

Capítulo IV.

Disfunciones

Eyaculatorias

1. Definición y clasificación

Las disfunciones eyaculatorias (DEy) comprenden un espectro clínico que incluye cinco entidades principales: **Eyacuación precoz (EP)**, **eyacuación retardada (ER)**, **aneyacuación**, **eyacuación retrógrada (ERg)** y **eyacuación dolorosa (EDo)**¹.

- **Eyacuación precoz (EP)**: incapacidad persistente o recurrente para retrasar la eyacuación durante todas o casi todas las penetraciones vaginales. En la forma primaria, ocurre dentro de 1 minuto tras la penetración; en la forma adquirida, existe una reducción marcada del tiempo de latencia intravaginal (<3 minutos) respecto a un funcionamiento previo normal, causando malestar personal o interpersonal significativo^{2,3}.

Clasificación de Waldinger (2005)

Waldinger propuso una clasificación etiológica y temporal de la EP en cuatro tipos⁴:

TIPO	DESCRIPCIÓN
EP primaria (<i>lifelong</i>)	Desde el primer contacto sexual, con IELT <1 minuto
EP secundaria (adquirida)	Inicio tras un período de función normal
EP natural variable	Fluctuaciones del IELT sin malestar clínico relevante
EP subjetiva	Percepción de eyaculación rápida sin reducción objetiva del IELT

- **Eyaculación retardada (ER):** latencia eyaculatoria persistentemente prolongada (>20–30 minutos) o incapacidad para eyacular a pesar de estimulación adecuada y deseo de eyacular⁵.
- **Aneyaculación:** ausencia completa de emisión seminal tanto en el coito como en la masturbación, con o sin presencia de orgasmo.
- **Eyaculación retrógrada (ERg):** emisión retrógrada del semen hacia la vejiga por falla en el cierre del esfínter uretral interno durante la fase de emisión⁶.
- **Eyaculación dolorosa (EDo):** presencia de dolor genital o pélvico durante o inmediatamente después del orgasmo y la eyaculación, que puede comprometer significativamente la calidad de vida y generar ansiedad anticipatoria. Puede estar asociada a prostatitis crónica, síndrome de dolor pélvico crónico, vejiga hiperactiva; hipertonía del suelo pélvico o disinergia neuromuscular⁷.

2. Epidemiología

- La **eyaculación precoz** afecta entre **20 % y 30 %** de los hombres sexualmente activos a nivel global⁸.
- La **eyaculación retardada**, **aneyaculación** y **eyaculación retrógrada** tienen una prevalencia estimada entre **1 % y 4 %** en la población general⁶.
- En varones infértiles, la **eyaculación retrógrada** es la disfunción más frecuente (0,7 %), seguida por **EP (0,5 %)** y **aneyaculación (0,4 %)**⁶.
- La **eyaculación dolorosa** afecta hasta el **7–10 %** de los hombres con dolor pélvico crónico y se encuentra con frecuencia en pacientes con **prostatitis crónica tipo IIIB** y síndrome urogenital de origen neuromuscular^{7,9}.

3. Evaluación diagnóstica

3.1. Historia clínica y sexual

La evaluación debe incluir: tiempo de evolución, tipo (primaria vs adquirida), patrón situacional o generalizado y síntomas asociados. Se deben investigar antecedentes quirúrgicos urológicos, enfermedades neurológicas; endocrinopatías, uso de psicofármacos, síntomas del tracto urinario inferior y ansiedad de desempeño^{3,6,7}.

Nivel de evidencia: 4 | Grado de recomendación: C

3.2. Cuestionarios validados

INSTRUMENTO	APLICACIÓN CLÍNICA
<i>Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT)</i>	Diagnóstico estandarizado de EP ^{6,8}
<i>Premature Ejaculation Profile (PEP)</i>	Evaluación subjetiva del control, satisfacción y malestar ⁸
<i>Index of Premature Ejaculation (IPE)</i>	Evaluación global del impacto psicosocial de la EP ⁸
<i>Chinese Index of Premature Ejaculation (CIPE-5)</i>	Uso en población asiática ⁸
<i>Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE)</i>	Uso en población árabe ⁸
<i>Male Sexual Health Questionnaire – Ejaculatory Domain (MSHQ-EjD)</i>	Evaluación de ER, aneyaculación y dolor eyaculatorio ⁸

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

3.3. Examen físico y estudios complementarios

El examen físico debe incluir inspección genital, reflejos bulbocavernoso y cremastérico, palpación testicular, exploración neurológica perineal y evaluación prostática digital. En sospecha de ERg, se recomienda análisis de orina postorgásmica para detección de espermatozoides⁶.

