

Matrimonio no consumado durante diez años y vaginismo crónico

J. López-Olmos

Sexólogo y Ginecólogo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

ABSTRACT

We report a case of unconsummated marriage for 10 years and chronic vaginitis in a 30-year-old woman. Hymenectomy and Pozzi's plasty were performed.

INTRODUCCIÓN

El matrimonio establece entre dos personas de diferente sexo una comunidad de vida estable, de forma jurídica. Para las distintas religiones el matrimonio tiene un carácter sagrado, con ritos especiales para su celebración, y leyes reguladoras, con efectos, obligaciones y derechos de los cónyuges. El matrimonio es el marco escogido para la fundación de una familia y la legitimación de la prole. El matrimonio intenta integrar el amor idealizado en una institución, que defiende la función reproductiva. Todo esto que se puede considerar habitual, en las condiciones sociales actuales puede verse modificado. Y así, ni es necesario el matrimonio para la reproducción de la pareja humana, y parejas del mismo sexo pueden celebrar su matrimonio.

El matrimonio entre varón y mujer (al que vamos a seguir refiriéndonos), se consuma con la relación sexual de la pareja. Cuando el coito no ocurre se habla de matrimonio no consumado (MNC), aunque nosotros preferimos hablar de coito imposible.

En el débito conyugal, los cónyuges se hacen una sola carne. El matrimonio consumado es un débito conyugal, con cópula carnal, con penetración total o parcial del miembro viril en la vagina y eyaculación de semen testicular en la vagina¹. Puede haber emba-

razo sin matrimonio consumado, por ejemplo con un coito ante portas, eyaculación en la vulva o por inseminación artificial.

La sexualidad es vital en el matrimonio, da placer, reduce la tensión y refuerza la intimidad de la pareja. ¿Qué se debe pensar, cuando hay casos de MNC de larga duración, de hasta 22 años?². Este caso se resolvió con explicación sexual, masturbación mutua con penetración de los dedos sin dolor, hasta la consumación.

En el MNC hay mucho sufrimiento y puede llegar-se al divorcio. No se consulta por vergüenza. Se pierden el deseo y la potencia³. Suele estar bien asumido por la mujer, salvo en casos de disfunción eréctil. En la mayoría de casos se debe al vaginismo, que es un espasmo muscular con hiperestesia del introito, la vagina y el ano, y los músculos aductores del muslo, que incluso llega a opistótonos. En el vaginismo hay ansiedad aguda, tensión muscular, náuseas y ataque de pánico.

La primera causa es el vaginismo en el 64%⁴, luego le siguen el bajo deseo sexual de la mujer (14%), la disfunción eréctil (11,2%), la eyaculación precoz (8,3%) y el bajo deseo sexual del varón (2,7%). Hay correlación entre la edad de la mujer y el bajo deseo sexual ($p = 0,013$), y hay correlación entre la consanguinidad y el bajo deseo sexual del varón ($p = 0,023$).

En un estudio de 32 casos y 50 controles⁵ se vio que en el MNC, la mujer era más neurótica y menos extrovertida que la normal, con el inventario de personalidad de Eysenck. Las causas psicológicas son: la ignorancia, la mala información sexual y la culpabilidad sexual, el componente religioso y la personalidad pasivo-agresiva.

El tratamiento del MNC se comienza tras la valoración. El perito debe ser un ginecólogo, no una matrona ni un médico general¹. El tratamiento es la educación sexual, descondicionar juntos en la pareja la fobia a la penetración y aumentar la comunicación

Aceptado para su publicación el 26 de octubre de 2005.

entre la pareja⁵. «Es mejor firmeza que simpatía»³: hay que buscar su cooperación, tener persuasión y disponer de tiempo y paciencia en la psicoterapia. También es muy importante la confidencialidad⁴.

Presentamos un caso de MNC de 10 años de duración con vaginismo crónico en una mujer de 30 años. Comentaremos luego hechos relevantes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años, nuligesta, con menarquía a los 13 años y fórmula menstrual normal, 4/28, y sin antecedentes personales de interés. Acudió a la visita en el año 2000 por esterilidad. Llevaba casada desde los 20 años (10 años) y aún no había realizado el coito debido a un gran vaginismo. A pesar de lo extraño y poco frecuente del caso, no había consultado a ningún médico ni sexólogo.

En la exploración ginecológica (fig. 1) se apreciaban unos genitales externos normales, con el himen íntegro y una estenosis del introito. Se indicó una himenectomía y una plastia de Pozzi, que se realizaron al mes siguiente, sin complicaciones y con buen resultado funcional (introito permeable a dos dedos). La paciente no acudió a la consulta de revisión y se perdió su pista.

El 20 de febrero de 2004, por casualidad, aparece de nuevo en nuestra consulta, con 34 años, refiriendo dispareunia. Contó que al poco tiempo tras la intervención se había separado del marido: tenían problemas de pareja más profundos que el himen. Tuvo su primera relación sexual a los 33 años, y usa el preservativo como anticoncepción. En la actualidad está con otro hombre, y no tuvo problemas al principio, las primeras veces, pero ahora sí. Refiere dispareunia,



Fig. 1. Imagen macroscópica. Genitales externos de la paciente. Puede apreciarse el himen íntegro y la estenosis del introito.

dolor profundo, habitual, en cualquier postura. No hay problema de tamaño del pene, es dolor en la relación y picor. También nota sequedad vaginal. No utiliza lubricante.

