

Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia

Female sexual pain disorders: a review of its definition, etiology and prevalence

Yuneidy Alejandra Becerra-Alfonso*

*Estudiante de Medicina de X nivel. Editora Asociada y Miembro del Consejo Editorial de la Revista MÉDICAS UIS. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Srta. Yuneidy Alejandra Becerra-Alfonso. Dirección: Calle 94 No. 47-76. Bucaramanga. Santander. Colombia.
Correo electrónico: alejabeal@gmail.com

¿Cómo citar este artículo?: Becerra-Alfonso YA. Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. MÉD UIS. 2015;28(3):267-72.

La definición de sexualidad constituye dentro de sí misma un tema amplio y controvertido, que ha variado como la ciencia con el paso del tiempo, complementándose o modificándose en la medida que su complejo funcionamiento dentro del hombre se estudia desde una perspectiva de integralidad. La posibilidad de entender la sexualidad como un conjunto de procesos psicobiológicos dependientes de la cultura entre otros factores, dificulta la capacidad de clasificar las respuestas sexuales dentro de un marco de normalidad o anormalidad. Dicha dificultad presenta mayor grado de complejidad en el contexto de la mujer, debido a que continua siendo un tema de discusión dependiente tanto de factores biológicos como sociales, al considerar el sin número de tabúes que rodean a lo femenino y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de estas¹.

El estudio multicéntrico SWAN realizado en Estados Unidos que buscó determinar el estado de salud de las mujeres a lo largo del país, logró demostrar que para el 75% de las féminas en edad reproductiva encuestadas desde 1994 hasta el 2004, el sexo constituye un importante parámetro de bienestar imprescindible para la vida, razón por la cual el ejercicio saludable y satisfactorio del mismo ha impulsado un importante aumento en las investigaciones de la sexualidad femenina en las últimas dos décadas¹.

Sin embargo, la reciente consideración de la multifactorialidad en las respuestas sexuales genera que la interpretación del concepto deba acomodarse con el desarrollo y la percepción sociocultural de cada país². En América Latina por ejemplo, el goce del “sexo seguro” se ha limitado desde siempre a la prevención, de enfermedades sexualmente transmisibles, del embarazo adolescente, de cáncer ginecológico, de la enfermedad materno-infantil y a la planificación familiar; en adicional a ello se ha excluido casi que por completo el desarrollo de programas que promuevan el placer y la satisfacción sexual como componentes igualmente importantes en el ejercicio del sexo responsable y su correcta aplicación en los derechos sexuales y reproductivos; lo anterior ha contribuido a limitar la disponibilidad de información relacionada con trastornos sexuales femeninos en la población latinoamericana hasta la fecha³.

La prevención y evaluación de trastornos sexuales en la mujer en edad fértil, no logra ocupar ni un segundo plano en la consulta ginecológica. Los estudios en Colombia y la literatura científica relacionada con el reporte de los efectos en la calidad de vida de las mujeres con este tipo de trastornos son casi inexistentes y siguen relegándose aun cuando en países más desarrollados, con políticas claras de garantía en la calidad de vida de la mujer, generan

reportes afirmando que “los desórdenes sexuales como la dispareunia o el coito doloroso, constituyen los trastornos sexuales más comunes en la población femenina”³.

El tema resulta preocupante considerando que para el 2010 en Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informó que de la totalidad de casos que reportaban maltrato de pareja en el 88,43% de los casos, las víctimas fueron mujeres; de las cuales el 63,8% se encontraban en edad reproductiva siendo aquellas entre los 25 a 29 años las más afectadas. El reporte del Observatorio de Asuntos de Género de la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, generado en el 2010, afirma que aunque la violencia física de pareja en Colombia puede presentarse desde los 10 años, las mujeres entre los 25 y 29 años representan el mayor número de casos ya que es a esta edad el momento en el que comienzan a consolidar sus relaciones de pareja, en medio de ambientes regidos por el poder y el dominio masculino, las conductas violentas son normalizadas por la cultura machista de sus territorios⁴. Siendo consecuentes con los datos y considerando el alto riesgo psicosocial al cual se encuentran expuestas desde tan temprana edad, no sería extraño esperar que para algunas de las mujeres colombianas la ausencia parcial o total de placer, lubricación u orgasmos durante una relación sexual sea interpretada como una respuesta sexual normal o incluso conciben la idea de que sentir dolor “en medio de” pueda o tenga que hacer parte del ejercicio cotidiano de su sexualidad.

