

Dispareunia en menopausia

GUSTAVO GOMEZ TABARES, MD*, SARA GUEVARA**

Resumen

La dispareunia es una de las manifestaciones del síndrome genitourinario de la menopausia (GSM), que incluye además atrofia vaginal y cambios genitourinarios y de la estructura del piso pélvico femenino. Su causa principal es el hipoestrogenismo y por lo tanto se describe usualmente en mujeres posmenopáusicas. Es una de las sintomatologías menopáusicas que produce más pérdida de la calidad de vida y por consiguiente su estudio y tratamiento adecuado es importante para la mujeres en esa etapa de la vida. Para el médico y el prestador de salud de las mujeres es importante estar actualizados en su diagnóstico, manejo clínico y farmacológico. Se discuten en esta revisión los aspectos fundamentales de la dispareunia y el GSM y el manejo básico y actualizado.

Summary

Dyspareunia is one of the manifestations of the genitourinary syndrome of menopause (GSM), which also includes vaginal atrophy and genitourinary and the structure of the female pelvic floor changes. Its main cause is hypoestrogenism and therefore it is usually described in postmenopausal women. It is one of the menopausal symptomatology that produces more loss of quality of life and therefore its study and appropriate treatment is important for women in that stage of life. It is important for the doctor and health provider of women to be up-to-date in their diagnosis, clinical and pharmacological management. The fundamental aspects of dyspareunia and GSM and basic and updated management are discussed in this review.

Definición

Dispareunia es el dolor que se presenta durante la relación sexual, que puede presentarse u ocurrir antes, durante o después del coito. Esta sintomatología hace parte del Síndrome Genitourinario en la Menopausia (GSM), de acuerdo con la nueva definición de The North American Menopause Society (NAMS) en el año 2014. Esta definición involucra signos y síntomas desencadenados por la disminución de los estrógenos y otros esteroides sexuales que comprometen cambios a nivel de labios menores y mayores, clítoris, vestíbulo, introito, vagina, uretra y vejiga; lo que ocasiona un

conjunto de síntomas y signos que han llevado a condensarlo en la nueva denominación de síndrome¹.

La mujer en edad reproductiva durante el influjo estrogénico tiene un factor protector que le permite conservar las condiciones fisiológicas a nivel vaginal, como humedad, elasticidad y vascularidad durante la vida reproductiva. Al llegar a la menopausia este efecto se ve comprometido debido a la disminución en la actividad estrogénica. Una vez establecida la menopausia y debido al déficit estrogénico, se produce la atrofia vulvovaginal (AVV) que desencadena cambios sistémicos y físicos a nivel

* Profesor titular y distinguido. Departamento de OB-GIN. Sección Endocrinología Ginecológica, Universidad del Valle.

** Residente rotante en Endocrinología Ginecológica. Departamento de OB-GIN. Sección Endocrinología Ginecológica, Universidad del Valle.

vaginal, vulvar y en el tracto urinario inferior ¹. Estos cambios son el resultado de la disminución del colágeno y la hialinización, disminuyendo el grosor epitelial y de las células del tejido conectivo, aumento de la densidad del músculo liso y menores vasos sanguíneos, desencadenando a nivel genital atrofia de labios menores delgados y regresivos, retracción del introito, e involución de las carúnculas himeneales, además de pérdida de la elasticidad, desencadenando en la paciente durante el coito dispareunia durante la penetración. Como respuesta a lo descrito anteriormente, se presentan cambios fisiológicos locales como aumento del pH vaginal, disminución de la lubricación, elasticidad y fuerza tensil a nivel vaginal, lo que desencadena daño epitelial durante la relación sexual, fisuras, sangrado poscoital, dolor y ardor vaginal como manifestación de estos cambios.

Síntomas vaginales, dispareunia y dolor pélvico crónico

Los síntomas vaginales (incluyendo sequedad, malestar, picazón y dispareunia) son reportados por el 30% de las mujeres durante la fase posmenopáusica temprana y hasta el 47% de las mujeres durante el periodo posmenopáusico tardío. Los síntomas urológicos como urgencia, frecuencia, disuria e incontinencia no están claramente correlacionados con la transición menopáusica. A diferencia de los fogajes, los síntomas generalmente persisten o empeoran con el envejecimiento.

