

Urgencias y emergencias sexológicas

The Admiral's great enigmas - including the fourth

Édixon Ochoa^{1,2}, Simón Velasco³, Andrés Reyes⁴, Mariana Añolis⁴, María Matera^{4,5}

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la urgencia como la aparición fortuita, en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa y gravedad variable que genera la necesidad inminente de atención, mientras que la emergencia es aquel caso donde la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos. La determinación de un recuento preciso sobre la incidencia de estas condiciones es difícil. El objetivo de esta investigación consiste en identificar las urgencias y emergencias en sexología. Se concluyó entonces que una urgencia en sexología es la aparición fortuita de un problema, de causa diversa y gravedad variable relacionada con el sexo y/o la función sexual. Por otro lado, una emergencia sexológica es aquella

situación urgente, relacionada con el sexo y/o la función sexual, que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano si no es atendida a tiempo.

Palabras clave: Emergencias, urgencias, sexología, placer sexual.

SUMMARY

The World Health Organization (WHO) defines an emergency as the fortuitous appearance in any place or activity, of a problem of variable cause and severity that generates the imminent need for attention, while an emergency is that case in which

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.1.25>

Correspondencia: Dr. Édixon Ochoa. Facultad de Medicina, Escuela de Medicina. Final Avenida 20, Sector Paraiso, Maracaibo, Venezuela. E-mail: edixon.ochoa2000@gmail.com

¹Unidad curricular electiva Sexología Médica, Cátedra de Psicología Médica, Departamento de Ciencias de la Conducta, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia (LUZ), Maracaibo – Venezuela.

²Unidad curricular Orientación II, Centro de Orientación “Dra. Consuelo Faría” (COFAMED), Facultad de Medicina, Universidad del Zulia (LUZ), Maracaibo – Venezuela.

³Red de Investigación Estudiantil de la Universidad del Zulia (REDIELUZ).

⁴Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH), Escuela de Medicina, Universidad del Zulia (LUZ), Maracaibo – Venezuela.

⁵Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Maracaibo (HUM), Maracaibo – Venezuela.

Recibido: 19 de noviembre 2020

Aceptado: 17 de diciembre 2020

Édixon Ochoa:
E-mail: edixon.ochoa2000@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3694-0550>
Simón Velasco:
E-mail: simonvrs94@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3876-6269>
Andrés Reyes:
E-mail: Aerc2302@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4181-1649>
Mariana Añolis:
E-mail: Mariananalis16@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7841-3153>
María Matera:
E-mail: nina231088@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9944-1281>

the lack of assistance would lead to death in minutes. Establishing an accurate account of the incidence of these conditions is difficult. The objective of this research is to identify urgencies and emergencies in sexology. It was concluded then that an urgency in sexology is the fortuitous appearance of a problem, of diverse cause and variable severity related to sex and / or sexual function. On the other hand, a sexological emergency is an urgent situation, related to sex and / or sexual function, which puts the patient's life or the function of an organ in immediate danger if it is not attended to on time.

Key words: *Emergency, Urgency, Sexology, Sexual pleasure.*

INTRODUCCIÓN

Urgencia proviene del latín *urgens*, de *urgere*, ‘urgir’, lo que denota pronta atención o cuidados sin demoras, algo que debe resolverse de forma inmediata (DRAE). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia; mientras que para la Asociación Médica Americana es toda condición que, a criterio del paciente, su familia o quien asuma la responsabilidad, requiere atención médica inmediata (1).

Ahora bien, la palabra emergencia se origina del vocablo latino *emergens*, ‘emerger, irrumpir, brotar’ (DRAE). La OMS la define como aquel caso donde la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos; y la Asociación Médica Americana la reconoce como aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano (1,2). Por otra parte, la Federación Latinoamericana de Sociedades en Sexología y Educación Sexual (FLASSES), la Asociación Mundial de Sexología Médica (WAMS) y la Academia Internacional de Sexología Médica (AISM) conceptúan la sexología como la rama del conocimiento científico que estudia el sexo y la función sexual, su proceso de desarrollo y sus posibles alteraciones (3).