En casos de eyaculación dolorosa deben descartarse signos de prostatitis, disinergia del piso pélvico y alteraciones neurológicas. Se sugiere incluir: testosterona total, prolactina, TSH, glucemia, PSA y, de ser necesario, estudios por imagen pélvica^{3,6,7}.

Nivel de evidencia: 3 | Grado de recomendación: B

4. Criterios de clasificación

La siguiente tabla resume los criterios clínicos y temporales más relevantes de las disfunciones eyaculatorias:

DISFUNCIÓN	TIEMPO EYACULATORIO	TIPO	CARACTERÍSTICAS CLAVE
EP primaria	IELT <1 minuto	Generalizada	Presente desde el primer contacto sexual, sin periodos normales previos ^{2,4}
EP adquirida	IELT <3 minutos	Generalizada	Inicio tras un período previo de funcionamiento eyaculatorio normal
EP subjetiva	IELT normal	Variable	Sensación de eyaculación rápida sin evidencia objetiva; frecuente en trastornos ansiosos ⁴
EP natural variable	IELT fluctuante	Situacional	Sin malestar clínico significativo
ER	IELT >20–30 minutos o ausente	Variable	Dificultad persistente para alcanzar la eyaculación, con deseo de eyacular
Aneyaculación	Ausencia total de emisión	Generalizada	Puede o no acompañarse de orgasmo
ERg	Emisión hacia vejiga	Generalizada	Semen ausente con espermatozoides en orina postorgásmica ⁶
Eyaculación dolorosa (EDo)	Variable	Variable	Dolor genital, perineal o hipogástrico durante o posterior a la eyaculación; puede coexistir con otras disfunciones ^{7,9}

5. Tratamiento de la eyaculación precoz

5.1. Abordaje inicial y medidas generales

El tratamiento debe iniciarse con educación sexual adecuada, identificación de factores desencadenantes, explicación de la fisiología del ciclo eyaculatorio y estrategias para reducir la ansiedad de desempeño. La participación de la pareja es clave para optimizar los resultados terapéuticos.

Nivel de evidencia: 4 | Grado de recomendación: C

También se recomienda la derivación a profesionales en salud mental con experiencia en disfunciones sexuales, especialmente para psicoterapia en pareja o terapia cognitivo-conductual focalizada.

5.2. Terapia conductual

Las técnicas más utilizadas incluyen:

- Técnica del “parar y empezar” (*start-stop*)
- Técnica del “apretón” (*squeeze*)
- Reentrenamiento masturbatorio
- Control respiratorio y reestructuración cognitiva

Estas estrategias muestran beneficios, particularmente cuando se combinan con tratamiento farmacológico, aunque su eficacia a largo plazo es variable.

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

5.3. Tratamiento farmacológico

5.3.1. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)

Los ISRS constituyen el pilar farmacológico del tratamiento de la EP. Prolongan el tiempo de latencia eyaculatoria mediante la inhibición central del reflejo eyaculatorio.

FÁRMACO	DOSIS RECOMENDADA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	ESTADO REGULATORIO
Dapoxetina	30–60 mg a demanda	VO, 1–3 horas antes del coito	Aprobada (más de 50 países) ¹⁰
Paroxetina	10–40 mg diarios	Crónica	Off-label ¹¹
Sertralina	25–200 mg diarios	Crónica	Off-label ¹¹
Fluoxetina	10–60 mg diarios	Crónica	Off-label ¹¹
Escitalopram	10–20 mg diarios	Crónica	Off-label ¹¹
Clomipramina	12.5–50 mg diarios	Crónica	Off-label ¹¹

- La **dapoxetina** es el único ISRS aprobado para la EP. Ha demostrado incrementar el IELT entre 2.5 y 3 veces respecto al valor basal, con buena tolerancia y perfil de seguridad favorable ¹⁰.
- La combinación de **ISRS y PDE5i** (por ejemplo, dapoxetina + tadalafil) ha mostrado mejores resultados que la monoterapia, especialmente en pacientes con disfunción eréctil asociada ¹².

