

REVISIONES

Dispareunia

Jesús Florido Navío y María José García García

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Granada. Granada. España.

RESUMEN

La dispareunia es un síntoma extraordinariamente complejo en cuyo origen puede haber una disfunción sexual o una enfermedad orgánica ginecológica. Se hace una revisión de las causas de la dispareunia de la mujer atendiendo a su clasificación en cuanto a localización, que constituye el elemento clave en el enjuiciamiento de esta entidad. Se incide especialmente en entidades novedosas como la vestibulitis vulvar, una de las principales causas de dispareunia superficial y que constituye un ejemplo típico de dolor neuropático. Asimismo, se indican las pautas terapéuticas más reciente para este tipo de afecciones. El objetivo fundamental de esta revisión es aportar un instrumento útil, desde la clínica ginecológica, a los profesionales de medicina sexual para facilitar el afrontamiento de esta entidad psicosomática por excepción.

Palabras clave: Dispareunia. Dolor sexual.

ABSTRACT

Dyspareunia

Dyspareunia is a very complex symptom that can be caused by a sexual dysfunction or a gynaecological disease. This paper does a revision of the causes of dyspareunia in women attending the classification of the localization that is a important point in the judgement of this entity. There is an important remark specially in new entities like vulvar vestibulitis, one of the main causes of superficial dyspareunia, this a typical example of neuropathic pain. As well there are indicated the most actual therapeutical patterns for this type of affections. The main goal of this revision is to give a useful instrument from the gynaecological clinic to the professionals of sexual medicine to face this problem.

Key words: Dyspareunia. Sexual pain.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, desde diversas posiciones en el ámbito científico se está criticando este término. Recientemente MacNeill¹ recomienda hablar mejor de dolor sexual en la mujer, y lo considera como uno de los trastornos peor conocidos antaño por la atribución de su consideración puramente psicológica.

Etimológicamente viene a significar “mal coito o coito difícil” y fue acuñado por Barnes² en 1874 para referirse a una entidad que englobara todos los procesos dolorosos que interfieren con el coito. Justificó esta denominación por la analogía con otra terminología propia del siglo XIX y de gran predicamento en la época, como dispepsia o dismenorrea. Sin embargo, lo primero que llama la atención en este caso es que se trata de un cuadro doloroso sin refe-

rencia anatómica, ya que con el mismo término se engloba el dolor sentido desde el introito vaginal al bajo vientre. Es decir, hay un énfasis semántico en la función que interfiere más que en la zona en la que se siente, y esto es un caso único con respecto a cualquier cuadro doloroso. Pero es que la función que interfiere no es un proceso fisiológico como la digestión o la menstruación, sino que se trata de una relación interpersonal.

La dispareunia se ha catalogado como disfunción sexual en el DSM-IV-TR³ que la define con los siguientes criterios: *a)* un dolor genital recurrente o persistente asociado con el coito; *b)* el trastorno causa considerable estrés e interfiere en las relaciones interpersonales, y *c)* no se debe exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación, no se explica mejor por otra alteración psíquica y no se debe exclusivamente a los efectos de alguna sustancia o a una enfermedad médica general. La Conferencia de Consenso de 2003 de la American Foundation of Urologic Disease (AFUD) considera la dispareunia

Correspondencia: Dr. J. Florido Navío.
Facultad de Medicina. Universidad de Granada.
Avda. de Madrid, s/n. 18071 Granada. España.
Correo electrónico: jflorido@ugr.es

como dolor persistente o recurrente al intentar o al completar la penetración vaginal⁴. Hay una crítica actual a la consideración de la dispareunia como una disfunción sexual a partir de que se considera como tal por el DSM-III, que se está manteniendo fundamentalmente por el grupo de Binik⁵, que sostiene que la dispareunia debería ser entendida más bien como un cuadro doloroso, pues cumple con todos los requisitos que el DSM-IV requiere para este tipo de trastorno, ya que el dolor puede sentirse también fuera del coito.

