezcan inyecciones intracavernosas. Alprostadil (Caverject®, Edex/Viridal®) es el único fármaco para tratamiento intracavernoso de la DE. Es la monoterapia más eficaz para el tratamiento intracavernoso que utiliza dosis de 5-40 µg. La erección aparece luego de 5 a 15 minutos y dura según la dosis inyectada. El paciente debe inscribirse en un programa de capacitación en el consultorio (una o dos visitas) para aprender el proceso correcto de aplicación de la inyección.

Las tasas de eficacia son de alrededor del 70% con actividad sexual informada luego de un 94% de inyecciones y tasas de satisfacción del 87 al 93.5% en pacientes y del 86 al 90.3% en las parejas. Se describieron tasas de abandono del 41 al 68%, la

mayoría de los abandonos se producen dentro de los primeros 2 o 3 meses. Las complicaciones del alprostadil intracavernoso incluyen dolor de pene (50% de pacientes después de un 11% de inyecciones), erecciones prolongadas (5%), priapismo (1%) y fibrosis (2%). Las combinaciones de fármacos (principalmente la combinación de tres fármacos de alprostadil + papaverina + fentolamina) pueden aumentar la eficacia en hasta un 90%. Se descubrió que la fibrosis es más común (5 al 10%) si se usa papaverina (según la dosis total).

Luego de 4 horas de erección, se recomienda a los pacientes que consulten a su médico para evitar daños al músculo intracavernoso, dado que puede provocar impotencia permanente. Se utiliza una aguja calibre 19 para aspirar sangre y disminuir la presión intracavernosa. Esta técnica simple suele ser suficiente para que el pene se vuelva flácido. No obstante, si el pene luego se pone rígido nuevamente, se debe inyectar fenilefrina en el músculo liso intracavernoso, comenzando con 200 μ cada 5 minutos y aumentando a 500 μ g si es necesario. Si se produce este problema, la dosis de la siguiente inyección intracavernosa suele reducirse.

Es posible que se administre prostaglandina E1 por vía intrauretral en forma de "pellets" semi-sólidos (125-1000 μ g). La banda que se coloca en la base del pene mejora la rigidez. La tasa de éxito clínico es menor que con las inyecciones intracavernosas, pero cerca del 70% de los pacientes están satisfechos o muy satisfechos con el tratamiento. Los efectos secundarios incluyen dolor local (29-41%), mareos (1.9-14%) y sangrado uretral (5%).

Tratamiento de tercera línea (prótesis peneana)

El implante quirúrgico de una prótesis peneana puede considerarse en pacientes en los que la farmacoterapia fracasa o que desean una solución permanente. Las prótesis son maleables (semirrígidas) o inflables (dos o tres piezas). La mayoría de los pacientes prefiere los dispositivos inflables de tres piezas porque las erecciones son más “naturales”, pero estos implantes son mucho más costosos. Los pacientes informan tasas de satisfacción del 70 al 87% después de la consulta adecuada.

Las dos complicaciones principales del implante de prótesis peneanas son el fracaso mecánico (menos del 5% después de 5 años de seguimiento con las prótesis de tres piezas disponibles en la actualidad) e infección. Con profilaxis con antibióticos, la tasa de infección es del 2 al 3% y puede reducirse aún más usando un implante impregnado de antibiótico o con revestimiento hidrofílico. La infección requiere retirar la prótesis, administrar antibióticos y volver a implantarla luego de 6 a 12 meses. No obstante, se lograron tasas de éxito del 82% usando tratamiento de rescate, que implica la extracción y el nuevo implante inmediatamente después de la irrigación copiosa del cuerpo con una solución de antibióticos múltiples. Si bien se considera que la diabetes es uno de los factores de riesgos principales de infección, los datos actuales no respaldan esta afirmación.