Considerando que en México el 8% de las mujeres que viven o han vivido con una pareja sexual han sido obligadas a tener relaciones sexuales cuando no lo deseaban, una de cada 19 mujeres entre los 25 y 54 años reducen el número de relaciones sexuales que habrían deseado tener por persistencia de trastornos sexuales en sus vidas y solo uno de cada cinco mujeres con problemas de disfunción sexual ha hablado con su médico al respecto³, en Colombia podría esperarse un panorama similar o incluso peor, sin embargo no se conoce; y la verdad es que en tanto se siga subvalorando la importancia de reportar los trastornos sexuales femeninos en nuestro país, no se estará educando y orientando correctamente a las mujeres en el ejercicio de una vida sexual con la responsabilidad y libertad que este asunto amerita.

La disfunción sexual femenina constituye una serie de trastornos altamente prevalentes, por definición

refiere las distintas formas en las que una mujer es incapaz de participar en una relación sexual de la forma como lo desearía, por alteraciones en el deseo o en los cambios psicofisiológicos que se necesitan al momento del coito. A nivel mundial afecta del 20% al 50% de las mujeres, mientras que en Estados Unidos el 40% de la población femenina se ha visto involucrada y según datos de Salud Nacional y Social “un tercio de las mujeres no sienten interés sexual y casi un cuarto no experimentan orgasmos; el 20% de los reportes se deben a dificultad en la lubricación y un 20% adicional por dejar de encontrar placentera la relación sexual”^{5,6}. La prevalencia de trastornos sexuales mantiene una relación proporcional con la edad, encontrándose que para las mujeres entre los 18 a 44 años durante el 2008 en Estados Unidos, se reportó un 10,8% y entre los 45 a 64 años un 14,8% de prevalencia de algún trastorno sexual⁶.

Debido a que la respuesta sexual involucra una secuenciación y coordinación multifacética de orden fisiológico, un trastorno sexual puede verse desarrollado en diferentes categorías generando superposición diagnóstica, sin embargo según el reporte del año 2000 por el panel de expertos de la Conferencia Internacional para el Desarrollo del Consenso en Disfunción Sexual Femenina, la clasificación manejada tanto para el CIE-10 como para DMS-IV incluye cuatro categorías de trastornos sexuales femeninos: del deseo, de la excitación, del orgasmo y del dolor sexual, siendo la angustia personal un criterio de inclusión de disfunción sexual y el principal síntoma subjetivo de dichos trastornos, así pues, se afirma que la disfunción sexual femenina puede darse por causas tanto orgánicas como psicógenas^{2,5,6}.

Aunque gran parte de los trastornos sexuales como la dispareunia y el vaginismo en la mayoría de los casos son debidos a problemas orgánicos, es posible diagnosticarlos independientemente de su etiología y simplemente se hace necesario conocer de su existencia. El presente artículo tiene como objetivo principal informar acerca de la definición y prevalencia de las patologías netamente orgánicas que se engloban dentro de la categoría de trastornos del dolor sexual, proporcionando al lector las bases teóricas que lo incentiven al reconocimiento, búsqueda y reporte de los mismos durante la consulta médica incluso de primer nivel. Se espera que en un futuro se pueda establecer el estado epidemiológico de nuestra población, permitiendo la correcta promoción de una vida sexual satisfactoria y plena.

Con base a lo anterior se realizó una búsqueda bibliográfica sin restricción de año de publicación, en las bases de datos PubMed, SciELO, OVID, MEDSCAPE y UpToDate en los idiomas inglés y español utilizando las palabras claves “sexualidad”, “disfunción sexual” y “dolor sexual” según DeCS y MeSH. Se seleccionaron 13 artículos con disponibilidad *fulltext* que incluían dentro de su estructura definiciones, etiologías y datos epidemiológicos del dolor sexual, obteniendo publicaciones desde el 2000 hasta el presente año con la siguiente distribución: nueve revisiones de tema, dos artículos originales, un informe multidisciplinario y un consenso internacional de expertos. Solo una de las revisiones de tema fue excluida al poner en manifiesto dudas sobre la inclusión del vaginismo y la dispareunia como patologías causantes de dolor sexual. La siguiente revisión se basó en un total de 12 artículos para el cumplimiento de sus objetivos.

