

4. Trastornos dolorosos sexuales. Guía de práctica clínica

Última búsqueda de la información: octubre 2014

Elaboración: enero 2015

Próxima actualización: 2018

Institución responsable: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

COORDINADOR DEL GRUPO

Silverio Rodolfo Islas Cortés

Ginecoobstetra, certificado, adscrito a la especialidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles México. Profesor adjunto del Curso de Posgrado en la Especialidad de Gineco-Obstetricia del Hospital Ángeles México.

AUTORES

Miriam C Negrín Pérez

Ginecoobstetra, certificada, adscrita al Hospital Ángeles del Pedregal. Miembro activo de la International Society for Sexual Medicine, IMS, NAMS, AAGL.

REVISORES INTERNOS

Silverio Rodolfo Islas Cortés

Paloma de la Torre y Fernández

Ginecoobstetra, certificada, laparoscopista y colposcopista

Angélica Mancilla Amador

Médica cirujana, Educadora Sexual, Sexóloga clínica, Terapeuta psicoanalítica.

REVISORES EXTERNOS

Sylvia Amelia Covián Villar

Licenciada en Psicología Clínica por la Universidad de las Américas. Educadora Sexual por la Asociación Mexicana de Educación Sexual. Terapeuta Sexual adiestrada en la Asociación Mexicana para la Salud Sexual. Educadora Sexual Certificada por el Consejo de Calificación profesional en Educación Sexual y Sexología por The World Association for Sexology.

Antonieta Dorina Celis Trejo

Médica cirujana por la UNAM, especialista en Sexología Clínica y Psicoterapia Sexual por PSIAC. Directora general de MediSex. Directora Académica del Instituto para el Crecimiento y Desarrollo Profesional, SC. Consultora de Change Management. Profesora en el postgrado en Sexualidad humana en la UNAM.

Marina García Bravo

Médica cirujana por la UNAM, Educadora Sexual por la Asociación Mexicana de Educación Sexual con Certificación del CAPSEX. Especialización en Pediatría en el Hospital General de México, SS. Psicoterapeuta de pareja en el Instituto Mexicano de la Pareja AMETEP. Especialista en Terapia Sexual por la Asociación Mexicana para la Salud Sexual. Miembro de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología FEMESS. Miembro de la Organización Mundial para la Salud Sexual WAS. Presidenta de las Comisiones de Ética e Investigación en AMSSAC.

Rossy Acuña Rendón

Médica cirujana por la UNAM, Educadora con estudios en Sexualidad Humana en el Consejo Nacional de Población CONAPO. Certificada por el Consejo de Calificación profesional en Educación Sexual y Sexología CAPSEX. Conferencista, facilitadora y tallerista en diversos Congresos Nacionales e Internacionales. Miembro del Consejo Directivo de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología FEMESS y Vicepresidenta región II de FEMESS. World Association of Sexual Health WAS. Catedrática de la Maestría de Sexualidad Humana CISES, Xalapa, Veracruz, México.

ASESOR METODOLÓGICO

Héctor A Baptista González

Hematólogo, certificado por el Consejo Mexicano de Hematología AC. Maestría en Investigación Clínica. Doctorado en Ciencias Químico Biológicas. Director de Investigación del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes; Fundación Clínica Médica Sur.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado. El financiamiento de esta *Guía de práctica clínica* fue totalmente cubierto por el COMEGO y los autores participantes.

CONTENIDO

Resumen.....54

Resumen de las recomendaciones.....55

Introducción.....56

Objetivos de la guía.....65

Alcance de la guía.....65

Material y métodos.....65

Resultados.....67

Recomendaciones.....68

Referencias.....76

Anexos.....79

RESUMEN

Trastornos dolorosos sexuales. Guía de práctica clínica

Introducción: el dolor sexual genital se clasifica en tres categorías: dispareunia, vaginismo y trastorno doloroso no sexual y afecta de 8 a 22% de las mujeres

Objetivo: uniformar los criterios elementales para el abordaje diagnóstico y terapéutico de pacientes con disfunciones sexuales

Material y métodos: se conformó un grupo de expertos en el tema que seleccionó las preguntas clínicas relevantes. Se

efectuó la búsqueda sistemática en fuentes de información primaria y secundaria, para documentar el nivel de evidencia y la fuerza de recomendación a las preguntas evaluadas mediante la estrategia GRADE.

Resultados: se elaboraron siete preguntas clínicas estructuradas con 28 recomendaciones de diversos aspectos diagnósticos y terapéuticos. La evidencia de estas intervenciones proviene de estudios observacionales, principalmente de series de casos y casos y controles.

Conclusiones: los trastornos dolorosos sexuales deben tratarse de una manera integral, multidisciplinaria, para que la mujer conozca mejor su problema y tome el control de su propio programa terapéutico, seleccione el tiempo y tipo de tratamiento que requiere, guiada por el equipo de tratamiento, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: disfunción sexual, fisiología, dispareunia, vaginismo, vestibulitis vulvar, vulvodinia.

ABSTRACT

Sexual pain disorders. Clinical practice guideline

Introduction: The genital sexual pain is classified into three categories: dyspareunia, vaginismus and painful no sexual disorder and affects between 8 to 22 % of women

Objective: Standardize the basic criteria in the diagnosis and treatment of sexual dysfunction

Material and methods: The Colegio de Médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia invited a group of experts in the field, by consensus chose the most relevant clinical questions. The systematic search of sources of primary and secondary information was made to document the level of evidence and strength of recommendation to survey questions assessed by GRADE strategy.

Results: Seven structured clinical questions and 28 recommendations on various aspects of diagnostic and therapeutic interventions were developed. The evidence for these interventions comes from observational studies, mainly description of case series and case-control.

Conclusions: Sexual pain disorders should be managed in a multidisciplinary comprehensive way for women to have a better understanding of your problem and take control of their own therapeutic program by selecting the time and type of treatment that requires guided by the management team of thereby improving the quality of life of the patient.

Key words: Sexual dysfunction, physiological, dyspareunia, vaginismus, Vulvar vestibulitis, vulvodynia .

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

1. El proceso diagnóstico de síndromes dolorosos sexuales debe apoyarse en una historia clínica completa con base en el diagnóstico diferencial, revisiones cautelosas y repetidas.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

2. A la mujer que se queja de dolor vulvar debe recomendársele evitar el consumo de irritantes y ofrecer tratamiento sintomático.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

3. Antes del examen es indispensable preguntarle a la paciente acerca de su experiencia con este tipo de examen y obtener su consentimiento verbal para realizarlo.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

4. Los eventos adversos de vida, como los estresantes, favorecen la vulvodinia y disminuyen la libido.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

5. La meta en las pacientes con trastorno doloroso sexual: localizar la zona que provoca dolor o molestia para encontrar la patología específica.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

6. Como complemento de la exploración los estudios diagnósticos pueden incluir: medición del pH vaginal, microscopía, cultivos para descartar infecciones, biopsia y ultrasonido pélvico.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

7. Debe educarse a la paciente respecto del conocimiento de la anatomía normal y su relación con la función sexual.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

8. Provocar dolor durante la exploración ayuda a evaluar la actitud fóbica de la paciente.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil

9. La utilidad de las diversas intervenciones médicas está en proceso de evaluación metodológica; en el vaginismo, hasta el momento, es contradictorio su posible beneficio.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

10. En pacientes con vaginismo la terapia de desensibilización sistémica puede ser una opción terapéutica.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación débil

11. En caso de vulvodinia localizada, provocada, deben descartarse otras etiologías vulvares. Debe establecerse el diagnóstico diferencial de procesos infecciosos, afecciones dermatológicas, neurológicas, músculo-esqueléticas, condiciones psicosexuales, etc.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

12. En la vulvodinia localizada provocada no se requiere la toma de una biopsia porque el signo cardinal es el dolor a la presión a la entrada o al intento de penetración. A la visualización, lo único que puede detectarse es eritema vulvar.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil

13. El enfoque diagnóstico y terapéutico debe ser multidisciplinario, en su caso recurrir a otro tipo de profesionales; el tratamiento de la vulvodinia puede incluir: psicoterapeuta sexual, fisioterapeutas, psicólogo clínico, equipo de manejo del dolor, etc.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación fuerte

14. El dolor perineal y la dispareunia postparto disminuyen con el paso del tiempo, a partir de los seis meses, hasta desaparecer por completo.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación débil

15. Para tomar las decisiones correctas a la hora de la atención del parto, cada caso debe individualizarse para evitar los trastornos dolorosos sexuales, puesto que existe evidencia en contra de la realización rutinaria de la episiotomía ésta debe ser restrictiva.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación fuerte

16. Las cremas estrogénicas para disminuir la atrofia vaginal y la dispareunia solo se recomiendan en ciertas pacientes posmenopáusicas.

Nivel de evidencia alta. Recomendación fuerte

17. Si los hormonales están contraindicados pueden prescribirse sustancias lubricantes o hidratantes.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación fuerte

18. En pacientes con cáncer de mama tratadas con inhibidores de aromatasa no es recomendable la prescripción de estrógenos locales, pero podrían indicarse en las de bajo riesgo de recurrencia que no hayan usado inhibidores de aromatasa.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación débil

19. La lidocaína local se considera primera línea de tratamiento del dolor vulvar localizado.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

20. El tratamiento de la vulvodinia es empírico e involucra la educación de la paciente, modificación de la conducta, apoyo emocional, medicamentos, y otros tratamientos para el dolor.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

21. Para mujeres con dolor vulvar localizado y provocado, con o sin hipertonicidad, se sugiere la rehabilitación del piso pélvico.

Nivel de evidencia baja. Recomendación débil

22. La acupuntura es una opción de tratamiento de la dispareunia.

Nivel de evidencia baja. Recomendación débil

23. Para mujeres con dolor vulvar no provocado se sugieren los antidepresivos tricíclicos como una de las primeras opciones de tratamiento farmacológico; también pueden indicarse: gabapentina o una combinación de tratamientos.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

24. Los bloqueadores locales del nervio pudendo, como la lidocaína, pueden ser efectivos para mujeres que no hayan logrado mejoría con el tratamiento farmacológico.

Nivel de evidencia baja. Recomendación débil

25. En algunos casos de vulvodinia provocada está indicada la inyección intralesional con toxina botulínica A.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil

26. Los anticonceptivos de baja dosis pueden causar vestibulodinia, aunque es tema controversial que el dolor disminuye cuando se incrementa la dosis o se agrega estrógeno local.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

27. El tratamiento quirúrgico de la vestibulodinia, con escisión del vestíbulo, solo está indicado cuando falla el tratamiento; antes y después de la cirugía debe brindarse consejería.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

28. La vulvodinia requiere atención integral multidisciplinaria para que la mujer tenga mejor conocimiento de su problema, tome el control de su propio programa, seleccione el tiempo y tipo de tratamiento que requiere, y mejore su calidad de vida.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

INTRODUCCIÓN

En la salud individual y familiar la patología dolorosa sexual repercute en la relación de pareja.¹ Es una afección de la que, debido a la diversidad cultural, es difícil obtener información suficiente y espontánea por parte de la mujer. Por esto es necesario saber efectuar el interrogatorio y la exploración física de manera respetuosa y dirigida, de tal

forma que la mujer no se sienta intimidada. La frecuencia de problemas sexuales en Estados Unidos es de 40% y 12% lo reportan como angustiante.²

Para caracterizar el dolor sexual genital se han utilizado muchos términos; se clasifica en tres categorías:³ dispareunia, vaginismo y trastorno doloroso no sexual.

Los trastornos dolorosos sexuales pueden ser primarios (a partir de la primera relación sexual) o secundarios (después de haber tenido relaciones no dolorosas) y presentarse siempre o de manera aislada (con algunas experiencias con parejas no estables).

Puede haber la participación de varias etiologías, desde problemas anatómicos hasta complejos problemas psicosociales o biológicos. Es difícil separar las causas anatómicas, fisiológicas y psicológicas, lo que dificulta su atención.

La nueva clasificación de dolor sexual propuesta por el DSM-V lo define como dolor genito-pélvico-desórdenes penetrativos; la característica es no aislar en el diagnóstico una variedad patológica de la otra porque considera que generalmente son comórbidas y difíciles de separar; por lo tanto, pueden correlacionarse.^{4,5}

Otra modificación que sugiere esta nueva clasificación es que dentro de los subtipos de desórdenes sexuales solo se incluyen los que son de toda la vida o adquiridos, y no los generalizados o localizados. Sin embargo, hasta el momento actual no ha sido aceptada por todos los expertos porque se requiere investigación para comprobar su utilidad. Puesto que la mayor parte de los estudios se realizó con base en la clasificación anterior seguiremos esta guía acorde con la metodología más confiable (DSM-IV-TR) hasta que no se corrobore la utilidad de la nueva clasificación del DSM-V.

Sin embargo, para referirnos a estos trastornos nos basamos en diversas fuentes, como la Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-10 (World Health Organization), el criterio de la AFUD (International Consensus on Female Sexual Dysfunction), The International Consultation on Sexual Medicine, ISSVD (International Society for the Study of Vulvar Disease).

La etiología va desde aspectos anatómicos simples a complejos, así como factores fisiológicos y psicológicos, lo que contribuye a la complejidad etiológica del dolor al coito.

La ISSVD ha publicado versiones nuevas de la clasificación de dolor vulvar; sin embargo, no se ha visto el mismo interés para describir y clasificar el dolor profundo vaginal-dolor pélvico.⁶

Neuroanatomía y fisiopatología⁶

Los estudios anatómicos y fisiológicos del vestíbulo, vejiga y ano proveen información a las mujeres, incluidas las sanas, de las posibles causas de dolor genito-pélvico.

El vestíbulo, uretra y vejiga tienen un origen embriológico común que puede explicar la concurrencia de dolor en dos o más de estos sitios, como por ejemplo, la cistitis intersticial que frecuentemente se acompaña de dolor en el vestíbulo.