Nivel de evidencia: 1a | **Grado de recomendación:** A

5.3.2. Tramadol

El tramadol, un agonista μ -opioide con acción serotoninérgica y noradrenérgica, ha demostrado eficacia para prolongar el IELT. No está aprobado específicamente para esta indicación, pero estudios recientes lo posicionan como una de las opciones más efectivas.

- Un metaanálisis de 2024, reportó que 100 mg de tramadol es el tratamiento más eficaz entre 43 comparadores para el aumento del IELT ¹³.

Efectos adversos comunes: náuseas, somnolencia, riesgo de dependencia.

Nivel de evidencia: 1b | **Grado de recomendación:** B

5.3.3. Anestésicos tópicos

Diversas formulaciones tópicas han mostrado eficacia en estudios controlados aleatorizados (RCTs) para prolongar el IELT en pacientes con EP.

PRODUCTO	COMPOSICIÓN	TIEMPO DE APLICACIÓN	OBSERVACIONES CLÍNICAS
EMLA	Lidocaína/ prilocaína al 2.5 %	15–30 min antes del coito	Retirar antes de penetrar para evitar transferencia ¹⁴
SS Cream	Extractos vegetales + anestésico	60 min antes del coito	Estudios en población asiática ¹⁴
TEMPE spray	Lidocaína / derivados tópicos	Uso localizado	Estudios controlados en pacientes con EP leve a moderada

Estos agentes han demostrado prolongar el IELT entre 2.5 y 6 minutos en comparación con placebo¹⁴.

Precauciones clínicas:

- Utilizar preservativo tras su aplicación o realizar lavado previo riguroso para evitar hipoestesia vaginal o discomfort en la pareja.
- No recomendado en parejas que buscan concebir, por su potencial citotóxico para los espermatozoides humanos.

Nivel de evidencia: 1a | **Grado de recomendación:** A

5.4. Terapias alternativas y complementarias en eyaculación precoz

5.4.1. Acupuntura

Una revisión sistemática reciente reporta que la acupuntura puede mejorar el IELT y reducir los puntajes en cuestionarios como el PEDT cuando se combina con tratamientos convencionales. Sin embargo, la calidad metodológica de los estudios es limitada y se requiere mayor validación clínica¹⁵.

Nivel de evidencia: 2b | **Grado de recomendación:** C

5.4.2. Medicina tradicional, plantas y suplementos

Fórmulas herbales como **ginseng rojo coreano**, *passiflora incarnata*, *epimedium brevicornum* (*horny goat weed*), entre otras, han sido utilizadas en la medicina tradicional para modular la excitabilidad sexual y el tiempo eyaculatorio. Sin embargo, la evidencia es limitada, heterogénea y frecuentemente no controlada^{6,16}.

Nivel de evidencia: 3b | **Grado de recomendación:** C

5.4.3. Toxina botulínica tipo A (BoNT-A)

Estudios recientes han evaluado la infiltración de BoNT-A en el músculo bulbospongioso como estrategia alternativa para EP refractaria. En un RCT con 98 pacientes, se reportó:

- Aumento significativo del IELT
- Reducción en puntaje PEDT
- Efecto mantenido hasta el 3.º mes post-inyección¹⁷

Nivel de evidencia: 1b | **Grado de recomendación:** B

6. Tratamiento de la eyaculación retardada y aneyaculación

6.1. Consideraciones generales

La eyaculación retardada y la aneyaculación representan desafíos terapéuticos complejos debido a su naturaleza multifactorial. El abordaje debe ser individualizado y etiotipo-específico, considerando causas psicógenas, neurológicas, endocrinas; farmacológicas o idiopáticas.