Es necesario destacar que las conductas sexuales liberales se han incrementado, pues los individuos se han inclinado aún más hacia la experimentación sexual para descubrir nuevas técnicas o métodos alternativos de estimulación y obtención de placer sexual (4). Cuando los sujetos acuden al área de emergencias, no suelen informar a los profesionales en la salud sobre las circunstancias sexuales que originaron su condición clínica urgente o emergente, motivo por el cual la verdadera incidencia de las urgencias/emergencias sexuales es todavía desconocida (5). Por ello, determinar un recuento preciso sobre las urgencias/emergencias sexuales que ocurren realmente resulta difícil, pues la gran mayoría de los pacientes sufren vergüenza con respecto a las prácticas sexuales utilizadas y no las reportan (6).

Los teóricos indican que el deseo sexual y la frecuencia de la función sexual suelen ser mucho mayores en los jóvenes (7). En este rango etario se ha demostrado que los individuos son más productivos y enérgicos, por lo que emplean más fácilmente, sin cohibición, las conductas exploratorias de riesgo que incluyen actividades sexuales (8). En tal sentido, las emergencias y urgencias suelen presentarse mayormente en los hombres, antes que en las mujeres (9,10). La edad media es de 32 años y se manifiestan generalmente en actividades autoinfligidas y accidentales, en el ejercicio de la función sexual (EFS), tanto heterosexual como homosexual, y en el autoejercicio de la función sexual (AEFS) (10).

Por otro lado, en el caso del AEFS, los motivos de ingreso intrahospitalario derivan, tanto del empleo de instrumentos constrictivos como de traumatismos por introducción de cuerpos extraños en zona anorrectal, uretra o vagina. Asimismo, respecto al EFS entre individuos heterosexuales, el trauma peneano cerrado y la enfermedad de Peyronieson las causas principales de ingreso a la unidad de emergencias (9). Menciónese finalmente que, en los últimos años, se ha incrementado la aceptación masiva de instrumentos sexuales capaces de aumentar la estimulación sexual, bien durante el AEFS o durante el EFS (11). El objetivo de esta investigación consiste en identificar las urgencias y emergencias en sexología.

Urgencias sexológicas

Hipertonía de los músculos pubococcígeos (Vaginismo)

Es una entidad clínica caracterizada por la contracción hipertónica de los músculos pubococcígeos, la cual ocasiona dolor instantáneo al contacto del pene con la vagina luego de haber traspasado el introito vulvar (3,12,13). Su incidencia comprende el 5 %-17 % de la población (13,14). Un sinnúmero de condiciones orgánicas (alteraciones del himen, infecciones, traumas derivados de intervenciones quirúrgicas, radioterapias, atrofia vagina y trabajo de parto, entre otros) han sido consideradas como la génesis del dolor, dificultad o imposibilidad para la penetración vaginal (13).

Entre sus comorbilidades psicogénicas asociadas, destacan la actitud negativa y poco receptiva hacia la sexualidad al igual que el abuso sexual. Se ha sugerido que aquellas hembras con vaginismo son víctimas de un ciclo vicioso de miedo y evasión a ser penetradas, derivado del dolor experimentado en intentos previos de penetración (14). Por otra parte, las manifestaciones clínicas abarcan: contracción muscular involuntaria, dispareunia, ansiedad elevada y estrés, además de la fobia a la penetración, incluso al ser examinada durante la consulta ginecológica (12-14).

Enfermedad de La Peyronie

Es una entidad clínica consistente en la fibrosis de la túnica albugínea del pene, la cual produce en este una curvatura adquirida (3,15,16). Apenas el 0,4 %-0,5 % de los hombres son diagnosticados con esta enfermedad (17). Sin embargo, en los últimos años la prevalencia reportada es del 3 %-9 % de la población adulta (15). Su incidencia aumenta en los individuos mayores de 40 años, representando el 90 % de los casos registrados (17).

En cuanto a su origen, puede derivarse de distintas condiciones que desencadenan tanto la fibrosis como la deformidad del pene (17). Otras investigaciones señalan al microtrauma, las alteraciones en los procesos que regulan la curación de las heridas, que desencadenan la proliferación excesiva de fibroblastos y depósito

de matriz extracelular, considerándose esta la causa más aceptada (16). Las alteraciones morfológicas del pene propias de la enfermedad (curvatura, estrechamiento, deformidad) afectan la función sexual del individuo, pudiendo causar dolor al momento de la penetración, disfunción eréctil y discordia de pareja (15,17).

