

Dispareunia masculina

Male dyspareunia

Julián Anibal Villarreal Valerio^{1,2,a}

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Ex- Jefe del Departamento de Urología. Hospital Nacional PNP "Luis N. Saénz". Lima, Perú.

^a Médico urólogo, doctor en medicina, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2014-6130>

An Fac med. 2019; 80(1):79-85. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15334>

Correspondencia:

Julián Anibal Villarreal Valerio
Alameda Antúnez de Mayolo 321,
San Borja
991513826
jvillarrealv@unmsm.edu.pe

Recibido: 12 de octubre 2018

Aprobado: 7 de febrero 2019

Publicación en línea: 27 de marzo 2019

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés

Fuente de financiamiento:

Autofinanciado

Citar como: Villarreal J. Dispareunia masculina. An Fac med. 2019;80(1):79-85. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15334>

Resumen

La dispareunia masculina es un síntoma poco conocido, pero con gran impacto en la calidad de vida de los hombres que lo padecen. Existe escasa investigación sobre este tema en comparación con su contraparte femenina. En su etiología se presenta una amplia variedad de patologías con predominancia de componentes orgánicos, por lo que es importante conocer y entender las causas para el oportuno tratamiento. Para el diagnóstico de la dispareunia, una adecuada historia, anamnesis, y examen físico, son fundamentales para orientar a su posterior evolución y manejo del trastorno mediante las nuevas opciones de tratamiento que se cuenta en la actualidad, donde es de utilidad el abordaje individualizado y teniendo en cuenta otros factores emocionales y socio-culturales. En esta revisión, se expone un enfoque sobre la frecuencia, diagnóstico, evaluación y tratamiento de este sintoma bastante complejo, que en algunas oportunidades puede tener repercusión en las relaciones interpersonales.

Palabras clave: Dispareunia; Etiología; Epidemiología; Diagnóstico; Terapéutica

Abstract

Male dyspareunia is a little known symptom, but with great impact on the quality of life of men who suffer from it. There is little research on this subject compared to its female counterpart. In its etiology there is a wide variety of pathologies with predominance of organic components, so it is important to know and understand the causes for the timely treatment. For the diagnosis of dyspareunia, an adequate history, anamnesis, and physical examination are fundamental to guide its subsequent evolution and management of the disorder through the new treatment options that are currently available, where the individualized approach is useful taking into account other emotional and socio-cultural factors. In this review, an approach is presented on the frequency, diagnosis, evaluation and treatment of this rather complex symptom, which in some cases may have an impact on interpersonal relationships.

Keywords: Dyspareunia; Etiology; Epidemiology; Diagnosis; Therapeutics

INTRODUCCIÓN

La dispareunia o coitalgia es el dolor que se experimenta en los genitales y la estructura pélvica asociado con las relaciones sexuales que puede afectar tanto a hombres como a mujeres; antes, durante o después del coito^{1,2}. Etimológicamente deriva del término griego “dyspáreunos” compuesto de “dis”, trastorno o dificultad y “páreunos”, compañero de lecho; es decir, significa “mal coito o coito dificultoso”³. El término fue acuñado por el médico inglés Robert Barnes para referirse a una entidad que englobara todos los procesos dolorosos que interfieren con el coito⁴. Justificó esta denominación por la analogía con otra terminología propia del siglo XIX y de gran predicamento en la época, como dispepsia o dismenorrea⁵.

Este trastorno solo era reservado a las relaciones sexuales dolorosas de la mujer pero actualmente se conoce también la dispareunia masculina y que se define como dolor genital o pélvico, recurrente o persistente con actividad sexual, o disfunción sexual que está presente durante tres meses o más⁶. En los hombres, la dispareunia se refiere a la sensación de dolor intenso en el pene o también puede presentarse menos frecuentemente en el prepucio, los testículos, uretra y glándula prostática; antes, durante o después del coito⁷. En la mayoría de los casos está relacionado con la presencia de dolor en la eyaculación; asimismo, puede estar asociado, durante la fase de excitación, con la erección, o durante el coito con la penetración. En algunos casos puede derivar en anorgasmia, con la imposibilidad de llegar al orgasmo durante el coito si el dolor es intenso. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM- IV) considera a la dispareunia en una subclasificación del trastorno de disfunción sexual y la define como un dolor genital recurrente o persistente asociado con el coito y que causa considerable estrés e interfiere en las relaciones interpersonales⁸. Después de la revisión de dicha edición surgió un debate; así, Binik y col. argumentaron durante mucho tiempo que la dispareunia debe clasificarse como un trastorno del dolor en lugar de una disfunción sexual ya que el dolor es el aspecto más destacado del síndrome, lo cual fue respal-

dado por los datos empíricos de los estudios diagnósticos, experimentales y de resultados de terapia⁹. De igual manera, Charles Moser, propuso la eliminación de la dispareunia del manual completo¹⁰. La versión más reciente, el DSM-V del 2013, agrupa la dispareunia bajo el diagnóstico de Trastorno de Penetración/Dolor Genito-Pélvico¹¹.