La vulva y el vestíbulo están inervados por el nervio pudendo. Las fibras autonómicas nerviosas del plexo hipogástrico inferior y la cadena ganglionar caudal simpática también juegan un papel en la sensación genital. Estas fibras pueden contribuir a la perpetuación del dolor neuro-inflamatorio en mujeres con dolor crónico vulvar o inflamación vaginal.⁷

Los nervios aferentes de los aparatos reproductor, urinario y gastrointestinal afectan los mismos segmentos medulares que inervan hacia la piel y los músculos de la espalda, abdomen y pelvis. Esto explica algunos problemas de dolor y sensación de dolor cutáneo en respuesta a estímulos viscerales.⁸

Con excepción del dolor por luto, el síntoma dolor nunca es psicogénico.⁹ El dolor tiene bases biológicas que dan una señal de alerta para impedir el daño, obligando a la respuesta corporal (dolor nociceptivo). Cuando el dolor se convierte en una enfermedad *per se* es generado dentro de los centros nerviosos, y se le denomina dolor neuropático.¹⁰

Inervación

Las fibras nociceptivas delta (conducen la sensación inmediata o dolor agudo) prevalecen en el vestíbulo, y las fibras C no mielinizadas (median la respuesta del dolor duradero,

típicamente caracterizado como dolor sordo) se encuentran en el vestíbulo, la vagina y el cérvix.

El reciente concepto de neuroplasticidad, el efecto de los neurotransmisores en el sistema nervioso central, y su función neuroendocrina ha incrementado el entendimiento de la etiología de la disfunción sexual, incluida la dispareunia.¹¹

El dolor nociceptivo vulvar se vuelve neuropático cuando hay un daño en los nervios periféricos, medulares o el cerebro. Por lo tanto, la vulvodinia generalizada representa el dolor neuropático y central.¹²

Para muchas mujeres el vestíbulo es el sitio de dolor sexual, es sensible al tacto y a la temperatura, y es considerado de origen visceral, embriológicamente; puede ser la fuente de dolor agudo pero tiene inervación no visceral, similar al tejido cutáneo.

En la vagina, la porción más sensible es el área contigua al vestíbulo, tiene un gran número de fibras dolorosas, contrario a la parte distal de la vagina.¹³

Los trastornos dolorosos vulvovaginales se dividen en:¹⁴

1. Trastornos que causan dolor vulvar (infecciones, inflamación, enfermedades neoplásicas y trastornos neurológicos).
2. Trastornos sin etiología comprobada, por ejemplo, vulvodinia.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) los trastornos dolorosos sexuales se localizan en los siguientes apartados:

Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento

Clave F52. Disfunción sexual no ocasionada por trastornos ni enfermedades orgánicas

F52.5 Vaginismo no orgánico

F52.6 Dispareunia no orgánica

Capítulo XIV. Enfermedades del aparato genitourinario

Clave N94. Dolor y otras afecciones relacionadas con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual

N94.1 Dispareunia

N94.2 Vaginismo

Capítulo XVIII. Incluye al dolor pélvico y perineal cuando sus síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no entran en ninguna otra parte de la clasificación.

La vulvodinia y vestibulodinia no se mencionan en la CIE-10.

Prevalencia

Pese a que en los cuestionarios de disfunción sexual muchas veces no se reporta la prevalencia de trastorno doloroso sexual, una revisión sistemática de la OMS que incluyó 54 estudios de dispareunia reportó una prevalencia de 8 a 22%.¹⁵ En un cuestionario aplicado a 2,979 mujeres se reportó 0.4% de vaginismo.¹⁶

En México, la dispareunia se reporta en 18.4%, y el vaginismo en 9.1 casos;¹⁷ sin embargo, debe haber más casos pues se considera que el vaginismo es la causa más frecuente de matrimonio no consumado; o conocido también como coito no consumado.^{11,18} El diagnóstico de trastorno doloroso sexual se dificulta cuando hay alguna enfermedad preexistente, como el dolor pélvico crónico, por lo que el Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) es una buena medida de evaluación, como se establece en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions.

Vaginismo

Se denomina vaginismo al espasmo involuntario y recurrente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito y genera tensión o dificultad en las relaciones interpersonales.¹⁹ La definición basada en espasmo se cuestiona debido a la falta de estudios que demuestren su existencia.

La prevalencia del vaginismo varía según la región geográfica o cultural, y el grupo de estudio. En 8.4% de los matrimonios no consumados²⁰ las causas orgánicas muestran una prevalencia de 7.3% y vaginismo 8.4%. Mientras que los factores psicológicos aparecen en 74.4% de las parejas.²¹

Está demostrado que el dolor se debe a una gran variedad de posibles causas educativas, psicológicas y culturales (represión, religión, resentimiento), así como al miedo o experiencias sexuales traumáticas,¹⁸ aunque cada vez se duda más de la posibilidad del evento de violación como factor desencadenante.

Se reconoce un aumento del tono del piso pélvico como posible componente del dolor que involucra al vaginismo; sin embargo, algunos autores dudan de la existencia en todos los casos de este espasmo.⁴ El vaginismo se traslapa con condiciones de coito doloroso (dispareunia), más notablemente con el síndrome de vestibulitis vulvar.¹⁰ En muchas ocasiones las pacientes con vestibulitis vulvar también pueden tener vaginismo.²² (Nivel de evidencia III)

La edad a la primera relación sexual y los aspectos emocionales de esta experiencia posiblemente contribuyen al funcionamiento sexual posterior. Los estudios de encuesta a estudiantes universitarios en Canadá, de diferente origen étnico, revelan que las mujeres asiáticas tienen más quejas sexuales, incluida la evitación, el descontento y la no sensualidad durante el acto sexual. Estas mujeres tuvieron mayor puntuación en la escalas de vaginismo y anorgasmia. En la población global evaluada se documentó que, a mayor edad de la primera relación copular se tenían más problemas sexuales, incluida la menor actividad sexual, evitación sexual, y no sensualidad.²³

Existen casos donde las ideas preconcebidas de la actividad sexual pueden ser elementos participantes en el inicio de los trastornos dolorosos. Mediante un cuestionario se evaluaron tres grupos de mujeres con vaginismo, dispareunia y un grupo control sin quejas sexuales. Las mujeres con quejas “vaginales” exhibieron una tendencia de repugnancia a la actividad sexual y convivencia que se incrementaron en forma importante con la relación sexual.²⁴

En general, puede decirse que de los trastornos dolorosos sexuales, la frecuencia del vaginismo varía mucho dependiendo de la población de referencia. Así, en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología las consultas por vaginismo superan 1.6% del total,²⁵ mientras que en otras poblaciones de mujeres turcas, de las disfunciones sexuales el vaginismo se reportó incluso en 75.9%.²⁶

Clasificación

Hay múltiples clasificaciones pero como no hay consenso que pueda unificar los dos padecimientos, continuaremos separándolos. Es importante considerar que el dolor neuropático es una experiencia perceptiva compleja, que involucra significados psicológicos y de la relación que pueden incrementarse en forma importante con la cronicidad del dolor (Nivel de evidencia III).

Los trastornos sexuales dolorosos, la dispareunia y el vaginismo, son temas sensibles porque el dolor involucra una carga emocional conductual, intimidad sexual y penetración vaginal. Hay mujeres que han pasado años sin ser atendidas por no comprender o entender la compleja etiología de su dolor. Esto es lo que debemos saber para poder ayudar a la paciente con dolor sexual.¹⁰

La clasificación de los tipos de vaginismo es la modificada de Lamont.

Grado I. Espasmo del elevador del ano que desaparece al conversar y tranquilizar a la paciente.

Grado II. Espasmo del elevador del ano que persiste durante el examen ginecológico, urológico o proctológico.

Grado III. Espasmo del elevador del ano o cualquier tensión de glúteos, a cualquier tentativa de exploración ginecológica.

Grado IV. Moderada excitación, espasmo del elevador, arqueamiento del dorsal, abducción de muslos, defensa y retracción.

Grado V. Extrema defensa de excitación neurovegetativa con negativa a la exploración ginecológica.

Otra clasificación de vaginismo es la de Francisco Cabello Santamaría.²⁸

Leve: permite a la mujer afectada tener relaciones sexuales plenamente satisfactorias, excepto su incapacidad para ser penetrada. Existe la posibilidad de introducirse un dedo en la vagina en ciertas condiciones. A veces es posible la penetración anal sin dificultad.

Moderada: pese a sentir placer durante el juego erótico, no es posible introducir ni un dedo.

Grave: donde la incapacidad para ser penetrada va unida a una situación de rechazo a todo lo relacionado con el sexo, acompañado de complejas maniobras de evitación.

Muy grave: suele venir rodeado de una intensa sensación de miedo cuando la mujer sabe que existe una posible relación sexual; además, suele asociarse con alteración en la excitabilidad o aversión sexual.

El diagnóstico de vaginismo frecuentemente coexiste con dispareunia y otras disfunciones de la vida erótica, como: pérdida del deseo, alteraciones de la excitación y dificultades orgásmicas, lo que lleva a la dispareunia crónica.

En las terapias indicadas para tratar el vaginismo deben incluirse los factores biológicos, emocionales y de relación de pareja.²⁹ Como parte de los métodos psicoterapéuticos puede utilizarse la combinación de desensibilización³⁰ (in vivo, imaginario o ambos) junto con el uso de dilatadores graduados, terapia y educación sexual: individual, en conjunto o con pareja subrogada.³¹ Se hace una aproximación gradual, incluidas la educación, tareas específicas en casa y terapia cognitiva.²⁹ También se han intentado terapias de relajación, hipnosis³² o reeducación pélvica perineal, combinada con terapia cognitiva conductual.³³

El tratamiento del método de Masters y Johnson es básico en la terapia sexual para tratamiento del vaginismo. Es relativamente breve, se enfoca y dirige al problema, dando información detallada acerca de la anatomía y la fisiología de la mujer y del compañero sexual.

El terapeuta sexual, en otros casos, intenta desensibilizar a la pareja tratando sus fobias con el método de condicionamiento de Pavlov. Hay diversas forma de exposición, como la imaginaria, virtual, realidad e in vivo. La paciente es confrontada con la situación que originó el trauma. Esto implica una inmersión total en la terapia, y la pareja no se involucra en la relación sexual hasta terminar los ejercicios satisfactoriamente.³⁴

Tratamientos farmacológicos

La prescripción de antidepresivos, como terapia única, ha tenido resultados poco exitosos. La indicación de ansiolíticos, como diazepam en combinación con terapia psicológica, es

más frecuente y tiene efecto cuando la paciente sufre altos niveles de ansiedad. También se recurre a la toxina botulínica³⁵ o se indican anestésicos locales, como la lidocaína en gel, que disminuyen el dolor al anestesiar la zona y reducir el espasmo, aunque éste se cuestiona en el vaginismo.³⁴

El dolor y el miedo a éste, la disfunción del piso pélvico y la conducta evasiva necesitan incluirse en una reconceptualización multidimensional del vaginismo. Como parte del tratamiento multidisciplinario hay que dar importancia a los aspectos biopsicosociales del vaginismo, tanto de toda la vida como para el adquirido.³⁶ También hay estudios que reportan disminución de las molestias con la terapia cognitiva conductual.³⁷

Al entrevistar a una paciente que relata el problema de dolor es muy importante que el médico evite proyectar sus propios valores y actitudes con la mujer, ya sea verbalmente o con actitudes no verbales, para no afectar la comunicación y la sensación de aceptación por parte de la mujer o su pareja.³⁸

Dispareunia

El dolor durante la experiencia sexual es siempre indicativo de disfunción, no hay condiciones en las que el dolor pueda considerarse normal.³⁹ El dolor pocas veces tiene un origen exclusivamente psicológico, la relación entre los factores biológicos y psicosexuales en la respuesta sexual femenina resulta clara porque el dolor coital es el reflejo inhibitor conocido más potente de la respuesta sexual humana, tanto desde el punto de vista físico como mental.

La dispareunia se define como el dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual; sin embargo, se sugiere que cambiar esta definición por dolor al intento o penetración vaginal completa.²³ Algunos clínicos consideran que el diagnóstico de dispareunia solo se refiere a una etiología orgánica. Hay casos en los que se considera se deben a factores mixtos biológicos y psicológicos.²³ Apparently se ha notado poca asociación de abuso sexual con la dispareunia.⁸

La frecuencia de dispareunia depende del grupo poblacional y de diversos factores socioculturales. Se acepta que en-

tre 9.3 y 15% de las mujeres en edad fértil e incluso 45.3% de las mujeres postmenopáusicas, en 55% de éstas puede identificarse el antecedente de dispareunia.⁴⁰

Pueden agregarse varias causas biológicas y psicológicas al mismo tiempo o adicionarse dolor al coito la interacción dinámica fisiopatológica.¹⁰

Entre las mujeres que tienen sexo con mujeres también se detectan molestias sexuales, aunque algunas de ellas se consideraban bisexuales, se detecta menor problema de dispareunia, pero se requieren estudios para corroborarlo. Demostraron menor promedio de calificación en FSFI ($p < 0.05$). En este grupo de población hay más problemas de depresión, quizá incrementada por la situación social a la que están expuestas y difícilmente piden ayuda al médico por temor a no ser entendidas o criticadas.⁴¹

Las condiciones somáticas que causan dolor se dividen en superficial, cuando el dolor es alrededor de la apretura vaginal y profunda cuando el dolor es en el abdomen bajo, incluidos los órganos abdomino-pélvicos.⁴²

Las causas de los desórdenes vulvovaginales que generan dolor sexual pueden dividirse en: vulvodinia (trastornos dolorosos vulvares) y condiciones primarias que afectan la piel o la mucosa vulvovaginal, o ambas. Muchos desórdenes de la piel y las mucosas interfieren con el contacto, debido al dolor. La mayor parte de estas alteraciones dolorosas es causada por infecciones genitales agudas; por lo tanto, son transitorias. Otros trastornos mucosos, incluidos los inflamatorios y alérgicos pueden causar comezón y, algunas veces, lesiones.

Vulvodinia

La padece cerca de 18% de la población femenina. Para su evaluación y tratamiento se requiere el diagnóstico etiológico diferencial adecuado. El dolor vulvar es el resultado de muchas condiciones y experiencias de vida, incluidos los conflictos comunes en las pacientes con vulvodinia. Estos factores pueden ser parte de la génesis del dolor a través de mecanismos estresores; el abuso sexual no siempre es un factor importante en estas mujeres. El interés sexual está disminuido en virtud de su relación inconsciente con el dolor.