En comparación con las mujeres premenopáusicas, las mujeres posmenopáusicas con síntomas vaginales generalmente tienen disminuidas las secreciones y el flujo sanguíneo vaginal, hialinización del colágeno, fragmentación de la elastina y proliferación del tejido conectivo. El fluido vaginal, que es ácido, en la premenopausia se vuelve más neutral, facilitando la proliferación de organismos entéricos asociados con infección del tracto urinario. La capacidad de respuesta de muchos de estos cambios fisiológicos a la terapia de estrógenos sugiere que la deficiencia de estrógenos puede contribuir a su patogénesis. Sin embargo, los síntomas vaginales han sido asociados con me-

nores niveles séricos de andrógenos, pero no de los estrógenos.⁵

Las pacientes con menopausia desarrollan la sintomatología de la AVV de diversos grados según la afectación, como leves o severos, y estos pueden irse presentando de manera incrementada a medida que transcurre el tiempo de presentación, llevando en un futuro a la percepción de la relación sexual como un evento doloroso y traumático, ocasionando una pérdida de la libido y en un momento dado descartar la relación sexual como actividad placentera.

El estudio AGATA identificó la prevalencia del GSM y el manejo para el mismo, encontrando una incidencia para desarrollo de GSM durante el primer año del 64,7% y del 84,2% a los 6 años de haberse instaurado la menopausia². Adicionalmente se encontró una serie de factores coadyuvantes para la presencia de sintomatología de GSM más notoria, como estilo de vida sedentario, con asociación de 2,6 veces más riesgo de desarrollo de disfunción sexual, sumado a la calidad de vida y salud psicológica.

Dentro de la población con diagnóstico de GSM sintomática, solo el 25% acude a consulta médica. El consultar se encuentra mediado por la severidad de la sintomatología, mientras las mujeres no consultantes están influenciadas por el contexto social y los tabúes sobre la sexualidad en pacientes mayores de edad³. Durante la valoración se halla sintomatología de dispareunia, presente en 38%, secundaria a sequedad vaginal (75%), lo que se asocia a dolor, laceraciones, estenosis y ansiedad ante la exploración de los genitales externos en esta población. Lo anterior, expresado en una sintomatología limitante en las pacientes, lleva a consultar con la expectativa de mejorar la sintomatología. Sin embargo, ante la evaluación deben tenerse en cuenta otras entidades que pueden desencadenar sintomatología similar como infecciones vulvovaginales, desórdenes endocrinos, traumas, lesiones precancerosas, antecedente de radiación, liquen escleroso o plano.⁶

El uso de los estrógenos vaginales (uso tópico) y su papel en la mejoría o la eliminación del dolor sexual exigen la atención de los médicos e

investigadores tanto de la perspectiva hormonal de la menopausia como desde el punto de vista del dolor crónico. La cuestión de dolor crónico, no relacionada con el cáncer, ya es considerada un problema de salud pública y financieramente importante en el envejecimiento de la población. Como lo ha señalado el informe del Instituto de Medicina: *Aliviar el dolor en América, en el plan para transformar la prevención, la atención, la educación, y la investigación*, los costos a la sociedad del dolor crónico oscilan entre \$ 560 y \$ 635 mil millones anuales, un número que incluye los costos directos de la atención médica y la pérdida de productividad. Sin embargo, el dolor durante el sexo con penetración en mujeres de mayor edad no suele ser incluido en la estadística de dolor crónico, ya que la mayoría de los datos de los 100 millones de estadounidenses que sufren de dolor informan sobre dolor de espalda, dolor de cabeza severo o migraña, dolor de cuello y dolor facial o dolor. El dolor sexual crónico también debe ser incluido en cualquier cuestionario o encuesta de dolor crónico, ya que hay amplios datos de que la dispareunia afecta la calidad de vida (CDV) como otras condiciones de dolor crónico. Además, las mujeres que no usan TH sistémica y a quienes se les suministran estrógenos vaginales como estrategia de tratamiento para el dolor sexual reportaron una mayor puntuación en la Escala de Calidad de Vida que aquellas mujeres que no.⁸

El alivio de la dispareunia y la consiguiente mejoría en la CDV tiene amplias repercusiones en el envejecimiento de la población así como el dolor sexual tiene una alta prevalencia en mujeres posmenopáusicas. Hasta el 50% de las mujeres posmenopáusicas reportan síntomas de atrofia vaginal, particularmente dolor con la relación sexual, que resulta por pérdida de lubricación adecuada durante el intercambio sexual. Aunque ampliamente conocido, se debe ser reiterativo ante la presencia de estos síntomas durante las visitas médicas. Como lo señalan Kingsberg et al.⁷ en sus datos del estudio Real Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes (REVIVE), la mayoría de las mujeres no le hablan de los síntomas relacionados con su salud vulvovaginal a su cuidador de la salud. De las 3.036 mujeres