En el año 1987, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la salud sexual como un derecho básico del ser humano; y se debe tener en cuenta que la dispareunia suele afectar a las relaciones conyugales, que se viven de manera insatisfactoria, y acaban generando sentimientos de temor y malestar en ambos miembros de la pareja¹². La dispareunia masculina ha sido objeto de investigación considerablemente menor en comparación con su contraparte femenina; así, hasta la fecha existen pocos estudios, los cuales en su mayoría se centran en afecciones asociadas como la prostatitis crónica o la enfermedad de Peyronie.

DESARROLLO DEL TEMA

EPIDEMIOLOGÍA

Existen pocos datos epidemiológicos referentes a la prevalencia de la dispareunia masculina ya que en su mayoría están dirigidos a la disfunción eréctil; por lo que la información disponible es muy limitada, heterogénea y de gran variabilidad. La dispareunia es de mayor prevalencia en la población femenina^{13,14}; así, la OMS reportó una incidencia mundial entre 8 y 22% en el sexo femenino¹⁵. La prevalencia de la dispareunia masculina es todavía desconocida; sin embargo, algunos estudios muestran que aproximadamente 1 al 5% de los varones sufren dolor durante las relaciones sexuales^{16,17,18}. Es posible que no todos los hombres acudan a consulta por este síntoma, por lo que puede existir un subregistro. Laumann y col. realizaron un estudio de encuesta nacional de salud y vida social de Estados Unidos en 1749 mujeres y 1410 hombres con edades de 18 y 59 años, encontrando una prevalencia de 3% para la dispareunia masculina y 15% para la femenina¹⁴; mientras que Rosen reportó

una prevalencia de 10 a 15% en mujeres y menos del 5% en hombres¹⁹. Pitts y col., en un estudio con más de 4000 hombres en Australia, determinó que el 5% de los hombres presentaron dolor asociado con las relaciones sexuales¹⁸; mientras que una prevalencia de 0,1% fue reportada por Christensen en un estudio realizado en Dinamarca²⁰.

CLASIFICACIÓN

Se ha clasificado la dispareunia en 4 categorías de causas subyacentes⁶, según se muestra en la tabla 1.

ETIOLOGÍA

Generalmente se debe a procesos infecciosos del aparato genital tanto

Tabla 1. Clasificación de la dispareunia masculina

I. Dolor eyaculatorio aislado (dolor durante o después de la eyaculación)

- a. Causa identificable
- b. Idiopático

II. Prostatitis crónica/Síndrome doloroso pélvico crónico

III. Causas médicas

- a. Enfermedad de Peyronie
- b. Fimosis
- c. Frenillo breve
- d. Reparación de hernia
- e. Atrapamiento del nervio pudendo
- f. Infecciones
- g. Cistitis intersticial

IV. Otras causas de dolor sexual

- a. Psicológico
 - b. Anodispareunia en hombres que tienen sexo con hombres
- c. Medicamentos

Fuente: Luzzi G, Law L. A guide to sexual pain in men. Practitioner. 2005;249(1667):73-77

agudos como crónicos: infección prostática, vesículas seminales, vejiga urinaria o la uretra; como también por fimosis, inflamación del pene, de los testículos, o problemas estructurales del pene. En otros pacientes no es posible determinar su etiología y su fisiopatología por existir una investigación limitada. Es posible que las citocinas proinflamatorias en el tracto genital desempeñen un papel en el dolor, similar a la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico²¹.

I. Eyaculación dolorosa aislada. Existen múltiples causas y puede ocurrir en su mayoría por la obstrucción del conducto eyaculador²² o en otros pacientes la incomodidad perineal después de la eyaculación se presenta sin evidencia de infección o trauma²³. Puede presentarse durante o después de la eyaculación con un profundo impacto psicológico en la autoestima de un hombre y que puede conducir a la disfunción eréctil.

II. El síndrome de prostatitis crónica/dolor pélvico crónico. Generalmente son las afecciones inflamatorias y no inflamatorias de la próstata.

III. Causas médicas.

Enfermedad de Peyronie. Es un trastorno adquirido, localizado y progresivo que se presenta por la formación de tejido cicatricial fibroso en los cuerpos cavernosos y/o en la túnica albugínea que los rodea (figura 2). En la erección se produce la incurvación o deformación del pene al no tener elasticidad dicha zona y puede imposibilitar el coito si las erecciones se hacen dolorosas, o no haber dolor en la erección más si en el coito, o no presentarse molestia alguna pero su pareja lo presenta. Esta patología es una causa común de dispareunia crónica en hombres²⁴.