La vulvodinia se caracteriza por: irritación, comezón, dolor, sensación de quemadura y dolor cortante. Si es una vulvodinia generalizada puede atribuirse a daño del nervio pudiendo (dolor neuropático), frecuentemente mal diagnosticado.⁴³

La mujer hispana tiene 80% más de dolor vulvar que la caucásica y la de raza negra, según un estudio realizado en Boston⁴³ (nivel de evidencia 3); en nuestra población se carece de estudios para corroborar o descartar esta incidencia, aparentemente no hay diferencias entre el grado de escolaridad, refiriendo solo que son 2.4 a 8 veces más susceptibles de padecer dolor vulvar al introducirse el primer tapón.⁴⁴

La mujer con dolor vulvar crónico tiene concentraciones elevadas de citocinas inflamatorias, como la interleucina 1 y NTF alfa, pero puede no tener necesariamente eritema. Estos marcadores se encuentran antes de la pubertad en las pacientes que padecerán vulvodinia.⁴⁵

Un estudio encontró que la incidencia de uno o más episodios de dolor vulvar que duraron, al menos, 3 meses era similar en población blanca (14%) y mujeres afroamericanas (16%), pero significativamente mayor en mujeres hispánicas (23%).⁴⁶ El dolor que se inicia al tacto en el vestíbulo es la causa más frecuente de dispareunia en mujeres de menos de 50 años.⁴⁷

En 2003 la Sociedad Internacional de Estudios de Enfermedades Vulvovaginales estuvo de acuerdo en la terminología de vulvodinia, con base en la nomenclatura de otras alteraciones sexuales.⁴⁸

A. Dolor vulvar relacionado con desórdenes específicos

Infecciones (candidiasis, herpes, VPH, vaginosis bacteriana).

Inflamatorios (dermatosis, dermatitis, desórdenes inmunobulbosos).

Neoplásicos (enfermedad de Paget, carcinoma escamo celular).

Neurológicos (neuralgia herpética, compresión medular).

B. Vulvodinia

Generalizada o localizada

- a Provocada
- b No provocada
- c Mixta

Si se descartan desórdenes específicos, como la causa del dolor, debe diagnosticarse vulvodinia, que puede ser generalizada, afectar la mayor parte de la vulva, o localizada. La forma más común de la vulvodinia localizada provocada, vestibulodinia⁴⁴ se conoce como síndrome de vestibulitis vulvar.

Vulvodinia generalizada

La forma generalizada de vulvodinia no provocada es menos común; en casos típicos afecta a la mujer posmenopáusica.

En la posmenopausia, las estructuras vulvares son de apariencia normal y la actividad sexual puede ser frecuentemente realizada sin dolor; sin embargo, algunas mujeres refieren dolor continuo, difuso y descrito como quemadura. En muchas ocasiones los síntomas generalizados se confunden con problemas que causan dolor neuropático provocado por un trauma previo, alteraciones en la espalda baja o músculos pélvicos y ligamentos. Sin embargo, hay un número importante de personas que refieren dispareunia después de la menopausia, a causa de la falta local de estrógenos, lo que tiene como consecuencia atrofia urogenital que produce otros síntomas, como: resequedad, cambios en la frecuencia urinaria y disuria, todo esto complica las relaciones sexuales.^{49,50,51}

Por la carencia de estrógenos en la vulva y la vagina puede haber cambios histológicos, como: fragmentación de la elastina, hialinización del colágeno, disminución del flujo vascular y proliferación de tejido conectivo, así como modificaciones en los mecanismos de defensa vaginal, como la disminución del espesor del epitelio y de la velocidad de maduración y descamación, con descenso de la concentración de lactobacilos y modificaciones en el pH vaginal, que se torna más alcalino; por lo tanto, mayor tendencia a las sobreinfecciones.

La consecuencia de todo esto es que el epitelio pierde su tropismo, y paulatinamente van desapareciendo los pliegues vaginales y disminuyendo la capacidad de secreción, por lo que resulta más vulnerable a las infecciones⁵² y a la aparición de lesiones ante pequeños traumatismos, como

los producidos durante el coito, con lo que pueden producirse fisuras, equimosis o úlceras que generan síntomas como: ardor, quemazón, sequedad o dolor,^{18,53,54} sangrado postcoito e incluso vaginismo.⁵⁵

Vulvodinia localizada provocada (vestibulitis vulvar)

Es una de las causas más comunes del trastorno doloroso sexual superficial en la mujer premenopáusica. Su prevalencia es de 15% entre las mujeres que acuden a consulta ginecológica.⁵⁶

En la vestibulitis vulvar el dolor es provocado por el contacto ligero de la mucosa alrededor de la apertura vaginal y la penetración siempre es dolorosa. La etiología de la vestibulitis vulvar se considera multifactorial. Los eventos ocurridos en la vida de la paciente pueden influir como causa de vulvodinia, una combinación puede venir desde factores de estrés postraumático y tener alguna correlación psicosexual, traumatismo físico o anomalías del tejido.⁵⁷ Se ha propuesto que la vestibulitis vulvar puede representar una condición local inflamatoria crónica, como una lesión de tejido inicial con el desencadenamiento de mediadores inflamatorios, puede producir inflamación neurogénica, incluida la sensibilización del umbral con dolor pélvico. La vestibulitis vulvar es una reacción neuroinflamatoria de los nociceptores del vestíbulo, secundaria a inflamación o traumatismo, hay evidencia de una sensibilización central con incremento en la respuesta sistémica de mujeres afectadas; también puede existir otra situación de dolor concomitante.

Se ha sugerido que los anticonceptivos orales pueden acompañar al trastorno doloroso e incrementar la prevalencia de vestibulitis vulvar, en virtud de que desciende la producción ovárica de testosterona, y que ambos, los estrógenos y progestágenos que se usan en los anticonceptivos hormonales, se metabolizan en el hígado e incrementan la producción hepática de la hormona transportadora de hormonas sexuales. Las bajas concentraciones de testosterona total de los ovarios, junto con el incremento de las concentraciones de hormona transportadora disminuyen las concentraciones de testosterona circulante. Las nuevas progestinas disminuyen la testosterona más que los anticonceptivos hormonales que tenían las primeras progestinas.⁵⁸ El vestíbulo vulvar es em-

bríológicamente análogo a la uretra masculina. Las glándulas de Cooper y las de Litre en hombres son embriológicamente análogas a las glándulas de Bartholin y a las glándulas vestibulares menores en mujeres. Las glándulas de Cooper y Litre son secretoras de mucina y andrógeno dependientes. Está demostrado que estas glándulas vestibulares son ricas en receptores androgénicos. Además de las alteraciones en cantidad de la hormona transportadora de hormonas, los anticonceptivos hormonales han demostrado disminuir el umbral del dolor vestibular.⁵⁹

Es interesante reconocer que el vestíbulo no es la única estructura genital que sufre efectos deletéreos por los anticonceptivos orales. Un estudio reciente probó los efectos del combinado de 30 mg de etinil estradiol y 3 mg drospirenona, en el grosor de los labios menores y la mucosa del introito. Después de tres meses de uso, las pacientes reportaron mayor dolor al coito, disminución del grosor de los labios menores y del diámetro del introito vaginal, y decremento del tamaño del clítoris en comparación con los valores basales.⁶⁰

En la sexualidad en general el efecto secundario potencial negativo de los anticonceptivos hormonales es objeto de debate. Se ha relacionado más con los cambios en la libido. Hasta ahora los estudios han sido controvertidos, algunos a favor y otros en contra, algunos más no mencionan efectos secundarios en la libido, pero la explicación de la disminución de la libido es por el decremento de las concentraciones de testosterona libre debido a la elevación de la hormona transportadora de hormonas sexuales, la misma razón que plantea como hipótesis causante del dolor vestibular.

Pese a que muchos estudios demuestran que la vestibulodinia se incrementa con el uso de anticonceptivos hormonales, otros no han demostrado ese efecto.⁶¹ Desafortunadamente estos estudios no controlan el tipo de hormonal usado ni la duración. Sin embargo, algunos estudios han reportado expresión del receptor hormonal en el vestíbulo y no encuentran diferencias entre las mujeres con vestibulodinia y las controles sin dolor. Panzer sugiere que la exposición prolongada a los estrógenos sintéticos de los anticonceptivos hormonales induce impronta genética e incrementa los cambios, pero esta aseveración amerita mayor investigación.⁶² Las pacientes

que toman mayor cantidad de estrógenos en las formulaciones de anticonceptivos tienen menos problemas de vestibulitis vulvar.⁶³

Según Andrews, en el caso de dolor vulvar es difícil evaluar las opciones de tratamiento porque, aparentemente, entre las posibilidades están: lidocaína local, antidepresivos tricíclicos, inyecciones de botox,³⁵ terapia cognitiva conductual, terapia sexual, terapia física del piso pélvico, vestibulectomía (parece ser una opción adecuada en ciertos casos). Las terapias alternativas, como la acupuntura, pueden ser de utilidad;³² sin embargo, para confirmar el efecto benéfico si se comparan con placebo falta evidencia con estudios de calidad.⁶¹

Davis refiere que es difícil tener conclusiones claras acerca de la progresión natural del dolor vestibular. Aparentemente el dolor va disminuyendo conforme pasa el tiempo, pero no está claro cuáles opciones terapéuticas son mejores.⁴⁸

Entre pacientes con vestibulitis vulvar y otros síndromes dolorosos crónicos se ha encontrado una comorbilidad de los estresores psicológicos reportados por mujeres con este padecimiento, que son la causa más frecuente de dispareunia.

Los nuevos hallazgos en el cerebro durante el dolor, y su relación con el estrés y sus manifestaciones en la piel, han dado la pauta para desarrollar nuevas teorías en el tratamiento de la dispareunia, como las terapias psicológicas en casos de vestibulitis vulvar.

La terapia cognitiva conductual, basada en la conciencia, debe adaptarse a cada paciente con la finalidad de disminuir la disfunción sexual y el dolor. Las imágenes cerebrales están empezando a revelar los mecanismos benéficos de la terapia cognitiva conductual y la conciencia. Este método diagnóstico incrementará el conocimiento y proveerá el entendimiento racional para estimular su uso acompañado del resultado de estudios para tratamiento del dolor experimentado que, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres mejoran cada vez que intentan tener coito.³³

La paciente debe explorarse tratando de encontrar la triada diagnóstica de vestibulitis vulvar: dolor intenso al tacto en la región vestibular de la entrada vaginal, mayor sensibi-

lidad al tocar con un hisopo en el área del introito y más frecuente a las 5 y 7 de las manecillas del reloj.⁶⁴

Muchas mujeres con vestibulitis vulvar reportan candidiasis recurrente. La incidencia en México de candidiasis en mujeres asintomáticas es de 12% (la incidencia general reportada en el mundo es de 6 a 55%). Se ha referido que 75% de las mujeres en edad fértil tienen un episodio de *Candida* en su vida.⁶⁵

Las investigaciones recientes señalan que en la vulvodinia los factores genéticos se asocian con un polimorfismo en un gene regulador de la respuesta inflamatoria.⁵⁵

Sea o no la causa, hay un incremento en la prevalencia de psicopatología, como la ansiedad y la depresión, que parecen ser concomitantes con la vulvodinia provocada.⁶⁶

Las dermatosis,⁶⁷ el liquen escleroso y el plano frecuentemente afectan la piel de la vulva y la mucosa. La mayoría de las mujeres con dermatosis vulvar son ancianas, pero las mujeres jóvenes también pueden estar afectadas. El prurito crónico, la incomodidad y la cicatrización lo caracterizan.

Cuando coexiste liquen plano, la mucosa vaginal suele erosionarse, con el riesgo de estenosis vaginal. Las adherencias en el clítoris y el estrechamiento de la vagina son comunes y pueden ocasionar dispareunia.

Una deficiencia en el sistema autoinmunitario puede el mayor factor etiológico, y la mayoría de las dermatosis reaccionan favorablemente a los corticoesteroides tópicos,⁶⁸ aunque debe evaluarse perfectamente el caso antes de decidir su indicación para no tener efectos indeseables.

Cuando no hay una patología específica en pacientes con dispareunia, la aplicación de lubricantes al momento del coito facilita la penetración y disminuye las molestias.⁶⁹

Evaluación e historia clínicas

Ante cualquier caso de dolor sexual siempre deben evaluarse las posibles patologías causales. Puede interrogarse a la paciente incluyendo una forma de generalización de la pregunta para tratar de evitar el rechazo a la intervención,

como por ejemplo: “Muchas mujeres a su edad sienten dolor al tener relaciones sexuales ¿a usted le ha ocurrido?”³⁸

- *Antecedentes menstruales.* Regularidad y volumen y dismenorrea.
- *Embarazos y partos.* Tipo de parto, incluidos los procedimientos como: episiotomías, laceraciones, lactancia actual e infertilidad.
- *Síntomas vulvovaginales causantes de dolor:* leucorrea, prurito, fetidez, sangrado o fisuras, resequeidad vaginal, antecedentes de infecciones vulvovaginales o pélvicas.⁷⁰
- *Candidiasis.* Puede ocasionar inflamación constante y dispareunia. *Candida albicans* es la más frecuente aunque también puede encontrarse *Candida glabrata* y *krusei*. Las infecciones vulvovaginales por *Candida* en mujeres jóvenes sanas se han convertido en un reto en los últimos 20 años. Los tratamientos antifúngicos pueden eliminar la infección, pero las recaídas son frecuentes.
- *Enfermedad pélvica inflamatoria.* Puede ocasionar dispareunia profunda.
- *Vaginosis bacteriana.* Es una vaginitis común en mujeres fértiles que cursa con un profuso olor a pescado y puede causar irritación en la piel de la vulva que se caracteriza por decremento de los lactobacilos y sobrecrecimiento de las especies bacterianas, que son parte de la flora normal de la vagina, incluidas: *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* spp, *Mycoplasma hominis* y una variedad de bacterias anaerobias. La vaginosis bacteriana puede ocurrir y remitir espontáneamente y no requiere tratamiento en pacientes asintomáticas y no embarazadas.⁷⁰
- *Herpes genital.* Puede ocasionar un brote de dolor local intenso. Los herpes tipo I y II son la causa más común de úlceras y fisuras. Los síntomas y el grado de recurrencia de la infección varían significativamente entre pacientes.
- *Otras infecciones a descartar* son: gonorrea y clamidia.
- *Antecedentes quirúrgicos del área pélvica.* Particularmente los procedimientos en los que se usan mallas.
- *Radiaciones vaginales* para tratamientos oncológicos.
- *Algunos medicamentos:* tamoxifeno, radioterapia, etc.⁷¹
- *Condiciones ginecológicas o cirugía.* Endometriosis, dolor pélvico crónico, miomas, quistes ováricos, cirugía pélvica, particularmente para incontinencia o prolapso genital.
- *Anticoncepción.* Los tipos de anticoncepción también pueden causar molestias, a veces el espermaticida causa irritación. Los anticonceptivos con baja dosis de estrógenos-progestágenos (menos de 20 mcg de etinil estradiol) tienen un efecto parecido a la postmenopausia, lo mismo que los anticonceptivos que solo contienen progestágenos, que pueden ocasionar baja lubricación.
- *Problemas urinarios o gastrointestinales.* La cistitis y la cistitis intersticial pueden ocasionar dispareunia profunda en la línea media: los desórdenes uretrales (divertículos, uretritis, quistes) pueden ocasionar dolor durante la penetración o presión. El síndrome del colon irritable o cualquier enfermedad resultado de estreñimiento puede reflejarse en los músculos del piso pélvico. En los padecimientos intestinales (diverticulitis, enfermedad de Crohn) debe considerarse cuando el dolor se manifiesta en la zona lateral. La enfermedad de Crohn puede también generar lesiones vulvares. La dispareunia profunda se ha atribuido a síndrome de congestión pélvica.
- *Enfermedades músculo-esqueléticas.* Dolor en las articulaciones o músculos; la limitación para la movilidad, las lesiones y la osteoartritis de cadera pueden producir dolor mecánico con la abducción. Las pacientes deportistas con alguna enfermedad degenerativa o diferencia en la longitud de la pierna, al iniciar ejercicios, como correr, pueden producir inflamación del nervio pudiendo en su travesía por la pelvis, y esto ocasionar dispareunia.
- *Hipertensión.* No se sabe por qué frecuentemente ocurre disfunción sexual, quizá por los medicamentos o por la hipertensión *per se*.
- *Problemas psicosociales.* La depresión, ansiedad o fobia, creencias culturales o religiosas, un trauma o el abuso sexual pueden contribuir al dolor sexual.
- *Medicamentos.* Muchos se asocian con efectos colaterales, como: decremento de la excitación o resequeidad vaginal que puede producir dispareunia. Puede ser resultado del hipoestrogenismo, con lo que se incrementa el riesgo de infecciones recurrentes, como candidas o vulvovaginitis.