Nivel de evidencia: 3 | **Grado de recomendación:** B

6.2. Abordaje diagnóstico y terapéutico integral

No existen fármacos aprobados por la FDA específicamente para la ER. Las estrategias deben dirigirse según etiología:

CAUSA PROBABLE	ESTRATEGIA TERAPÉUTICA
Psicógena	Psicoterapia sexual, terapia cognitivo-conductual, reentrenamiento erótico ¹⁸
Neuropatías periféricas (diabetes, cirugías)	Estimulación vibratoria peneana (PVS), electroeyaculación (sin evidencia robusta) ¹⁹
Hiperprolactinemia	Cabergolina o bromocriptina si PRL elevada; seguimiento clínico ⁵
Hipogonadismo	TRT si se documenta déficit androgénico ^{5,6}
ISRS u otros psicotrópicos	Reducción de dosis, sustitución por bupropión o uso de agonistas dopaminérgicos ^{3,20}
Idiopática	Ensayo empírico con amantadina, apomorfina, cabergolina, oxitocina, bupropión, yohimbina (baja evidencia) ¹⁷

Nota clínica: en pacientes con ER relacionada al uso de ISRS, debe considerarse la reducción de dosis o sustitución del fármaco. Si no es posible suspenderlo, puede intentarse el uso combinado con bupropión o agonistas dopaminérgicos.

6.3. Tratamiento farmacológico (experimental)

Actualmente, ningún fármaco está aprobado específicamente para el tratamiento de la eyaculación retardada o la aneyaculación. Sin embargo, se han explorado varias opciones farmacológicas en contextos experimentales o en series de casos:

FÁRMACO	MECANISMO DE ACCIÓN	APLICACIÓN CLÍNICA PROPUESTA
Bupropión	Inhibidor de recaptación de dopamina y noradrenalina	Útil en ER inducida por ISRS
Cabergolina	Agonista dopaminérgico, reduce prolactina	Indicada en hiperprolactinemia funcional
Apomorfina SL	Agonista D1-D2, efecto central dopaminérgico	No aprobada para esta indicación, respuesta variable
Amantadina	Antiviral con acción dopaminérgica	Ensayo empírico en casos refractarios
Oxitocina intranasal	Modulador del sistema límbico	Evidencia preliminar, dosis y efectos inconsistentes
Yohimbina	Antagonista α_2 adrenérgico, efecto proeyaculatorio	Uso histórico, eficacia poco consistente

Nivel de evidencia: 3b | Grado de recomendación: C

6.4. Estrategias específicas

6.4.1. Estimulación vibratoria peneana (PVS)

La estimulación vibratoria de alta frecuencia (≥ 100 Hz) es efectiva en inducir la eyaculación refleja en pacientes con lesión medular, especialmente si la lesión es completa y se encuentra por encima del nivel T10.

- Constituye la **primera línea de tratamiento** en pacientes con aneyaculación neurogénica.
- No requiere farmacoterapia concomitante.
- Puede utilizarse en el contexto de reproducción asistida o preservación de fertilidad¹⁹.

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

6.4.2. Electroeyaculación

- Indicación: pacientes con aneyaculación refractaria a PVS, principalmente en el contexto de infertilidad o deseo reproductivo.
- Procedimiento: estimulación transrectal de próstata y vesículas seminales con sonda específica.
- Requiere sedación o anestesia.
- Se realiza habitualmente en unidades especializadas en medicina reproductiva o neuro-urológica.

Nivel de evidencia: 2b | **Grado de recomendación:** B

7. Eyaculación retrógrada

La eyaculación retrógrada (ERg) ocurre por un fallo en el cierre del esfínter vesical interno durante la fase de emisión, lo que permite el reflujo del semen hacia la vejiga en lugar de su expulsión anterógrada.

7.1. Etiología

Las causas más frecuentes incluyen:

- Cirugías prostáticas: resección transuretral (RTU), prostatectomía simple o radical.
- Neuropatías autonómicas: diabetes mellitus, esclerosis múltiple.
- Fármacos: bloqueadores α -adrenérgicos (ej. tamsulosina), antidepresivos tricíclicos.
- Etiología idiopática (menos común).