Fimosis. Es la estrechez del prepucio que produce dificultad o imposibilidad de retraer o desplazar hacia atrás la piel del prepucio con el pene erecto o en estado de flacidez (figura 1), lo cual provoca dolor en el momento de la penetración y muchas veces lesiones como sangrado del prepucio durante el coito y además de dificultar el aseo diario²⁵. Generalmente está presente desde el nacimiento o puede aparecer por repetidas retracciones

forzadas y traumáticas del prepucio, así como por mala higiene que produce infecciones. Masters y Jonhson relacionan a la fimosis con falta de higiene personal; para ellos, tanto la fimosis como la hipospadía son las principales causas de dispareunia²⁶. Existen reportes que muestran que la circuncisión no estaba relacionada con la mayoría de las dificultades sexuales, pero los hombres circuncidados eran menos propensos a informar dolor físico durante el coito o problemas para mantener una erección; sin embargo, las razones son desconocidas^{27,28}.

Frenillo corto. El frenillo del pene es el pliegue de la piel constituido por tejido elástico situado debajo del glande que une su cara inferior con la superficie interior del prepucio y sirve para retraer la piel del prepucio y contraerla sobre el glande. El frenillo corto limita el movimiento del prepucio y durante la erección se estira, pudiendo romperse parcialmente o por completo e incluso agrietarse produciendo ardor intenso y dolor. En ocasiones genera sangrado que luego cicatriza y en otro coito puede romperse nuevamente. El frenillo corto es una causa común de dispareunia; así, Whelan determinó en su estudio que el 50% de hombres lo presentaban²⁹.

Herniorrafia inguinal. Aasvang y col., en un estudio de 1015 hombres entre 18 y 40 años sometidos a herniorrafia inguinal en Dinamarca, determinó que el 3% presentó dolor durante la actividad sexual y la posterior disfunción sexual. Así, consideraron que el daño nervioso intraoperatorio y la disposición a otras

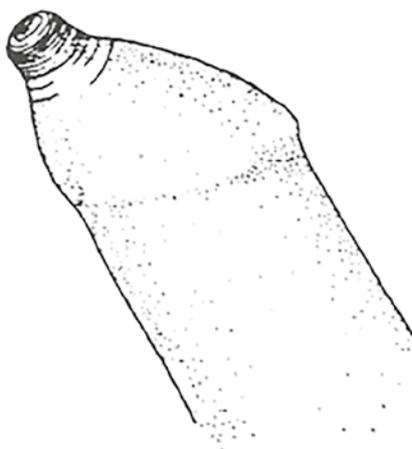


Figura 1. Fimosis

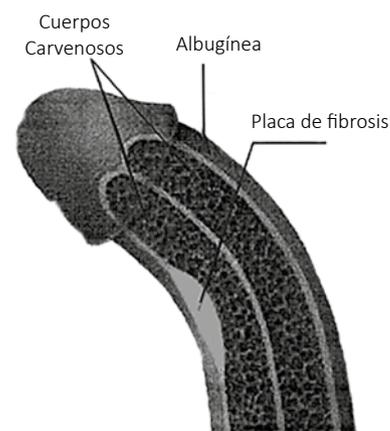


Figura 2. Enfermedad de Peyronie

condiciones de dolor crónico fueron los factores patógenos más probables³⁰.

Atrapamiento del nervio pudendo.

La compresión del nervio pudendo dentro del conducto de Alcock o los ligamentos circundantes puede causar dolor y disfunción sexual³¹. Su manifestación clínica más típica es la neuralgia del nervio pudendo con dolor de tipo neuropático en el área genital a su paso por la fosa isquiorrectal entre la comisura posterior (borde posterior del introito) y el ano, el cual se acompaña de parestesias, disestesias, hormigueo anal y a veces los pacientes refieren descargas eléctricas. El dolor se agrava en sedestación, por aumento de la compresión y, por el contrario, disminuye o se alivia en bipedestación y en los diferentes decúbitos^{32,33}. Puede presentarse en varias formas, solo con dolor, dolor y síntomas urinarios, dolor con problemas defecatorios y dolor con disfunción eréctil y eyaculatoria.

Infecciones genitourinarias. Las infecciones de la próstata (prostatitis), el epidídimo (epididimitis), la vejiga (cistitis), las vesículas seminales (vesiculitis) o la uretra (uretritis), generalmente de causa bacteriana, pueden provocar sensaciones intensas de escozor o ardor especialmente al eyacular ó después de la eyaculación.

Enfermedades de transmisión sexual. La gonorrea producida por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, el herpes genital o el condiloma acuminado producidos por el virus del herpes simple (VHS) o el virus del papiloma humano (VPH) respectivamente, pueden

causar ulceración genital y dolor o ardor en el pene asociado con la eyaculación.

Cistitis intersticial. La compresión de la vejiga durante el coito puede causar dolor e interferir con el coito.