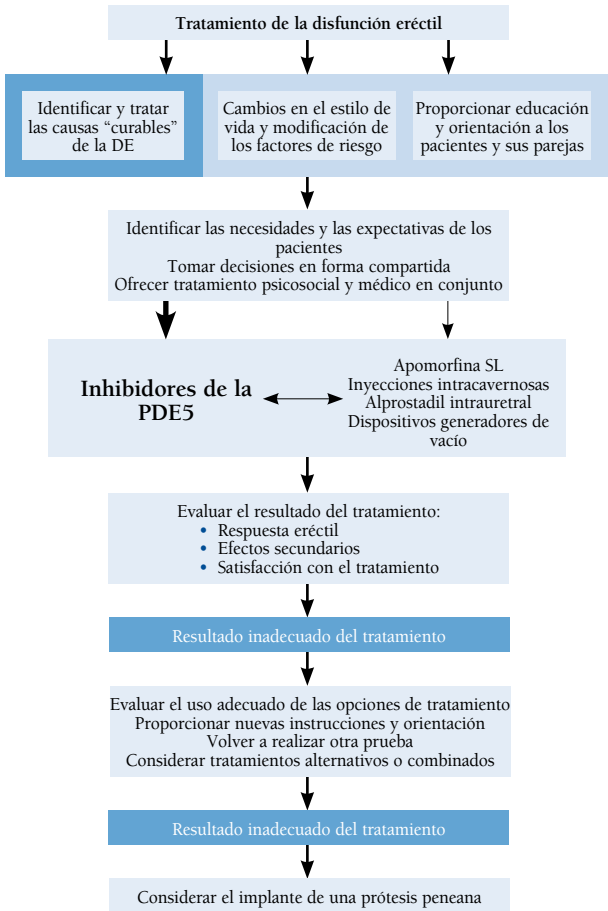
Recomendaciones para el tratamiento de la DE

Recomendaciones	NE	GR
• Los cambios en el estilo de vida y la modificación de los factores de riesgo deben preceder o acompañar el tratamiento de la DE	1b	A
• Los tratamientos pro-erección deben administrarse lo antes posibles luego de una prostatectomía radical	1b	A
• Si se encuentra una causa curable de DE, se debe tratar la causa primero	1b	B
• Los inhibidores de la PDE5 son tratamiento de primera línea	1a	A
• La administración diaria de inhibidores de la PDE5 puede mejorar los resultados y reestablecer la disfunción eréctil	1b	A
• La receta inadecuada/incorrecta y la escasa educación del paciente son las causas principales de la falta de respuesta a los inhibidores de la PDE5	3	B
• El reemplazo de testosterona reestablece la eficacia en pacientes con hipogonadismo que no responden a inhibidores de la PDE5	1b	B
• La apomorfina se puede usar en la DE leve a moderada, la DE psicogénica, o en pacientes con contraindicaciones de inhibidores de la PDE5	1b	B

• Se puede usar un dispositivo de vacío en pacientes que se encuentran en una relación estable	4	C
• La inyección intracavernosa es un tratamiento de segunda línea	1b	B
• El implante peneano es un tratamiento de tercera línea	4	C

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación; DE = disfunción eréctil; inhibidor de la PDE5= inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5.

Figura 3. Algoritmo de tratamiento de la DE



Inhibidor de la PDE5= inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5.

EYACULACIÓN PRECOZ

Definición, epidemiología y factores de riesgo

Ha habido dificultades para obtener consenso sobre la mejor manera de definir la eyaculación precoz (EP). Las definiciones más aceptadas son las realizadas por:

- La segunda interconsulta internacional sobre disfunción sexual y eréctil (Second International Consultation on Sexual and Erectile Dysfunction) que ha definido la EP como *“eyaculación con estimulación mínima y antes de lo deseado, antes o poco después de la penetración, que provoca molestias o ansiedad, y sobre la cual quien la padece tiene poco control voluntario o nulo”*.
- La Sociedad Internacional de Medicina Sexual (International Society for Sexual Medicine, ISSM) ha adoptado una definición completamente nueva de la EP de por vida, que es la primera definición basada en evidencia, *“La eyaculación precoz es una disfunción sexual masculina que se caracteriza por la eyaculación que siempre o casi siempre se produce antes o dentro del minuto posterior a la penetración vaginal; y la incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales; y las consecuencias negativas personales, como ansiedad, molestias, frustración y/o evitar la intimidad sexual”*.

Por lo tanto, la eyaculación precoz puede clasificarse como “de por vida” (primaria) o “adquirida” (secundaria). La EP de por vida se caracteriza por su aparición desde la primera experiencia sexual y continúa siendo un problema durante toda la vida. La eyaculación se produce demasiado rápido antes de la penetración vaginal o < 1-2 minutos después. La EP adquirida se caracteriza por la aparición gradual o repentina con una

eyaculación normal antes de la aparición del problema. El tiempo transcurrido hasta la eyaculación es corto, pero no suele ser tan rápido como en el caso de la EP de por vida.