Meana et al^{6,7} llaman la atención en el hecho de que la localización del dolor y el inicio en relación con el coito son los mejores predictores de la presencia y tipos de factores orgánicos relacionados con el tema. De ahí que tenga vigencia la clasificación de dispareunia que proponemos y que sigue los criterios publicados por nosotros anteriormente^{8,9}. La dispareunia, según su localización, puede ser de entrada o superficial, si se refiere a los genitales externos, o vaginal si la paciente la refiere en el “conducto de la vagina”, o profunda si la paciente habla de dolor que se despierta en la pelvis al chocar el pene con algo y que a veces obliga a la pareja a posiciones coitales antiálgicas. Esta clasificación por localización es algo más precisa que la que habitualmente se sigue por la mayoría de los autores anglosajones, que sólo distinguen 2 tipos, superficial y profunda; pero en nuestra experiencia las mujeres describen de forma diferente y con bastante nitidez las sensaciones en la vagina de las molestias profundas. Según su aparición en relación con el coito la clasificamos en: *de entrada*, al principio de la relación pero va disminuyendo a medida que transcurre ésta; *concomitante*, si dura mientras dura el coito, y *posterior*, si las molestias aparecen al terminar el coito.

En cuanto a la frecuencia de aparición de este cuadro depende de la población en la que basemos nuestro estudio, dependiendo de que se trate de una población general, una clínica ginecológica o de atención a problemas sexuales. También va a influir el criterio considerado, tanto en la frecuencia de su aparición como en la intensidad en que se experimenta. Glatt y Zinder¹⁰, en un estudio de cohortes, encuentran que un 34% de mujeres experimentó dispareunia en sus primeros 30 años. Desde la Encuesta Nacional de salud y vida social de Estados Unidos¹¹ se señala que un 14% de mujeres ha experimentado dolor en su actividad sexual en el último año. En una encuesta sueca en población general¹² los autores encuentran una prevalencia del 9,3% de dispareunia prolongada (más de 6 meses) y severa. En este estudio la mayor tasa estaría en mujeres en la tercera década de la vida, es 9 veces más alta que entre los 50-60 años, y se ten-

dría que atribuir a los cambios en la conducta sexual de la población, entre otros factores.

ETIOLOGÍA

Para los ginecólogos la dispareunia es, sobre todo, un síntoma de una alteración genital pero también puede ser la expresión de un problema sexual que tenga su origen en un conflicto psicológico y, por tanto, sólo desde una óptica psicosomática se podrá tratar adecuadamente a la paciente, pues es frecuente observar que la dispareunia secundaria a un proceso orgánico persiste más allá de la curación médica de dicho proceso.

En cuanto al origen de la dispareunia seguiremos el criterio de su localización por la paciente, tal y como se ha hecho anteriormente¹³.

Dispareunia superficial

En algunas ocasiones, el himen puede ser obstáculo para el coito, sobre todo cuando es demasiado rígido, tabicado o septo. La bartolinitis o el quiste de la glándula de Bartholino pueden provocar dispareunia; la primera como enfermedad inflamatoria que es y el segundo porque, aunque es indoloro en condiciones de reposo, su sensibilidad aumenta en condiciones de estimulación sexual.

Un comentario más detenido requiere la vestibulitis vulvar descrita por Friederich en 1987¹⁴ y que se caracteriza por un eritema localizado e hipersensibilidad al tacto, sin que pueda explicarse su causa. Un estudio crítico reciente acerca del tema¹⁵ pone de manifiesto las dificultades para su diagnóstico, dado que hay población normal con eritema vulvar y, a su vez, en esta misma población se pueden encontrar otras mujeres con áreas de dolor al tacto sin eritema y sin dispareunia. Estos cuadros serían transitorios y sólo cuando persisten en el tiempo se debería hablar de vestibulitis vulvar propiamente dicha. Cada vez se van desvelando más los factores implicados en el desarrollo de esta entidad¹⁶, tanto de sensibilización periférica por reducción del umbral de los terminales nociceptores (fibra C) como de sensibilización central, bien por un incremento del estímulo aferente en las astas posteriores de la médula, bien por disminución de la inhibición descendente procedente del cerebro, en este último punto tendrían vigencia determinados tipos de personalidad o situaciones de estrés relacionados con este cuadro. Estas sensibilizaciones, central o periférica, serían responsables de una alodinia, es decir, la percepción como dolorosos de estímulos normalmente indoloros, o de una hiperalgesia, es decir, percep-

ción exagerada del dolor en estímulos de por sí algídos. Sin embargo, a día de hoy no se conoce con exactitud cómo se producen estas sensibilizaciones, se involucra la infección por *Candida albicans*, a la que se respondería de una forma alérgica, como muestra el hecho de que Regulez et al¹⁷ encuentren en todas las mujeres con dolor vulvovaginal y cultivo negativo a *Candida* anticuerpos IgE en el flujo vaginal mientras que en ninguna de las mujeres portadoras de *Candida* asintomáticas se encontró IgE en su flujo vaginal. A partir de la sensibilización que ocurriría precozmente en el proceso, el mantenimiento del dolor se llevaría a cabo por mecanismos neuronales.