Afecciones dermatológicas del pene. Como la balanopostitis que es la inflamación del glande y del prepucio, siendo los hongos la etiología más comúnmente reportada. Otras afecciones comprenden el liquen plano, liquen escleroso, balanitis de Zoon (células plasmáticas), y carcinoma de pene^{24,34}.

IV. Otras causas

Psicosocial. Los factores psicológicos son más infrecuentes que los orgánicos y se derivan de conflictos intrapsíquicos habitualmente no conscientes relacionados con abuso infantil, dificultades de relación con la pareja, baja autoestima y problemas de imagen corporal.

Anodispareunia. Damon y col., en un estudio de 404 hombres que tuvieron relaciones con hombres, encontraron que el 14% presentaron dolor frecuente y severo durante el sexo anal receptivo y la mayoría describieron su dolor como una angustia psicológica experimentada durante toda su vida³⁵.

Fármacos. Algunos antidepresivos y antipsicóticos se han asociado con la dispareunia masculina. Los antidepresivos tricíclicos (clomipramina, imipramina, desipramina, protriptilina, amoxapina) y otros como la fluoxetina y venlafaxina se han descrito con eyaculación dolorosa³⁶⁻³⁹.

DIAGNÓSTICO

El enfoque clínico debe estar orientado hacia el diagnóstico etiológico como también a la influencia de determinados factores en la causa del trastorno. No hay pruebas específicas para identificar la dispareunia masculina y su diagnóstico se basa principalmente en una detallada historia clínica y una exploración física minuciosa por lo que, en algunas ocasiones, los exámenes auxiliares son innecesarios⁵.

La génesis del dolor dependerá del origen, por lo que inicialmente se debe descartar las causas físicas y evaluar los síntomas asociados, a diferencia de otras

disfunciones sexuales que generalmente son de naturaleza psicológica. Además, se debe considerar que muchos hombres se resisten voluntariamente a informar de este síntoma, por lo que debe realizarse un interrogatorio dirigido y respetando el pudor del paciente.

Historia clínica

En la anamnesis, es importante determinar las características del dolor: tiempo de inicio, el lugar exacto donde aparece, su intensidad, duración, si tiene relación con el acto sexual, si se presenta con todas las posturas que ha practicado, y por último, si ha ocurrido con todas sus parejas. El dolor no siempre tendrá que ver con la penetración ya que en la mayoría de casos puede presentarse el dolor post eyaculatorio, y otras veces en síndromes como el dolor pélvico crónico. Se debe precisar si el dolor está relacionado a la actividad sexual no coital, incluida la masturbación; si no existe con la masturbación, se debe considerar una base psicológica subyacente⁵.

Generalmente pueden incluir dolor en el pene, dolor perineal o molestias suprapúbicas que ocurren durante o después del período eyaculatorio. En ocasiones, el dolor se presenta en el área testicular o glande del pene inmediatamente después de la eyaculación, o puede ser consecuencia de un espasmo muscular perineal. El dolor atípico con eyaculación también puede ocurrir en el abdomen, el meato uretral o el recto. En otros casos, se refiere a una molestia en la región perineal por lo que se debe descartar el síndrome de prostatitis crónica/dolor pélvico crónico⁵.

Los síntomas de disuria, secreción uretral y aumento de tamaño con dolor testicular orientan a una infección genital. Así, se debe interrogar acerca del chorro urinario, historial de eyaculación, erecciones nocturnas, trastornos congénitos como la incurvación congénita del pene o adquiridos como la enfermedad de Peyronie.

Además es de importancia conocer los antecedentes del paciente, en razón que determinadas intervenciones médicas como cirugía previa, traumas, infecciones urogenitales, uso de fármacos,

anomalías anatómicas y la esfera psico-sexual.

Examen físico

El examen de región genital y rectal es de importancia para establecer la posible etiología orgánica. Esto permite determinar si es debido a anomalías congénitas, infecciones, irritaciones o enfermedades de transmisión sexual. En el examen del pene se debe observar lesiones superficiales, frenillo corto, fimosis, balanopostitis y tumores⁵. La palpación en los genitales puede identificar las placas induradas de Peyronie o detectar masas testiculares. En el examen digito-rectal, se debe evaluar el reflejo bulbocavernoso, tono del esfínter anal y las características de la próstata. La ausencia del reflejo bulbocavernoso sin trauma medular sacro es importante para el diagnóstico inicial del atrapamiento del nervio pudendo³¹, pero también puede indicar lesión medular espinal. La consistencia y sensibilidad de la próstata puede confirmar el diagnóstico de prostatitis aguda o prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico.