Ante una paciente con trastornos dolorosos sexuales es conveniente que el médico explique y justifique sus pre-

guntas y procedimientos, la oriente para relajar el piso pélvico antes de cualquier examen. Debe proporcionar la seguridad de que es una persona calificada y confiable y, en caso necesario, si no se siente seguro, enviarla con un médico calificado o sexólogo, según se requiera. Deben evitarse los comentarios acerca de detalles físicos que pudieran implicar algo con respecto a su atractivo o evitar las preguntas del ámbito sexual que no sean clínicamente relevantes y justificables. Es importante poner límites en la paciente.⁷²

OBJETIVOS DE LA GUÍA

- Uniformar los criterios elementales del abordaje diagnóstico y terapéutico de las disfunciones sexuales.
- Generar las medidas de apoyo a la paciente y a su pareja para sospechar, explorar, diagnosticar, resolver o derivar adecuadamente a la paciente para ayuda terapéutica, según sea el caso.

Alcance de la guía

Esta guía podrá ser consultada por el personal médico (médicos generales, médicos especialistas, psicólogos, terapeutas de pareja) que pueda tener contacto con este tipo de pacientes para su apoyo en la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se conformó un grupo de expertos interesados en el tema de trastornos dolorosos sexuales, miembros del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, que cuentan con reconocimiento entre sus pares y son líderes de opinión. El grupo se capacitó para uniformar la metodología de búsqueda de la información, estratificación y evaluación.

Por consenso de los expertos participantes se establecieron los temas de interés relacionados con los trastornos dolorosos sexuales, se formularon las preguntas relevantes para integrar esta guía. Para precisar el contexto clínico aplicable a la práctica cotidiana se seleccionó la modalidad de pregunta clínica. Se presenta en el orden de pregunta clínica, síntesis de la evidencia y el texto de la recomendación, acotando el nivel de evidencia, grado de recomendación y cita bibliográfica que lo soporta.

Todos los participantes se capacitaron en la estrategia de búsqueda electrónica en bases de datos, jerarquías en la evaluación de la evidencia científica y principios de elaboración de guías de práctica clínica, para unificar criterios y disminuir la variabilidad en la búsqueda de la información y su interpretación en la calidad de la evidencia científica con la estrategia GRADE y la adaptación al contexto local.

La búsqueda de información se efectuó en una base electrónica (PubMed) como fuente de información primaria, se recopilaron los artículos y resúmenes médicos mediante las palabras claves o MeSH de PubMed identificadas como: *sexual dysfunction, physiological, dyspareunia, vaginismus, vulvar vestibulitis, vulvodynia*. Se establecieron las estrategias de búsqueda para las fuentes de información secundaria (guías de práctica clínica meta-análisis, revisiones sistemáticas), así como las fuentes de información primaria en las bases electrónicas de datos y bibliografía gris accesible, se obtuvo información en un metabuscador público y la búsqueda se continuó en bases electrónicas de datos.

Criterio de inclusión

Se seleccionaron los artículos que evaluaron el trastorno doloroso sexual en mujeres desde la pubertad hasta la senectud, con o sin actividad sexual.

Criterios de exclusión

Se excluyeron las publicaciones con información clínica de trastornos dolorosos sexuales en hombres o transexuales.

Criterios de eliminación

Las publicaciones que incluyeron mujeres sin molestias en el área genitopélvica se retiraron de la evaluación posterior.

Modalidad de interpretación y síntesis de datos

Para esta edición de las *Guías de Práctica Clínica* se empleó la metodología GRADE, propuesta por el grupo internacional de trabajo colaborativo GRADE (<http://www.gradeworkinggroup.org/>), que es una colaboración informal entre personas interesadas en abordar las deficiencias de los actuales

sistemas de clasificación en la atención de salud. Su objetivo es desarrollar un método común y razonable para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones. La calidad de la evidencia para cada resultado importante se determina con base en la consideración de sus componentes básicos (diseño del estudio, calidad, consistencia y la valoración si la evidencia es directa o indirecta).

Debido a que la estrategia GRADE tiene dos etapas claramente diferenciadas (calidad y fuerza) puede utilizarse para evaluar la calidad de la información disponible de un tema (evaluar la calidad en una revisión sistemática) y para formular recomendaciones en el marco de la elaboración de una guía.

Las etapas para la elaboración de las recomendaciones GRADE se establecieron de la siguiente manera:

- a Evaluación de la pertinencia de actualización de la guía.
- b Identificación de los documentos de información secundaria (revisiones sistemáticas, metanálisis) o, en su caso, documentos primarios (estudios clínicos).
- c Revisión, modificación o elaboración de las preguntas clínicas estructuradas.
- d Formulación de la síntesis de la evidencia.
- e Clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones.

Para la clasificación de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones, derivada de la búsqueda de fuentes de información secundaria, se identificaron, evaluaron y seleccionaron los documentos que contuvieran la aplicación del criterio GRADE. Si el documento carecía de información se procedió al desarrollo de la metodología GRADE de la siguiente manera:

- Elaboración de la tabla con el resumen de los resultados clínicos importantes para la paciente, de acuerdo con la comparación de cada intervención.
- Establecimiento de la importancia relativa contenida en la tabla de síntesis de la evidencia con los resultados importantes.
- Evaluación de la calidad global de la evidencia a partir de los resultados, con base en los de calidad más baja para los resultados clase. Estos datos provienen de la evaluación individual de cada estudio, incluido

el análisis, pudiendo ser muy alta, alta, moderada, baja o muy baja.

- Balance de riesgos y beneficios clasificados como: netos, con aceptación de riesgos, inciertos con aceptación de los riesgos y ausencia de beneficios netos.
- Fuerza de la recomendación. En este punto se consideró como fuertemente recomendable o débilmente recomendable cada intervención analizada, señalando la dirección de la recomendación en contra o a favor de la intervención. De esta manera se identificaron cuatro recomendaciones en este criterio, de acuerdo con el sentido de la pregunta clínica estructurada: fuertemente recomendable a favor de la intervención, fuertemente recomendable en contra de la intervención, débilmente recomendable a favor de la intervención y débilmente recomendable en contra de la intervención.

Interpretación del nivel de evidencia

La calidad de la evidencia indica hasta qué punto la confianza en la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación. La calidad de la evidencia se categoriza como: alta, moderada, baja o muy baja. El clínico interpreta que si el nivel de evidencia es alta, que por más investigación que se realice o publique al respecto no modificará la confianza en la estimación del efecto motivo de interés. La calidad de la evidencia moderada significa que más investigación puede modificar la confianza en la estimación del efecto. El nivel de evidencia baja significa que quizá más investigaciones tendrán un efecto importante en la confianza en la estimación del efecto de interés. Por último, si la calidad es muy baja, se interpreta como que cualquier estimación del efecto es sumamente incierta y será modificada por estudios subsecuentes.

Interpretación de la fuerza de la recomendación

La fuerza de la recomendación indica hasta qué punto puede confiarse en ésta al ponerla en práctica y que implicará más ventajas que riesgos. Las implicaciones para los clínicos de una recomendación fuerte deben interpretarse como que la mayoría de las pacientes deberían recibir la intervención recomendada. Mientras que los administradores o gestores en salud la interpretan como que la recomendación puede ser adoptada como política de salud en la mayor parte de las situaciones.

Las implicaciones para los clínicos de una recomendación débil significan que se reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias. Los gestores o administradores de la salud señalan que existe la necesidad de un debate importante con la participación de los grupos de interés.

La calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación se inscriben, al final de cada recomendación emitida, con la interpretación de los autores. Las referencias bibliográficas que le dan sustento a la recomendación se incluyen en la síntesis de la evidencia. La metodología en extenso del protocolo de actualización de las guías de práctica clínica se describe en detalle en el primer capítulo de estas mismas guías.

RESULTADOS

I. ¿Qué repercusión tienen los trastornos dolorosos sexuales en la mujer con vida sexual activa?

Síntesis de la evidencia

El dolor al coito tiene efectos negativos en la función sexual.

Ha sido difícil delimitar hasta dónde puede llamarse dispareunia y hasta dónde vaginismo; se encontró que hay más bien una respuesta deliberada y negativa con respecto al estímulo sexual, sobre todo en el vaginismo.⁷³

Establecer el diagnóstico de vaginismo puede coincidir con dispareunia, como con otras disfunciones de la vida erótica (pérdida del deseo, desórdenes de excitación, trastornos de la fase orgásmica, etc.), esto da lugar a dispareunia crónica⁷⁴ y, por lo tanto, que el dolor al coito repercuta negativamente en la función sexual; sin embargo, en la bibliografía no existen mediciones de su repercusión.

La vulvodinia, como parte fundamental del diagnóstico de dispareunia, es poco reconocida y el retraso en su diagnóstico incrementa los síntomas.⁷⁵ El dolor vulvar puede deberse a lesiones visibles, poco visibles o no visibles.⁷⁶

Grannot estudió los efectos psicológicos relacionados con el dolor vulvar⁷⁷ en donde comparó a pacientes con síndrome de vestibulitis vulvar²⁸ con un grupo control de 50 mujeres sanas. Con el análisis de multivarianza (MANOVA) se encontraron diferencias significativas en la percepción del dolor (F 5.82 p >0.001) y de los factores psicológicos relacionados (F 5.86, p >0.001).

Las mujeres con vestibulitis vulvar demostraron mayores rasgos de ansiedad, somatización y mala imagen corporal. También reportaron dolor somático no catastrófico muy relacionado con el dolor al coito. Se definió que en las pacientes con vestibulitis vulvar hay cuatro variables en la personalidad y la intensidad del dolor que repercuten en su calidad de vida.⁷⁷

En un estudio aleatorizado comparativo se observó las pacientes con vaginismo tuvieron una valoración negativa del estímulo sexual, mayor que las mujeres con dispareunia y los controles (M 51.4, SD 22.6, p <0.002).

Los valores de las mujeres con vaginismo son peores que los de las controles (t[23] > 3.0, p <0.01). En cambio, las mujeres con dispareunia tuvieron valores similares a los controles (t[22] < 1 y t[29] < 1).⁷³

Con respecto a las características de personalidad en mujeres con vestibulodinia provocada se reportan mayores niveles de ansiedad, introversión, perfeccionismo, dependencia, baja autoestima, temor a la evaluación negativa más que las mujeres asintomáticas.⁶

En la vestibulodinia provocada y en la dispareunia superficial se tienen altos índices de depresión y ansiedad, y son mayores en la primera. No hay conclusiones de otras alteraciones mentales.

Las mujeres con trastornos dolorosos sexuales por vestibulodinia provocada primaria tienen limitaciones en la función emocional cuando se comparan con los parámetros normales (p < 0.01). También se demostró una función social más baja que en las pacientes con vestibulodinia provocada secundaria (p 0.056). Otra observación indicó que las mujeres con vestibulodinia provocada primaria, mostraron gran ansiedad, e incremento en los niveles de autoconciencia con respecto a la exposición de su cuerpo durante las relaciones sexuales, en comparación con la secundaria

($p < 0.05$). Sin embargo, no hay diferencias con respecto al FSFI (Índice de Función Sexual Femenina) o subescalas ($p > 0.05$).⁷⁸ Muchos estudios han examinado las diferencias psicosexuales y psicosociales entre mujeres con vestibulodinia provocada y controles; sin embargo, se ha explorado poco entre las variables primarias y secundarias.⁷⁸

La actitud de las parejas es de apoyo al principio, pero se convierte en temor al ocasionarle dolor a la pareja; por lo tanto, acaba en no hablarse del tema y evitar las relaciones sexuales.⁷⁵

El vaginismo se ha asociado con un gran riesgo de ruptura en las relaciones maritales, ansiedad, depresión y baja autoestima.^{75,79}

Al evaluar los eventos que influyen en el dolor vulvar, en un estudio que comparó 78 pacientes con dolor y 78 controles, se observaron diferencias con respecto a que diversas situaciones de vida como: tener una nueva relación (19 vs 3% $p < 0.001$), relaciones adversas actuales o previas (39 vs 9% $p \leq 0.01$), antecedente de divorcio de los padres (26 vs 9%, $p \leq 0.001$) y nuliparidad (58 vs 10% $p < 0.001$). Variables como el abuso sexual y la proporción de pacientes casadas no tuvieron diferencias entre pacientes y controles ($p > 0.05$). La disminución de la libido fue más común en pacientes con vulvodinia (94 vs 29%, $p < 0.0001$). Se concluye que los efectos adversos de la vida, como los mecanismos de estrés, son comunes en las pacientes con vulvodinia, pueden disminuir el interés sexual en estas mujeres, y esto tiene implicaciones en el tratamiento.⁵⁷

RECOMENDACIONES

1. El proceso diagnóstico de los síndromes dolorosos sexuales debe apoyarse en la historia clínica completa con base en el diagnóstico diferencial, revisiones cautelosas y repetidas.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

2. A la mujer que se queja de dolor vulvar debe recomedársele evitar el consumo de irritantes y ofrecerle tratamiento sintomático.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

3. Antes del examen es indispensable preguntarle a la paciente acerca de su experiencia con este tipo de examen y obtener su consentimiento verbal para realizarlo.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

4. Los eventos adversos de la vida, como los estresantes, favorecen la vulvodinia y disminuyen la libido.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

5. La meta en las pacientes con trastorno doloroso sexual es localizar la zona donde hay dolor o molestia para encontrar la patología específica.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

6. Como complemento de la exploración los estudios diagnósticos pueden incluir: medición del pH vaginal, microscopia, cultivos para descartar infecciones, biopsia y ultrasonido pélvico.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

II. ¿Cuáles son las pruebas de mayor utilidad diagnóstica en mujeres con vida sexual activa y vaginismo?

Síntesis de la evidencia

El diagnóstico se establece con base en la historia clínica y la exploración física, no hay pruebas de laboratorio o gabinete que lo demuestren.