7.2. Diagnóstico

Se sospecha cuando el paciente reporta orgasmo seco (sin emisión) y se confirma mediante:

- **Análisis de orina postorgásmica:** detección de espermatozoides en sedimento urinario.

Este hallazgo es clave en pacientes infértiles o con sintomatología ambigua.

Nivel de evidencia: 2a | **Grado de recomendación:** A

7.3. Manejo terapéutico

7.3.1. Modificación de fármacos

- **Suspensión o sustitución de bloqueadores α -adrenérgicos y tricíclicos** si son considerados responsables.
- Evaluar riesgo-beneficio en pacientes con comorbilidades urológicas o neurológicas.

7.3.2. Agentes simpaticomiméticos

Estos fármacos inducen contracción del cuello vesical y favorecen el cierre del esfínter uretral interno:

FÁRMACO	DOSIS HABITUAL	MECANISMO DE ACCIÓN
Imipramina	25–50 mg cada 8–12 h	Anticolinérgico + simpaticomimético indirecto ⁶
Pseudoefedrina	60–120 mg cada 8 h	Agonista adrenérgico α ⁶
Midodrina	2.5–10 mg cada 8 h	Agonista α 1 selectivo

La respuesta favorable se alcanza en aproximadamente 40–60 % de los casos.

Nivel de evidencia: 2b | **Grado de recomendación:** B

7.4. Fertilidad

En varones con ERg que desean concebir, pueden recuperarse espermatozoides viables mediante:

- **Alcalinización vesical previa** (ingesta de bicarbonato o citrato potásico).
- **Centrifugado de la orina postorgásmica.**
- **Preparación seminal** para inseminación intrauterina (IIU) o técnicas de reproducción asistida.

Nivel de evidencia: 2a | **Grado de recomendación:** A

8. Estrategias avanzadas y manejo quirúrgico

8.1. Casos refractarios de eyaculación precoz

En pacientes con EP primaria severa que no responden a tratamiento conductual, farmacológico ni combinado, se han evaluado intervenciones físicas para modular la sensibilidad del glande.

8.1.1. Inyecciones de ácido hialurónico subdérmico en el glande

- Técnica mínimamente invasiva para disminuir la sensibilidad del glande mediante engrosamiento subepitelial.
- Revisión sistemática de 13 estudios (4 RCT) reportó:
 - Incremento significativo del IELT al primer mes (Δ media: 176 s; IC 95 %: 146–205)
 - Persistencia del efecto al sexto mes (Δ media: 144 s; IC 95 %: 125–163)
 - Tasa de eventos adversos ~15 % (dolor, nódulos, equimosis)¹⁸

Nivel de evidencia: 1a | **Grado de recomendación:** A

8.1.2. Neurectomía dorsal selectiva (NDS)

- Procedimiento quirúrgico que consiste en seccionar parcialmente ramas del nervio dorsal del pene.
- Objetivo: reducir la hipersensibilidad en casos de EP refractaria.
- **No recomendada en guías internacionales** por:
 - Riesgo de hipoestesia significativa.
 - Posible disfunción eréctil.
 - Falta de estandarización del procedimiento.

Nivel de evidencia: 4 | **Grado de recomendación:** D

8.2. Intervenciones en aneyaculación y eyaculación retrógrada neurogénica

8.2.1. Electrovibración combinada con recuperación espermática

- En pacientes con lesión medular o aneyaculación neurogénica, la combinación de estimulación vibratoria peneana (PVS) con recolección retrógrada de semen post-alcalinización vesical permite recuperar espermatozoides viables.
- Indicada en protocolos de fertilidad asistida cuando se busca minimizar intervenciones invasivas¹⁹.

8.2.2. Cirugías de restauración de vía eyaculatoria

- Indicaciones quirúrgicas:
 - Obstrucción congénita o adquirida de conductos eyaculadores.
 - Aplasia de vesículas seminales con sintomatología severa.
- Procedimientos disponibles:
 - Resección transuretral de conductos eyaculadores (TURED)
 - Anastomosis o reanastomosis ductal microquirúrgica en centros especializados.