La eyaculación precoz es la disfunción sexual masculina más común, con tasas de prevalencia del 20 al 30%. Los datos limitados sugieren que la prevalencia de la EP de por vida, definida como tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (intravaginal ejaculatory latency time, IELT) $< 1-2$ minutos, es de alrededor del 2 al 5%. La etiología de la EP se desconoce, hay pocos datos que respaldan las hipótesis biológicas y psicológicas sugeridas, que incluyen ansiedad, hipersensibilidad penénea y disfunción del receptor de serotonina.

A diferencia de la disfunción eréctil, la prevalencia de la EP no se ve afectada por la edad. Los factores de riesgo de la EP generalmente se desconocen.

La eyaculación precoz tiene un efecto negativo en la autoestima y en la relación con la pareja. Puede provocar angustia, ansiedad, vergüenza y depresión. No obstante, la mayoría de los hombres con EP no busca ayuda.

Diagnóstico

El diagnóstico de la EP se basa en los antecedentes médicos y sexuales del paciente. Los antecedentes deben clasificar la EP como de por vida o adquirida y determinar si la EP es ocasional (en ciertas circunstancias o con una pareja específica) o constante. Se debe prestar especial atención a la duración de la eyaculación, el grado de estímulo sexual, el impacto en la actividad sexual y la calidad de vida y el uso o abuso de fármacos. También es importante distinguir entre la eyaculación precoz

y la disfunción eréctil.

El uso del IELT solo no es suficiente para definir la EP, dado que hay una superposición significativa entre los hombres con EP y sin ella. En la práctica clínica diaria, el IELT autocalculado es suficiente. La necesidad de evaluar la EP en forma objetiva produjo varios cuestionarios, como El PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool). Otros cuestionarios utilizados para caracterizar la EP y determinar los efectos del tratamiento incluyen el perfil de eyaculación precoz (Premature Ejaculation Profile, PEP), el índice de eyaculación precoz (Index of Premature Ejaculation, IPE), y el Cuestionario de salud sexual masculina sobre disfunción eyaculatoria (Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction, MSHQ-EjD). Actualmente, su uso es opcional en la práctica clínica diaria.

La exploración física incluye un breve examen vascular, endocrinológico y neurológico para identificar las afecciones médicas subyacentes asociadas con la EP u otras disfunciones sexuales, como enfermedad crónica, endocrinopatía, neuropatía autonómica, enfermedad de Peyronie, uretritis o prostatitis.

Los análisis de laboratorio o fisiológicos que se solicitarán deben basarse en hallazgos específicos de la anamnesis o el examen físico y no se recomiendan como análisis de rutina.

Recomendaciones para el diagnóstico de la EP

Recomendaciones	NE	GR
• El diagnóstico y la clasificación de la EP se basa en los antecedentes médicos y sexuales. Debe ser multidimensional y evaluar el IELT, el control percibido, la ansiedad y la dificultad interpersonal que provoca la disfunción eyaculatoria	1a	A
• El uso clínico del autocalculado IELT es adecuado. El IELT medido con cronómetro es necesario en ensayos clínicos.	2a	B
• Los resultados informados por el paciente tienen el potencial de identificar a hombres con EP. Se debe continuar investigando antes de poder recomendar su uso clínico	3	C
• Tal vez sea necesario un examen físico en la evaluación inicial de la EP para identificar afecciones médicas subyacentes asociadas con la EP u otras disfunciones sexuales, en particular la DE	3	C
• No se recomienda realizar análisis de laboratorio o neurofisiológicos de rutina. Los análisis adicionales deben basarse en los hallazgos específicos de la evaluación de los antecedentes o el examen físico	3	C

NE = nivel de evidencia; IELT = tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal; GR = grado de recomendación.

Tratamiento de la EP

En muchas relaciones, la EP causa pocos problemas, si causa alguno. En esos casos, el tratamiento debe limitarse a asesoramiento psicosexual. Antes de comenzar el tratamiento, es esencial analizar en profundidad las expectativas del paciente. La disfunción eréctil u otras disfunciones sexuales o la infección genitourinaria, por ejemplo la prostatitis, que deben tratarse primero o al mismo tiempo que la EP.

Diversas técnicas conductuales han demostrado beneficios en el tratamiento de la EP. En la EP de por vida, no se recomiendan las técnicas conductuales como tratamiento de primera línea. Éstas dependen del momento, requieren el apoyo de la pareja y pueden ser difíciles de realizar. La farmacoterapia es la base del tratamiento de la EP de por vida, pero todos los tratamientos médicos son indicaciones fuera de lo establecido. Únicamente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI) crónicos y los agentes anestésicos tópicos a demanda han demostrado eficacia en forma congruente en la EP. En la Figura 4 se presenta un algoritmo de tratamiento de la EP.