Se sospecha vaginismo cuando la paciente refiere una contracción recurrente o persistente e involuntaria de la musculatura vaginal, que interfiere con la relación sexual, causada por una actitud fóbica, la anticipación, y miedo a la experiencia de dolor.¹⁹ Pese a que las definiciones han cambiado²³ se había cuestionado la existencia de la contracción de la musculatura vaginal, según el DSM V; sin embargo, el grupo revisor está de acuerdo en su existencia como diagnóstico diferencial entre vaginismo y dispareunia. En la revisión deben descartarse anomalías físicas o estructurales como causa de este dolor.

La paciente puede referir la imposibilidad de aplicar un tampón. Dependiendo del grado de vaginismo podrá haber

dolor, incluso al intento de introducir un cotonete durante la exploración. En casos de vaginismo severo puede identificarse la actitud fóbica cuando la paciente tiene actitud de rechazo al intento de introducir algo dentro de la vagina.⁶⁴

Grados de vaginismo según Lamont.²⁷

Grado I. Espasmo del elevador del ano que desaparece al conversar y tranquilizar a la paciente.

Grado II. Espasmo del elevador del ano que persiste durante el examen ginecológico, urológico o proctológico.

Grado III. Espasmo del elevador del ano o cualquier tensión de glúteos, a cualquier tentativa de exploración ginecológica.

Grado IV. Moderada excitación, espasmo del elevador, arqueamiento del dorsal, abducción de muslos, defensa y retracción.

Grado V. Extrema defensa de excitación neurovegetativa con negativa a la exploración ginecológica.

El vaginismo no es típicamente reproducible en el examen físico porque la evaluación física respecto al tono muscular es poco precisa. El vaginismo puede ocurrir dentro del contexto sexual y no siempre durante el examen físico.

Se deben investigar las patologías responsables de los síntomas con la realización de cualquier estudio que se requiera para descartar alguna causa susceptible de tratamiento específico.

RECOMENDACIONES

7. Debe educarse a la paciente respecto del conocimiento de la anatomía normal y su relación con la función sexual.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

8. Provocar dolor durante la exploración ayuda a evaluar la actitud fóbica de la paciente.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil

III. ¿La terapia individualizada es de mayor utilidad en las mujeres con vida sexual activa y vaginismo?

Síntesis de la evidencia

Se han intentado varias opciones terapéuticas: educativa, información anatómica, fisiológica, dilatadores vaginales, rehabilitación del piso pélvico mediante la relajación y elongación muscular, con herramientas como la retroalimentación, etc.

Se han intentado tratamientos farmacológicos como la aplicación de toxina botulínica tipo A para aliviar el espasmo, que se valoró con un metanálisis de 5 estudios con 92 sujetos, en el que se encontraron resultados favorables (RM 8.723; IC 95% 1.942 a 39.162). Sin embargo, tiene la deficiencia de no tener controles con placebo.⁸⁰

También se han indicado antidepresivos,²⁹ ansiolíticos y anestésicos locales.

La terapia cognitiva conductual es otra técnica que ha disminuido o eliminado el vaginismo, confirmando en muchos casos la relación entre vaginismo y fobia.³⁷

Basson decía, desde el año 2003, que en el tratamiento intervienen el factor biológico, emocionales, psicológicos y componentes relacionados con la relación de pareja.⁸¹ Se ha hablado de una relación entre alexitimia (incapacidad para verbalizar las emociones propias) y el vaginismo.⁸²

El único estudio con asignación al azar que se ha realizado es el de Van Lankveld; sin embargo, tiene algunos sesgos en cuanto a la metodología de su aleatorización, en la que se incluyeron 117 pacientes; pese a esto, éste es el estudio más confiable en la técnica de terapias psicológicas. En este estudio se compararon tres grupos, uno de terapia grupal con biblioterapia, otro con biblioterapia cognitiva conductual, con poco contacto con el terapeuta y el tercer grupo era una lista de espera. Como parte de la terapia cognitiva se abarcó la terapia sexual, educación, desensibilización, exposición gradual, etc. Se consideró exitosa cuando se logró la cópula. En este estudio se concluye que la terapia cognitiva conductual es exitosa en el tratamiento del vaginismo; sin embargo, el número de pacientes es pequeño.^{37,83}

De los diferentes estudios se concluye, según la revisión de Cochrane,³⁴ en cuanto a la comparación entre desensibiliza-

ción sistémica contra lista de espera el éxito en la relación sexual tiene un RR de 14.23 (IC 95% 0.4 a 240.46) con un riesgo de abandono de 3.47 (IC95% 1.05 vs 11.45).

Solo desensibilización sistemática contra desensibilización sistemática más terapia de grupo después de tratamiento de 3 a 12 meses, éxito en la penetración en la relación sexual con RR 1.98 (IC 95% 0.63 a 6.24) para mujeres con desensibilización sistemática y terapia grupal en un estudio de 74 mujeres. Con un riesgo de abandono con RR 1.32 (IC 95% 0.71 a 2.46).

Con desensibilización sistemática y el grupo de terapia grupal no existieron diferencias en cuanto a mejoría. En el caso de desensibilización *in vivo* vs *in vitro*,⁸⁴ (dos técnicas de ejercicios con dilatadores, cuya variante depende de las instrucciones de procedimiento); el éxito de penetración fue RR 1.37 (IC 95% 0.42 a 4.43) para mujeres en el grupo de desensibilización *in vitro* en un estudio de 44 mujeres. En este estudio no se incluyeron los abandonos del tratamiento.

En un estudio con 65 mujeres se comparó la desensibilización sistemática con los ejercicios del piso pélvico,⁸⁵ pero no se valoró si hubo coito exitoso y el índice de abandono fue de 1.45 (IC 95% 0.26 a 8.14) para mujeres con ejercicios pélvicos. En la comparación de la desensibilización vs hipnoterapia⁸⁶ no se valoró el éxito de coito. En un estudio con 41 mujeres el riesgo relativo de abandono fue 1.43 (IC 95% 0.27 a 7.67) para mujeres en el grupo de hipnoterapia.

Ninguno de los ensayos compara los tratamientos psicológicos con las intervenciones farmacológicas. Entre las intervenciones terapéuticas no hay estudios con significación estadística para concluir cuál de los tratamientos es mejor; por lo tanto, se sugiere individualizar el caso.

En esa revisión sistemática de Cochrane se reporta que no hay suficientes estudios que por su metodología apoyen un tipo de terapia por encima de las otras que se han utilizado. Incluso, se encontró un estudio en el que las pacientes en lista de espera tenían los mismos resultados que las personas que recibían terapia, debido al abandono de los tratamientos. Esta misma revisión, con respecto a las intervenciones, concluye que puesto que el diagnóstico de vaginismo es complejo y, de acuerdo con la bibliografía, el

vaginismo, la vestibulodinia y la dispareunia pueden coincidir y traslaparse en la práctica clínica. En el tratamiento debe participar un equipo multidisciplinario: ginecólogo, terapeuta físico y terapeuta psicológico-sexual.³⁴

RECOMENDACIÓN

9. La utilidad de las diversas intervenciones médicas está en proceso de evaluación metodológica; en el vaginismo, hasta el momento, es contradictorio su posible beneficio.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

10. En pacientes con vaginismo la terapia de desensibilización sistémica puede ser una opción terapéutica.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación débil

IV. ¿En mujeres con vida sexual activa y dispareunia es útil el diagnóstico clínico?

Síntesis de la evidencia

La dispareunia se ha estudiado como enfermedad vulvovaginal de acuerdo con la nueva terminología que la denomina vulvodinia, al descartar otras afecciones específicas por las que se justifique el dolor vulvar. Esta vulvodinia puede ser generalizada, con afectación de toda la vulva o localizada, si se trata solo de una zona específica de dolor.¹⁴

La historia clínica es decisiva para establecer el diagnóstico, dando como síntoma cardinal el dolor a la penetración. La presión vulvar focal es el signo habitual de la vulvodinia localizada provocada, como una de las causas frecuentes de dispareunia. Antes de la exploración debe informarse a la paciente y solicitarle su permiso para la revisión y darle su justificación.³⁸ El dolor al intento de la penetración no es la única queja, también las hay al intentar insertar un tampón o espejo vaginal, usar ropa apretada, asearse el vestíbulo, montar a caballo o bicicleta, etc. A la sensación de presión la paciente refiere el dolor como quemante e incisivo.⁶¹

La exploración física es fundamental para el diagnóstico de dispareunia, para descartar alguna patología específica. Se

debe iniciar con una inspección superficial para evaluar si hay alguna afección dermatológica como causa del dolor vulvar (eccema, psoriasis, liquen plano, liquen escleroso). La vulva se revisa para evaluar las condiciones de los labios menores, prepucio, clítoris, y descartar alguna laceración alrededor del introito.

Puede haber eritema difuso o en parches, a veces se ven manchas rojas cerca de las aperturas glandulares. El diagnóstico de vulvodinia provocada localizada puede realizarse, incluso en la ausencia de eritema vestibular vulvar.

En mujeres sin dolor puede observarse eritema vulvar, que no debe ser criterio diagnóstico. A veces, con una lente de aumento, puede tenerse mejor definición para evaluar las anomalías dermatológicas. No se requiere colposcopia porque el ácido acético empeoraría el dolor. La vulvodinia es diagnóstico de exclusión porque se tratan de descartar patologías reconocidas que producen dolor vulvar, como las infecciosas, inflamatorias, etc.⁶¹

Si se sospecha liquen plano debe revisarse si hay lesiones en la boca y la piel. La palpación es importante para mapear la zona de dolor. Para determinar si hay áreas sensibles fuera del vestíbulo deben palparse los labios mayores, los pliegues interlabiales y el perineo. Hay que examinar con un hisopo, para determinar si el dolor es provocado por la presión en uno o más puntos alrededor del vestíbulo. Si esta maniobra no se realiza pueden pasar inadvertidos algunos datos de la evaluación.

Mediante el examen con un solo dedo debe examinarse detrás del introito vaginal, para explorar los bulbos cavernosos, elevadores del ano, y músculos obturadores en búsqueda de hipersensibilidad y espasmo. Estos hallazgos sugieren vaginismo o alguna disfunción del piso pélvico.

En el examen con espejo vaginal se busca atrofia y valorar la pérdida de la rugosidad vaginal. También se detecta si hay algún proceso infeccioso, en cuyo caso debe tomarse cultivo y medir el pH. Puede haber secreción compatible con candidiasis⁶⁵ como causa frecuente de vulvodinia provocada localizada, por lo que debe excluirse esta posibilidad diagnóstica. En ocasiones puede ser un proceso infeccioso ya tratado pero que persiste con hipersensibilidad en las terminales nerviosas porque se involucran factores inmunológicos, alérgicos, etc. Otras veces, aunque se bus-

que detalladamente, no puede determinarse la etiología de este dolor.

Durante la palpación bimanual es importante confirmar si hay alguna zona de dolor por detrás del vestíbulo y el introito (por ejemplo, zona vaginal, cervical, o pélvica). En especial se busca dolor en la zona de la vejiga, para descartar cistitis intersticial como causa de dolor, preguntándole a la paciente acerca de síntomas de problemas urinarios.

También debe descartarse la existencia de masas pélvicas como causa etiológica, por lo que se requerirá de ultrasonido si se sospecha el caso.

En la mujer premenopáusicas la forma más común de dolor localizado provocado en la vulva es la vestibulitis vulvar. Esta enfermedad se diagnostica cuando hay dolor al mínimo tacto en la mucosa, en la entrada de la vagina y, desde luego, el momento de la penetración siempre es doloroso. La etiología se considera multifactorial. Hay una combinación de causas que puede ir desde factores psicosexuales a traumatismo físico o anomalías del tejido. Esto puede representar una condición crónica local inflamatoria.

La vestibulodinia primaria es la que coexiste desde siempre y la secundaria la que aparece después de haber tenido un antecedente sin dolor. Al comparar el cuadro clínico de ambas circunstancias, no se han visto diferencias en los síntomas, según las escalas evaluadas entre los grupos con vestibulodinia primaria comparada *versus* secundaria. Cuando se evalúan diferencias en atrofia de mucosa ($p > 0.05$) y tensión muscular al explorar con un dedo por el ginecólogo, la intensidad en escalas de dolor durante la prueba con hisopo o insertar un espejo vaginal, tampoco hay diferencias ($p > 0.05$). En las personas con vestibulodinia provocada secundaria, se reportaron como posibles causas de dolor al nacimiento de un hijo: cambio de pareja, infecciones de vías urinarias, inicio de anticonceptivos, estrés, etc. El nivel de poco placer comparado en ambos grupos no tuvo diferencias significativas ($p < 0.05$); sin embargo, las pacientes con vulvodinia primaria reportaron notoriedad en el poco placer, más que las que referían vulvodinia secundaria.⁷⁸

En las pacientes postmenopáusicas la atrofia puede ser vaginal, secundaria a hipoestrogenismo y la causa de dolor vulvar generalizado. En un estudio reciente se sugiere el

uso del término “resequedad vaginal” o “malestar vaginal” en lugar de atrofia vaginal con las pacientes para evitar la connotación de enfermedad que implica el término que, a veces, les puede causar incomodidad.⁸⁷

En los estudios se ha visto que las pacientes, en general, no consultan por síntomas vulvovaginales a pesar de que les incomoden.⁸⁸ Pese a que no sea de primera intención el motivo de consulta, se sugiere insistir en que el médico pregunte acerca de los síntomas dolorosos vaginales al coito y otras molestias vulvares.