Las causas urológicas también pueden producir este tipo de dispareunia¹⁸, y pueden ir desde el llamado síndrome uretral, que se caracteriza por disuria, polaquiuria, molestias suprapúbicas y hematuria residual, y que frecuentemente está ocasionado por la colonización de gérmenes procedentes de los genitales externos, a la infección de las glándulas parauretrales, de un divertículo uretral, un absceso en las glándulas de Skene o de uretritis. Para algunos autores los factores psicológicos juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas.

Las clitoriditis, bien infecciosas, alérgicas o traumáticas, producen una sensación dolorosa de quemazón externo, son poco frecuentes como hecho aislado y más bien forman parte de un cuadro vulvar más generalizado. La fimosis del clítoris, también rara, produce molestias similares. La neuritis del clítoris puede observarse en mujeres diabéticas con molestias variables, continuas o intermitentes.

La dispareunia puede ser secundaria a cirugía ginecológica. La reparación del suelo pélvico, desde la episiotomía hasta la más amplia gama de cirugía vaginal, se ha valorado de forma muy variable por los distintos estudios, yendo desde los que hablan de mejora en la actividad sexual hasta los que señalan su empeoramiento. Inicialmente se achacaron los efectos deleterios de la cirugía a una disminución de las dimensiones vaginales que puede conllevar, sobre todo en el caso de las plastias. En un estudio reciente¹⁹ se señala que no hay un umbral ni en el acortamiento ni en el estrechamiento vaginal por debajo del cual se produzca dispareunia, y la explicación de por qué aparece es más compleja, porque no hay una relación específica entre una determinada técnica y la presencia de molestias coitales. Se ha señalado que la disección de la pared vaginal anterior puede afectar a abundantes fibras nerviosas que inervan esta área y, en general, la cirugía de suelo pélvico puede afectar al nervio pudiendo y limitar las sensaciones vaginales y el orgasmo. Otros autores han sugerido la relación entre la colpoperineorrafía posterior y la dispareunia en una propor-

ción que puede superar el 20%, y la plicatura del elevador del ano entre el recto y la vagina es la responsable de estas molestias. En cualquier caso, creamos que ante una cirugía del suelo pélvico el médico debe informar a la paciente de que en muchos casos si hay dispareunia puede mejorar, pero que hay situaciones en que puede empeorar o aparecer de nuevo.

No hay que olvidar los procesos alérgicos como causa frecuente de vulvitis y que pueden originar también este tipo de dispareunia, así como la leucoplasia y atrofia senil.

Dispareunia vaginal

El paradigma de este tipo de problemas es la falta de lubricación vaginal, que pueden tener distintos orígenes pero que el más frecuente sería por la consecuencia de una alteración en la excitación. Esta falta de lubricación también puede ser consecuencia de un problema orgánico, como la xerodermatosis o síndrome de Sjögren, o el efecto de determinadas medicaciones²⁰, como la alfametildopa o las fenotiacinas, muy utilizadas en los trastornos psiquiátricos, que producen un efecto sedante de las emociones y de la actividad motora y son activas a todos los niveles del sistema nervioso. Asimismo, pueden tener este efecto los anticolinérgicos, muy utilizados en patología digestiva, o preparados ginecológicos como la medroxiprogesterona o los antagonistas GnRH.

La vaginitis atrófica, presente en mujeres de edad avanzada, es un factor coadyuvante en la dispareunia; sin embargo, hay que llamar la atención de que es un fenómeno más complejo que el déficit estrogénico. Igualmente los anticonceptivos orales interfieren en la lubricación en algunas mujeres, el DIU incorrectamente colocado o como origen de un proceso inflamatorio, un diafragma vaginal inadecuado o reacciones alérgicas a preservativos o espermicidas, son una muestra de interferencias anticonceptivas en el coito con resultado más o menos doloroso.

Las vaginitis infecciosas por *Trichomonas vaginalis*, *Gardanarella vaginalis* o *C. albicans* son causa de dispareunia. Menos frecuentes, pero más graves, son las vaginitis posradiación.

En otras ocasiones la dispareunia puede ser la consecuencia de una alteración anatómica, congénita o adquirida, de la vagina. Así, como causas congénitas más importantes, puede suceder en el síndrome de Rokitansky o en el de Turner, o cuando se dan estenosis o septos transversos o longitudinales, y como causas adquiridas las secuelas de operaciones de Wertheim-Meigs o granulomas en las cicatrices vaginales.