Estrategias psicológicas/conductuales

Las estrategias conductuales incluyen principalmente el programa “detener-comenzar” (stop/start) desarrollado por Semans y su modificación, la técnica de la “compresión” (squeeze) propuesta por Masters and Johnson (existen varias modificaciones). La masturbación antes de la relación sexual es otra técnica utilizada por muchos hombres jóvenes.

En general, se informaron tasas de éxito del 50 al 60% a corto

plazo. Un estudio doble ciego, aleatorizado y cruzado demostró que el tratamiento farmacológico generó una prolongación mayor del IELT que el tratamiento conductual. Además, la experiencia clínica sugiere que las mejoras obtenidas con estas técnicas por lo general no se mantienen a largo plazo.

Agentes anestésicos tópicos

La lidocaína-prilocaina en crema (5%) se aplica durante 20 a 30 minutos antes de la relación sexual. La aplicación prolongada de un agente anestésico tópico (30-45 minutos) puede provocar la pérdida de la erección debido al entumecimiento del pene. Se debe utilizar un condón para evitar la difusión del agente anestésico tópico hacia la pared de la vagina, lo que provocaría el entumecimiento en la pareja. En dos ECA, la lidocaína-prilocaina en crema aumentó significativamente el IELT medido con cronómetro comparado con el placebo. No se informaron efectos secundarios significativos. Hay una formulación en aerosol de lidocaína 7.5 mg más prilocaina 2.5 mg (Topical Eutectic Mixture for Premature Ejaculation, TEMPE) en evaluación y ha demostrado resultados similares.

La crema SS es un agente anestésico tópico fabricado con extractos de nueve hierbas. Se aplica en el glande 1 hora antes de la relación sexual y 0.2 g de la crema SS mejoraron significativamente el IELT y la satisfacción en comparación con el placebo. Los efectos secundarios comunicados son leve ardor local y/o dolor en un 18.5% de los pacientes. No se han observado efectos adversos generales ni en la función sexual ni efectos secundarios en la pareja.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI) diarios son el tratamiento de primera elección en la EP, pero su uso para esta indicación no está aprobado. Los SSRI utilizados comúnmente incluyen paroxetina (20-40 mg/día), sertralina (25-200 mg/día) y fluoxetina (10-60 mg).

En función de una revisión y un metanálisis sistemático, se esperaba que los SSRI aumentaran la media geométrica del IELT 2.6 veces a 13.2 veces. Se descubrió que la paroxetina es superior a la fluoxetina, la clomipramina y la sertralina. El retraso de la eyaculación puede aparecer algunos días después de recibir el fármaco, pero es más evidente después de 1 o 2 semanas y puede mantenerse durante varios años. Los efectos secundarios más frecuentes de los SSRI incluyen fatiga, somnolencia, bostezos, náuseas, vómitos, sequedad bucal, diarrea y transpiración; éstos generalmente son leves y mejoran en forma gradual después de 2 o 3 semanas. También se informaron disminución de la libido, anorgasmia, falta de eyaculación y DE. El tratamiento a demanda es inferior a la dosificación diaria, pero puede combinarse con un ensayo inicial con tratamiento diario o tratamiento diario concomitante con dosis bajas para reducir los efectos adversos.

La dapoxetina es un SSRI potente, que se diseñó especialmente como un tratamiento oral a demanda para la EP. Un análisis integrado de dos ECA informó que la dapoxetina, 30 y 60 mg, mejoró el IELT significativamente en comparación con el placebo. Se informó la mejora del control de la eyaculación en un 51 y un 58% de los pacientes en los grupos de dosis de 30 mg

y 60 mg, respectivamente. Ambas dosis de dapoxetina fueron eficaces en la primera dosis. Los eventos adversos comunes fueron náuseas, diarrea, dolor de cabeza y mareos. Las proporciones de hombres con aumento de dos categorías o más de control y satisfacción en la relación sexual (en una escala de 5 puntos, “muy mala” a “muy buena”) con dapoxetina 30 y 60 mg fueron del 36.3% y del 44.5%, respectivamente (frente al 15% con placebo). En otro ECA, dapoxetina redujo la ansiedad personal y las dificultades interpersonales asociadas con la EP. La dapoxetina fue aprobada (diciembre de 2008) para el tratamiento a demanda de la EP en siete países europeos (Suecia, Austria, Finlandia, Alemania, España, Italia y Portugal). Actualmente es el primer y único fármaco aprobado para dicha indicación.

Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5

Varios estudios recientes han respaldado la función terapéutica de los inhibidores de la PDE5 para la EP. No obstante, hay sólo un ECA que compara el sildenafil con un placebo. Si bien el IELT no mejoró significativamente, el sildenafil mejoró la confianza, la percepción del control de la eyaculación y la satisfacción sexual general, redujo la ansiedad y disminuyó el período refractario necesario para alcanzar una segunda erección luego de la eyaculación.

En otros dos ECA, la monoterapia con lidocaína-prilocaina mostró eficacia similar a la de la combinación con sildenafil, si bien la eficacia de sildenafil solo fue similar a la del placebo. En otro estudio, sildenafil mejoró significativamente el IELT y la satisfacción y redujo la ansiedad general comparado con

varios SSRI y la técnica “pausa-compresión” (pause-squeeze). Varios estudios han mostrado que sildenafilo combinado con un SSRI es superior a la monoterapia con SSRI.

Recomendaciones para el tratamiento de la EP

Recomendaciones	NE	GR
• La disfunción eréctil, otras disfunciones sexuales o la infección genitourinaria (p. ej., la prostatitis) deben tratarse primero	2a	B
• Las técnicas conductuales pueden beneficiar la EP. Sin embargo, requieren mucho tiempo y el apoyo de la pareja y pueden ser difíciles de realizar	3	C
• La farmacoterapia es la base del tratamiento de la EP de por vida	1a	A
• Los SSRI diarios son el tratamiento farmacológico de 1ª línea, fuera de las indicaciones para la EP. El perfil de farmacocinética de los SSRI disponibles actualmente no son adecuados con las dosis a demanda	1a	A
• La dapoxetina, un SSRI de acción corta, ya fue aprobada para el tratamiento a demanda de la EP en siete países europeos	1a	A
• Los agentes anestésicos tópicos proporcionan alternativas viables a los SSRI (fuera de etiqueta)	1b	A
• Inhibidores de la PDE5	2B	C
• La recurrencia es probable después del cese del tratamiento	1b	A

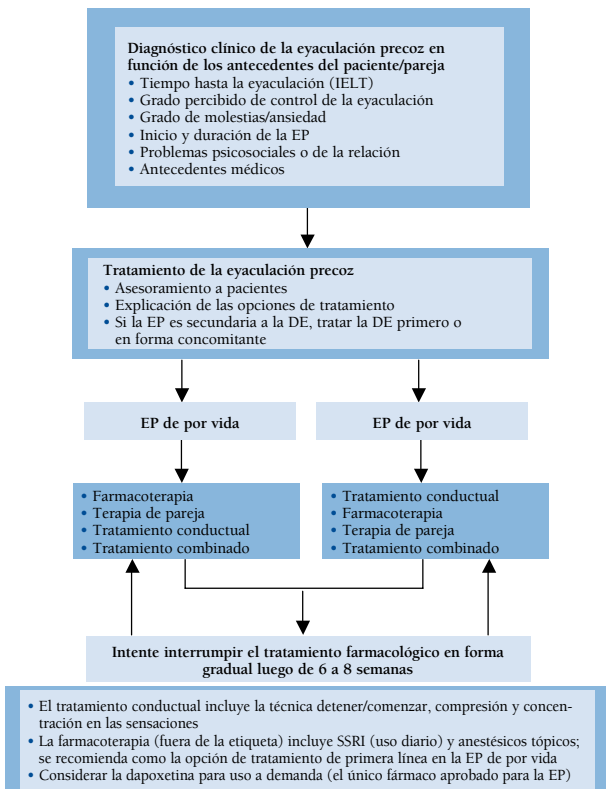
- El tratamiento conductual puede aumentar 3 C
la farmacoterapia para mejorar la prevención
de la recaída

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación;


DE = disfunción eréctil; EP = eyaculación precoz;

*SSRI = inhibidores selectivos de la recaptación de la
serotonina*

Figura 4. Manejo de la EP



EP = eyaculación precoz; IELT = tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal; DE = disfunción eréctil; SSRI = inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. Adaptado de Lue et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2004;1:6-23.



El texto de este cuadernillo breve se basa en las directrices más completas de la EAU (ISBN 978-90-79754-09-0), que se encuentran disponibles para todos los miembros de la Asociación Europea de Urología (European Association of Urology) en su sitio web: <http://www.uroweb.org>.