Estudios complementarios

El análisis de orina o urocultivo descartan una infección del tracto urinario. La prueba de los cuatro vasos descrito por Meares y Stamey mediante cultivos cuantitativos de localización bacteriológica de la orina segmentada y de la secreción prostática, es útil para descartar inflamación o infección prostática⁴⁰. En la prostatitis bacteriana aguda se encuentra en la secreción prostática gran cantidad de polimorfonucleares y bacterias visibles mediante tinción de Gram. El análisis usando las tiras reactivas con la prueba de esterasa leucocitaria es indicativa y no reemplaza al examen microscópico de orina ni al urocultivo, como también la prueba de nitritos que no es especialmente fiable⁵.

Exámenes complementarios como la uterocistoscopia, exámenes radiológicos y por imágenes como la ecografía prostática transrectal, ecografía abdominal, tomografía y estudios urodinámicos para descartar causa neurogénica, malformaciones congénitas o masas abdominales, son pocas veces indicados y generalmente resultan normales⁵. Mundera repor-

tó el caso de un varón de 45 años que presentó dolor abdominal, dispareunia y masa inguinal palpable, cuyo diagnóstico se realizó mediante tomografía que mostró la compresión del nervio dorsal del pene, una rama del nervio pudendo⁴¹.

TRATAMIENTO

Se basa en tratar la causa subyacente. Las causas orgánicas generalmente pueden identificarse en la evaluación inicial para iniciar un tratamiento adecuado y que puede precisar cirugía en algunos casos.

Tratamiento médico

En los procesos inflamatorios e infecciosos del aparato genitourinario, se debe determinar el germen causal para la indicación del antibiótico. Las afecciones dermatológicas, como enfermedades de transmisión sexual, liquen plano, liquen escleroso, balanitis de Zoon (células plasmáticas), se tratan en base a la causa subyacente⁵.

El tratamiento de la enfermedad de Peyronie es complicado; así, la terapia oral con vitamina E, colchicina, amino-benzoato de potasio, tamoxifeno, carnitina, pentoxifilina, inhibidores de la 5-fosfodiesterasa no han probado ser efectivos completamente y se necesitan mayores estudios^{42,43,44}. La inyección intralesional usando corticoesteroides, bloqueadores de canales de calcio e interferones ofrece resultados muy variables, como la estabilización de la enfermedad, evitar la progresión de la misma y en un porcentaje muy bajo la regresión de la enfermedad^{44,45,46}. En la actualidad existe mucho interés en la colagenasa de *Clostridium histolyticum*, agente biológico que degrada específicamente el colágeno tipo I y III, encontrado en las placas⁴⁷. Gelbard y col., publicaron los resultados de 2 estudios doble ciego aleatorizados, fase 3, de septiembre del 2010 a marzo del 2012, con inyecciones intralesionales en 417 y 415 pacientes respectivamente, mostrando una disminución en la curvatura del 34% comparado con un 18,2% del placebo⁴⁸. Los tratamientos mecánicos como la iontoforesis, terapia con ondas de choque, aparatos de tracción del pene y radiación no han mostrado beneficio^{49,50,51}.

En la dispareunia post-herniorrafia inguinal se indican los bloqueadores alfa-adrenérgicos o fármacos usados en el dolor neuropático para inhibir la contractilidad y mejorando el movimiento de los conductos deferentes. A los pacientes que padecen cistitis intersticial se les han prescrito varias terapias que incluyen pentosan polisulfato de sodio, amitriptilina, lidocaína alcalinizada intravesical con heparina, toxina botulínica intravesical y neuromodulación sacra⁵². No hay un tratamiento simple ni único por lo que la terapia de combinación con dos o más agentes se ha recomendado en hombres como terapia óptima^{53,54}. En caso de dispareunia por uso de psicofármacos, se recomienda la disminución de la dosis o en su defecto cambiar por otro fármaco.

En la eyaculación dolorosa idiopática, es de importancia el uso de los bloqueadores alfa-1 adrenérgicos. Demyttenaere y Barnas reportaron la administración de tamsulosina 0,4 mg/día durante 4 semanas en 2 y 98 pacientes, encontrando disminución y resolución del dolor. Estos datos respaldan la hipótesis de que el dolor orgásmico está relacionado con el espasmo de los músculos de la vejiga y/o el cuello de la vejiga^{39,55}. Sin embargo, Safarinejad evaluó 118 varones con tamsulosina durante 6 semanas y no encontró mejoría en relación al placebo⁵⁶. Existen otras alternativas de tratamiento como la fisioterapia en el piso pélvico, reportado por Cohen y col., que puede mejorar potencialmente el tratamiento del dolor pélvico y la disfunción sexual masculina⁵⁷.

En la dispareunia de causa psicológica, es recomendable la evaluación por el psicólogo o terapeuta sexual, que pueden mejorar el dolor^{6,58,59}. Gruver reportó un tratamiento aparentemente exitoso de un hombre con una larga historia de dispareunia de etiología funcional, considerando importante un enfoque que utilice tanto una metodología psicodinámica como conductual⁵⁸.