Nivel de evidencia: 3b | **Grado de recomendación:** C

8.3. Rehabilitación de la eyaculación post-cirugía prostática

8.3.1. Dsfunción eréctil y post-prostatectomía radical

- Hasta el 98 % de los hombres sometidos a prostatectomía radical presentan ausencia permanente de eyaculación.
- El manejo se basa en:
 - Educación sobre “orgasmo seco”.
 - Reestructuración de expectativas sexuales.
 - Apoyo psicosexual individual o en pareja.⁴

8.3.2. Estimulación para recuperación del reflejo eyaculatorio

- En cirugías como TURP y prostatectomía simple o de cuello vesical, puede haber preservación parcial del arco reflejo.
- Se ha descrito eficacia limitada con:
 - Estimulación vibratoria peneana.
 - Ensayos con agonistas dopaminérgicos o simpaticomiméticos.

Nivel de evidencia: 3 | **Grado de recomendación:** B

9. Casos especiales

9.1. Eyaculación precoz en pacientes jóvenes

- En hombres jóvenes con EP, el abordaje inicial debe centrarse en factores psicosexuales: ansiedad de desempeño, creencias disfuncionales sobre la sexualidad, masturbación acelerada o hiperestimulación sensorial.
- El tratamiento debe incluir:
 - Reeducción masturbatoria.
 - Terapia sexual individual o en pareja.
 - Técnicas de respiración y control del estímulo.
- Los ISRS deben reservarse para casos con **afectación funcional significativa y malestar clínico comprobado**.

Nivel de evidencia: 2b | Grado de recomendación: B

9.2. Disfunción eyaculatoria en pacientes con patología psiquiátrica

- La eyaculación retardada o aneyaculación es más frecuente en pacientes bajo tratamiento con:
 - ISRS.
 - ISRN.
 - Antipsicóticos típicos y atípicos.
- La evaluación debe incluir:
 - Coordinación estrecha con el psiquiatra tratante.
 - Revisión de la farmacoterapia.
 - Sustitución por bupropión o adición de agonistas dopaminérgicos si es clínicamente posible.²⁰

Nivel de evidencia: 3 | Grado de recomendación: C

9.3. Abordaje en parejas con disfunción sexual femenina

La presencia de disfunciones sexuales en la pareja (deseo hipoactivo, dispareunia, anorgasmia) puede:

- Perpetuar o exacerbar la disfunción eyaculatoria masculina.
- Ser malinterpretada como EP o ER del varón.
- Se recomienda una evaluación **conjunta**, idealmente con terapeuta sexual o sexólogo clínico, para abordar factores relacionales y disonancias eróticas.

Nivel de evidencia: 3b | Grado de recomendación: B

10. Puntos claves

- Las disfunciones eyaculatorias comprenden cinco entidades clínicas: **eyaculación precoz, retardada, aneyaculación, retrógrada y dolorosa**.
- La EP es la más prevalente (20–30 %) y se clasifica en formas **primaria, secundaria, subjetiva y natural variable**^{2,4}.
- La evaluación diagnóstica debe ser estructurada, incluyendo **historia clínica detallada, exploración física, cuestionarios validados** (PEDT, PEP, MSHQ-EjD) y estudios hormonales/neurológicos dirigidos.
- El tratamiento de la EP incluye **ISRS (dapoxetina aprobada), anestésicos tópicos, tramadol, y terapia sexual conductual**. Casos refractarios pueden beneficiarse de **inyección de ácido hialurónico**.
- La ER y aneyaculación requieren descartar causas orgánicas. La **estimulación vibratoria penénea, electroeyaculación** y el manejo farmacológico experimental son opciones terapéuticas según etiología.
- La ERg se confirma con **análisis de orina postorgásmica** y se trata con **agentes simpaticomiméticos**. En contextos de fertilidad, puede recuperarse espermatozoides mediante técnicas especializadas.
- La eyaculación dolorosa debe considerarse en el diagnóstico diferencial; su asociación con **prostatitis crónica y disfunción del suelo pélvico** exige enfoque multidisciplinario.
- La evaluación de la **pareja** y el abordaje **interdisciplinario** son esenciales para lograr un manejo efectivo y sostenible.

