

DISPAREUNIA

DISPAREUNIA

Dispareunia, mejor término, dolor sexual femenino, es un desorden antiguamente poco entendido, alguna vez creído de ser de etiología puramente psicológica.

Gracias a la cooperación y esfuerzo de distintas especialidades enfocadas en definir causas de este desorden, nuestro conocimiento de la etiología y su morbilidad, y los nuevos conceptos para el diagnóstico y manejo, están siendo validados y o puestos en práctica.

Se describe aquí la sorprendente prevalencia del dolor de tipo sexual, nuevas definiciones de subtipos de dolor sexual, diagnósticos, criterios para ellos y aplicación de estos criterios para seleccionar opciones terapéuticas (1).

Prevalencia

La prevalencia mundial del dolor de tipo sexual femenino ha sido recientemente resumida en la Organización Mundial de la Salud, esponsorada por metanálisis de subtipos de dolor crónico pélvico (2). Se ha encontrado que la prevalencia de la dispareunia es sustancialmente más alta en Estados Unidos (45%) que en las naciones europeas desarrolladas del norte, como Suecia, donde la prevalencia es del 1.8%. Cuando solo fueron analizados los estudios de alta calidad, los rangos encontrados fueron del 8 al 21.8%. A pesar de que hubo pocos estudios de países en vías de desarrollo, la prevalencia fue generalmente menor. La prevalencia del dolor de tipo sexual debería ser vista además en el contexto de dificultad sexual y disfunción. En este contexto se han publicado recientemente estudios donde solo se reportaron 4 categorías de dificultad de tipo sexual: desordenes del deseo, excitación, orgasmo y dolor (3). Fueron cuidadosos en excluir estudios que no consideraran todas las 4 dificultades. Ellos encontraron que entre las mujeres que tuvieran cualquiera de estas dificultades, el 26% experimentaban dolor sexual, considerando un 64% con dificultad en el deseo, un 31% con dificultad en la excitación, un 35% con dificultad en el orgasmo.

A pesar de que los investigadores pudieran no haber testeado la potencial intersección entre categorías, parece claro que muchas mujeres con dificultad en el deseo, no experimentaron dolor. Este y otros conceptos han primado para dichos investigadores en cuestionar si el dolor de tipo sexual debería ser considerado como un desorden sexual o pain disorder (4).

Características y definiciones del dolor de tipo sexual

Las pacientes que presentan dolor sexual frecuentemente reportan que su dolor es percibido en una localización específica o con una actividad específica. Por ejemplo una paciente puede reportar un dolor desgarrador o quemante en el introito que ocurre con cualquier intento de penetración o puede reportar una sensación dolorosa durante una penetración profunda.

El dolor de tipo sexual puede ser dividido en dispareunia y vaginismo, a pesar de que hay un amplio grado de superposición a causa de que las mujeres que tiene vaginismo experimentan dolor, y mujeres que han experimentado dolor aprenden a evadir el estímulo doloroso contrayendo los músculos pélvicos.

Dispareunia, del griego “bed partners not fitting together” es definido como dolor persistente y recurrente asociado con el intento o penetración completa vaginal, o coito vaginal (5). Para propósitos diagnósticos y tratamientos puede ser además subdividido en dolor superficial (introito) y dolor profundo. Dolor profundo en endometriosis, síndrome de adherencias, cervicitis crónica, leiomiomatosis, y otras etiologías, son usualmente distintos en presentación, patología y tratamiento. La definición de dolor superficial se superpone sustancialmente con aquella del Síndrome vulvovestibular (VVS), definido por Friedrich como:

- 1- Dolor severo con el roce vestibular o intento de penetración vaginal.
- 2- Test del hisopo de algodón localizado en la zona vulvovestibular.
- 3- Signos de eritema vestibular en diferentes lados.

De estos criterios, el dolor al intento de penetración y el dolor limitado al vestíbulo confirmado por el test del hisopo de algodón parecen ser los más certeros condiciones diagnósticas (6). El VVS es un diagnóstico de exclusión que se llega solo cuando otras causas de dolor a nivel de la mucosa han sido eliminadas considerando la dispareunia como síntoma.

