

Trastorno de la Excitación Genital Persistente en la mujer:

Cuando la excitación sexual es un problema.

Dr. Santiago Cedrés.

Tratados sin ninguna consideración durante mucho tiempo, los problemas sexuales femeninos son desde hace algunos años objeto de una atención particular. Aunque la falta de deseo y excitación constituye la mayoría de las quejas, hay otros problemas más raros que pueden contaminar de manera muy importante la vida sexual de las mujeres e incluso la vida en general.

El Trastorno de la Excitación Genital Persistente (TEGP) es el menos frecuente de los trastornos de la excitación sexual de la mujer. No contamos con cifras de prevalencia del mismo en nuestro medio. La complejidad diagnóstica, las pocas estrategias terapéuticas y la gran afectación en la calidad de vida que produce en la mujer que lo padecen, lo convierten en un gran desafío clínico. Es un estado que merece mucho más atención por la comunidad científica y de sumo interés para la investigación y estudio.

Comenzó a documentarse a partir de la experiencia de Michelle Thompson, una mujer estadounidense que documentó ser capaz de tener hasta 300 orgasmos al día, situación que le causó problemas laborales, sociales y con sus parejas.

La excitación puede durar horas, días o meses, y los orgasmos se producen uno tras otro, pero sólo calman los síntomas por un momento, para regresar más tarde, por lo que tener una vida normal resulta sumamente problemático.

La clave del TEGP es que las mujeres que lo sufren se encuentran en un constante estado preorgásmico y en ningún caso, se relaciona con la presencia de deseo sexual. Lejos de resultar grata, la sensación es desagradable y molesta.

Definición

Inicialmente se describió como síndrome de excitación sexual persistente (PSA) en la mujer por Leiblum y Nathan en el 2001, quienes definieron los siguientes criterios:

- Sensación persistente de la mujer de excitación genital
- Aparición sin que exista un desencadenante sexual previo
- Persistencia de los síntomas por un período prolongado de tiempo
- No desaparece a pesar de tener respuesta orgásmica en una o varias veces.
- Provoca malestar en la paciente con vergüenza, culpa o angustia.

Luego, en el 2003 se incluyó como diagnóstico provisional por el comité de expertos que redefinió la respuesta sexual femenina (Basson et al., 2004) y lo redefinieron como “excitación genital espontánea intrusiva y no deseada en ausencia de interés sexual y deseo”.

En el 2005, Leiblum lo define como Trastorno de la Excitación Genital Persistente (TEGP), ya que el problema no es sexual sino genital por un problema incesante de sensaciones genitales, tal cual lo publica en el *Journal of Sexual Medicine*.

Criterios diagnósticos:

- La excitación sexual se siente como intrusiva y no deseada
- Las sensaciones de excitación perduran por horas o días y no desaparecen con la descarga orgásmica
- Las sensaciones pueden ser desencadenadas por inductores sexuales o por estímulos no sexuales, o sin estímulo reconocido
- No se alivia fácilmente por la consecución de uno o más orgasmos
- El trastorno produce ansiedad al menos moderada

Si la mujer no vivencia sus sensaciones genitales como insatisfactorias, no podemos entonces diagnosticar el TEGP.

Etiología

En el momento actual, no se conocen las bases etiológicas de esta situación.

Goldstein en el 2005 plantea las siguientes hipótesis etiológicas:

- Neurológicas centrales: post lesión cerebral, focos epileptógenos
- Neurológicas periféricas: polineuropatías, mononeuropatías múltiples, quistes perineurales de Tarlov en la columna entre S1-S4, irritación del nervio pudendo
- Vasculares: congestión pélvica por malformación arterovenosa que lleva a una irrigación permanente y excesiva del clítoris,
- Hormonales: alteraciones de los niveles de hormonas sexuales plasmáticas
- Inducido por fármacos: antidepresivos (ISRS) o anticonvulsivantes,
- Emocionales: estrés
- Presión mecánica de estructuras genitales por crecimientos tumorales.

De excluirse las causas anteriormente descritas, estaremos frente a un TEGP idiopático (lo más frecuente)

Se define que es siempre multifactorial, asociado con tres clases de factores principales: neurovasculares, neuroquímicos y psicológicos. Cada uno de éstos puede interactuar de manera diferente, y de ello derivan los diferentes grados del TEGP.

Independientemente de cual sea el fenómeno desencadenante, algunas veces se provoca un priapismo clitorídeo que puede generar la molesta sensación que nada tiene que ver con el verdadero TEGP.

En ninguna publicación todavía se ha podido precisar de forma categórica la etiología, si bien, al comparar mujeres con el trastorno frente a grupos control, aparece con mayor frecuencia eventos depresivos y ansiosos.

Diagnosticos diferenciales:

Este síndrome no debe confundirse ni con la adicción al sexo (constante necesidad de mantener actividad sexual coital o no coital), ni con la anorgasmia (imposibilidad de alcanzar el orgasmo).

Tampoco con la multiorgasmia (presencia de múltiples orgasmos en la misma respuesta sexual coital o por autoestimulación).

Asociaciones lesionales:

En el 2012, Thubert publica una revisión sistemática donde asocia fuertemente el TEGP con la vejiga hiperactiva, el síndrome de piernas inquietas y las várices pélvicas.

Está descrito que estas pacientes tienen diferentes niveles de ansiedad, lo que aumenta el tono autonómico y focalización cognitiva, centrándose cada vez más en las sensaciones. Esto no solo mantiene sino que la mayoría de las veces intensifica la respuesta sexual genital no deseada.

Los autores Bradford & Meston en el 2006 publicaron la relación entre el aumento de la actividad del sistema nervioso simpático por la ansiedad, y el aumento de la respuesta genital de la mujer.

Repercusiones psicológicas:

Estas pacientes evalúan como negativas las sensaciones genitales, y experimentan ansiedad por esta sensación, lo que determina incremento en la activación autonómica genital.

Todo esto a nivel cognitivo aumenta la actitud de observador y amplifica la percepción de la respuesta genital, focalizándola todavía más.

Complicaciones:

Son varias las pacientes que acaban evolucionando en episodios depresivos e incluso presentando ideas suicidas. Su trastorno se entromete de lleno en su día a día y no sólo les impide llevar un ritmo de vida normal sino que también interfiere en sus relaciones de pareja. "Suele ir acompañado de sentimientos de lástima, culpa, frustración, angustia y una reducción general de la satisfacción sexual",

Abordaje terapéutico:

El actual desconocimiento de la etiología y las causas de este síndrome, se traduce en una falta de protocolos estandarizados de actuación.

El abordaje debe ser interdisciplinario, combinando estrategias de terapia sexual y farmacoterapia.

Se debe tener en cuenta la diversidad de estímulos sexuales, algunos de los cuales pueden ser difíciles de aceptar.

Se han descrito útiles algunos fármacos orales como ácido valproico o IRSN (inhibidores selectivos de la NE: velanfaxina o duloxetina).

También se ha documentado utilidad de fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (que curiosamente también están considerados como posible causa del trastorno) o medicamentos hormonales antiandrógenos. Pueden ayudar la indicación de aplicación de anestésicos tópicos.

La fisioterapia perineal no ha demostrado resultados todavía concluyentes.

Conclusiones:

Es un estado de difícil tratamiento, con un pronóstico reservado.

Mayores investigaciones son necesarias para profundizar este estado patológico y estandarizar procesos de tratamiento desde la farmacoterapia, la terapia cognitivo conductual y la terapia sexual.

El por qué algunas mujeres disfrutan de esta experiencia y otras la sufren, es toda una incógnita para la comunidad científica.