11. Cuestionario de evaluación

Instrucciones: seleccione la opción más correcta en cada caso (una sola respuesta por pregunta).

1. Según la ISSM, la eyaculación precoz primaria se define como:
 - A. IELT < 2 minutos desde la penetración
 - B. IELT < 1 minuto desde la primera relación sexual + malestar significativo
 - C. Eyaculación después del coito, pero con poco control
 - D. Solo si se acompaña de disfunción eréctil

2. ¿Cuál de los siguientes es un fármaco aprobado por agencias regulatorias para el tratamiento específico de la EP?
 - A. Sertralina
 - B. Tramadol
 - C. Dapoxetina
 - D. Paroxetina

3. ¿Cuál es el efecto principal buscado con la inyección subdérmica de ácido hialurónico en el glande?
 - A. Mejorar la erección
 - B. Inducir fibrosis peneana
 - C. Disminuir la sensibilidad del glande
 - D. Aumentar la vascularización

4. En el abordaje diagnóstico de la eyaculación retrógrada, es necesario:
 - A. Realizar una biopsia testicular
 - B. Solicitar niveles de PSA
 - C. Analizar la orina postorgásmica para espermatozoides
 - D. Medir velocidad del flujo urinario

5. En un paciente joven con EP y ansiedad de desempeño, ¿cuál es el abordaje de primera línea más indicado?
 - A. Dapoxetina 60 mg diaria
 - B. Terapia sexual y reeducación masturbatoria
 - C. Tramadol 50 mg antes del coito
 - D. Cirugía de glande

6. La estimulación vibratoria peneana es útil principalmente en:
- A. Varones con disfunción eréctil leve
 - B. Aneyaculación por lesión
 - C. EP resistente a tratamiento
 - D. Adultos mayores con prostatitis
7. En pacientes con ER secundaria a ISRS, el manejo ideal incluye:
- A. Suspensión del ISRS y agregar ISRN
 - B. Adición de benzodiacepinas
 - C. Cambio a bupropión o amantadina
 - D. Uso de tadalafil crónico
8. ¿Qué terapia alternativa ha mostrado resultados favorables combinada con tratamiento convencional para EP según estudios recientes?
- A. Terapia de campos magnéticos
 - B. Acupuntura
 - C. Homeopatía
 - D. Moxibustión

Respuestas

- 1. **B)** IELT < 1 minuto desde la primera relación sexual + malestar significativo²
- 2. **C)** Dapoxetina¹⁰
- 3. **C)** Disminuir la sensibilidad del glande¹⁸
- 4. **C)** Analizar la orina postorgásmica para espermatozoides⁶
- 5. **B)** Terapia sexual y reeducación masturbatoria¹⁸
- 6. **B)** Aneyaculación por lesión medular¹⁹
- 7. **C)** Cambio a bupropión o amantadina²⁰
- 8. **B)** Acupuntura¹⁵

Referencias – Capítulo IV. Disfunciones eyaculatorias

1. Shindel AW, Rowen TS, Smith JF, et al. *Disorders of Ejaculation: An AUA/SMSNA Guideline*. *J Urol*. 2024.
2. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, et al. *An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine*. *J Sex Med*. 2014;11(6):1423–1441.
3. Trinchieri M, Perletti G, Magri V, et al. *Erectile and Ejaculatory Dysfunction Associated with Use of Psychotropic Drugs: A Systematic Review*. *J Sex Med*. 2021;18(8):1354–1363.
4. Waldinger MD. *Premature ejaculation: definition and drug treatment*. *Drugs*. 2007;67(4):547–568.
5. Saleh R, Majzoub A, El-Hamd MA. *An update on the treatment of premature ejaculation: A systematic review*. *Arab J Urol*. 2021;19(3):281–302.
6. Leisegang K, Opuwari CS, Moichela F, Finelli R. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines in the Treatment of Ejaculatory Disorders: A Systematic Review*. *Medicina*. 2023;59(9):1607.
7. Nickel JC. *Clinical evaluation of the man with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome*. *Urology*. 2002;60(6 Suppl):20–22.
8. Shah MDA, Shah S, Bin Nusrat N, et al. *Topical Anesthetics and Premature Ejaculation: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Cureus*. 2023;15(8): e42913.
9. Pontari MA. *Painful ejaculation*. *Curr Urol Rep*. 2007;8(4):307–313.
10. McMahon CG, Dinsmore WW, et al. *The efficacy and tolerability of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: integrated analysis*. *J Sex Med*. 2011;8(2):524–539.
11. Lee HY, Pyun JH, et al. *Efficacy of Various Treatment in Premature Ejaculation: Network Meta-analysis*. *World J Mens Health*. 2024;42(2):338–346.
12. Shah MDA, et al. *Topical Anesthetics and Premature Ejaculation: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Cureus*. 2023;15(8): e42913.

