

SÍNDROME DE ERECCIONES DOLOROSAS DURANTE EL SUEÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lázaro-Navas Irene, López-González Luis, Díaz-Soto Esperanza Macarena, Valcárcel-Linares David, Fernández-Pardo Teresa

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de erecciones dolorosas relacionadas con el sueño (*Sleep-Related Painful Erections, SRPE*) es poco frecuente y se caracteriza por despertares nocturnos con erecciones dolorosas.¹⁻³

Su etiología incluye disfunción autonómica, neuropatía pudenda, hipertonía de la musculatura del suelo pélvico y comorbilidades como apnea obstructiva del sueño.¹⁻³

La prevalencia es desconocida y el diagnóstico se basa en la clínica y exclusión de otras causas.^{2,3}

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

- Acude al servicio de rehabilitación del Hospital Universitario Ramón y Cajal, varón de 47 años con más de 10 años de despertares nocturnos dolorosos, de inicio insidioso y sin desencadenante claro.
 - Dolor punzante en el pene: NRS (*Numeric Rating Scale*) 5-6/10, que cede tras micción y no aparece en erecciones no relacionadas con el sueño.
 - Antecedentes:** neuropatía pudenda Izq confirmada con electromiografía, apnea obstructiva leve y sueño muy fragmentado en polisomnografía.
- Había recibido infiltración y radiofrecuencia del pudendo con mejorías transitorias y neuroestimulación del tibial sin cambios.
- Exploración inicial:** aumento de tono en musculatura bulbocavernosa bilateral (mayor en Izq) y dolor en puborectal Izq; Tinel positivo; Reflejo anal conservado.

3. RESULTADOS

- Se realizaron 8 sesiones de fisioterapia de terapia miofascial abdominal, periné superficial e intracavitario.
- Durante el tratamiento se registró una media de **4,73 despertares/noche**, con menor frecuencia de picos intensos y una reducción global del dolor medio respecto al inicio, alcanzando un **valor final de NRS 4/10** (*Figura1*).
- La mayoría de los episodios (**64%**) **ocurrieron después de las 5 am**, franja que presentó el mayor dolor medio **NRS 5,59/10** (*Figura2*).
- En la exploración física final, disminución de la hipertonía en las estructuras valoradas previamente.