Cefalea postcoital

Es una entidad clínica caracterizada por cefalea acompañada de contractura muscular en cervix y espalda, la cual aparece durante la fase resolutive de la respuesta sexual, después del orgasmo/eyaculación. Puede presentarse en cualquier edad, aunque generalmente se manifiesta durante la cuarta década de la vida (3,18). Existe cierto predominio en el varón, presentándose una relación que oscila entre 2:1 y 3:1 con respecto a la hembra (19). La frecuencia de la cefalea siempre debe estar relacionada con la actividad sexual, presentándose en el 80 % de los casos en la región occipital, generalmente como un dolor sordo bilateral. Es capaz de originarse en cualquier EFS a medida que la excitación aumenta, tornándose generalmente más intensa durante el orgasmo (18).

En el EFS ocurren fenómenos vasopresores, aumento de la presión venosa intracraneana y/o de la tensión sometida en los músculos craneocervicales (20). Para el diagnóstico se sugiere explorar a pacientes con un mínimo de dos episodios, siguiendo los siguientes criterios: Debe ser provocado únicamente durante la actividad sexual, el dolor se intensifica conforme aumenta la excitación sexual o se manifiesta abruptamente y con alta intensidad simultáneamente con el orgasmo, la duración de la cefalea perdura entre 1 minuto y 24 horas con intensidad grave y/o hasta 72 horas con intensidad moderada, siempre que no encuadre con otro diagnóstico descrito en el ICHD-3 (III International Classification Headache) (18).

Se debe establecer el diagnóstico diferencial con cualquier otra cefalea, ya que este tipo no suele presentar concomitantes como síntomas autonómicos, vómitos, alteraciones motoras, sensoriales o de la conciencia. En la primera aparición de la cefalea debe descartarse la presencia de hemorragia subaracnoidea, disección arterial

intra/extracraneal y síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) (18). La cefalea primaria por actividad sexual generalmente es autolimitada y no necesariamente ocurre en cada encuentro sexual (6).

Síndrome de dolor peneano-escrotal

Es la aparición brusca de dolor peneano-escrotal-testicular durante las fases de excitación y meseta de la respuesta sexual. El dolor es referido al momento de la estimulación sexual (besos, abrazos, caricias), desapareciendo con la eyaculación, la aplicación de hielo local o el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Puede asociarse con una incompetencia eyaculatoria y/o una eyaculación retardada (3). Se establece posterior a la ausencia de la fase orgásmica, secundaria a un período de excitación intenso y prolongado, prorrogando la resolución de las modificaciones vasculares y musculares propias de las fases de excitación y de meseta, generando la sensación de malestar (3,21).

El dolor es referido en la región escrotal, con irradiación a hipogastrio, su intensidad es ascendente, se exacerba con los movimientos y los roces, además de concomitar con diaforesis e inquietud corporal. En el examen físico, se evidencia un aumento de volumen en la región escrotal, elevación de la temperatura local y reacción de rechazo del paciente al ser examinado (3). Esta entidad clínica debe tomarse en cuenta al momento del diagnóstico diferencial con aquellas enfermedades agrupadas en el síndrome de dolor escrotal, traumatismos testiculares, complicaciones de hidroceles, hernia inguinoescrotal, edema escrotal idiopático, trombosis de la vena espermática, infarto testicular idiopático, gangrena de Fournier y cólico nefrítico (3,22).

Síndrome de dolor vulvar

Se refiere a la aparición inmediata de dolor y/o malestar en la vulva al contacto con el pene en el momento de la penetración, que se agrava durante el coito y lo dificulta (3). Entre sus causas se mencionan: infecciosas, inflamatorias, neoplásicas, neurológicas, traumáticas, iatrogénicas o por deficiencias

hormonales (23). De acuerdo con su evolución clínica, puede dividirse en: primario, que afecta generalmente a pacientes entre 18-20 años, manifestándose como dolor y/o malestar al contacto del pene con la zona vulvar en la penetración, punzante o urente, de intensidad variable irradiado hacia zonas vecinas y alivia con la finalización de la penetración; y secundario, en pacientes de 28-40 años, quienes presentan dolor por más de una semana (3). A su vez, el dolor crónico se clasifica en: dolor vulvar crónico, relacionado con un desorden específico; y la vulvodinia, que tiene una duración de al menos 3 meses, sin una causa identificable (24).