En el estudio VIVA de 3,520 mujeres postmenopáusicas, de diferentes países, se identificó que 75% reconoce que las molestias vulvovaginales tienen una repercusión negativa en su vida.⁸⁹ Puesto que hay variantes según las poblaciones encuestadas, de la cohorte canadiense (500 mujeres) se encuentra referido que la atrofia vulvovaginal tiene un efecto negativo en la sexualidad (72%). Sin embargo, 34% de las pacientes no consulta por estos síntomas.⁹⁰

RECOMENDACIONES

11. En caso de vulvodinia localizada, provocada, deben descartarse otras etiologías vulvares. Debe establecerse el diagnóstico diferencial de procesos infecciosos, dermatológicos, neurológicos, músculo-esqueléticos, psicosexuales, etc.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación fuerte

12. En la vulvodinia localizada provocada no se requiere la toma de una biopsia porque el signo cardinal es el dolor a la presión a la entrada o al intento de penetración. A la visualización lo único que puede detectarse es eritema vulvar.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil

13. El enfoque diagnóstico y terapéutico debe ser multidisciplinario, en su caso recurrir a otro tipo de profesionales; el tratamiento de la vulvodinia puede incluir: psicoterapeuta sexual, fisioterapeuta, psicólogo clínico, equipo de manejo del dolor, etc.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación fuerte

V. ¿Hay mayor incidencia de dispareunia en las mujeres con antecedente de episiorrafia?

Síntesis de la evidencia

La segunda causa de dispareunia en edad fértil es el dolor asociado con mala evolución de la episiorrafia, o con resequedad vaginal secundaria al estado hipostrogénico durante la lactancia. A las 8 semanas de posparto se han reportado problemas a la penetración en 569/1075 (53%), (IC 95% 50 a 56), y después del primer año (49%) (IC 95% 45 a 54). Solo 7 a 13% se queja de este problema, pero una cuarta parte no busca ayuda.⁹¹

Hay reportes que indican la poca incidencia de desgarros importantes, incluso sin episiotomía, el desgarró que se relaciona más con el tiempo de evolución de trabajo de parto y el tamaño del recién nacido que con la formación del operador o la inducción del parto.⁹²

Está en proceso de evaluación si la reducción en la tasa de episiotomía también disminuye los cambios en los trastornos dolorosos, como la dispareunia, aunque la tendencia actual es conservar el periné intacto, promoviendo la reducción en la incidencia de episiotomía. Otros estudios refieren que a lo largo del tiempo, tanto la episiotomía como los desgarros perineales espontáneos tienen la misma evolución y pueden producir dispareunia al poco tiempo de posparto, misma que posteriormente desaparece,^{93,94} es decir, hay información contradictoria con prácticas locales distintas para evitar la episiotomía o realizarse de manera selectiva.^{91,95}

Las pacientes que hayan tenido algún procedimiento quirúrgico sobre el área genital deben ser exploradas minuciosamente en busca de alguna cicatriz retráctil o zona específica que se detecte como dolorosa a la exploración.

Una revisión de Cochrane reporta que las lesiones perineales postparto tienen una evolución parecida, se suturen o no, y se puede encontrar dispareunia a los 2 y 6 meses sin diferencias en los 2 grupos RR1.69 (IC 95% 0.18 a 1.11), en un estudio con 26 mujeres y a los 6 meses RR 0.39 (IC 95% 10.04 a 3.87) en un estudio de 37 mujeres.⁹⁶

Otro estudio efectuado en 627 pacientes encuestadas cuatro años después del parto encontró, respecto de la episiotomía medio lateral rutinaria vs episiotomía selectiva, poca diferencia en evolución a la incontinencia urinaria (26 vs 32%), dolor perineal (6 vs 8%) o dispareunia (18 vs 21%). Un análisis de regresión logística confirmó que la práctica rutinaria de episiotomía se asocia con mayor riesgo de incontinencia anal dos veces más que con la conducta restrictiva (RM 1.84 (95% IC 1.05-3.22)). Por lo tanto, se ve que la práctica rutinaria de la episiotomía incrementa el riesgo de incontinencia anal.⁹⁵

En otro estudio de 519 pacientes primíparas se comparó el efecto de la episiotomía medio lateral (254 mujeres) versus sin manipulación del periné que sufrieron desgarros de primer y segundo grado espontáneos (265 mujeres). No se encontraron diferencias en incontinencia urinaria, anal y prolapsos genitales entre ambos grupos. La dispareunia y el dolor perineal fueron más frecuentes en el grupo de episiotomía 7.9 versus 3.4% (p 0.26) y 6.7 versus 2.3% (p 0.14), respectivamente.⁹⁷

En una revisión sistemática (1980-2005) se revisaron 177 artículos, en los que se analizaron 43, por tener mejor metodología en su diseño. Se concluye que la episiotomía de rutina no previene lesiones perineales severas.⁹⁸

En una revisión sistemática de 472 artículos seleccionados se vio que la episiotomía incrementa el riesgo de sangrados postparto. En el caso de episiotomía media no se incrementó el riesgo de desgarros de tercer o cuarto grado. Después del parto, las pacientes que tuvieron episiotomía o desgarros de primero o segundo grado se quejaron de más dolor, que las que conservaron el periné intacto. Tres meses después no hubo diferencia en cuanto a dispareunia en pacientes con episiotomía o sin episiotomía.⁹⁹

En un estudio longitudinal se vio que la episiotomía medio lateral sí ayuda a disminuir el riesgo de incontinencia urinaria y dolor.¹⁰⁰

En un estudio de cohorte aleatorizado efectuado en dos hospitales, que incluyó 200 pacientes, los hallazgos fueron diferentes. Se evaluó la episiotomía medio lateral vs no episiotomía y se encontró mayor dolor inmediato en

episiotomía restrictiva 98.9 vs 87.8% de rutina, RR 1.10 (IC 95% 1.1 a 1.21). Se reportó dispareunia antenatal moderada a severa en 5% y se duplicó a las 6 semanas postparto; volviendo a lo presentado prenatalmente después de un año.¹⁰¹

Una revisión de Cochrane de 8 estudios (5541 mujeres) reportó que en el grupo de episiotomía de rutina, 75.1% de las mujeres tuvo episiotomía mientras que en el grupo de episiotomía restrictiva fue 28.4%, comparados los resultados de ambos grupos se concluyó que la episiotomía restrictiva resultó en menor trauma RR 0.67 (IC 95% 0.49 a 0.91). Sin embargo, en cuanto a dispareunia RR 1.02 (IC 95 % 0.90 a 1.16) y otras medidas de dolor, no hubo diferencias significativas. Concluyeron que aparentemente hay beneficios con la política restrictiva de episiotomía.¹⁰²

RECOMENDACIÓN

14. El dolor perineal y la dispareunia postparto disminuyen con el paso del tiempo, a partir de los seis meses, hasta desaparecer por completo.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación fuerte

15. Para tomar las decisiones correctas a la hora de la atención del parto, cada caso debe individualizarse para evitar los trastornos dolorosos sexuales, puesto que existe evidencia en contra de la realización rutinaria de la episiotomía ésta debe ser restrictiva.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación fuerte

VI. ¿Tiene el tratamiento farmacológico buena respuesta al problema de trastornos dolorosos sexuales?

Síntesis de la evidencia

La dispareunia es muy frecuente en la postmenopausia, secundaria a hipoestrogenismo y debilidad a la disminución de estrógenos en el tracto genitourinario, la sequedad vaginal y consecuente atrofia.^{51,103}

En el estudio de Kao⁷⁹ la duración del dolor en la postmenopausia fue de 9.3 años (DE 10.3). El 28% sufrió dispareunia en la premenopausia, mientras que 25.3% la padeció durante la fase perimenopáusica, y 46.7% en la postmenopausia. En 36% de las mujeres el dolor se localizó en más de un sitio pélvico-genital. El 90.1% de las pacientes lo reportó en el vestíbulo, 7% refirió dolor en labio mayor o menor, 23% en la vagina y 11% en la pelvis. No hubo diferencias significativas en las evaluaciones entre las usuarias de terapia hormonal y no usuarias, excepto para dolor vestibular al coito. Las usuarias de terapia hormonal tuvieron menos dolor vestibular al coito ($p < 0.05$, $M -0.216$, $SD 0.802$) comparadas con no usuarias de terapia hormonal ($M 0.089$, $DE 0.907$). La muestra fue muy pequeña; no hubo diferencias significativas entre las distintas formas de terapia hormonal. Se evaluaron también las variables individuales de dolor genital y pélvico; sin embargo, no hubo un patrón consistente.

Las concentraciones de estrógeno y progesterona no se correlacionaron con mediciones cognitivas-emocionales; sin embargo, el estradiol estaba inversamente relacionado al marcador PCS-dispareunia ($r -0.180$, $p < 0.05$). Hubo correlaciones significativas que van de débiles a moderadas, entre las mediciones de sensación de catástrofe, ansiedad y depresión. La progesterona fue la única asociada con dolor vestibular inducido y la única que reportó datos estadísticamente significativos con respecto a la intensidad del dolor. El análisis en animales refiere que la progesterona tiene un efecto inhibitorio dosis-dependiente en las propiedades analgésicas de estradiol a niveles bajos. Posiblemente a pesar de que las concentraciones de estrógenos no están relacionadas con la intensidad de dolor, un umbral mínimo por porcentaje de pérdida se requiere en cierto periodo durante la peri o postmenopausia para inducir cambios fisiológicos y despertar la sensibilidad al dolor.

Se concluye que la dispareunia superficial postmenopáusica puede ser solo influida indirectamente por las concentraciones hormonales de esteroides.

La atrofia vulvovaginal es uno de las consecuencias fisiológicas del hipoestrogenismo que puede influir en la relación entre dolor y concentraciones de estrógenos.⁷⁹ Se reporta en la hipótesis que los factores cognitivos y emocionales

tienen influencia en la dispareunia, por ende las variables psicológicas pueden predecir la intensidad del dolor, que afecta sobre todo el área vestibular, que es la más sensible en la postmenopausia.⁷⁹ La dispareunia se ha relacionado más frecuentemente con algunos eventos como: menopausia, enfermedad pélvica inflamatoria, abuso sexual, ansiedad y depresión, principalmente.^{104,105}

Estas molestias disminuyen con la aplicación de cremas estrogénicas. Es frecuente que las mujeres, debido a mala información en cuanto al beneficio de los estrógenos, rechacen el tratamiento por miedo.¹⁰⁵ La absorción de estrógeno vaginal es escasa; sin embargo, en casos de cáncer estrógeno-dependiente tiene que ponerse en una balanza el riesgo contra el beneficio y la consejería puede ayudar. Las pacientes que están en tratamiento con tamoxifeno o inhibidores de aromatasa tienden a tener mayores molestias de dispareunia por la deficiencia estrogénica y, por lo tanto, mayor repercusión en la función sexual.⁵²

Puesto que la atrofia genital afecta la calidad de vida en aproximadamente 50% de las mujeres en etapa postmenopáusica, en los casos en que la paciente no pueda o se niegue a utilizar estrógenos vaginales la opción son los hidratantes y lubricantes libres de estrógenos con buena respuesta a la disminución de los síntomas relacionados con la atrofia.¹⁰⁶

Se han propuesto otros tratamientos para la atrofia genital como: ospemifeno que es un SERM (modulador selectivo de receptor de estrógenos) para mejorar las condiciones vaginales. Sin embargo, tanto su uso como el de estrógenos vaginales requiere más estudios para demostrar su seguridad endometrial por más de un año.¹⁰⁷

La testosterona vaginal aún no ha demostrado suficiente beneficio; faltan estudios y en México no se dispone de esta opción de tratamiento. Otra opción para pacientes supervivientes al cáncer con dispareunia, donde existe mayor sensibilidad vestibular, es el uso de lidocaína local. La hipersensibilidad vaginal es rara a pesar de la atrofia severa.¹⁰⁸

La actitud de las parejas respecto de los síntomas de la atrofia vaginal, generalmente no es empática y resulta poco favorable para mejorar la actividad sexual.⁵⁰

RECOMENDACIÓN

16. Las cremas estrogénicas para disminuir la atrofia vaginal y la dispareunia solo se recomiendan en ciertas pacientes posmenopáusicas.

Nivel de evidencia alta. Recomendación fuerte

17. Si los hormonales están contraindicados pueden prescribirse sustancias lubricantes o hidratantes.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación fuerte

18. En pacientes con cáncer de mama tratadas con inhibidores de aromataasa no es recomendable la prescripción de estrógenos locales, pero podrían indicarse en las de bajo riesgo de recurrencia que no hayan recibido inhibidores de aromataasa.

Nivel de evidencia moderada. Recomendación débil

VII. ¿En mujeres con dispareunia la reducción del dolor con el tratamiento médico es superior a la terapia física?

Síntesis de la evidencia

En el inicio del tratamiento de una paciente con dispareunia hay que considerar su edad, por las diferencias etiológicas entre las pre y postmenopáusicas, aunque una paciente puede consultar en la postmenopausia pero ya haber tenido la molestia desde la juventud, incrementándose los síntomas conforme avanza la edad, también influye la falta de educación sexual.¹⁰⁹

Hay diferentes opciones de tratamiento que se han propuesto dado que la musculatura del piso pélvico está inervada indirectamente por el sistema límbico y es altamente reactivo. Por consenso, con base en estudios no controlados, se ofrece la terapia del piso pélvico como alternativa.¹⁰³

En algunos casos de vestibulodinia los tratamientos de estimulación nerviosa transcutánea han logrado disminuir el dolor. La escala visual análoga y la escala de dolor para dispareunia mostraron mejoría en el grupo con tratamientos de estimulación nerviosa transcutánea después de tres meses ($p < 0.004$ y 0.001), respectivamente.¹¹⁰

La toxina botulínica se evaluó en 20 pacientes y demostró que, después de tres meses, en 80% de las pacientes disminuyó el dolor ($p < 0.0001$).