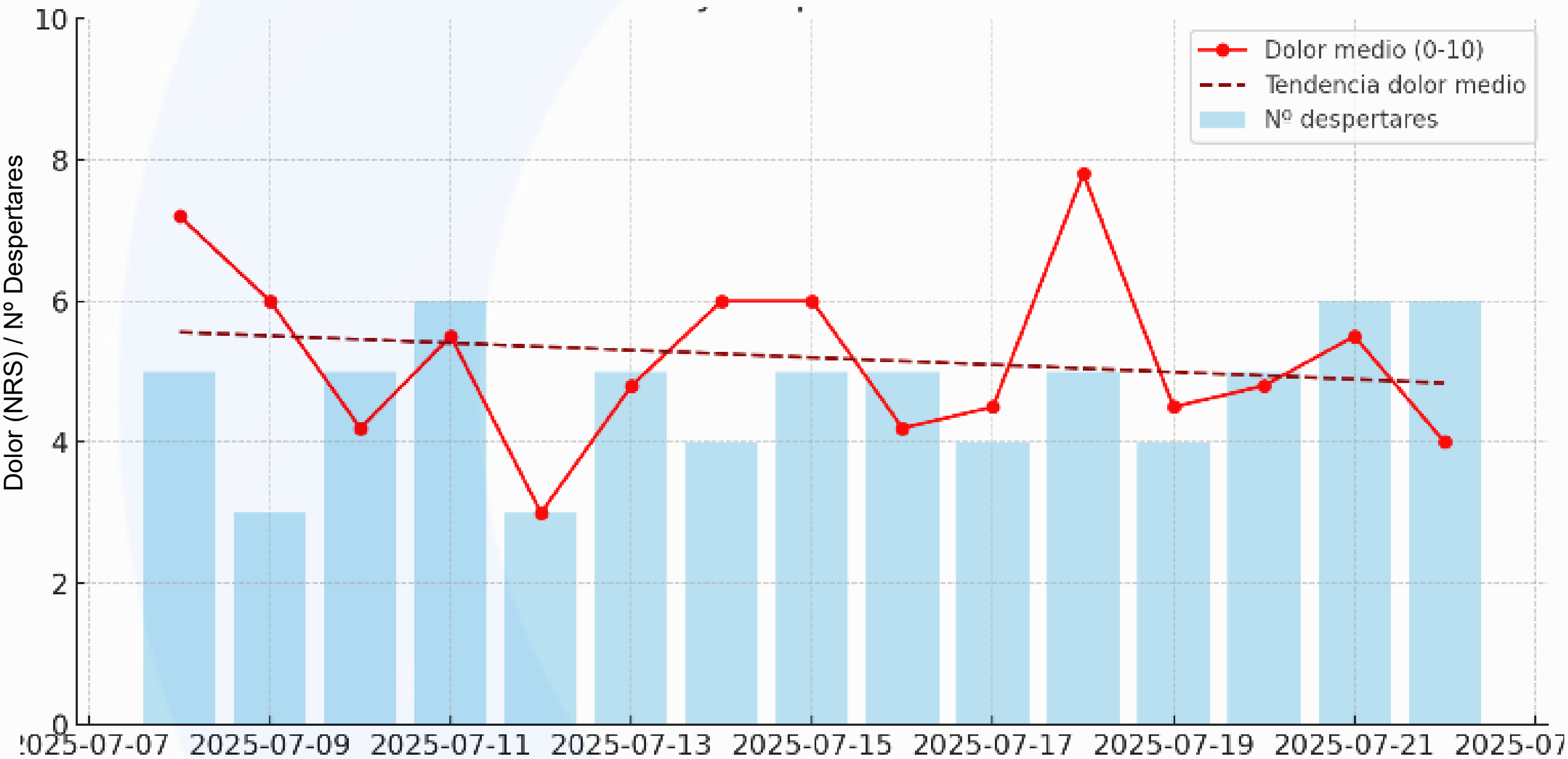


Figura 1. Evolución del dolor y nº despertares nocturnos

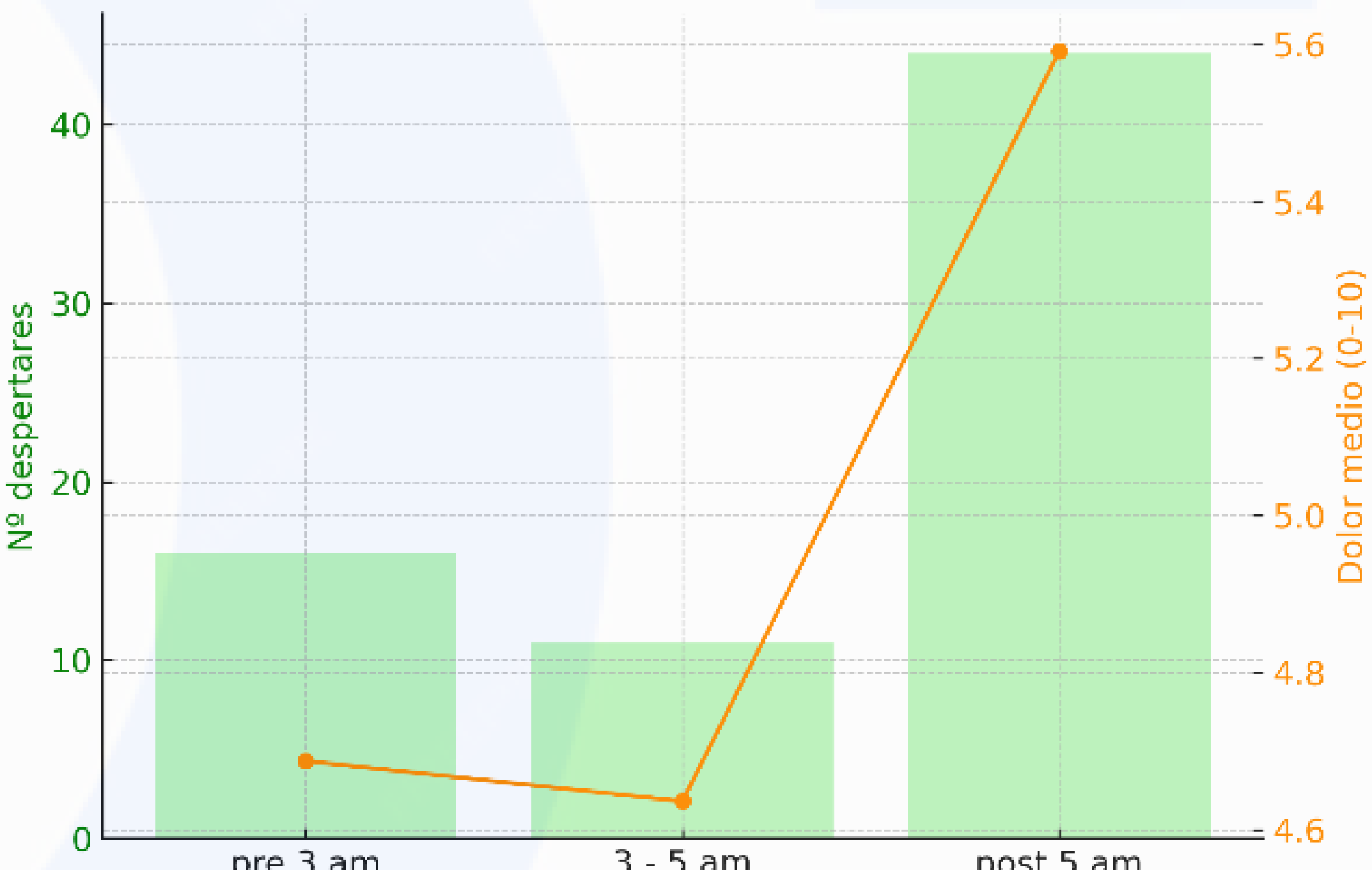


Figura 2. Distribución del dolor por franjas horarias

4. CONCLUSIONES

El abordaje fisioterapéutico especializado puede reducir la intensidad del dolor nocturno en SRPE,⁴ aunque la frecuencia de despertares se mantenga estable. Identificar la franja horaria más sintomática puede orientar intervenciones específicas.

Se requieren más estudios para evaluar la eficacia de la fisioterapia en este síndrome infrecuente.

5. BIBLIOGRAFÍA

1, Vreugdenhil S, Weidenaar AC, Jan de Jong I, et al. Sleep-Related Painful Erections: A Meta-Analysis on the Pathophysiology and Risks and Benefits of Medical Treatments. J Sex Med. 2018; 15(1):5-19

2, Abdessater M, Kanbar A, Zugail AS, et al. Sleep-related painful erection: an algorithm for evaluation and management. Basic Clin Androl. 2019; 4:29:15.

3, Vreugdenhil S, Weidenaar AC, Jan de Jong I, et al. Sleep-Related Painful Erections-A Case Series of 24 Patients Regarding Diagnostics and Treatment Options. Sex Med. 2017;5(4):e237-e243.

4, Alarayedh A, Gad M, Tomita K. Efficacy of multimodal treatment involving Baclofen, pelvic floor physiotherapy and polysomnography for sleep related painful erections (SRPE): a single centre observational cohort study. Int J Impot Res. 2025; 37(6):477-483

KEYWORDS

REM Sleep Parasomnias
Penile Diseases
Physical Therapy Modalities

CONTACTO

Irene Lázaro Navas
Correo electrónico: ilazaron@salud.madrid.org