TRASTORNOS DEL DOLOR SEXUAL

En Estados Unidos se estima que dentro del 40% de los problemas relacionados con el coito, el 12% son secundarios a Trastornos del Dolor Sexual (TDS). Los TDS o desordenes de dolor genito-pélvico, son definidos como la presencia de dolor persistente o recurrente durante las actividades sexuales, ya sean las involucradas durante la penetración vaginal o simplemente las relacionadas con estimulación táctil de la vulva y el vestíbulo; el reporte del Consenso en Disfunción Sexual Femenina incluyó en el año 2000 dentro de los TDS al Trastorno del Dolor Sexual No Coital (TDSNC), como su nombre lo indica, el producido ante cualquier tipo de estimulación sexual sin involucrar penetración. Las mujeres con TDS experimentan dolor localizado en el área genital antes, durante o después de las relaciones sexuales; esta condición logra repercutir en su salud mental y física, modificando las relaciones interpersonales, el desempeño laboral, etcétera^{5,7-11}.

Los TDS pueden clasificarse según el antecedente de aparición, en primarios si se manifiestan con la primera relación sexual, o secundarios si la sintomatología se experimenta por primera vez luego de previas relaciones sexuales sin dolor. Una clasificación adicional involucra la frecuencia de aparición del trastorno en completos, si se presentan

con cada encuentro sexual o situacionales, si solo ocurren en algunas ocasiones o con algunas parejas pero no en todas las oportunidades⁷. Sin embargo según el consenso de expertos en el 2000, a cada paciente debe evaluársele su cuadro clínico dentro de las siguientes categorías:

- Categoría A: de por vida o adquirido.
- Categoría B: generalizados o situacionales.
- Categoría C: orgánicos, psicógenos, mixtos o de etiología desconocida^{5,11}.

Los TDS se reconocen como una forma heterogénea de dolor crónico y dentro de las causas orgánicas relacionadas están incluidas la dispareunia superficial y profunda, el vaginismo, la vulvodinia, la vestibulitis y el TDSNC¹¹. Es común encontrar que las mujeres toleran el dolor sexual sujetas al pensamiento del sexo como una obligación marital, ignorando que la carga emocional adquirida frente a este trastorno conduce a efectos como la disminución de la actividad sexual y distanciamiento e incompreensión de pareja. Por otra parte un estudio realizado en Suecia informó que solo el 28% de las mujeres con antecedentes de dolor sexual prolongado y severo consultaron al médico por esta sintomatología^{8,11}.

ETIOLOGÍA DEL TDS

Los TDS incluyen un espectro etiológico desde el ámbito anatómico hasta modificaciones fisiológicas, psicológicas y psicosociales; el vestíbulo vulvar, la uretra y la vejiga comparten origen embriológico por lo cual una afección específica en alguna de estas zonas podría desencadenar concurrencia de dolor. El dolor sexual puede ser de carácter nociceptivo producto de una enfermedad o lesión en curso y neuropático cuando ocurre por daños directos del nervio o actividad neuronal anormal, este tipo de dolor sexual persiste incluso en ausencia de un compromiso orgánico específico⁷.

Dentro de las principales causas orgánicas que se han encontrado relacionadas con los TDS se describen las infecciones vaginales recurrentes, uso de anticonceptivos orales, endometriosis, deficiencias estrógenicas, prolapso de los órganos pélvicos y malformaciones anatómicas entre otros (Ver Tabla 1)¹¹.

Tabla 1. Causas Orgánicas de Trastorno de Dolor Sexual

Causa Orgánica	Efecto Sobre el Dolor Sexual
Endometriosis	Principal causa de dispareunia profunda
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	Adherencias abdominales con dolor crónico incluyendo dispareunia profunda
Deficiencia de Estrógenos	Dispareunia posmenopáusica por atrofia vulvovaginal
Prolapso de Órganos Pélvicos e incontinencia urinaria	Efectos deletéreos manifiestos post-cirugía
Cistitis intersticial	Dispareunia
Mutilación genital femenina	Dispareunia y trastornos psicológicos de por vida
Terapia para cáncer ginecológico	Dispareunia por fibrosis y atrofia genital de la mucosa vaginal
Malformaciones	Septum vaginal y anomalías congénitas
Hidradenitis supurativa	En casos graves genera cicatrización crónica
Fibroma Uterino	Dispareunia profunda por presión de la vejiga y el intestino
Síndrome de Intestino Irritable	Vulvodinia
Radiación pélvica	Dispareunia superficial y profunda por atrofia y disminución de la lubricación

Fuente: Adaptado de Simoneli C, Eleuteri S, Petrucelli, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27:406-12.