Asimismo, deben descartarse antecedentes de laceraciones, procesos infecciosos o inflamatorios en la vulva y realizar el examen físico para completar el diagnóstico. Hay que resaltar que la molestia de la paciente también puede presentarse al caminar, sentarse, hacer ejercicio o usar ropa muy ajustada. Debido a la intensidad del dolor, las mujeres pueden llegar a rechazar el EFS coital, pudiendo complicarse con discordia de pareja o inducir disfunción eréctil a su pareja, conllevando en algunos casos a un síndrome de matrimonio inconsumado (3).

Síndrome de dolor durante el coito

Es una entidad clínica caracterizada por dolor profundo durante el período coital en la zona genital, que puede aparecer en pene, escroto, testículos y/o perineo en el varón; y en vulva, vagina, útero y/o anexos en la hembra (3). Por otra parte, se conoce como dispareunia a la presencia de dolor genital recurrente o persistente durante el coito, que es más frecuente en mujeres en edad reproductiva y se clasifica según su localización anatómica en: superficial, cuando el dolor se produce con la penetración inicial; y profunda, cuando aparece con la penetración, tal como su nombre lo indica (25).

Esto sucede debido a que la zona ocupada por el tercio interno o proximal de la vagina, cérvix uterino, útero, oviductos, ovarios y fondo de saco de Douglas pierden su capacidad de movimiento, desplazamiento y flexibilidad, provocando el deslizamiento y choque del pene con una zona rígida y sensible (3). Entre sus causas se consideran: anatómicas (úteros anteroverso

o retroverso, pene grande), inflamatorias, infecciosas, vasculares y/o tumorales, localizadas en el tercio interno de la vagina, el útero y sus anexos, así como también la endometriosis y alteraciones colónicas y rectales que producen dolor tras la penetración profunda en ciertas pacientes (3). Algunos estudios han demostrado que los factores psicológicos pueden condicionar la localización del dolor sexual (25).

Cabe destacar que el síndrome de dolor durante el coito puede clasificarse según su evolución clínica en primario, cuando está presente desde el inicio del EFS; y secundario, cuando aparece en pacientes con una función sexual operativa previa. El dolor se caracteriza por ser “seco” cuando hay penetración vaginal profunda, de aparición instantánea, intensidad variable, localizado en hipogastrio y/o fosas ilíacas. Además, se ha demostrado una forma situacional que aparece esporádicamente (3).

Orgasmo doloroso

Es cualquier manifestación sugestiva de dolor genital o extragenital, persistente o recurrente, durante la fase de orgasmo en el hombre o la mujer (3). Se lo conoce también como disorgasmia, aunque el término más exacto sería orgasmodinia. Sin embargo, en el caso de los hombres no es sinónimo de eyacuación dolorosa (26).

Por esta razón, deben descartarse en el hombre procesos inflamatorios en la próstata, vías espermáticas, vesículas seminales, verumontanitis, y en el trígono vesical; así como en la mujer inflamación en los oviductos, en el útero, en vagina y glándulas de Bartolino (3). Así es como los pacientes refieren la aparición brusca de dolor en el periné tipo contractura, de intensidad variable, durante y después del orgasmo, concomitante con fasciculaciones perineales irradiadas hacia los testículos en el hombre, agravado con la estimulación sexual y los movimientos corporales, y atenuado con la presión perineal por un tiempo corto. Es posible que un EFS con fases de excitación y meseta intensas y prolongadas desencadenen un orgasmo de iguales características, con producción y acumulación de ácido láctico, causando contracciones musculares y dolor (3).

Emergencias sexuales

Empuñofilia (Fisting o Fist Fucking)

Entidad clínica donde la actividad sexual, evocaciones, fantasías y/o uso de material sexualmente explícito que implique la introducción parcial o total de la mano en el ano o en la vagina de la pareja, constituye la especificidad fundamental para la activación de la función sexual (3). Conocida también como handballing, puede ser practicada en forma de AEFS, así como también entre parejas homosexuales y heterosexuales (27). No obstante, el ejercicio del fisting puede traer diversidad de lesiones, dependiendo del tipo de trauma en mucosa vaginal o anal. El trauma puede ser de fuerza aguda, cuando hay separación de tejidos debido al contacto con objetos afilados causando cortes o incisiones; o trauma con objetos romos, cuando las lesiones son resultado del impacto con superficies firmes, formando como consecuencia contusiones o hematomas (28).