Tratamiento quirúrgico

En la fimosis, la circuncisión es el tratamiento de elección. La frenuloplastia es un procedimiento efectivo con una alta probabilidad de evitar la circuncisión en casos de frenillo corto, proporcionando buenos resultados⁶⁰. Gyftopoulos descri-

be el método de "tirar y quemar", mediante el uso de anestesia tópica en 127 adultos jóvenes que presentaban dispareunia debido a frenillo corto y menciona que el procedimiento respeta la anatomía del glande y preserva la arteria frenular, logrando un excelente resultado funcional y cosmético⁶¹.

Existen múltiples modalidades de tratamiento quirúrgico en la enfermedad de Peyronie; sin embargo, a la fecha, la corrección quirúrgica con o sin colocación de prótesis se considera el estándar de oro para corregir la deformidad. En muy pocas ocasiones se usa la cirugía para tratar la cistitis intersticial, solo en casos que los otros tratamientos no fueron exitosos en obtener control de los síntomas y calidad de vida, entre los que se mencionan: la fulguración, resección vesical, cistoplastia de sustitución, y derivación urinaria con o sin cistectomía. En pacientes con dolor eyaculatorio o dolor post-orgásmico, Illie considera que extirpar una sección del ligamento sacrotuberoso, neurectomía del nervio pudendo o extirpación de una sección del ligamento sacroespinal puede mejorar el pronóstico si no hay respuesta al tratamiento médico⁶².

CONCLUSIONES

La dispareunia no puede considerarse un trastorno únicamente femenino, ya que también puede presentarse en el hombre, pero su prevalencia es muy baja por ser en ocasiones subdiagnosticada, en razón que por vergüenza, temor o simple desconocimiento, no se acude al especialista. La causa subyacente y fisiopatología del dolor asociado con la actividad sexual en hombres no se conoce en muchos casos; puede presentarse aislada o asociada a otro trastorno sexual y puede ser de origen orgánico (más frecuente), psicológica o ambas. En la dispareunia de causa orgánica, los padecimientos son generalmente benignos, siendo más frecuentes las inflamaciones e infecciones del glande (balanopostitis) y la próstata (prostatitis). Menos frecuentes, son las causas psicológicas debido al estrés, la depresión y los trastornos de ansiedad. El dolor puede presentarse en las distintas fases de la respuesta se-