Algunos estudios han demostrado que los factores psicológicos pueden condicionar la localización del dolor sexual. Se ha reportado una mayor incidencia de vulvodinia en mujeres con historial de abuso sexual y físico en la infancia, así como relación entre depresión y ansiedad en la aparición de dolor vulvar crónico y dispareunia; adicionalmente se ha comenzado a describir cómo la experiencia de dolor durante la penetración, conlleva a sensaciones de temor que inhiben la excitación genital lo cual se refleja en una lubricación insuficiente. Con lo anterior se configura un círculo vicioso de miedo-dolor que autoinduce la aparición y el aumento del dolor durante el coito^{10,11}. Sin embargo, la relación de las causas psicógenas con los TDS no son objeto de la presente revisión.

DISPAREUNIA

Se define de forma clara como la presencia de dolor genital recurrente o persistente durante el coito; descrita en la literatura predominantemente en femeninas con una incidencia mundial reportada por la OMS entre un 8% a 22% mientras otros autores presentan variaciones entre un 10% y 15% quizá relacionados con factores socioculturales propios de cada país investigado^{7,9}. Lo que realmente resulta interesante es su marcada prevalencia del 13% en edades reproductivas entre

los 20 y 29 años, con descensos directos por cada década subsiguiente⁷.

La dispareunia puede clasificarse dependiendo de la localización anatómica del dolor, de esta forma la dispareunia superficial es descrita cuando el dolor se produce con la penetración inicial del introito vaginal, mientras que la dispareunia profunda se relaciona con la penetración vaginal tal como su nombre lo indica¹¹.

VAGINISMO

Los más recientes informes describen el vaginismo como la aversión a cualquier forma de penetración vaginal, sin embargo de manera tradicional y casi desde la implementación del término en el siglo XIX, se define como un espasmo involuntario de la musculatura y el piso pélvico que rodea el orificio vaginal^{7,8,13}, aun cuando la reproducción del mecanismo fisiológico de las fibras vaginales en esta patología no concuerden con el espasmo muscular normal. Por esta razón, es preferible considerar el vaginismo como la dificultad persistente o recurrente a la penetración bien sea genital, digital o instrumental a pesar del deseo expresado de la mujer para hacerlo, acompañado del sentimiento de angustia personal^{5,9,11}. El vaginismo puede considerarse por algunos autores como un mecanismo de defensa

fóbico, en la mayoría de las veces secundario a experiencias psicosexuales negativas.

El vaginismo primario puede estar relacionado con factores predominantemente psicógenos mientras que el secundario por lo general representa una respuesta condicionada al dolor físico o propio de una nueva relación sexual. Recientes estudios han demostrado que las mujeres que padecen este trastorno presentan un mayor reconocimiento de sensaciones y emociones negativas como molestia, asco y ansiedad ante estímulos sexuales como películas eróticas e imágenes de contenido sexual^{12,13}. Un estudio que analizó a 2979 mujeres reportó una prevalencia del 0,4% con una variación entre el 1 y el 7% entre otros autores^{7,12}.

VULVODINIA

Denota la sensación de incomodidad o malestar ubicado en cualquier parte de la vulva en ausencia de hallazgos físicos de infección o inflamación y en algunas ocasiones únicamente atribuida a secuelas neurológicas; la molestia que generalmente es descrita como un dolor quemante también puede presentarse como escozor o sensación de irritación. Realmente no se ha logrado esclarecer su etiología, sin embargo puede clasificarse en subtipos dependiendo de si se ubica o no en un determinado punto; recibe el nombre de vulvodinia localizada, más comúnmente cuando la molestia se sitúa en el vestíbulo donde también recibe el nombre de vestibulodinia o vestibulitis vulvar. La vulvodinia generalizada tal como su nombre lo indica, no involucra un punto fijo y es típicamente descrita como un dolor crónico persistente. El dolor producido se considera crónico cuando alcanza una duración de al menos tres a seis meses. La vulvodinia puede estar relacionada con el uso de tampones y ropa ceñida, la evidencia actual indica que el tiempo de vida de incidencia acumulada de la vulvodinia es cerca del 15%, lo que sugiere que cerca de 14 millones de mujeres estadounidenses en algún momento de sus vidas han experimentado síntomas de ardor vulvar crónico y dolor^{7-9,11}.