Por último, la queja vaginal puede ser la consecuencia de un proceso extraginecológico adyacente como

puede ser una enfermedad inflamatoria intestinal, un síndrome hemorroidal o fistulas rectovaginales.

Dispareunia profunda

Casi siempre el origen de este dolor hay que buscarlo en una enfermedad orgánica.

La cervicitis y en general la enfermedad inflamatoria pélvica pueden ocasionar dolor por la inflamación de la estructuras pélvicas, especialmente por el estiramiento de los ligamentos o la elevación del cérvix durante el coito. En ocasiones, el dolor persiste tras la curación del proceso inflamatorio por acortamiento de los ligamentos parametrales.

La endometriosis es otra causa frecuente de dispareunia, sobre todo cuando los focos de la enfermedad se localizan en los uterosacros o en los anejos o cuando produce una retroflexión uterina fija. Una característica, a veces observable, es que la coitalgia se hace más intensa antes de la menstruación, por lo que en mujeres con sospecha de presentar esta enfermedad (dismenorrea, algia pélvica, esterilidad), si el examen pélvico en la primera fase del ciclo es normal, deberían ser examinadas nuevamente en época premensual. La adenomiosis también se acompaña, aunque en menor grado que la endometriosis externa, de dispareunia.

La retroflexión uterina fija, bien por endometriosis o por otro tipo de adherencias, puede ser causa de dispareunia, y se provoca dolor con el frotamiento profundo del pene. En ocasiones los quistes de ovario pueden provocar molestias en el coito.

Los granulomas o cicatrices en el fondo vaginal consecuentes a cirugía a veces producen dispareunia. No parece que haya diferencias en las secuelas de la histerectomía según sea total o subtotal ni tampoco según el tipo de sutura utilizado.

En mujeres multíparas no hay que olvidar los procesos venosos que constituyen el síndrome de congestión pélvica o el varicocele pélvico, donde la característica fundamental es la dispareunia posterior, quedando un malestar importante en bajo vientre varias horas después del acto sexual.

DIAGNÓSTICO

En el estudio de la dispareunia es esencial que se preste atención a determinados puntos de la exploración que podrán dar el diagnóstico de la situación.

En la inspección se puede encontrar en la vulva zonas de enrojecimiento, cambios de pigmentación, así como zonas de especial sensibilidad al tacto o a la to-runda humedecida en el vestíbulo. La cianosis vaginal

es un dato sumamente sugerente que hay que tener en cuenta. El tacto en la cara anterior de la vagina debe buscar algún dato de un proceso urinario. La sensibilidad del Douglas y de los uterosacros así como de los fondos vaginales y la palpación anexial son datos importantes. En general es extraordinariamente sugerente que se reproduzca el dolor durante la exploración ginecológica, especialmente en la movilización de los genitales internos en algún sentido.

La exploración clínica se ha de acompañar de una analítica de sangre, orina con urocultivo, ecografía o laparoscopia, si la duda en las otras exploraciones y las molestias de la paciente así lo justifican.

Tan importante como la exploración ginecológica es la evaluación psicológica y de la sexualidad de la mujer, y las relaciones con la pareja y su medio familiar cobran especial importancia.

La diferencia entre dispareunia y vaginismo a veces no es tan sencilla como parece en las definiciones. Hay quien habla de un continuo entre ambas entidades y las engloba en un llamado trastorno de la penetración²¹, dado que la presentación en la clínica es similar en ambas entidades, sobre todo cuando la dispareunia es superficial²² y, desde luego, en determinados casos de vaginismo el espasmo de los músculos perineales sólo se produce en el coito, y hay mujeres con este problema que pueden ser exploradas vaginalmente o usar tampones en la menstruación.

TRATAMIENTO

La conducta terapéutica ante la dispareunia dependerá de cuál sea el diagnóstico etiológico. Por razones de espacio sólo se expondrán los aspectos más novedosos o acerca de los que haya más controversia.

Por ejemplo, en la vestibulitis están siendo útiles tratamientos locales con vitaminas A y D y gel con lidocaína al 2%. Si hay indicios de la participación del virus del papiloma en el cuadro puede ser útil el empleo de infiltraciones con aguja fina de interferón en la zona afectada 2 o 3 veces por semana. Hoy día, los corticoides locales están limitados a la presencia manifiesta de un componente alérgico local. Si la vestibulitis es resistente a los tratamientos médicos estaría indicada la extirpación quirúrgica, con cirugía convencional o láser, de la zona, y los resultados son mejores con la primera técnica que con la segunda²³.