Por consiguiente, las laceraciones y contusiones son el mecanismo traumático más frecuente relacionado con esta práctica. La presencia de lesiones secundarias como fracturas, abrasiones y hematomas localizados en el área genital está asociada con la práctica no consentida del fisting (27). Además, la empuñofilia sin protección puede ser un factor para la transmisión de VIH, debido a las microlaceraciones que se originan (28). Entre otras complicaciones se encuentran: sangrado vaginal, sangrado anal, dolor abdominal y lesiones genitales. El fisting puede traer consecuencias potencialmente serias si las lesiones no son identificadas a tiempo (28).

Priapismo

Es una entidad clínica caracterizada por la erección sostenida, persistente, incoercible y dolorosa del pene, la cual se presenta con o sin estimulación sexual (3). Dicha erección suele tener más de cuatro horas de duración. Asimismo, puede presentarse de forma isquémica (bajo flujo) o no isquémica (alto flujo) y su incidencia general varía del 0,3 al 1,0 por cada 100 000 hombres/año, entre los 40-50 años de edad (29). La forma clínica más frecuente es el priapismo isquémico, generalmente idiopático.

Sin embargo, entre sus causas también está la malignidad, el uso de fármacos como los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, la trazodona y las anfetaminas; las lesiones medulares y diversas hematopatías. Por su parte, el priapismo no isquémico es menos frecuente y habitualmente es causado por traumatismo perineal o peneano, pudiendo ocurrir también como secuela del tratamiento del priapismo isquémico (30).

Sus manifestaciones clínicas consisten en una erección prolongada dolorosa, donde el cuerpo del pene obtiene consistencia firme y el glande es blando, producto del llenado de los cuerpos cavernosos en desmedro del cuerpo esponjoso. Con respecto al priapismo de bajo flujo, se manifiesta con dolor de fuerte intensidad y rigidez peneana en la palpación, mientras que el priapismo de alto flujo se caracteriza por dolor de menor intensidad y consistencia peneana más elástica (3). Esta alteración requiere tratamiento de emergencia, en aras de preservar la función eréctil (30).

Asfixiofilia

Es una entidad clínica donde la actividad sexual, evocaciones, fantasías y/o uso de material sexualmente explícito donde inducir un estado de deficiencia de oxígeno aumenta la intensidad de la excitación sexual y/o del orgasmo, lo cual constituye la especificidad fundamental para la activación de la función sexual (3). Suele ser una práctica solitaria, autoerótica, más frecuente en hombres caucásicos y solteros (31,32). Determinar la incidencia real de las muertes por asfixiofilia es difícil, debido a que las familias se avergüenzan y ocultan la evidencia de las actividades autosexuales de los individuos (32).

Al asfixiarse, las arterias carótidas, que transportan el oxígeno mediante el flujo sanguíneo del corazón al cerebro, se comprimen por el estrangulamiento. Esto genera hipoxia cerebral y acumulación de dióxido de carbono, cuyo resultado es una sensación de vértigo, ligereza, aumento del placer y/o de las sensaciones durante el AEFS y el orgasmo (33). Su diagnóstico se realiza mediante la elaboración de la historia clínica psicológica y la exploración de los

antecedentes familiares del individuo (21).

Como diagnóstico diferencial está la asfixia por suicidio, diferenciable de la asfixiofilia por medio de los siguientes criterios: ausencia de depresión y motivo de suicidio, ausencia de nota de suicidio, presencia de herramientas protectoras como almohadillas para el cuello, evidencia de actividad sexual, presencia de algún trastorno parafilico concomitante y empleo de pornografía u otros objetos (34). El riesgo de asfixiofilia debe ser reconocido, dada su condición de práctica sexual extremadamente peligrosa que puede conllevar a la muerte (31).

Trauma peneano cerrado

También llamado fractura de pene (FP), es el resultado de una desviación provocada de la erección peneanal, la cual resulta en un desgarramiento abrupto de la túnica albugínea del cuerpo cavernoso que puede asociarse a ruptura del cuerpo esponjoso y/o la uretra (6). Entre sus factores de riesgo se ubican la fuerza excesiva, la fibroesclerosis de la túnica albugínea o los antecedentes de uretritis crónica (7). La FP constituye una alteración clínica poco común con una incidencia de 1 en 175 000 (35). Igualmente, se presenta frecuentemente en jóvenes con una edad media de 38,2 años y un rango de edad de 18-69 años (36).