posmenopáusicas con atrofia vulvovaginal que respondieron a esta encuesta, el 44% señalaron la dispareunia como uno de sus síntomas vaginales y 15% reportan esto como su única queja; de este estudio se desprende que más del 80% de las mujeres encuestadas informó dispareunia en el último año. Además el estudio REVIVE también anotó varios factores que fueron afectados negativamente por la presencia de dispareunia, incluyendo la relación con la pareja (48%), el temperamento (19%), el disfrute de la vida (19%), el sueño (14%), viajes (8%), la búsqueda de un nuevo compañero (8%), actividad cotidiana (3%), actividad deportiva (3%), capacidad de trabajo (3%) y actividad social (1%).

Estos efectos de largo alcance ciertamente califican la dispareunia como un trastorno de dolor crónico. En el estudio de Setty y col. claramente se refuerzan los hallazgos del estudio REVIVE en cuanto a que la dispareunia, especialmente para las mujeres que no usan TH, puede disminuir la calidad de vida, y que alguna intervención debe ser ofrecida a las mujeres afectadas.

Lo que hace más convincente este tema es el hecho de que opciones adicionales que incluyen ospemifeno, microablación fraccional con láser de CO2 y dehidroepiandrosterona están disponibles o están siendo estudiadas en ensayos clínicos como opciones para el manejo de la dispareunia.

También deberían incluirse medicamentos de venta sin fórmula médica en la estrategia de tratamiento cuando sea apropiado. La dispareunia es un dolor crónico y debe tratarse globalmente como un aspecto importante del cuidado de las mujeres envejecidas.

El manejo de esta patología depende de la severidad de los síntomas, la cual puede involucrar terapia sistémica o local, teniendo en cuenta comorbilidades en la paciente, con el objetivo de mejorar la sintomatología local y sistémica, en este caso con énfasis en la terapia local. Podemos tener en cuenta las siguientes alternativas:

Respuesta sexual

Se plantea un modelo de comportamiento cognitivo de dispareunia (figura 1), el cual inte-

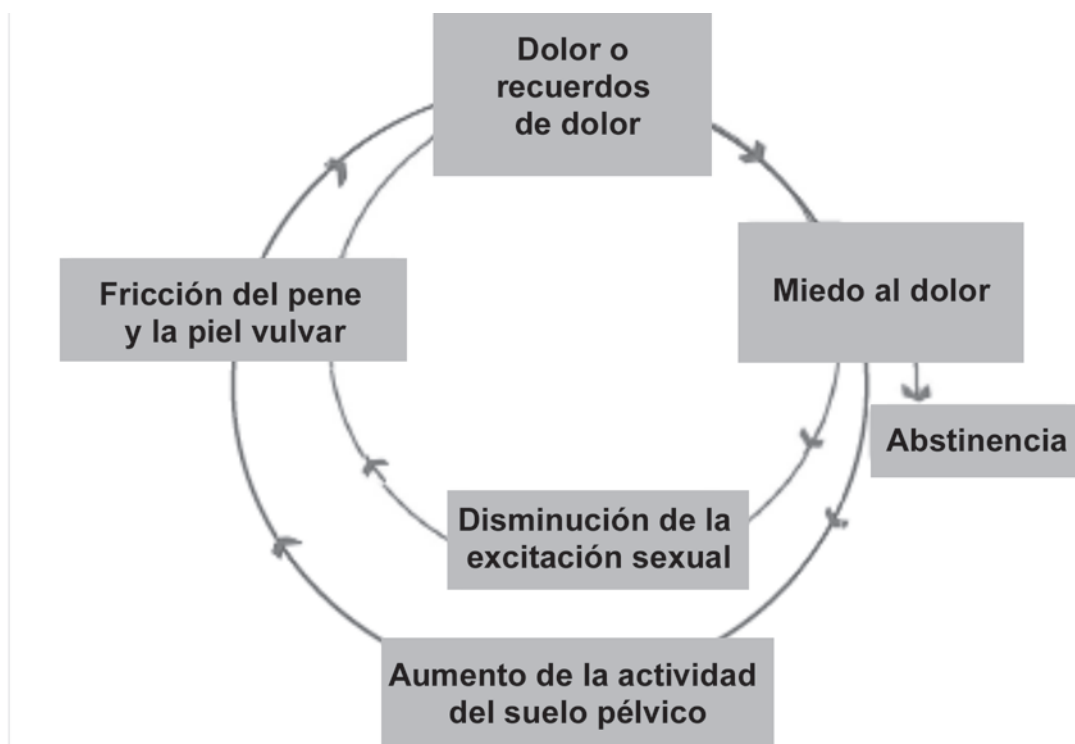


Figura 1. Modelo cognitivo y de comportamiento de dispareunia¹⁰

gra el dolor y los aspectos sexuales. Con base en este modelo, una experiencia inicial de dolor puede llevar a miedo al dolor en nuevas situaciones sexuales. Ese miedo puede disminuir la excitación sexual y la lubricación vaginal y aumentar el tono muscular del suelo pélvico, que da como resultado constricción de la entrada vaginal, lo que aumenta la probabilidad de dolor durante el intento de penetración.

