**Trastorno orgásmico masculino**

Dr. Santiago Cedres.

Ex Prof. Adj. Medicina Interna.

Sexólogo Clínico – Acreditado SUS - FLASSES

Presidente Sociedad Uruguaya de Sexología

Académico Internacional en Sexología Médica.

santiagocedres@yahoo.com

Se define como Trastorno Orgasmico masculino al conjunto de afecciones eyaculatorias que no son la eyaculación precoz. Integran el mismo la anenyaculación (donde está afectada la fase de emisión seminal), la eyaculación retrógrada (está alterada la fase uretral) y la eyaculación asténica (está afectada la fase de expulsión).

*Otras denominaciones:*

* Incompetencia eyaculatoria, Disfunción Orgásmica, Inhibición Orgásmica, Anorgasmia Psicógena, Trastorno Orgásmico Masculino.
* Corresponde a una ausencia de las Fases Orgásmica y de Resolución

*Definiciones:*

Para la eyaculación retrasada, no hay definido criterios temporales, como en la eyaculación precoz. Tampoco se han asignado criterios considerando el número de empujes en el cotio. Esto implica que no hay criterios objetivos de tiempo a partir de los cuales los sexólogos podemos hablar de demora eyaculatoria.

Hay publicaciones que avalan el concepto que el tiempo de latencia intravaginal coital operativo oscila entre los 3 y 13 minutos, considerado como “excesivamente largo” un tiempo coital superior a los 19 minutos (Corty y Guardiani 20098).

* **En sexología médica, definimos al orgasmo retrasado, como la imposibilidad de obtener el orgasmo/eyaculación, luego de un periodo operativo de activación de la función sexual.**

El varón generalmente se encuentra excesivamente atento, y evaluando un posible cambio en su respuesta que sirva de desencadenante para eyacular y agobiándose a medida que el tiempo transcurre, alta alcanzar niveles de ansiedad altamente significativos, lo que mantiene el bloqueo eyaculatorio.

Otras veces, hay una significativa perdida de la capacidad de concentración y focalización en el encuentro erótico, quedando la atención dispersa en otras ideas que impiden avanzar en el proceso de excitabilidad.

*Incidencia:*

* 4% de sujetos (Frank, Anderson y Rubistein,1978).
* 10% entre sujetos con problemas sexuales (Nettelbladt y Uddenberg, 1979).
* 1-2% del total de disfunciones sexuales (Apfelbaum, 1980).
* 0’4% del total de disfunciones sexuales (Cabello, 2002).
* *Etiología::*

Daba la baja prevalencia de esta disfunción, no son muchos lo estudios que se han publicado acerca de la etiología del mismo. Como en otras disfunciones sexuales y alteraciones de la respuesta sexual, las causas las dividimos en preferentemente organicas, o preferentemente psicológicas.

1. Alteraciones organicas

* OBSTRUCCIÓN de las vías seminales: agenesia de las mimas, obstrucción de conductos eyaculadores (por ej. como secuela de procesos infecciosos)
* ADINAMIA de las vesículas seminales: alteraciones mecánicas o farmacológicas de la inervación responsable del proceso eyaculatorio. Dentro de estas causas están las neuropatías (diabética, alcohólica, secundarias o iatrogénicas), lesiones medulares, mielopatías, secundaria a fármacos o drogas.
  + Las lesiones medulares altas presentan trastornos eyaculatorios en el 95 % de los casos (Bennet, Seagers, Vasher y Mc Guire, 1988). Tras la estimulación, el orgasmo es inusual y puede aparecer hiperreflexia autonómica (sudoración, taquicardia, hipertensión) que se puede auto percibir como placentera.
  + Las lesiones meduares medias (entre D12 y L1) presentan erecciones reflejas que en teoría podrían permitir la penetración, pero no se evidencia eyaculación ni orgasmo.
  + En las lesiones medulares bajas (por debajo de L1)son posibles el orgasmo y la eyaculación, pero a veces la misma no se acompaña de propulsión del líquido seminal.
* HIPERPROLACTINEMIA: Ishikawa, Kaneko, Ohashi, Nakagawa y Hata en 1993 publican que cuando esta es la causa del trastorno orgásmico, revierte al tiempo operativo luego de realizado el tratamiento endocrino que normaliza el nivel plasmático de la hormona.
* CAUSAS IATROGENICAS: se describen como causa en este grupo las cirugías abdominio-pelvianas, las linfadenectomías retro peritoneales o resecciónes trans uretrales.

1. *Etiología psicologica:*

*Si bien esta etiología siempre es multifactorial, diferentes autores han descrito las siguientes causas predominantes en el correr del tiempo:*

* Masters y Johnson (1970): alta rigidez religiosa, desprecio hacia la pareja, deseo de no tener hijos y aparición de un suceso traumático.
* Kaplan (1974): personas incapaces de dejarse llevar debido a sentimientos de agresividad ante su pareja.
* Apfelbaum (1977): ausencia de deseo.
* Haslam (1980): miedo a dejar embarazada a la pareja, homosexualidad encubierta y uso del coito interrumpido.