13. Zhang H, et al. *Acupuncture for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis*. *Sex Med*. 2023;11(3): qfad034.
14. Leisegang K, et al. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines in the Treatment of Ejaculatory Disorders: A Systematic Review*. *Medicina*. 2023;59(9):1607.
15. Zhang H, Colonnello E, Sansone A, et al. *Acupuncture for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis*. *Sexual Medicine*. 2023;11(3): qfad034.
16. Shaher H, et al. *Is bulbospongiosus muscle botox injection safe and effective in treating lifelong premature ejaculation? World J Urol*. 2024; 42:218.
17. Arshad A, et al. *Levosulpiride for Premature Ejaculation: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Am J Mens Health*. 2022;16(5):15579883221124832.
18. Culha MG, Baran C, Erkoç M. *Clinical efficacy and safety of hyaluronic acid gel injection in the glans penis for treatment of premature ejaculation: systematic review and meta-analysis*. *J Sex Med*. 2024;21(10):878–888.
19. Brackett NL, Lynne CM. *Vibroejaculation and electroejaculation in the treatment of anejaculation in men with spinal cord injury*. *Fertil Steril*. 2000;74(6):1229–1238.
20. Rowland DL, et al. *Pharmacotherapy for delayed ejaculation: a systematic review*. *J Urol*. 2023;209(2):348–357.
21. Xu J, He K, Zhou Y, et al. *The effect of SSRIs on semen quality: a systematic review and meta-analysis*. *Front Pharmacol*. 2022; 13:911489.
22. A. Salonia, L. Boeri, P. Capogrosso, et al. *Sexual and reproductive health*. *EAU Guidelines*. 2025.
23. Waldinger MD, Schweitzer DH. *The use of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation*. *Drugs*. 2005;65(4):505–520.
24. Corona G, Jannini EA, Maggi M. *Premature ejaculation: current concepts and management*. *Eur Urol*. 2016;69(3):542–553.

25. American Urological Association. *AUA/SMSNA Guideline on the Management of Premature Ejaculation*. *J Urol*. 2024.
26. Basar MM, Aydin G, Basar H. *The efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis*. *Andrologia*. 2021;53(2): e13930.
27. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, et al. *Psychological and pharmacologic interventions for premature ejaculation: an evidence-based review*. *J Sex Med*. 2014;11(3):684–723.
28. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. *The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction*. *Urology*. 1997;49(6):822–830.
29. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. *The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191–208.
30. Waldinger MD. *Premature ejaculation and serotonergic antidepressants*. *World J Urol*. 2005;23(2):88–92.
31. McCabe MP, Connaughton C. *Psychological factors associated with male sexual dysfunction and implications for treatment*. *J Sex Res*. 2014;51(1):31–42.
32. Rosen RC, Catania JA, Pollack LM, Althof SE, O’Leary M, Seftel AD. *Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation*. *Urology*. 2004;64(4):777–782.
33. Rajfer J, Gonzalez-Cadavid NF. *Implications of testosterone therapy in premature ejaculation*. *Rev Urol*. 2020;22(2):45–51.
34. Broderick GA. *A practical approach to the pharmacological treatment of premature ejaculation*. *World J Mens Health*. 2022;40(1):1–12.
35. Waldinger MD. *Recent advances in the understanding and treatment of premature ejaculation*. *Nat Rev Urol*. 2014;11(9):553–564.