En los países occidentales mayormente se presenta durante el EFS coital, mientras que en países orientales suele ocurrir durante la manipulación del pene en una práctica llamada *Thaagadan*, donde el paciente dobla la porción distal del pene mientras sostiene su parte proximal para forzar su tumescencia (36). La FP ocurre mayormente durante un EFS vigoroso o agresivo, generalmente tras el choque del pene erecto con el periné (25). Otras causas como la desproporción peneano-vaginal (vagina muy pequeña), el AEFS agresivo, el coito anal y la caída o golpe con el pene erecto han sido descritas (6,10).

El paciente manifiesta la audición de un “chasquido” durante el EFS, indicativo de la ruptura de la túnica albugínea, seguida de dolor inmediato, detumescencia y hematoma subcutáneo con edema, generando la “deformidad en berenjena” (37). El diagnóstico es

clínico, pudiéndose utilizar la ultrasonografía para localizar el sitio de la ruptura y descartar la presencia de lesión ureteral. Entre sus secuelas se ubican la curvatura de pene y la disfunción eréctil, las cuales suelen ocurrir posterior al abordaje quirúrgico conservador (36).

Braquioproctosigmoidismo

Es una entidad clínica donde la actividad sexual, evocaciones, fantasmas y/o uso de material sexualmente explícito que implique la introducción de los dedos, mano, muñeca y antebrazo a través del ano-recto llegando a los sigmoides, constituye la especificidad fundamental para la activación de la función sexual. Su práctica se asocia con uso de drogas vasodilatadoras como alquinitritos volátiles (Popper), los cuales generan vasodilatación y relajación de los músculos lisos del ano, facilitando la penetración anal y suscitando la excitación sexual. Esta práctica sexual es observada generalmente en parejas homosexuales (3), pero no deja de ser peligrosa, ya que las paredes del colon sigmoide pueden lesionarse tras introducir el antebrazo. Cuando aquel se perfora, puede originarse una hemorragia grave, asociada con la salida de materia fecal hacia la cavidad peritoneal, causando peritonitis con alta tasa de morbilidad y mortalidad (27).

Para su diagnóstico, debe elaborarse una historia clínica precisa, con una amnesia exhaustiva para que el individuo no omita información necesaria. El diagnóstico de estas lesiones suele retrasarse debido a la estigmatización social o la ignorancia con respecto a la gravedad de los síntomas (38). Entre sus diagnósticos diferenciales están la empuñofilia y la introducción de objetos en el ano o la vagina. Igualmente, en los individuos practicantes deben descartarse el síndrome cerebral orgánico y la personalidad psicopática esquizoide (3). Si no se realiza un diagnóstico oportuno, el paciente con perforación sigmoidea puede complicarse con peritonitis y el subsiguiente choque séptico, con el alto riesgo de letalidad que este implica (39).

Estrés sexual postraumático por violación

Es una entidad clínica caracterizada por un conjunto de síntomas y signos relacionados con el proceso de la función sexual, los cuales aparecen como consecuencia de situaciones que preocupan gravemente y causan gran sufrimiento a la persona, impactando sus ámbitos biológicos, psicológicos y sociales. Puede deberse a abuso sexual, violación o experiencia sexual traumática temprana o tardía (3). La agresión sexual se define como cualquier forma de contacto sexual sin consentimiento voluntario, lo que conlleva a vulnerar la autonomía y el control sobre su propio cuerpo (40). La evidencia epidemiológica revela una mayor incidencia en el número de víctimas por violación en mujeres (25.5:1), a contrapelo de los hombres (41). El estrés postraumático por las agresiones sexuales en la hembra presenta una prevalencia de perennidad en el 50 % de los casos (42).

Entre sus manifestaciones clínicas están: presencia de recuerdos intrusivos, flashbacks y pesadillas por hiperexcitación en forma de respuesta de sobresalto exagerado, hipervigilancia y algunas reacciones protectoras que incluyen entumecimiento emocional, miedo, amnesia y evitación cognitiva. Se ha descrito que el consumo de sustancias ilegales y la intoxicación con alcohol pueden ocurrir antes de una agresión sexual (43). La violación es uno de los eventos más estresantes que puede experimentar una persona. Las fuentes científicas citan el frecuente hallazgo de inmovilidad tónica durante la agresión sexual, asociada también con depresión grave (44). El diagnóstico diferencial puede hacerse con otras enfermedades psiquiátricas como: trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y simulación (45).