Además, el miedo al dolor puede resultar en un comportamiento de evitar la relación sexual y por ende en una menor oportunidad de superar el miedo al dolor, dando como resultado una disfunción sexual crónica. El enfoque en este modelo sobre el miedo aprendido de las experiencias a través del dolor inicial está de acuerdo con puntos de vista que reconocen un papel de los mecanismos básicos de aprendizaje en el dolor crónico. Estas opiniones subrayan que los animales y los seres humanos se construyen con una señal de amenaza o dolor potencial y equipado con la capacidad de aprender a predecir el dolor mediante mecanismos de aprendizaje asociativo. Sin embargo, estos mecanismos

adaptativos de aprendizaje asociativo contribuyen al dolor, a la angustia relacionada y a los resultados en el comportamiento de evitación y, por lo tanto, en una falta de oportunidad para superar el miedo al dolor, facilitando las condiciones de dolor crónico. Una forma de aprendizaje asociativo es el condicionamiento clásico, reflejado al condicionamiento del dolor en una situación sexual; diferentes estímulos, como el compañero desnudo o la sensación de caricias específicas, pueden convertirse en señales de dolor inminente. Cuando durante los encuentros sexuales se repite el estímulo y el dolor ha ocurrido, previamente los estímulos del apetito sexual pueden provocar respuestas defensivas anticipatorias e impedir la respuesta de excitación sexual. Estudios recientes en mujeres funcionales sexuales sanas han proporcionado la evidencia inicial de los efectos del condicionamiento del dolor y el temor sobre la respuesta sexual.

Curiosamente, los estudios experimentales han indicado efectos del acondicionamiento del dolor en pacientes con dolor crónico. En

comparación con los controles sin dolor, los pacientes con dolor crónico de cabeza y dolor de espalda mostraron respuestas y menos extinción de estas respuestas, y los pacientes con fibromialgia mostraron un efecto de contraste aversivo condicionado; aunque el número de estudios en individuos con dolor crónico es limitado, y se necesita ampliar la investigación; la evidencia inicial sugiere que el dolor condicionado aumentado participa en la etiología y el mantenimiento del dolor crónico¹⁰.

Terapia hormonal

La terapia hormonal encabezada por la terapia estrogénica es considerada el manejo estándar dentro del manejo del GSM, debido a la obtención de una rápida respuesta en la restauración del epitelio vaginal, vascular, mejoría en las secreciones vaginales, acidez al pH vaginal y recuperación de la flora vaginal, lo que conlleva a mejoría de los síntomas vulvovaginales en el 90% de las pacientes. A nivel sistémico ofrece mejoría de la sintomatología vasomotora; sin embargo, debe tenerse en cuenta que la terapia sistémica puede ser coadyuvante en la prevención de osteoporosis o tener contraindicación como eventos tromboembólicos, dislipidemia, hiperplasia o cáncer endometrial, migraña, colecistitis aguda, embarazo³.

La terapia de tipo sistémico tiene uso indicado para pacientes con GSM con síntomas vasomotores, fogajes y pacientes con protección para osteoporosis. En este tipo de terapia debe de tenerse en cuenta el antecedente de contar o no con útero, y de ser así debe darse concomitantemente el manejo con terapia estrogénica, progestágenos; además se debe tener estudio de los lípidos y el metabolismo hepático. De acuerdo con la evolución, se puede dar uso intermitente con terapia local.

La terapia local, la cual es de uso tópico, tiene gran impacto y efecto rápido en pacientes con sintomatología local de atrofia vaginal, cuyo efecto permite mejoría del epitelio a nivel vaginal y a su vez restaurar la vascularidad, lubricación y demás efectos locales; sin embargo, debe tenerse en cuenta que la terapia de uso local no causa (o lo hace en forma mínima) efectos a nivel sistémico, por ende no realiza mejoría en sintomatología vasomotora o sistémica.

De acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Menopausia, NAMS, el uso de terapia tópica a dosis bajas logra efectos en la disminución del pH vaginal, aumento en el número de lactobacilos a nivel vaginal, mejoría en la sintomatología uretral y, por ende, disminución en el número de eventos de infección de vías urinarias bajas, como también mejoría en sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia. De acuerdo con las respuestas anteriores, con el uso tópico de estrógenos se observa mejoría sintomática en el 80 a 90% de las usuarias⁴, siendo la única terapia y de muy buena aceptabilidad en las pacientes con GSM. La terapia con estrógenos tópicos puede ofrecerse por medio de cremas o tabletas vaginales, uso individualizado de acuerdo a la necesidad de cada paciente con aplicaciones de 2 a 3 veces por semana; sin embargo, con dosis menores se logra observar el efecto local esperado. Posterior a 2 semanas pueden continuarse dosis de mantenimiento de 2 veces por semana por período de 3 meses y evaluar resultados.⁹

Hay una serie de contraindicaciones para el uso de terapia estrogénica tópica⁴, como la presencia de candidiasis vaginal y pacientes posmenopáusicas con hemorragia uterina anormal sin causa identificada; y hay restricción en pacientes con cáncer de mama o endometrio; sin embargo, debe de tomarse en cuenta en conjunto con oncología, en búsqueda de la mejor opción en este grupo de pacientes.

SERMs: Ospemifeno

Aunque parece haber algunos sistemas uniformemente afectados por los SERM (huesos, senos y fogajes), otros sistemas muestran diferencias marcadas. Tamoxifeno y arzoxifeno se asocian con patología endometrial anormal. El levormeloxifeno produce ecos uterinos centrales muy inusuales en la ecografía transvaginal atribuibles a la atrofia quística glandular de la basal del endometrio y miometrio proximal e incluso dentro de los pólipos. El raloxifeno no aumenta la hiperplasia endometrial o cáncer, pero es neutral en la AVV. El lasofoxifeno no produce hiperplasia endometrial o cáncer, pero resulta en un aumento de pólipos y una pequeña

cantidad de atrofia quística glandular. Clínicamente, algunas mujeres en tamoxifeno reportan sequedad vaginal severa; sin embargo, en un estudio de prevención del cáncer de mama,⁴ el 49% reportó molestas secreciones vaginales. Por lo tanto, es extremadamente importante que cada SERM sea juzgado individualmente.

Los tejidos potencialmente selectivos de los SERM incluyen los tejidos genitourinario, uterino, mamario y óseo. Dependiendo del patrón de expresión de los tejidos, las conformaciones de los subtipos de receptores de estrógenos y los efectos de las proteínas reguladoras, cada SERM tiene un perfil único en sus efectos a través de estos tejidos. La selectividad de los tejidos es una característica clave de los SERM que afecta tanto a su eficacia como a su seguridad y, en última instancia, a su viabilidad como tratamiento. Un SERM ideal para tratar el AVV debe tener efectos agonistas en el tejido vaginal, pero efectos neutros en el seno y en el endometrio. Se han estudiado varios SERM en investigación; sin embargo, hasta la fecha, ninguno ha sido aprobado para el tratamiento de AVV y sus síntomas asociados o cambios fisiológicos.

Ospemifeno, un nuevo SERM, es un compuesto oral en investigación para el tratamiento de AVV debido a la menopausia, incluyendo dispareunia moderada a severa y cambios fisiológicos (células parabasales, células superficiales y pH). El ospemifeno ha sido reportado en ensayos clínicos como eficaz y bien tolerado en mujeres posmenopáusicas con AVV. La seguridad del ospemifeno se ha estudiado hasta un año en dos estudios a largo plazo. Basado en una búsqueda de la literatura, hasta la fecha, el trabajo de Portman¹⁰ informa la cohorte de dispareunia más grande (n = 605) alguna vez estudiada para el tratamiento de mujeres posmenopáusicas con AVV. En ese estudio se demostró la eficacia y seguridad del ospemifeno en la población más grande de mujeres posmenopáusicas con dispareunia reportada hasta la fecha. Ospemifeno proporciona una opción terapéutica oral necesaria para la gran población de mujeres posmenopáusicas que experimentan dispareunia vaginal moderada a grave causada por el estado hipoestrogénico crónico de la menopausia que no se resuelve espontáneamente y a menudo empeora con la