xual, ya sea durante la erección, durante el acto sexual o con la eyaculación en la mayoría de casos. La localización más frecuente es en el pene, testículos y órganos internos. El diagnóstico de la dispareunia masculina a menudo se puede realizar con una historia clínica y un examen físico minucioso. Otros exámenes auxiliares no están indicados de forma rutinaria, pero deben ser indicados por un urólogo dependiendo de la etiología sospechada. El acto sexual es para estos pacientes un camino de dolor, sufrimiento y fracaso, por lo que muchos pierden el interés de realizarlo, afectando su vida íntima, autoestima, relaciones interpersonales que a su vez generan disfunciones sexuales que repercute en la relación de pareja; sin embargo, la mayoría de casos tienen solución mediante un tratamiento precoz y adecuado basado en la corrección de la causa subyacente. La sexualidad es muy importante en la salud individual y es el pilar básico en la construcción de la pareja y la familia, por lo que una de las recomendaciones de la OMS en materia de salud sexual y reproductiva es que las políticas de salud mediante la aplicación de los planes de promoción, prevención y tratamiento, garanticen el ejercicio pleno de la sexualidad de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician*. 2001; 63(8):1535-1544
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community-symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(6):1149-1155. DOI: 10.1067/mob.2001.112904
- Agnew AM. Surgery in the alleviation of dyspareunia. *British Medical Journal*. 1959;1(5136):1510-1512
- Barnes R. Clinical history of the medical and surgical diseases of women. Philadelphia: Henry C. Lea. 1874: pp.79
- Florido J, García M. Dispareunia. *Rev Int Androl*. 2007;5(3):205-321. DOI: 10.1016/S1698-031X(07)74067-0
- Luizzi G, Law L. A guide to sexual pain in men. *Practitioner*. 2005; 249:73-77
- Wabrek AJ, Wabrek CJ. Dyspareunia. *J Sex Marital Ther*. 1975;1(3):234-241. DOI: 10.1080/00926237508405293
- Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta. Ed. EE.UU.: American Psychiatric Press. 1984.
- Binik YM. Should Dyspareunia be retained as a Sexual Dysfunction in DSM-V? A Painful Classification Decision. *Arch Sex Behav*. 2005;34(1):11-21. DOI: 10.1007/s10508-005-0998-4
- Moser C. Dyspareunia: Another argument for removal. *Archives of Sexual Behavior*. 2005;34(1):44-46. DOI: 10.1007/s10508-005-7473-z
- Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª edición. EE.UU.: American Psychiatric Press. 2013.
- Pérez G. Abordaje integral del dolor coital. Tratamiento en un caso de dispareunia. *Enfermería (Montev.)*. 2014;3(2):22-28. DOI: 10.22235/ech.v3i2.565
- Heim LJ. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician*. 2001;63(8):1535-1544
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999; 281(6):537-544. DOI: 10.1001/jama.281.6.537
- Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6(6):177-183. DOI: 10.1186/1471-2458-6-177
- Bancroft J. *Human Sexuality and Its Problems*, 3rd ed. Churchill Livingstone, 2008.
- Fugl-Meyer AR, Sjogren Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol*. 1999;2:79-105
- Pitts M, Ferris J, Smith A, Shelley J, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian men. *J Sex Med*. 2008;5(5):1223-1229. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00784.x
- Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep*. 2000;2(3):189-195. DOI: 10.1007/s11920-996-0006-2
- Christensen BS, Grønbaek M, Osler M, and et al. Sexual dysfunctions and difficulties in Denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav*. 2011; 40(1):121-132. DOI: 10.1007/s10508-010-9599-y
- Batstone GR, Doble A, Batstone D. Chronic prostatitis. *Curr Opin Urol*. 2003;13(1):23-29. DOI: 10.1097/01.mou.0000049389.71470.7c
- Smith JF, Walsh TJ, Turek PJ. Ejaculatory duct obstruction. *Urol Clin North Am*. 2008; 35 (2):221-227. DOI: 10.1016/j.ucl.2008.01.011
- Byrne LN, Meacham RB. Management of post-ejaculatory perineal pain. *J Androl*. 2006;27(6):710-711. DOI: 10.2164/jandrol.106.001370
- Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet*. 2007; 369(9559):409-424. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60197-4
- Shechet J, Tanenbaum B, Fried SM. Male dyspareunia in the uncircumcised patient. *Am Fam Physician*. 1999;60(1):54-56
- Masters WH and Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. London: J and A Churchill Ltd, 1970: p. 289.
- Mehta SD, Krieger JN, Agot K, Moses S, Ndinya-Achola JO, Parker C, et al. Circumcision and reduced risk of self-reported penile coital injuries: results from a randomized controlled trial in Kisumu, Kenya. *J Urol*. 2010;184(1):203-209. DOI:10.1016/j.juro.2010.03.015
- Richters J, Smith A, Grulich A, Rissel Ch. Circumcision in Australia: prevalence and effects on sexual health. *International Journal of STD & AIDS*. 2006;17(8): 547-554. DOI: 10.1258/0956462060778145730
- Whelan. Male dyspareunia due to short frenulum: an indication for adult circumcision. *BMJ*. 1977;2(6103):1633-1634
- Aasvang EK, Mohl B, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Pain related sexual dysfunction after inguinal herniorrhaphy. *Pain*. 2006;122(3):258-263. DOI: 10.1016/j.pain.2006.01.035.
- Popeney C, Ansell V, Renney K. Pudendal entrapment as an etiology of chronic perineal pain: Diagnosis and treatment. *NeuroUrol Urodyn*. 2007;26(6):820-827. DOI: 10.1002/nau.20421
- Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *Eur Urol*. 2004;46(6):681-689. DOI: 10.1016/j.eururo.2004.07.030
- Itza Santos F, Salinas J, Zarza D, Gómez Sancha F, Allona A. Actualización del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: enfoque anatómico-quirúrgico, diagnóstico y terapéutico. *Actas Urol Esp*. 2010;34(6):500-509. DOI: 10.1016/j.acuro.2010.03.020
- Buechner SA. Common skin disorders of the penis. *BJU Int*. 2002;90(5):498-506. DOI: 10.1046/j.1464-410X.2002.02962.x
- Damon W, Rosser BR. Anodyspareunia in men who have sex with men: prevalence, predictors, consequences and the development of DSM diagnostic criteria. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(2):129-141
- Ellison JM. Antidepressant-induced sexual dysfunction: review, classification, and suggestions for treatment. *Harv Rev Psychiatry*. 1998; 6(4):177-189. DOI: 10.3109/10673229809000328.
- Berger SH. Trifluoperazine and haloperidol: sources of ejaculatory pain?. *Am J Psychiatry*. 1979;136(3):350
- Aizenberg D, Zemishlany Z, Hermesh H, Karp L, Weizman A. Painful ejaculation associated with antidepressants in four patients. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(11):461-463
- Demyttenaere K, Huygens R. Painful ejaculation and urinary hesitancy in association with antidepressant therapy: relief with tamsulosin. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2002; 12(49):337-341
- Meares EM, Stamey TA. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis. *Invest Urol*. 1968;5(5):492-518
- Mundraa V, Zapatier J. An unusual cause of dyspareunia. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012;77(2):93-95. DOI: 10.1016/j.rgmx.2012.02.003
- Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, et al. EAU guidelines on penile curvature. *Eur Urol*. 2012;62(3):543-552. DOI: 10.1016/j.eururo.2012.05.040
- Hellstrom WJ. Medical management of Peyronie's disease. *J Androl*. 2009;30(4):397-405. DOI: 10.2164/jandrol.108.006221
- Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Miron V, Perovic S, Sohn M, Usta M, et al. The medical management of Peyronie's disease: Evidence-based 2010 guidelines. *J Sex Med*. 2010; 7(7):2359-2374. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01850.x
- Soh J, Kawachi A, Kanemitsu N, Naya Y, Ochiai A, Naitoh Y, et al. Nicardipine vs. saline injection as treatment for Peyronie's disease: A prospective, randomized, single-blind trial. *J Sex Med*. 2010;7(11): 3743-3749. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01924.x
- Inal T, Tokatli Z, Akand M, Ozdiler E, Yaman O. Effect of intralesional interferon-alpha 2b with oral vitamin E for treatment of early stage Peyronie's