Consideraciones finales

La urgencia en sexología es definible como la aparición fortuita de un problema, de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, relacionada con el sexo y/o la función sexual. En este renglón se sitúan: la hipertonia de los músculos pubococcygeos (vaginismo), la enfermedad de La Peyronie, la cefalea poscoital, el síndrome de dolor peneano-escrotal, el

síndrome de dolor vulvar, el síndrome de dolor durante el coito y el orgasmo doloroso.

Por su parte, la emergencia en sexología es aquella situación urgente, relacionada con el sexo y/o la función sexual, que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano si no es atendida a tiempo. Aquí se enumeran: la empuñofilia, el priapismo, la asfioxifilia, el trauma peneano cerrado, el braquioproctosigmoidismo y el estrés sexual postraumático por violación.

Finalmente, es importante resaltar la existencia de escasa información sobre el tema abordado, por lo cual se efectuó un análisis e inferencia de estudios relacionados para argumentar los hallazgos encontrados, en función de alcanzar el objetivo de la investigación. De esta manera, el presente contenido podrá ser utilizado como referencia para venideras investigaciones de igual temática, a objeto de proporcionar y profundizar el conocimiento sobre estas alteraciones clínicas y facilitar su diagnóstico y subsecuente resolución terapéutica.

REFERENCIAS

- De la Garza, C. Urgencia. *Laboreal*. 2017;13:(2)67-69.
- Villalibre Calderón C. Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica. Universidad de Oviedo. Oviedo, España. 2013.
- Bianco F. Manual Diagnóstico en Sexología. 3ª edición. Caracas, Venezuela: Editorial CIPV; 2012.
- Agnew J. Hazards Associated with Anal Erotic Activity. *Archives of sexual behavior*. 1986;15(4):307-314.
- Banerjee A. Coital emergencies. *Postgrad Med J*. 1996;72(853):653-656.
- Mikhail A. Sexual Emergencies. *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*. Springer, Cham. 2017:525-537.
- Akinsoji A, Olufunmilola A, Idowu, A, Pius A. Sexual and contraceptive practices among female undergraduates in a Nigerian tertiary institution. *Ethiopian J Health Sci*. 2015;25(3):209-216.
- Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: Essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing*. 2011;40:538-543.
- Yacobi J, Tsivian A, Sidi A. Emergent and surgical interventions for injuries associated with eroticism: A Review. *J Trauma Acute Care Surg*. 2007;62(6):1522-1530.
- Pformueller C, Koetter J, Zimmerman H, Exadaktylos A. Sexual activity-related emergency department admissions: eleven years of experience at a Swiss university hospital. *Emerg Med J*. 2013;30(10):846-850.
- Lynn R. In Praise of Sex Props. Retrieved March 12, 2008. <http://www.wired.com/2005/07in-praise-of-sex-props/>
- Cherner R, Reissing E. A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong vaginismus. *Arch Sexual Behav*. 2013;42(8):1605-1614.
- Lahaie M, Boyer S, Amsel R, Khalifé S, Binik Y. Vaginismus: A review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health*. 2010;6(5):705-719.
- Maseroli E, Scavello I, Cipriani S, Palma M, Fambrini M, Corona G, et al. Psychobiological correlates of vaginismus: an exploratory analysis. *J Sexual Med*. 2017;14(11):1392-1402.
- Ramírez E, Sánchez U, López R, López J. Aspectos actuales en el manejo médico-quirúrgico de la enfermedad de Peyronie. *Rev Mex Urol*. 2014;74(1):35-43.
- Brimley S, Yafi F, Greenberg J, Hellstrom J, Nguyen H, Hatzichristodoulou G. Review of management options for active-phase Peyronie's disease. *Sexual Med Rev*. 2019;7(2):329-337.
- Sharma K, Alom M, Trost L. The etiology of Peyronie's disease: pathogenesis and genetic contributions. *Sexual Med Rev*. 2020;8(2):314-323.
- Arnold, M. Headache classification committee of the International Headache Society (IHS) the international classification of headache disorders. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
- Rasmussen B, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. *Neurology*. 1992;42(6):1225-1225.
- Takeuchi Y, Agualimpia A. Cefaleas primarias de corta duración. 2010: <https://www.researchgate.net/publication/45172589>
- Sira-Vargas M. Función sexual. En: Aller J, Pagés G, editor. *Obstetricia moderna*. 3ª edición. Mc Graw Hill. 1999(7).
- Chalett J, Nerenberg L. Blue Balls: A Diagnostic Consideration in Testiculoscrotal Pain in Young Adults: A Case Report and Discussion. *Pediatrics*. 2000;106(4).
- Bornstein J, Goldstein T, Stockdale K, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of