En el síndrome uretral es importante tratar el componente infeccioso, pero a veces coexiste con una estenosis cuyo origen puede ser un anillo fibroso congénito o un espasmo mantenido. En estos casos la dilatación uretral progresiva puede corregir el trastorno. Puede ser necesario mantener un antiséptico uri-

nario a dosis bajas durante mucho tiempo para evitar recidivas.

La falta de lubricación vaginal puede ser origen de la dispareunia, pero en ocasiones es también la consecuencia de ésta, por alteración en la excitación como consecuencia del dolor. Hoy día hay numerosos preparados locales que remedan la lubricación fisiológica y tienen su utilidad como coadyuvantes a romper el círculo vicioso señalado anteriormente.

En determinados acortamientos o estenosis vaginales, sobre todo en las congénitas, puede ser útil el empleo de dilatadores o férulas, o la realización de plástias en Z que permitan aumentar las dimensiones vulvovaginales.

Los problemas varicosos pueden tratarse con medidas posturales y flobotónicos. La embolización de la vena ovárica puede ser útil como alternativa a la histerectomía²⁴. Por cierto, no sólo en este cuadro sino en otros como los síndromes adherenciales, endometriosis, etc., la indicación de histerectomía debe hacerse con toda cautela ya que las recidivas de la dispareunia postintervención pueden ser incluso más graves.

Bibliografía

- MacNeill C. Dyspareunia. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2006; 33:565-27.
- Barnes R. Clinical history of the medical and surgical diseases of women. Philadelphia: Henry C. Lea; 1874.
- Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2003;24:221-9.
- Binik YM. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decisión. *Arch Sex Behav*. 2005;34:11-21.
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D. Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J Nerv Ment Dis*. 1997;185: 561-9.
- Meana M, Binik YM, Khalife S, Bergeron S, Pagidas K, Berkely K. Dyspareunia more than bad sex. *Pain*. 1977;71:211-2.
- Salvatierra V, García MJ, Florido J, Cuenca C. Dispareunia en mujeres no menopáusicas: causas y actividad sexual. *Rev Esp Obstet Gin*. 1989;48:297-304.
- García MJ, Salvatierra V, Cuenca C, Florido J. Estado psicológico en mujeres no menopáusicas con dispareunia. *C Med Psicosom Sex*. 1990;13:34-41.
- Glatt AE, Zinder SH. The prevalence of dyspareunia. *Obstet Gynecol*. 1990;75:433-6.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281: 537-44.
- Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health*. 2003; 31:113-8.
- Florido J, García MJ. Protocolo de actuación en la dispareunia. *Salud Total de la Mujer*. 2001;3:12-20.
- Friederich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med*. 1987;32:110-4.
- Munday P, Green J, Randall C, Fox D, Singh M, Ismailjee F, et al. Vulval vestibulitis: a common cause of dyspareunia? *BJOG*. 2005;112:500-3.
- Basson R. Recent advances in women's sexual function and dysfunction. *Menopause*. 2004;11:714-25.
- Regulez P, García Fernández JF, Moragues MD, et al. Detection of anti-Candida albicans IgE antibodies in vaginal washes from patients with vulvovaginal candidiasis. *Gynecol Obstet Invest*. 2004;58:171-8.
- Tchoumirova K, Mardh PA, Nilssons S, Hellberg D. History, clinical findings, sexual behaviour and hygiene habits in women with and without recurrent episodes of urinary symptoms. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998;77:654-9.
- Abramov Y, Sanjay G, Botros SM, Goldberg RP, Sherman W, Rurak M, et al. Do alterations in vaginal dimensions after reconstructive pelvic surgeries affect the risk for dyspareunia? *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:1573-7.
- Bobes J, Díexus S, Gibert J. Psicofármacos y función sexual. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- Kaneko K. Penetration disorder: dyspareunia exists on the extension of vaginismus. *J Sex Marital Ther*. 2001;27:153-5.
- De Kruiff ME, Ter Kuile MM, Weijenborg PT, van Lankveld JJ. Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21:149-55.
- Goldstein AT, Goldstein I. Sexual pain disorders involving pathology within the vestibule: current techniques. En: Goldstein I, Meston CM, Davis SR, Traish AM, editors. Women's sexual function and dysfunction. London: Taylor & Francis; 2006.
- Capasso P, Simons C, Trotteur G, Dondelinger RF, Henrotteaux D, Gaspard U. Treatment of symptomatic pelvic varices by ovarian vein embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 1997; 20:107-11.