En teoría el vaginismo puede existir sin dolor evidente (7); sin embargo en la mayoría de los casos esta acompañado de dolor. Un comité de consenso internacional ha recomendado una revisión de su definición como: dificultad persistente o recurrente de la mujer de permitir la penetración del pene, dedo, u objeto, a pesar del deseo expreso de hacerlo (5).

Hay una variable fóbica, evitativa y contracción pélvica muscular involuntaria en anticipación, o miedo a la experiencia de dolor (8).

Fisiopatología

Las causas de dolor sexual femenino difieren para cada subtipo con superposición sustancial, particularmente entre dispareunia superficial y vaginismo.

La etiología de la dispareunia profunda, generalmente puede ser pensada en diferentes diagnósticos (9). Por ejemplo, a pesar de que grandes miomas del fondo uterino causan frecuentemente una presión localizada, un fibroma pedunculado posterior o inferior con degeneración puede causar un exquisita y profunda dispareunia. Además la dispareunia profunda puede resultar de procesos inflamatorios entre la parte más alta vaginal y el útero. Similarmente, implantes endometrosicos en el colon sigmoide pueden causar distintos grados de dolor así como implantes a nivel de ligamentos uterosacros pueden causar severa dispareunia profunda. Esta fisiopatología fue demostrada por Nasan y col. en una evaluación histológica y seguimiento prospectivo de 27 mujeres premenopáusicas (con dolor pélvico crónico) quienes tenían un examen pélvico normal por la paroscopia y se les realizó resección de ligamentos uterosacros y evaluación histológica de los ligamentos, donde se encontró endometriosis en el 7%, endosalpingiosis en el 11% e inflamación en el 52%. La resección de los ligamentos uterosacros fue asociada con una significativa disminución ($p < 0,01$) del dolor profundo (10).

Las causas de la dispareunia superficial son menos claras. La vasta mayoría de las mujeres que tiene dispareunia superficial localizan su dolor a la entrada de la vagina en términos anatómicos, el vestíbulo vulvar. Además el VVS está siendo la forma más común de la dispareunia superficial (11). En algún tiempo estaba universalmente aceptado que como la mucosa del vestíbulo aparecía normal, no había enfermedad orgánica y el dolor era psicogénico. Ha quedado claro y demostrado que alteraciones funcionales y neuroquímicas bien estipuladas están presentes en la mucosa de las pacientes con VVS y sostienen su percepción en respuesta a estímulos no dolorosos. Por ejemplo se han reportado un número incrementado de terminaciones nerviosas (13) a nivel intraepitelial, y neuropéptidos demostrados por inmunohistoquímica, característicos en sensibilidad aumentada (calcitonin gene-related peptide) (14). Recientemente los mismos investigadores han demostrado cambios funcionales en la sensibilidad de las terminaciones nerviosas de la mucosa vestibular (12).

Una nueva senda emerge y sugiere daño tisular menor como una vaginitis subclínica que no se resuelve fácilmente, y lidera la producción de mediadores inflamatorios que causan reducción del umbral de nociceptores de la sensibilidad periférica. Estos nociceptores sensibilizados luego responden a débiles estímulos dolorosos y noxas subsecuentes responden con dolor exagerado, o sea, respuesta que excede al estímulo, considerado como hiperalgesia. Allodynia e hiperalgesia también responden a procesos de sensibilidad central.

Lo que queda menos claro es la causa del inicio de la sensibilización. Hay evidencia de cambios inflamatorios en varios estudios. Investigadores postulan una base infecciosa para VVS, sin embargo, no se ha podido confirmar la presencia de una bacteria anormal. Las especies de Cándidas han sido consideradas como potenciales contribuidores de la patogenidad del VVS.

La consideración del rol de los factores psicológicos en dolor sexual requiere primariamente distinguir dispareunia sin características de VVS, de aquellas con VVS y de aquellas con vaginismo (5). Una temprana conceptualización del VVS sugería una causa psicogénica, pero estudios recientes no sostienen esta teoría.