La vestibulodinia o vestibulitis, se describe como el dolor inducido al tacto del vestíbulo o en un intento de generar penetración, se caracteriza por hallazgos físicos propios de inflamación como eritema^{7,8,11}. De manera similar, el TDSNC puede definirse como el

dolor recurrente o persistente generado mediante estimulación sexual distinta al coito y localizado en la zona genital^{5,7,11}.

DISCUSIÓN

De acuerdo con el análisis de la literatura consultada es posible detectar una continua dificultad en la clasificación y diferenciación entre una y otra entidad comprendida dentro de la categoría de TDS. Si bien es posible que el número reducido de artículos limita la ampliación de las definiciones tratadas, resulta interesante rescatar que los reportes más recientes continúan basando sus estudios en datos epidemiológicos de larga data. Lo anterior permite deducir que el interés o el desarrollo de la comprensión de la disfunción sexual femenina continua siendo reducido y de poca importancia médica a nivel mundial, relegando este tipo de estudios y sus consecuentes avances a la población masculina. Los grandes estudios citados logran soportar la evidencia encontrada para el periodo de su realización pero muy seguramente se quedarán cortos en el momento de reflejar el panorama actual.

La investigación epidemiológica sobre la prevalencia, factores predictivos y resultados de la disfunción sexual en las mujeres es una necesidad urgente en el país y constituye un predictor de calidad de vida que continúa siendo ignorado. Debido a la alta incidencia de actos violentos y factores de riesgo psicosociales, se considera igualmente importante una futura revisión de las principales etiologías psicógenas relacionadas con trastornos de dolor sexual y disfunción sexual femenina, así como su incidencia en la aparición de estas patologías⁵.

CONCLUSIONES

Analizando el contexto nacional, la casi nula información relacionada con el tema más que un problema de apatía, se evidencia como una situación de desconocimiento de las temáticas y desinformación de su influencia en el bienestar integral de la mujer y la relación de pareja. En tanto el libre ejercicio de la sexualidad no sea reconocido como una función vital individual y la promoción del placer sexual con responsabilidad, el diálogo en pareja y la educación entorno a estos temas sigan siendo desvirtuados, el sexo no abandonará su más reconocido sentido

reproductivo y la mujer continuará considerando el placer y el goce sexual como un privilegio de pocas, más no como un derecho de todas.

Por último, tal y como fue planteado por Basson y cols., los estudios del médico y sus competencias en cuanto a disfunción sexual femenina hoy por hoy se necesitan con mayor urgencia, sin embargo al igual que en aquella época la mayoría de los profesionales de la salud reciben poco o ningún entrenamiento en estas áreas. Es claro que la presente revisión identifica lagunas de conocimiento respecto al estado de las respuestas sexuales de nuestra población, por tanto se plantea la necesidad de creación de nuevas líneas de investigación que incentiven el desarrollo del conocimiento de la disfunción sexual femenina en el territorio nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Magon N, Chauhan M, Malik S, Shah D. Sexuality in midlife: Where the passion goes? *J Midlife Health*. 2012;3(2):61-5.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191-208.
- García-Pérez H, Harlow SD. Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noreste de México. *Salud pública Méx*. 2010;52:148-55
- Observatorio de Asuntos de Género. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer. Seguimiento a Indicadores Poblacionales, con enfoque de género [internet]. 2010 [Citado 16 nov 2015]. Disponible en: <http://www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Violencia-contra-Mujeres-2010.pdf>.
- Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *J Urol*. 2000;163(3):888-93.
- Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and Distress in United States women, prevalence and correlates. *Obstet Gynecol*. 2008;112(5):970-8.
- Gunther E. Approach to the Woman with Sexual Pain [Internet]. 2014 [Citado 16 nov 2015]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-woman-with-sexual-pain#PATIENT_INFORMATION.
- Gunther E. Differential diagnosis of sexual pain in women [Internet]. 2015 [Citado 16 nov 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-sexual-pain-in-women>.
- Simoneli C, Eleuteri S, Petrucci F, Rossi R. Female sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(6):406-12.
- Dewitte M, Van Lankveld J, Crombez G. Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account. *PAIN*. 2011;152(2):251-3.
- Boardman LA, Stockdale CK. Sexual Pain. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(4):682-90.
- Pacik PT. Veginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the pain under anesthesia. *Aesthetic Plast Surg*. 2011;35(6):1160-4.
- Pineda CJ, Weisman MH, Bookstein JJ, Saltzstein SL. Hypothenar hammer syndrome: Form of reversible Raynaud's phenomenon. *Am J Med*. 1985;79(5):561-70.