edad. Debido a que las mujeres viven más tiempo y muchas continúan siendo sexualmente activas después de la menopausia, un tratamiento bien tolerado y efectivo podría beneficiar a un gran número de mujeres posmenopáusicas y sus compañeros. Una dosis de 60 mg/día, comparada con placebo, reduce efectivamente los signos fisiológicos de AVV y dispareunia en las mujeres posmenopáusicas mientras que no induce efectos estrogénicos significativos en el tejido endometrial o efectos adversos clínicamente importantes. Además, el ospemifeno a 60 mg/día demostró una eficacia significativa en presencia de uso de lubricante, observándose uso de lubricante numéricamente menor en la cohorte tratada, en comparación con las participantes que recibieron placebo. Al momento del estudio no existían SERM disponibles con un perfil selectivo de tejidos conducente para el tratamiento de la AVV posmenopáusica (es decir, acción estrogénica sobre el epitelio vaginal concurrente con efectos mínimos sobre el endometrio y efectos neutros sobre la mama). Sobre la base de los resultados de este ensayo y los ensayos previamente informados, ospemifeno tuvo el potencial de ser la primera alternativa oral a los estrógenos vaginales para el tratamiento de la dispareunia asociada con AVV.¹¹

El 26 de febrero de 2013, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprobó este compuesto, ospemifeno, para el tratamiento de dispareunia moderada a severa, un síntoma de atrofia vulvar y vaginal debido a la menopausia; esto es extremadamente importante para las mujeres. Anteriormente, no había ningún estrógeno aprobado por la FDA (local o sistémico) para tal indicación. Ospemifeno es un SERM. La FDA ahora prefiere el término agonista/antagonista de los estrógenos con efectos selectivos de los tejidos. Sin embargo, en el inserto de Osphena (un nombre de marca registrada para el ospemifeno) se indica que tiene efectos agonísticos estrogénicos en el endometrio. Hay un mayor riesgo de cáncer de endometrio en una mujer con un útero que usa estrógeno sin oposición. Con el raloxifeno sucedió lo mismo a pesar de que en el estudio de seguridad uterina del raloxifeno que incluyó a

415 participantes⁷, a un año la incidencia de proliferación con raloxifeno 60 mg fue 3%, y la incidencia de hiperplasia fue del 0%. Con el estrógeno sin oposición en el punto final, la incidencia de proliferación fue del 39%, y la incidencia de hiperplasia fue del 23%. Con ospemifeno, los datos de seguridad a las 52 semanas revelaron una incidencia de proliferación del 1,0% y un caso de hiperplasia (0,3%). Se encontró un caso de hiperplasia en una mujer que presentaba sangrado vaginal, tenía proliferación activa en la biopsia, y se le diagnosticó hiperplasia endometrial 88 días después. Además, el prospecto indica que la incidencia de cualquier tipo de endometrio proliferativo (débilmente más activo, más desordenado) fue de 86,1 por mil en Osphena frente a 13,3 por mil para el placebo. La proliferación se caracteriza por una abundante actividad mitótica y progresión glandular. Histológicamente, aparece como un endometrio inactivo con mitosis raras (figura 2). Sobre la base de estos datos, puede creerse que el ospemifeno es más similar al raloxifeno que a los estrógenos⁴.

Terapia no hormonal

Lubricantes

Adicionalmente hay una serie de alternativas no hormonales como uso de lubricantes vaginales o hidratantes como uso previo de la actividad sexual o uso de dispositivos como dilatadores en el manejo de la VVA⁴. Sin embargo, hay pocos estudios clínicos sobre la eficacia de estos productos, debido a que hay registros sobre mejoría en la fricción durante la relación sexual mas no beneficios sobre el cambio del pH vaginal, sequedad vaginal a largo plazo, alteraciones sobre lactobacilos, presencia de irritación o reacción alérgica a los componentes. De acuerdo con lo anterior, podría concluirse que terapias no hormonales pueden ser de ayuda en pacientes con vida sexual activa en periodos de corto tiempo. Dentro de los productos recomendados, se tienen en cuenta geles acuosos y de silicona que, según se ha observado, presentan compatibilidad con el látex en el uso del condón.