- disease: A randomized and prospective study. *Urology*. 2006;67(5):1038-1042. DOI: 10.1016/j.urology.2005.11.005
47. Jordan GH. The use of intralesional clostridial collagenase injection therapy for Peyronie's disease: A prospective, single center, non-placebo-controlled study. *J Sex Med*. 2008;5(1):180-187. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00651.x
 48. Geldbard, Goldstein I. Clinical efficacy, safety and tolerability of collagenase clostridium histolyticum for the treatment of peyronie disease in 2 large double-blind, randomized, placebo controlled phase 3 studies. *J Urol*. 2013;190(1):199-207. DOI: 10.1016/j.juro.2013.01.087
 49. Palmieri A, Imbimbo C, Longo N, Fusco F, Verze P, Mangiapia F, et al. A first prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial evaluating extracorporeal shock wave therapy for the treatment of Peyronie's disease. *Eur Urol*. 2009;56(2):363-369. DOI: 10.1016/j.eururo.2009.05.012
 50. Gontero P, Di Marco M, Giubilei G, Bartoletti R, Pappagallo G, Tizzani A, et al. Use of penile extender device in the treatment of penile curvature as a result of Peyronie's disease. Results of a phase II prospective study. *J Sex Med*. 2009;6(2):558-566. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.01108.x
 51. Incrocci L, Wijnmaalen A, Slob AK, Hop WC, Leventag PC. Low-dose radiotherapy in 179 patients with Peyronie's disease: Treatment outcome and current sexual functioning. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2000;47(5):1353-1356
 52. Seth A, Teichman JM. What's new in the diagnosis and management of painful bladder syndrome/interstitial cystitis?. *Curr Urol Rep*. 2008;9(5):349-357. DOI: 10.1007/s11934-008-0061-9
 53. Moldwin RM, Evans RJ, Stanford EJ, Rosenberg MT. Rational approaches to the treatment of patients with interstitial cystitis. *Urology*. 2007;69(4):73-81. DOI: 10.1016/j.urology.2006.08.1105
 54. Parsons CL. Advances in the treatment of interstitial cystitis. *Expert Opin Pharmacother*. 2006;7(4):411-419. DOI: 10.1517/14656566.7.4.41
 55. Barnas J, Parker M, Guhring P, Mulhall JP. The utility of tamsulosin in the management of orgasm-associated pain: a pilot analysis. *Eur Urol*. 2005;47(3):361-365. DOI: 10.1016/j.eururo.2004.10.020
 56. Safarinejad MR. Safety and efficacy of tamsulosin in the treatment of painful ejaculation: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Int J Impot Res*. 2006;18(6):527-533. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901466
 57. Cohen D, Gonzalez J, Goldstein I. The Role of Pelvic Floor Muscles in Male Sexual Dysfunction and Pelvic Pain. *Sex Med Rev*. 2016;4(1):53-62. DOI: 10.1016/j.sxmr.2015.10.001
 58. Gruver GG. Functional male dyspareunia: a case study. *Am J Psychother*. 1977;31:450-455
 59. Kaplan HS. Post-ejaculatory pain syndrome. *J Sex Marital Ther*. 1993;19(2):91-103. DOI: 10.1080/00926239308404893
 60. Dockray J, Finlayson A, Muir GH. Penile frenuloplasty: a simple and effective treatment for frenular pain or scarring". *BJU International*. 2012;109(10):1546-1550. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2011.10678.x
 61. Gyftopoulos K. Male dyspareunia due to short frenulum: The suture-free, "pull and burn" method. *J Sex Med*. 2009;6(9):2611-2614. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01357.x
 62. Ilie CP, Mischianu DL, Pemberton RJ. Painful ejaculation. *BJU Int*. 2007;99(6):1335-1339. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2007.06664.x