Muchos estudios, pero claramente no todos, reportan un incremento de la prevalencia de ansiedad, síntomas depresivos; en el balance parece que estos síntomas son el resultado del VVS, más asociado con el hecho de vivir con esta condición, más que la causa.

Aquellas con dispareunia, pero quienes no le han sido documentado VVS, han tenido un rango incrementado de ansiedad y desordenes depresivos. Signos de comportamiento psicopático y hostilidad han sido reportados más frecuentemente y mujeres con dispareunia no diferenciada fueron más erotofóbicas, tenido aversión al sexo y más dificultad de excitación sexual (5).

Dos estudios de Reissing sugieren que la definición del vaginismo basada en el espasmo es inadecuada como marcador del vaginismo y que el temor al dolor, disfunciones del piso pelviano y conductas evitativas necesitan ser incluidas en una reconceptualización del vaginismo.

Diagnóstico

Los clínicos encuentran útil de empezar por preguntar dónde duele, en muchos casos diferenciando dispareunia superficial y profunda tempranamente.

Si es superficial, preguntar si el dolor ocurre solo cuando la tocan o ocurre todo el tiempo, indicando vulvodinea esencial. Algunos pacientes tienen dificultad describiendo la localización anatómica, y es importante descubrirla antes del examen, mediante el uso de un diagrama.

Es importante preguntar si el dolor está presente en otros momentos a parte del coito, y si está presente en el momento de la consulta. Para el criterio de Friedrich el dolor por VVS debería estar presente con el roce de un hisopo.

La dispareunia profunda se sugiere con la sensación de que "algo hace tope", sensación compartida por la pareja.

El mejor ejemplo de la dispareunia causada por endometriosis en el sigmoide es aquel dolor experimentado luego de la penetración similar al producido en la defecación. El dolor profundo que se lateraliza sugiere patología anexial. El síndrome de Sjogren puede causar sequedad vaginal y dolor.

Es esencial una historia clínica completa y antecedentes quirúrgicos.

DISPAREUNIA Superficial

- Vulvitis-vulvovaginitis
- Bartholinitis
- Condilomatosis
- Atrofia
- Enfermedades Dermatológicas
- Inflamaciones no infecciosas
- Defectos epiteliales
- Amplios labios menores
- Neoplasia vulvar intraepitelial
- VVS
- Escaras
- Tamaño del pene
- Uretritis-cistitis
- Variaciones anatómicas
- Remanentes himeneales
- Episiotomía
- Radiación

Profunda

- Deficiencia de estrógeno
- Vaginitis
- Irradiación
- Escaras
- Endometriosis
- Septun vaginal
- Uretritis-cistitis
- Útero RVF
- Fibromas
- Tumor ovárico
- Dolor abdominal crónico
- Dolor en pared abdominal
- Síndrome de vejiga irritable
- Hemorroides Examen físico
- Notar tensión de músculos pélvicos. Exceso de hidrosis.
- Es valioso postergar el examen con espéculo si es necesario.
- Inspección vaginal externa. Vulvoscopía.
- Vaginoscopía. Ver necesidad de biopsia.
- Test del hisopo de algodón.
- Cultivo de flujo.

- Colposcopia.
- Examen digital localizando el dolor.
- Fijarse si se logra reproducir el dolor con examen bimanual.

Tratamiento

Los tratamientos para dispareunia profunda no son siempre órgano específico como uno esperaría, ni siempre mejora con la extirpación de la estructura dolorosa.

La corrección de la retroversión uterina y prolapso fue reportado por Yen y col. de resultar en reducción significativa de dispareunia ($p < .001$) (15).

La vasta mayoría de las mujeres con dispareunia superficial tienen dolor a la entrada vaginal y presentan criterios para VVS. Por lo tanto tratamientos para VVS son aplicables en dispareunia superficial.