La dispareunia y la disminución de la libido se han relacionado con el consumo de anticonceptivos en pacientes con vestibulodinia (este hecho sigue suscitando controversia). En la dispareunia el papel de los anticonceptivos combinados se ha atribuido al incremento de la hormona transportadora de hormonas sexuales, lo que disminuye la testosterona libre. Esto último también sería la causa de la disminución de la libido, por lo que se ha sugerido la indicación de estrógenos con testosterona local cuando haya esta molestia, sin olvidar que la suspensión de los anticonceptivos es conveniente también.⁵⁹

Las dosis de estrógenos en los anticonceptivos combinados también se ha relacionado con síntomas de la vestibulitis vulvar; en 132 mujeres con vestibulitis vulvar se encontró que 86 (65%) usaban anticonceptivos y 68 (79%) eran de baja dosis (20 mcg) de estrógenos ($p < 0.002$) comparada con la población general y solo 18 (21%) usaban dosis más altas (30 a 35 mcg) de estrógenos ($p < 0.002$ comparado con la población general).⁶³ Esto cuestiona la opción de incrementar la dosis de estrógenos en pacientes con dispareunia por vestibulitis vulvar cuando usan anticonceptivos de baja dosis de etinil estradiol (20 mcg).

En otro estudio Burrows y Goldstein reportaron en 50 mujeres, premenopáusicas usuarias de anticonceptivos, con vestibulodinia en las que disminuyó el dolor vestibular al suspender los anticonceptivos y utilizar testosterona y estradiol tópico.⁵⁹ Estos resultados fueron estadísticamente significativos en el índice de dolor vestibular con el tratamiento ($p 0.001$) comparados con el nivel basal de dolor.

Las opciones terapéuticas para el dolor vulvar son difíciles de evaluar porque falta evidencia con estudios comparados con placebo. Para confirmar el efecto benéfico⁶¹ se han utilizado: lidocaína local, antidepresivos tricíclicos, inyecciones de toxina botulínica, terapia, cognitiva conductual, terapia sexual, terapia física de piso pélvico, terapias alternativas como acupuntura, e incluso vestibulectomía.³²

Davis, en un estudio de 139 mujeres, observó mejoría después de dos años, independientemente del tratamiento in-

cluidas 41% de las pacientes que no recibieron tratamiento y también mejoraron. Refiere que es difícil tener conclusiones claras acerca de la progresión natural del dolor vestibular. Aparentemente el dolor va disminuyendo conforme pasa el tiempo. Concluye que no está claro cuáles opciones terapéuticas son mejores.⁴⁸

RECOMENDACIÓN

19. La lidocaína local se considera primera línea de tratamiento del dolor vulvar localizado

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

20. El tratamiento de vulvodinia es empírico e involucra la educación de la paciente, modificación de la conducta, apoyo emocional, medicamentos, y otros tratamientos para el dolor.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

21. Para mujeres con dolor vulvar localizado y provocado, con o sin hipertonicidad, se sugiere la rehabilitación del piso pélvico.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

22. La acupuntura es una opción de tratamiento de la dispareunia.

Nivel de evidencia baja. Recomendación débil

23. Para mujeres con dolor vulvar no provocado se sugieren los antidepresivos tricíclicos como una de las primeras opciones de tratamiento farmacológico; también puede indicarse: gabapentina o una combinación de tratamientos.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

24. Los bloqueadores locales del nervio pudendo, como la lidocaína, pueden ser efectivos para mujeres que no hayan logrado mejoría con el tratamiento farmacológico.

Nivel de evidencia baja. Recomendación débil

25. En algunos casos de vulvodinia provocada está indicada la inyección intralesional con toxina botulínica A.

Nivel de evidencia muy baja. Recomendación débil

26. Los anticonceptivos de baja dosis pueden causar vestibulodinia, aunque es tema controversial que

el dolor disminuye cuando se incrementa la dosis o se agrega estrógeno local.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

27. El tratamiento quirúrgico de la vestibulodinia, con escisión del vestíbulo, solo está indicado cuando falla el tratamiento; antes y después de la cirugía debe brindarse consejería.

Nivel de evidencia baja. Recomendación fuerte

28. La vulvodinia requiere atención integral multidisciplinaria para que la mujer tenga mejor conocimiento de su problema, tome el control de su propio programa seleccione el tiempo y tipo de tratamiento que requiere, y mejore su calidad de vida.

Nivel de la evidencia muy baja. Recomendación fuerte

REFERENCIAS

1. Lemieux, A.J., et al., Do romantic partners' responses to entry dyspareunia affect women's experience of pain? The roles of catastrophizing and self-efficacy. *J Sex Med*, 2013. 10(9): p. 2274-84.
2. Shifren, J.L., et al., Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*, 2008. 112(5): p. 970-8.
3. Basson, R., et al., Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*, 2000. 163(3): p. 888-93.
4. Binik, Y.M., The DSM diagnostic criteria for dyspareunia. *Arch Sex Behav*, 2010. 39(2): p. 292-303.
5. Binik, Y.M., The DSM diagnostic criteria for vaginismus. *Arch Sex Behav*, 2010. 39(2): p. 278-91.
6. van Lankveld, J.J., et al., Women's sexual pain disorders. *J Sex Med*, 2010. 7(1 Pt 2): p. 615-31.
7. Wesselmann, U., A.L. Burnett, and L.J. Heinberg, The urogenital and rectal pain syndromes. *Pain*, 1997. 73(3): p. 269-94.
8. Steege, J.F. and D.A. Zolnoun, Evaluation and treatment of dyspareunia. *Obstet Gynecol*, 2009. 113(5): p. 1124-36.
9. Graziottin, A., Etiology and diagnosis of coital pain. *J Endocrinol Invest*, 2003. 26(3 Suppl): p. 115-21.
10. Hatzimouratidis, K. and D. Hatzichristou, Sexual dysfunctions: classifications and definitions. *J Sex Med*, 2007. 4(1): p. 241-50.
11. Clayton, A.H., Epidemiology and neurobiology of female sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2007. 4 Suppl 4: p. 260-8.
12. Danby, C.S. and L.J. Margesson, Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatol Ther*, 2010. 23(5): p. 485-504.
13. Cervero, F., Sensory innervation of the viscera: peripheral basis of visceral pain. *Physiol Rev*, 1994. 74(1): p. 95-138.

14. Moyal-Barracco, M. and P.J. Lynch, 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med*, 2004. 49(10): p. 772-7.
15. Latthe, P., et al., WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*, 2006. 6: p. 177.
16. Christensen, B.S., et al., Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav*, 2011. 40(1): p. 121-32.
17. C.S., B., Disfunciones Sexuales femeninas y masculinas. Comparación de género en una muestra simple en la ciudad de México. *Salud Mental*, 2005. 28(4).
18. Castelo, C.G., J.Puigvert, A., Sexualidad Humana: una aproximación integral. 2005.
19. Basson, R., et al., Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2004. 1(1): p. 40-8.
20. Segraves, R., R. Balon, and A. Clayton, Proposal for changes in diagnostic criteria for sexual dysfunctions. *J Sex Med*, 2007. 4(3): p. 567-80.
21. Rubio, A.E., Las Disfunciones Sexuales. Libro : Antología de la Sexualidad Humana. Vol. III. 1994: Editorial Porrua.
22. Ter Kuile, M.M., et al., Vulvar vestibulitis syndrome: an important factor in the evaluation of lifelong vaginismus? *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2005. 26(4): p. 245-9.
23. Wijma, B., M. Engman, and K. Wijma, A model for critical review of literature - with vaginismus as an example. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2007. 28(1): p. 21-36.
24. Ogden, J. and E. Ward, Help-seeking behaviour in sufferers of vaginismus. *Sexual and Marital Therapy*, 1995. 10(1): p. 23-30.
25. Cabello-Santamaría, F., La Sexología clínica al comienzo del siglo XXI. *Terapia sexual y de pareja*, 2003. 17: p. 53-68.
26. Dogan, S., Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *J Sex Med*, 2009. 6(1): p. 184-92.
27. Lamont, J.A., Vaginismus. *Am J Obstet Gynecol*, 1978. 131(6): p. 633-6.
28. Cabello-Santamaría, F., Vaginismo. libro : Manual de Sexología y Terapia Sexual, 2010.
29. Crowley, T., et al., Recommendations for the management of vaginismus: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *Int J STD AIDS*, 2006. 17(1): p. 14-8.
30. S., M.J.y.M., Sexualidad Humana de Mc Cary. Libro Sexualidad Humana de Mc Cary. 1996: Editorial Manual Moderno.
31. Ben-Zion, I., et al., Surrogate versus couple therapy in vaginismus. *J Sex Med*, 2007. 4(3): p. 728-33.
32. Pukall, C., et al., Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a preliminary investigation. *J Sex Med*, 2007. 4(2): p. 417-25.
33. Basson, R., The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. *J Sex Med*, 2012. 9(8): p. 2077-92.
34. Melnik, T., K. Hawton, and H. McGuire, Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 12: p. CD001760.
35. Pelletier, F., et al., Efficacy of high doses of botulinum toxin A for treating provoked vestibulodynia. *Br J Dermatol*, 2011. 164(3): p. 617-22.
36. Reissing, E.D., Consultation and treatment history and causal attributions in an online sample of women with lifelong and acquired vaginismus. *J Sex Med*, 2012. 9(1): p. 251-8.
37. ter Kuile, M.M., et al., Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognostic factors. *Behav Res Ther*, 2007. 45(2): p. 359-73.
38. Parish, S.H., Challenges in sexual health interview, in 16th World Meeting on sexual medicine. 2014: Sao Paolo Brazil.
39. F., P., Antología de la Sexualidad Humana, ed. M.A. Porrua. 1998.
40. Graziottin, A., Standard Practice in sexual medicine. Classification, etilog and key issues in Female Sexual disorders. 2006: Blackwell Publish.
41. Shindel, A.W., et al., An Internet survey of demographic and health factors associated with risk of sexual dysfunction in women who have sex with women. *J Sex Med*, 2012. 9(5): p. 1261-71.
42. Fugl-Meyer, K.S., et al., Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med*, 2013. 10(1): p. 83-93.
43. Har-Toov, J., et al., Combined vulvar vestibulitis syndrome with vaginismus: which to treat first? *J Sex Marital Ther*, 2001. 27(5): p. 521-3.
44. Goldstein, A.T. and L. Burrows, Vulvodynia. *J Sex Med*, 2008. 5(1): p. 5-14; quiz 15.
45. Rosenbaum, T.Y., Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther*, 2005. 31(4): p. 329-40.
46. Halperin, R., et al., The major histopathologic characteristics in the vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest*, 2005. 59(2): p. 75-9.
47. Meana, M., et al., Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol*, 1997. 90(4 Pt 1): p. 583-9.
48. Davis, S.N., et al., Women with provoked vestibulodynia experience clinically significant reductions in pain regardless of treatment: results from a 2-year follow-up study. *J Sex Med*, 2013. 10(12): p. 3080-7.
49. Nappi, R.E. and M. Kokot-Kierepa, Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*, 2010. 67(3): p. 233-8.
50. Simon, J.A., et al., Clarifying Vaginal Atrophy's Impact on Sex and Relationships (CLOSER) survey: emotional and physical impact of vaginal discomfort on North American postmenopausal women and their partners. *Menopause*, 2014. 21(2): p. 137-42.
51. Sanchez-Borrego, R., et al., Spanish consensus on sexual health in men and women over 50. *Maturitas*, 2014. 78(2): p. 138-45.
52. Sturdee, D.W., N. Panay, and G. International Menopause Society Writing, Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*, 2010. 13(6): p. 509-22.
53. Basson, R., Hormones and sexuality: current complexities and future directions. *Maturitas*, 2007. 57(1): p. 66-70.
54. Bachmann, G.A. and S.R. Leiblum, The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause*, 2004. 11(1): p. 120-30.
55. Bachmann, G.A., et al., Chronic vulvar and other gynecologic pain: prevalence and characteristics in a self-reported survey. *J Reprod Med*, 2006. 51(1): p. 3-9.
56. Goetsch, M.F., Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *Am J Obstet Gynecol*, 1991. 164(6 Pt 1): p. 1609-14; discussion 1614-6.
57. Plante, A.F. and M.A. Kamm, Life events in patients with vulvodynia. *BJOG*, 2008. 115(4): p. 509-14.
58. Pitashny, M., H. Martinez de Morentin, and S. Brenner, Oral contraceptives: their mode of action and dermatologic applications. *Skinmed*, 2005. 4(2): p. 101-6.