En la exploración ginecológica se encuentra una vagina capaz, permeable a dos dedos; pero también comprobamos un reflejo involuntario de la contracción muscular vaginal, un vaginismo que es el que le produce las molestias. Su pareja desea el embarazo, pero ella no está convencida, y su rechazo utiliza el vaginismo inconscientemente para impedirlo.

Tras dedicarle tiempo y esfuerzo a explicarle a esta paciente dónde radican sus problemas de orden psicológico, puesto que ginecológicamente es normal (exploración y ecografía vaginal normales), la sorpresa fue que de nuevo no acudió a revisión, así que desconocemos la evolución.

DISCUSIÓN

El matrimonio consumado, el coito, conlleva desfloración y desgarro del himen, por un pene en erección. Cada uno puede ser idóneo, pero si no hay condiciones complementarias que compensen, el resultado puede ser un MNC, y llegar a una anulación del matrimonio o al divorcio⁶.

En nuestro caso podemos destacar: un MNC durante 10 años, con su adaptación, ya que en ese tiempo la paciente no consultó a ningún médico. Sólo cuando la mujer tenía 30 años, con la excusa de esterilidad acudió a la consulta: MNC por vaginismo intenso. La paciente se sometió a una intervención quirúrgica facilitadora, la himenectomía y la plastia de Pozzi, que amplían el introito. Tras ella, ya puede practicar el coito, y es en ese momento cuando se divorcia del marido. No acude a revisión. Reaparece a los 4 años refiriendo dispareunia, con una nueva pareja, pero llama la atención otro síntoma inconsciente, y es que no desea el embarazo que le solicita su pareja, por lo que responde de nuevo con vaginismo. Aunque se le dio una explicación completa de su caso, y se citó a revisión, no acudió. Un caso que podía resolverse fácilmente llevará una tórpida evolución.

En el caso del vaginismo, cuanto más se retrase su tratamiento, más difícil será su cura. Se debe a ignorancia y desinformación⁷. El vaginismo sirve para proteger a la mujer de confrontación con problemas sexuales del varón. La aceptación del vaginismo por el varón representa a veces una latente homosexualidad. Pero también con anomalía anatómica, el vaginismo es más difícil de tratar.

Las variables pronósticas del vaginismo fueron⁷: duración de la disfunción; concepto de la paciente sobre la etiología del problema; historia anterior de intentos de tratamiento operativo; factores motivacionales-deseo de embarazo; grado de aceptación del marido de MNC; anomalías orgánicas previas; falta de conocimiento sexual; miedo a enfermedades de transmisión sexual y sida; actitudes de los padres sobre el sexo, y actitud de la paciente hacia sus genitales.

Cuando no hay anomalía anatómica, o si está resuelta, se requiere tratamiento psicológico, y hay que seguir controles después de la consumación⁸. Tras conseguir el coito, si no se desea el embarazo, debe utilizarse algún método contraceptivo. Deben aceptar su femineidad, perder los miedos y la ansiedad, deben cooperar y aceptar su cuerpo y sus estructuras genitales.

La terapia psicósomática debe ser breve, y con alguien especializado⁹, de forma privada (sin presencia de residentes ni de estudiantes). Alguien especializado que con habilidad pueda resolver ese sufrimiento innecesario y esos años de miseria. En un estudio prospectivo con 16 médicos y 159 parejas tratadas, el 60% consumó en 6 meses, el 68% en 12 meses y el 72% en 24 meses¹⁰.

El MNC es una entidad clínica independiente y diferente de las causas individuales¹¹. El tratamiento breve consigue éxito de consumación en el 97%, pero el seguimiento debe ser a largo plazo. Hay erotofobia, complicidad en el síntoma, negación de la necesidad de buscar ayuda. La mujer aguanta más, el varón cambia de pareja, aunque pueden tener sexualidad con caricias y sexo oral.

RESUMEN

Presentamos un caso de matrimonio no consumado durante 10 años y vaginismo crónico en una mujer de 30 años. Se le practica himenectomía y plastia de Pozzi.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puig i Roig P. El peritaje ginecológico en las causas de matrimonio rato y no consumado (I). *Rev Esp Obstet Ginecol*. 1955;14:64-79.
2. Chakrabarti N, Sinha VK. Marriage consummated after 22 years: a case report. *J Sex Marital Ther*. 2002;28:3014.
3. Malleson J. Sex problems in marriage (with particular reference to coital discomfort and the unconsummated marriage). *Practitioner*. 1954;172:389-96.
4. Addar MH. The unconsummated marriage: causes and management. *Clin Exp Obst Gyn*. 2004;31:279-81.
5. Duddle M. Etiological factors in the unconsummated marriage. *J Psychosom Res*. 1977;21:157-60.
6. Puig i Roig P. El peritaje ginecológico en las causas de matrimonio rato y no consumado (II). *Rev Esp Obstet Ginecol*. 1955;14:150-63.
7. Scholl GM. Prognostic variables in treating vaginismus. *Obstet Gynecol*. 1988;72:231-5.
8. Abraham HC. Therapeutic and psychological approach to cases of unconsummated marriage. *Br Med J*. 1956;4971:837-9.
9. Bramley HM, Brown J, Drapper KC, Kilvington JM. Brief psychosomatic therapy for consummation of marriage. *Br J Obstet Gynecol*. 1981;88:819-24.
10. Bramley HM, Brown J, Drapper KC, Kilvington JM. Non-consummation of marriage treated by members of the Institute of Psychosexual Medicine: a prospective study. *Br J Obstet Gynecol*. 1983;90:908-13.
11. Gindin LR, Resnicoff D. Unconsummated marriages: a separate and different clinical entity. *J Sex Marital Ther*. 2002; 28 Suppl 1:85-99.