- persistent vulvar pain and vulvodynia. *J Sex Med.* 2016;13(4):607-612.
24. Matzumura J, Gutierrez H, Zamudio L. Vulvodinia: Una puesta al día. *An Fac Med.* 2018;79(1):53-59.
 25. Becerra Y. Trastornos del dolor sexual femenino: Una Revisión de su Definición, Etiología y Prevalencia. *MÉD UIS.* 2015;28(3):267-272.
 26. Kelly A. Musings on Male Dysorgasmia. *J Sex Med.* 2017;14:489-490.
 27. Cappelletti S, Aromatario M, Bottoni E, Fiore P, Fineschi V, di Luca, N, et al. Variability in findings of anogenital injury in consensual and non-consensual fisting intercourse: A systematic review. *J Foren Legal Med.* 2016;44:58-62.
 28. Short S. Fisting – What is it and why should I have a high index of suspicion? Guidelines for submission. 2016;36(1).
 29. Shigehara, Kazuyoshi, Mikio Namiki. Clinical management of priapism: a review. *The World J Men's Health.* 2016;(34)1:1-8.
 30. Hudnall M, Reed-Maldonado A, Lue T. Advances in the understanding of priapism. *Translational Androl Urol.* 2017;(6)2:199.
 31. Coluccia A, Gabbriellini M, Gualtieri G, Ferretti F, Pozza A, Fagiolini A. Sexual masochism disorder with asphyxiophilia: A deadly yet underrecognized disease. *Case Reports Psychia.* 2016.
 32. Shields L, Hunsaker D, Hunsaker III JC. Autoerotic asphyxia: part I. *Amer J Forensic Med Pathol.* 2005;26(1):45-52.
 33. Olson I. Asking for it: Erotic asphyxiation and the limitations of sexual consent. *Jindal Global Law Rev.* 2012;4(1):171-200.
 34. Ueno Y, Asano M, Nushida H, Nakagawa K, Adachi J, Nagasaki Y. Sexual asphyxia by hanging—a case report and a review of the literature. *Legal Med.* 2003;5(3):175-180.
 35. Amer T, Wilson R, Chlosta P, AlBuheissi S, Qazi H, Fraser M, et al. Penile fracture: A meta-analysis. *Urologia Internationalis,* 2016;96(3):315-329.
 36. Barros R, Hampl D, Cavalcanti A, Favorito L, Koifman L. Lessons learned after 20 years' experience with penile fracture. *Internat Braz J Urol.* 2020;46(3):409-416.
 37. Ateyah A, Mostafa T, Nasser T, Shaeer O, Hadi A, Abd Al-Gabbar M. Penile fracture: Surgical repair and late effects on erectile function. *J Sex Med.* 2008;5(6):1496-1502.
 38. Cohen CE, Giles A, Nelson M. Sexual trauma associated with fisting and recreational drugs. *Sexually Transmitted Infections.* 2004;80(6):469-470.
 39. De Bakker J, Bruin S. Successful laparoscopic repair of a large traumatic sigmoid perforation. *J Surgical Case Reports.* 2012(2):3-3.
 40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing (2013).
 41. Chivers-Wilson K. Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill J Med.* 2006;9(2):111.
 42. Hapke U, Schumann A, Rumpf H, John U, Meyer C. Post-traumatic stress disorder. *Euro Arch Psych Clin Neurosci.* 2006;256(5):299-306.
 43. Gong A, Kamboj S, Curran, H. Post-traumatic stress disorder in victims of sexual assault with pre-assault substance consumption: A systematic review. *Frontiers Psychia.* 2019;10:92.
 44. Möller A, Söndergaard HP, Helström L. Tonic immobility during sexual assault—a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstetr Gynecol Scand.* 2017;96(8):932-938.
 45. Mingote J. Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. *Clínica Contemporánea.* 2011;(2)2:121-124.