59. Burrows, L.J. and A.T. Goldstein, The treatment of vestibulodynia with topical estradiol and testosterone. *Sex Med*, 2013. 1(1): p. 30-3.
60. Battaglia, C., et al., Sexual behavior and oral contraception: a pilot study. *J Sex Med*, 2012. 9(2): p. 550-7.
61. Andrews, J.C., Vulvodynia interventions--systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv*, 2011. 66(5): p. 299-315.
62. Panzer, C., et al., Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: a retrospective study in women with sexual dysfunction. *J Sex Med*, 2006. 3(1): p. 104-13.
63. Greenstein, A., et al., Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. *J Sex Med*, 2007. 4(6): p. 1679-83.
64. Reissing, E.D., Y.M. Binik, and S. Khalife, Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *J Nerv Ment Dis*, 1999. 187(5): p. 261-74.
65. Solis-Arias, M.P., et al., [Vaginal colonization by *Candida* spp. Frequency and description of the species isolated in asymptomatic women]. *Ginecol Obstet Mex*, 2014. 82(1): p. 1-8.
66. Masheb, R.M., et al., Prevalence and correlates of depression in treatment-seeking women with vulvodynia. *J Obstet Gynaecol*, 2005. 25(8): p. 786-91.
67. Burrows, L.J., H.A. Shaw, and A.T. Goldstein, The vulvar dermatoses. *J Sex Med*, 2008. 5(2): p. 276-83.
68. Foster, D.C., Vulvar disease. *Obstet Gynecol*, 2002. 100(1): p. 145-63.
69. Sutton, K.S., et al., To lube or not to lube: experiences and perceptions of lubricant use in women with and without dyspareunia. *J Sex Med*, 2012. 9(1): p. 240-50.
70. Biggs, W.S. and R.M. Williams, Common gynecologic infections. *Prim Care*, 2009. 36(1): p. 33-51, viii.
71. Reissing, E.D., et al., Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2005. 26(2): p. 107-13.
72. L.R., G., Matrimonios no consumados, in IX Congreso SLAMS. 2007: Sociedad Argentina de Sexualidad Humana.
73. Huijding, J., et al., Automatic affective appraisal of sexual penetration stimuli in women with vaginismus or dyspareunia. *J Sex Med*, 2011. 8(3): p. 806-13.
74. Jacobson, N.S., et al., Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *J Consult Clin Psychol*, 1999. 67(3): p. 300-7.
75. Munday, P., et al., A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *J Reprod Med*, 2007. 52(1): p. 19-22.
76. Lamont, J., O. Society of, and C. Gynaecologists of, Female sexual health consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*, 2012. 34(8): p. 769-83.
77. Granot, M. and Y. Lavee, Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *J Sex Marital Ther*, 2005. 31(4): p. 285-302.
78. Sutton, K.S., C.F. Pukall, and S. Chamberlain, Pain, psychosocial, sexual, and psychophysical characteristics of women with primary vs. secondary provoked vestibulodynia. *J Sex Med*, 2009. 6(1): p. 205-14.
79. Kao, A., et al., Biopsychosocial predictors of postmenopausal dyspareunia: the role of steroid hormones, vulvovaginal atrophy, cognitive-emotional factors, and dyadic adjustment. *J Sex Med*, 2012. 9(8): p. 2066-76.
80. Ferreira, J.R. and R.P. Souza, Botulinum toxin for vaginismus treatment. *Pharmacology*, 2012. 89(5-6): p. 256-9.
81. Basson, R., et al., Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2003. 24(4): p. 221-9.
82. Ciocca, G., et al., Alexithymia and vaginismus: a preliminary correlation perspective. *Int J Impot Res*, 2013. 25(3): p. 113-6.
83. van Lankveld, J.J., et al., Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol*, 2006. 74(1): p. 168-78.
84. Schnyder, U., et al., Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization. *Can J Psychiatry*, 1998. 43(9): p. 941-4.
85. Zukerman, Z., Y. Roslik, and R. Orvieto, [Treatment of vaginismus with the Paula Garburg sphincter muscle exercises]. *Harefuah*, 2005. 144(4): p. 246-8, 303.
86. Al-Sughayir, M.A., Vaginismus treatment. Hypnotherapy versus behavior therapy. *Neurosciences (Riyadh)*, 2005. 10(2): p. 163-7.
87. Utian, W.H. and R. Maamari, Attitudes and approaches to vaginal atrophy in postmenopausal women: a focus group qualitative study. *Climacteric*, 2014. 17(1): p. 29-36.
88. Santoro, N. and J. Komi, Prevalence and impact of vaginal symptoms among postmenopausal women. *J Sex Med*, 2009. 6(8): p. 2133-42.
89. Nappi, R.E. and M. Kokot-Kierepa, Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) - results from an international survey. *Climacteric*, 2012. 15(1): p. 36-44.
90. Frank, S.M., et al., Vaginal Health: Insights, Views & Attitudes (VIVA) survey - Canadian cohort. *Menopause Int*, 2012.
91. Glazener, C.M., Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997. 104(3): p. 330-5.
92. F.P., A.-G., Factores de riesgo para desgarro perineal en partos sin episiotomía atendidos por personal en entrenamiento en un hospital universitario de Bogotá Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2007. 60(2): p. 143-151.
93. Harlow, B.L. and E.G. Stewart, A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc*, 2003. 58(2): p. 82-8.
94. Friedrich, E.G., Jr., Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med*, 1987. 32(2): p. 110-4.
95. Fritel, X., et al., Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG*, 2008. 115(2): p. 247-52.
96. Dudley, L.M., C. Kettle, and K.M. Ismail, Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013. 9: p. CD008977.
97. Sartore, A., et al., The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol*, 2004. 103(4): p. 669-73.
98. de Tayrac, R., et al., [Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2006. 35(1 Suppl): p. 1S24-1S31.
99. Langer, B. and A. Minetti, [Immediate and long term complications of episiotomy]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 2006. 35(1 Suppl): p. 1S59-1S67.
100. Caughey, A.B., Commentary on 'Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy'. *BJOG*, 2013. 120(8): p. 1027.

101. Macleod, M., et al., Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. *BJOG*, 2013. 120(8): p. 1020-6.
102. Carroli, G. and L. Mignini, Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(1): p. CD000081.
103. Robinson, D. and L.D. Cardozo, The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction. *Urology*, 2003. 62(4 Suppl 1): p. 45-51.
104. Sleep, J. and A. Grant, West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1987. 295(6601): p. 749-51.
105. Latthe, P., et al., Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*, 2006. 332(7544): p. 749-55.
106. Sinha, A. and A.A. Ewies, Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric*, 2013. 16(3): p. 305-12.
107. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 2013. 20(9): p. 888-902; quiz 903-4.
108. Goetsch, M.F., J.Y. Lim, and A.B. Caughey, Locating pain in breast cancer survivors experiencing dyspareunia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2014. 123(6): p. 1231-6.
109. Verit, F.F. and A. Verit, Validation of the female sexual function index in women with chronic pelvic pain. *J Sex Med*, 2007. 4(6): p. 1635-41.
110. Murina, F., et al., Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG*, 2008. 115(9): p. 1165-70.
111. Zolnoun D. A Conceptual model for the pathophysiology of vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol Surv* 2006.

ANEXOS

Anexo 1

Definiciones operacionales

Dispareunia. Dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual. Se sugiere cambiarlo por dolor al intento o penetración vaginal completa.²³

Vaginismo. Es la dificultad persistente o recurrente al intentar la entrada vaginal del pene, dedo o cualquier objeto sin importar que la mujer lo desee.⁸¹

De acuerdo con la definición de vaginismo es el espasmo involuntario y recurrente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito y genera tensión o dificultad en las relaciones interpersonales.¹⁹

Trastorno doloroso no sexual. Es el dolor genital pélvico recurrente o persistente inducido por estimulación sexual no coital. Esta última categoría ha sido eliminada por algunos autores porque consideran puede quedar englobada en las anteriores.⁴²

Vulvodinia. Trastorno doloroso vulvar de etiología no comprobada. Puede ser generalizada, afectar la mayor parte de la vulva o localizada.

Vulvodinia generalizada. La forma generalizada no provocada es menos común, en casos típicos, afecta a la mujer postmenopáusica.

Vulvodinia localizada. Puede ser provocada, denominada vestibulodinia, clítorodinia, hemivestibulodinia. Esta vestibulodinia localizada provocada es llamada también vestibulodinia o síndrome de vestibulitis vulvar. Es más común en la mujer premenopáusica.

Anexo 2

Estrategia de búsqueda

- Selección del temario

Palabras clave (MeSH): Dyspareunia AND vaginismus (Consensus Development Conference[ptyp] OR Consensus Development Conference, NIH[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND (“2011/01/01”[PDAT]:“2014/12/31”[PDAT]) AND “humans”[MeSH]

Anexo 3

Clasificación del dolor vulvar

(*International Society for the Study of Vulvovaginal Disease*)

- A. Dolor lumbar referido a desórdenes específicos
- Infecciones (ej. Candidiasis, herpes, HPV, BV)
 - Inflamatorios (ej. Dermatitis, dermatitis, desórdenes inmunológicos)

Neoplásicos (ej. Enfermedad de Paget, carcinoma escamo celular)

Neurológicos (ej. Neuralgia herpética, compresión neuroespinal)

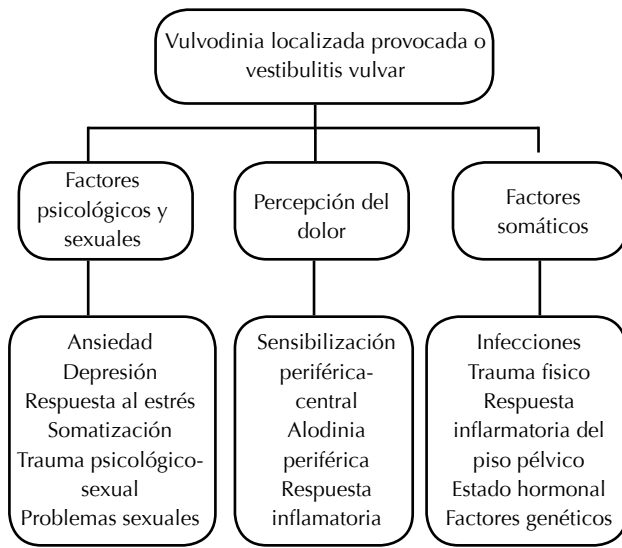
B. Vulvodinia

Generalizada	Localizada
a) Provocada	a) Provocada
b) no provocada	b) no provocada
c) Mixta	c) Mixta

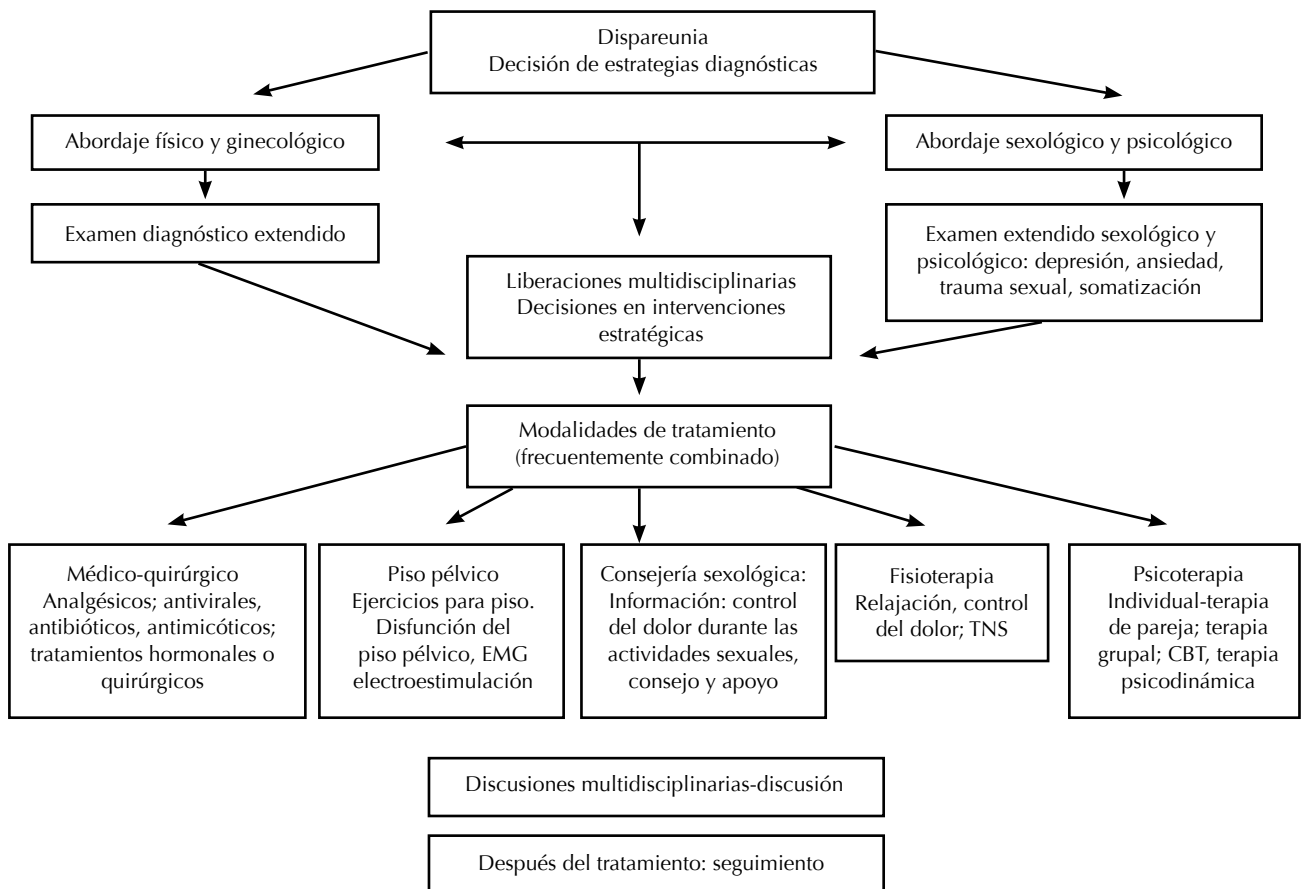
Diagnóstico diferencial para causas de dispareunia

MD. Elizabeth Gunther Stewart

Localización	Padecimiento específico	Historia importante	Causa física de dispareunia	Comentarios
Vulva	Dermatitis (eccema)	Historia de atopía, otros eccemas	Eritema, fisuras	Busque <i>Candida</i>
Vulva y vestíbulo	Dermatosis: liquen plano	Comezón, irritación, quemadura	Erosión, ulceración, lesiones	Hidroclorotiazida y antiinflamatorios no esteroideos
	Enfermedad ulcerosa: herpes simple o zóster, chancroide, Crohn, Behcet	Brotos episódicos	Úlceras de diferentes tamaños, dolor	Behcet es muy rara, involucra úlceras orales, uveítis y otros sistemas
	Hipertrofia labial	Irritación con actividad física	Elongación de los labios	Distinguir entre síntomas físicos y trastornos de imagen corporal
	Circuncisión femenina	Etnicidad y país de origen	Ausencia de clítoris y prepucio, fusión labial	
	Vulvodinia generalizada no provocada	Ardor episódico o constante, picor, irritación	Frecuentemente sin hallazgos; o eritema y edema, áreas de hiper o hipoestesia	Larga historia de tratamientos infecciosos del tracto urinario, levaduras, vaginosis bacterianas
	Radiación	Historia de tumor ginecológico o urinario	Palidez, alopecia, pérdida de elasticidad	
	Infecciones de vías urinarias	Disuria, frecuencia, urgencia	Sensibilidad-dolor suprapúbica	Cultivos negativos sugieren vulvodinia
Uretra y vejiga	Divertículo uretral	Disuria, escurrimiento, dolor a la penetración	Sensibilidad-dolor uretral, masa	
	Cistitis intersticial/síndrome de dolor vesical	Dolor pélvico, disuria, urgencia, frecuencia, nicturia	Sensibilidad-dolor suprapúbica, a lo largo de la pared anterior vaginal	Buscar vulvodinia localizada provocada, disfunción del piso pélvico



*Zolnoum D. Fisiopatología del síndrome de vestibulitis vulvar¹¹



*Fugl-Meyer K, et al. Proceso de operación estándar en pacientes con trastornos dolorosos sexuales⁴²