Por ejemplo tratamientos prolongados con antifúngicos orales han resultado en mejoría sintomática. Similarmente la mejoría con el cese de uso de cremas, jabones, duchas u otros potenciales irritantes sugieren desordenes como dermatitis por contacto. No está claro por qué el interferón podría tener un efecto beneficioso, particularmente porque ha sido ampliamente demostrado que el HPV no es causa de vestibulitis.

Varios agentes ocasionalmente reportados de proveer mejoría deben ser usados con precaución, porque también pueden producir severa dermatitis por contacto. Ejemplo: agentes con lidocaina, corticoides tópicos o antibióticos o antifúngicos tópicos.

Las terapias quirúrgicas para VVS deberían ser reservadas para casos severos y reticentes a terapia conservadora.

Estas terapias incluyen: 1- excisión local 2- vestibuloplastia 3- vestibulectomía o perineoplastia

El uso de estas terapias está basado en la teoría de remover el tejido doloroso y aumentar la amplitud del introito.

La himenectomía ha reportado éxitos del 59 al 83% a corto plazo. La vestibuloplastia es un procedimiento designado en escindir el himen, las glándulas menores del vestíbulo, pero no una disección amplia como la vestibulectomía.

Debe ser tenido en cuenta que la vaporización con láser puede incrementar el dolor en VVS y no está indicado.

Claramente el dolor vestibular es parte de la experiencia de vida de la paciente con vaginismo. Está claro también que el modelo de comportamiento de pacientes con vaginismo tiene su terapéutica potencial con técnicas de terapia cognitiva conductuales, basadas en exposición gradual apuntando a disminuir la conducta evitativa y la penetración. Se encontró que estas terapias resultaron en disminución del miedo al coito (16).

Bibliografía 1. Collin Mac Nell, MD-Department of Obstetric and Gynecology, Pennsylvania, State University College of Medicine-Dyspareunia-Obst.and Gynecology Clinics of North America – 33 (2006) 565-577.

2. Latte PM Latthe MM, say L, et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain. BMC Public health 2006; 6: 177.

3. Hayes RD, Bennet CM, Fairley CK, et al, What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? J Sex Med 2006; 3: 589-95.

4. Binik YM. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. Arch Sex Behav 2005; 34: 11-21.

5. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, et al. Women`s sexual pain and its management. J Sex Med 2005; 2: 301-16.

6. Bergeron S, Yitzchak BM, et al. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current criteria. Obstet. Gynecol. 2001; 98: 45-51.

7. Ter Kuile MM, et al. Vulvar vestibulitis syndrome: an important factor in the evaluation of lifelong vaginismus. Obstet. Gynecol. 2005; 26: 245-9.

8. Basson R, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in human. J Sex Med 2004, 1: 24-34.

9. Fauconnier A, Chapron C, et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril 2002; 78: 719-26.

10. Nasco PC, et al. Histopathologic findings on uterosacra ligaments in women with chronic pelvic pain and visually normal pelvis at laparoscopy. J Minim Invasive Gynecol. 2006; 13: 201-4.

11. Harlow BL, et al. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. Am J Obstet. Gynecol. 2001; 185: 545-50. 12. Bohm-Starke N, et al. Psychophysical evidence of nociceptor sensitization of vulvar vestibulitis syndrome. Pain 2001; 94: 177-83.

13. Bohm-Starke N, et al. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. Gynecol. Obstet. Invest. 1998; 46: 256-60.

14. Yen CF, et al. Combine laparoscopic uterosacral and round ligament procedures for treatment of symptomatic uterine retroversion and mild uterine descensus. J Am Assoc. Gynecol. Laparosc. 2002; 9:359-66
15. Ter Kuile MM, et al. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. Behav. Res. Ther. 2006, article in press.

Fuente: Dra. Claudia Tabbuso. Ginecología & Sexología Clínica. claudiatabbuso@yahoo.com.ar

CONSULTORIO:

BUENOS AIRES. Av. Rivadavia Nº 5170 & 8vo & "C";. Tel: 4902 4177 o 4903 4206