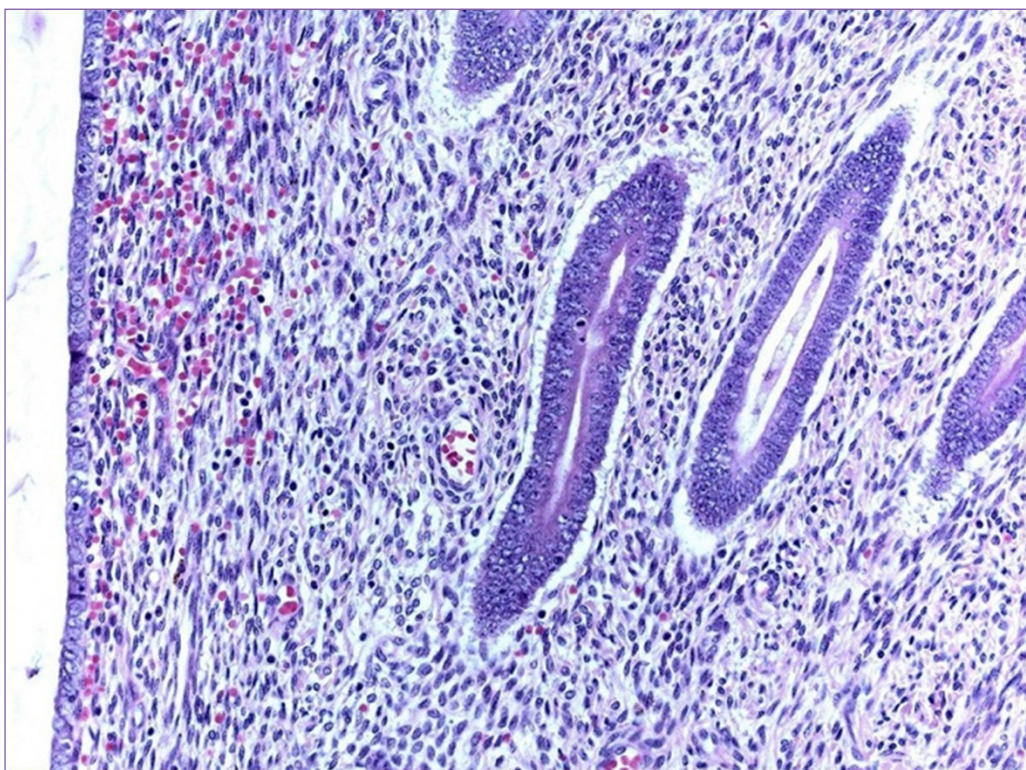


Figura 2. Endometrio débilmente proliferativo mostrando un endometrio básicamente inactivo con mitosis escasas y aisladas. Nótese la falta de una verdadera proliferación.⁶

La terapia de láser tiene un papel terapéutico en diversas condiciones médicas y últimamente ha ganado interés como un tratamiento no hormonal para el síndrome genitourinario de la menopausia (GSM) y como una opción no invasiva para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Tanto el láser CO2 fraccional microablative como el láser vaginal no ablativo, Er: YAG (VEL), inducen cambios morfológicos en los tejidos vaginales y los datos de ensayos clínicos no aleatorios sugieren que la terapia con láser puede aliviar la sequedad vaginal y la dispareunia. Se ha informado que VEL mejora la IUE, así como el prolapso vaginal. Aunque no se han reportado grandes ensayos aleatorios, la evidencia sugiere que el VEL puede ofrecerse como una alternativa segura y eficaz a la terapia de reemplazo hormonal (TH) en el GSM, así como un tratamiento de primera línea para la IUE leve a moderada, antes de recurrir a los procedimientos quirúrgicos. Se necesitan estudios aleatorios para comparar los tratamientos con láser con otras terapias, así como para evaluar la duración de los efectos terapéuticos y la seguridad de las aplicaciones repetidas. La investigación está evaluando actualmente una sonda robótica automatizada para tratamientos VEL y una sonda intrauretral para el tratamiento de IUE severa y de tipo III.¹²

En un estudio para evaluar la seguridad y la eficacia a largo plazo del tratamiento fraccionario con láser de CO2 en la severidad de los síntomas del síndrome genitourinario de la menopausia (GSM), incluida la dispareunia, en 102 mujeres menopáusicas que no pudieron por diversas razones hacer otro tipo de manejo, se trató a dichas mujeres con el láser de CO2 fraccional (MonaLisa Touch, DEKA) a través de una serie de sesiones, administrándolo a intervalos de seis o más semanas.

Se utilizó el Australian Pelvic Floor Questionnaire para recopilar datos sobre la función sexual y los efectos genitourinarios. Se utilizó test de Wilcoxon para detectar cambios estadística y clínicamente significativos en la función sexual y los efectos secundarios que ocurren desde antes hasta después del tratamiento.

Los autores reportan resultados a corto plazo (2-4 meses después del tratamiento inicial), observando mejoras significativas en la función sexual, dispareunia, problemas sexuales, función de la vejiga, síntomas de prolapso, sensación y lubricación, e incontinencia de urgencia. Desde la línea base hasta el seguimiento a largo plazo (entre 12 y 24 meses), registraron mejoras estadísticamente significativas en todas las variables. Además hubo mejora en las medidas de la vejiga¹³.