La experiencia clínica demuestra que la mayoría de las eyaculaciones retardadas obedecen a cuestiones psico emocionales, don de la ansiedad de ejecución puede ser la responsable final del retraso eyaculatorio, o en su defecto es el factor mantenedor de la sintomatología.

*Formas clínicas:*

* Eyaculación retardada en vagina.
* Eyaculación retardada con estimulación bucal sin posibilidad de eyacular en vagina.
* Eyaculación retardada con estimulación manual de la pareja.
* Eyaculación retardada con autoestimulación manual.
* Eyaculación normal con autoestimulación pero retardada con cualquier estimulo adecuado por parte de la pareja (85%).
* Aneyaculación a pesar de una estimulación adecuada por la pareja.
* Aneyaculación con la autoestimulación pero con poluciones nocturnas.
* Aneyaculación sin poluciones nocturnas.

Clasificación:

**Primaria: desde el inicio de la función sexual.**

* Enla adolescencia y juventud
* Se estima 1 de cada 1000 varones
* Los rasgos obsesivos compulsivos están presentes con excesiva actitud de autoevaluación y autoobservación.
* Están presentes las eyaculaciones nocturnas.

**Secundaria: luego de un período operativo de la función sexual.**

* Incidencia es mucho menor
* Presentación. después de los cuarenta años.
* Se debe identificar un evento traumático o el inicio de tratamiento con algún fármaco, sobre todo del grupo de los antidepresivos

También se clasifica en generalizado (ocurre independientemente de las circunstancias o personas) o situacional (Ocurre en determinadas circunstancias o con determinadas personas)

Evaluación clínica:

En la anamnesis, es fundamental pesquisar si existe algún tipo de eyaculación. En el auto ejercicio de la función sexual, poluciones nocturnas, o en cualquier otra situación.

Se debe identificar si es primaria, o secundaria cuando aparece luego de un tiempo operativo de latencia intra vaginal.

Si el varón presenta poluciones nocturnas, o logra la eyaculación en la masturbación, hay que pensar que predominan las causas psicológicas, como en toda disfunción con presentación selectiva (solo en determinados escenarios sexuales o con determinada pareja).

Si el paciente refiere orgasmo seco (sin eyacular) se debe pensar en eyaculación retrógrada, lo que puede ser diagnosticado con un sedimento urinario justo después de la masturbación o el coito, donde se van a observar espermatozoides.

Pruebas complementarias:

Cuando se define por el interrogatorio y el examen físico que las causas son preferentemente orgánicas, se han definido los siguientes estudios que pueden ser solicitados para valorar al paciente con diferentes especificidades y sensibilidades:

* Dosificación glicemia y prolactina
* Sedimento urinario post orgasmo inmediato
* Biotensiometría
* Ecografía endorrectal y radiología de vías seminales (vesiculo-deferentegrafías)
* Medición del reflejo bulbocavernoso
* Potenciales evocaods somato-sensoriales
* Potenciales evocados simpático-genitales

Tratamiento:

Es fundamental como en toda disfunción sexual la psicoeducación, tranquilizar al paciente y su pareja, informar, ajustar las actitudes sexuales negativas y por sobre todo mejorar la comunicación con la pareja.

Desde el punto de vista farmacológico, en ninguna disfunción sesxual se han obtenido tan malos resultados.

Se han publicado ensayos que utilizan fármacos facilitadores adrenérgicos como la yohimbina, la cirpheptadina (ha sido efectiva en ratas pero no en humanos), efedrina o fenilpropanolamina.

En el 2008 Ishak, Berman y Peters publicaron el uso de hormona de crecimiento y oxitocina intranasal durante el coito, con resultados relativamente buenos.

No existe ningún medicamento actualmente que contribuya eficazmente a resolver la eyaculación retrasada o la anenyaculación.

En las lesiones medulares resulta útil el uso de electroeyaculadores aplicados a nivel rectal o en el glande, que permite en algunos casos la eyaculación anterógrada.

La terapia sexual utiliza la estrategia descrita por Masters y Johnson (1970) con al incorporación de las maniobras puente que definió Kaplan (1974). Implica desensibilización sistemática in vivo junto con la técnica conductual de aproximaciones sucesivas.

Son recomendadas las técnicas de erotización sensual y genital, erotización orgásmica, y , de autosensibilización corporal,

Si no hay ninguna alternativa de pareja, o si la pareja habitual no colabora lo suficiente, es que wse debe desarrollar un tratamiento individual.

Los trastornos orgásmicos masculinos son un gran desafío para el paciente que lo padece y para el sexólogo clínico que lo trata. Los pocos recursos farmacológicos disponibles hacen que el éxito terapéutico descanse en el desarrollo de la adecuada estrategia de abordaje de terapia sexual, el manejo de la ansiedad y de la autoobservación, y en la correcta adhesión del paciente a los ejercicios.