En otro estudio reciente se evaluó la eficacia del tratamiento con láser CO2 en pacientes con cáncer de mama como método terapéutico para la atrofia vulvovaginal (AVV) y la dispareunia.

Cincuenta pacientes (edad media 53,3 años) fueron sometidas a tratamiento fraccionario de láser de CO2 microablative para la dispareunia en menopausia oncológica (tiempo medio de la menopausia 6,6 años). Se eligió el Vaginal Health Index (VHI), de Gloria Bachmann, como sistema para evaluar la presencia de AVV y su mejoría después del tratamiento. La intensidad de la dispareunia se evaluó utilizando una escala analógica visual (VAS).

Los datos indicaron una mejora significativa en dispareunia por AVV en sobrevivientes de cáncer de mama que se habían sometido a 3 sesiones de láser CO2 fraccional vaginal como tratamiento. Por otra parte, las puntuaciones del (VHI) fueron significativamente más altas 30 días después del tratamiento. El 76% de las pacientes estaban satisfechas o muy satisfechas con el tratamiento.

La mayoría (52%) de las pacientes al seguimiento a largo plazo (tiempo medio de 11 meses) no presentaron eventos adversos debido al tratamiento fraccionario con láser de CO2.

Los autores concluyen que el tratamiento con láser de CO2 fraccionado parecía ser un tratamiento factible y eficaz para AVV y dispareunia en supervivientes de cáncer de mama con contraindicaciones a los tratamientos hormonales.¹⁴

Podemos decir entonces que la dispareunia en la AVV ya sea como componente del SGM o en casos particulares de hipoestrogenismo o terapia farmacológica, o radioterapia para cáncer

de mama u órganos genitales, es una patología que causa síntomas concomitantes molestos y a veces con afección grave de la calidad de vida de las mujeres, con el agravante de que muchas pacientes no lo manifiestan y, peor aún, muchos prestadores de salud no lo investigan, y como lo manifestamos en esta revisión, a esas pacientes se les puede ofrecer una amplia gama de manejo y alivio.

Referencias

1. Portman D., Gass MLS. On behalf of the Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Maturitas*, 2014; 79:349-354.
2. F. Palma, A. Volpe, P. Villa, A. Cagnacci, as the writing group of the AGATA study. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. *Maturitas*. 2015;83:40-44.
3. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, Khan SA. Genitourinary syndrome of menopause: Evaluation, sequelae, and management, *Am. J Obstet—Gynecol*. 2016;215:704-711.
4. Position Statement of The North American Menopause Society: Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: *Menopause*. 2013;20:888-902.
5. Grady. D Management of Menopausal Symptoms. *N Engl. J Med* 2006; 355:358.
6. Steven R. Goldstein, MD, Postmenopausal dyspareunia: has the Food and Drug Administration really helped. *Menopause*. 2013; 20:596-9
7. Kingsberg SA, Wysocki S, Magnus L, Krychman ML. Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (Real Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes) survey. *J Sexual Med* 2013; 10:1790-1799.
8. Gloria Bachmann, MD Nancy Phillips, MD. Dyspareunia: including this diagnosis in chronic pain reporting. *Menopause* 2015;23:1.
9. Setty P, Redekal L, Warren MP. Vaginal estrogen use and effects on quality of life and urogenital morbidity in postmenopausal women after publication of the Women's Health Initiative in New York City. *Menopause* 2016; 23:7-10.
10. Stephanie B, Marieke B, Philomeen We, Ellen Laan. Effects of Aversive Classical Conditioning on Sexual Response in Women with Dyspareunia and Sexually Functional Controls. *J Sex Med* 2017;1e15-17.
11. David J. Portman, Gloria A. Bachmann, James A. Simon, and the Ospemifene Study Group. Ospemifene, a novel selective estrogen receptor modulator for treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy *Menopause*. 2013; 20:623-26.
12. Gambacciani M, Palacios S. Laser therapy for the restoration of vaginal function *Maturitas*. 2017; 99:10-13.
13. Behnia-Willisona F, Sarraf S, Miller J. Safety and long-term efficacy of fractional CO2 laser treatment in women suffering from genitourinary syndrome of menopause. *European Obstet Gynecol Reproductive Biology*. 2017;213: 39-44.
14. Pieralli A, Fallani MG, Becorpi AM. Fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy (VVA) dyspareunia relief in breast cancer survivors. *Arch Gynecol. Obstet*. 2016; 294:841-846.