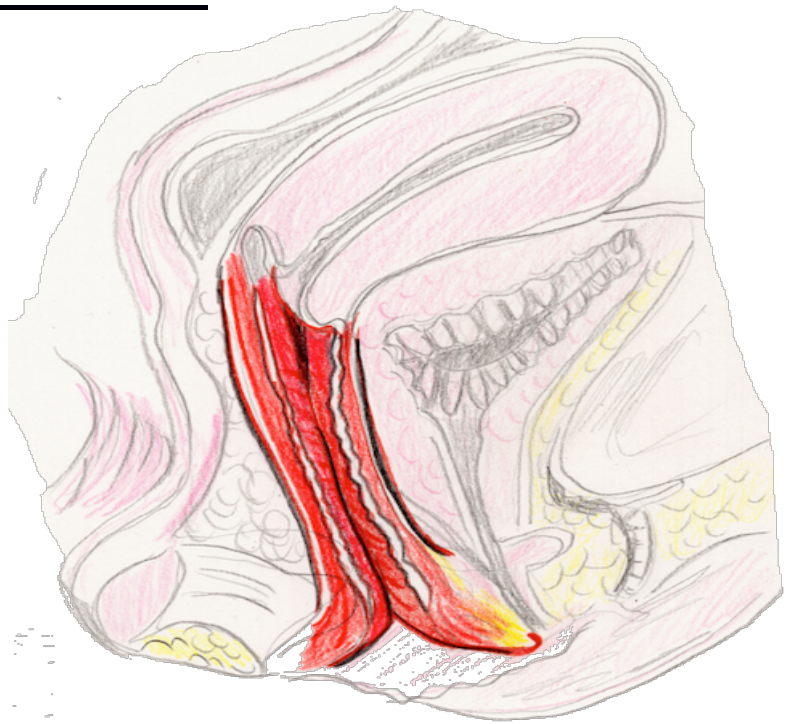


VAGINISMO

Bienvenidos a Aula Ginecología, en el video de hoy vamos a hablar sobre el Vaginismo. El vaginismo es un trastorno sexual incluido según el DSM-V, dentro del grupo de Trastornos de dolor genitopélvico / penetración. El resto de los trastornos por dolor, su definición y tratamiento están englobados en otro video.

La incidencia de vaginismo se ha cifrado entre el 5 y el 17% considerándose una de las afecciones sexuales más prevalentes y la mayor causa de matrimonios no consumados.



DEFINICIÓN

Como hemos explicado de manera más extensa en el video de los trastornos por dolor, según el DSM-V esta esfera de trastornos se definen como la dificultad persistente o recurrente hacia la penetración vaginal durante al menos 6 meses, acompañados de miedo o ansiedad intensa, en anticipación al dolor, o como resultado de la penetración, dolor en la pelvis o en el área vulvovaginal durante el intento de penetración o una marcada tensión o contracción de la musculatura del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

Es cierto que en la mayoría de los trastornos por dolor ha de descartarse una causa orgánica, pero existen circunstancias de origen o un fuerte componente psicógeno que requieren un abordaje multidisciplinar y más especializado. Esto cobra especial importancia en el vaginismo.

El vaginismo es un trastorno bastante más complejo. Podríamos decir que nos encontramos ante un trastorno tanto emocional como doloroso. Dependiendo de la bibliografía que revisemos y a lo largo de la historia de la ginecología y de la psiquiatría su definición y los matices de la misma ha ido cambiando, en general podemos decir que es un trastorno caracterizado por la contracción espasmódica e involuntaria, recurrente o persistente de la musculatura perivaginal y del tercio externo de la vagina que imposibilita la penetración, así como la introducción de cualquier objeto, como dedos, tampones o espéculos. Además de la contracción involuntaria las pacientes pueden referir dolor específicamente durante el intento de penetración, con sensaciones de “estar cerrada”. No obstante, algunos autores desvinculan por completo el vaginismo del dolor y lo definen como una afección de características fóbicas. Este tipo de pacientes suelen asociar un elevado nivel de ansiedad, y temor al dolor durante la relación sexual, también pueden desarrollar temor a ser abandonadas por sus parejas, pueden presentar sentimientos de culpa, frustración, impotencia, dañando de manera muy significativa su autoestima e incidiendo significativamente en otras áreas de su vida. El miedo desproporcionado a la gestación, las experiencias traumáticas en relación al sexo y una educación sexual muy represiva se han propuesto como causas frecuentes de vaginismo.

Este tipo de pacientes a diferencia de las pacientes con dispareunia presentan un origen claramente psicógeno y tienen conductas más evitativas frente al sexo, a diferencia de la dispareunia este trastorno impide la exploración o la penetración, pero puede no afectar a otras modalidades de actividad sexual. El vaginismo generalmente es primario (se produce desde el primer intento de relación sexual, la cual suele ser la primera experiencia dolorosa y que se convierte en fuente de condicionamiento). A veces nos podemos encontrar ante casos de vaginismo secundario (el cual aparece tras un periodo de relaciones sin dolor). Otro

subtipo de vaginismo sería el situacional, en el cual sí que hay tolerancia frente a ciertas formas de penetración vaginal y donde por ejemplo la inserción de tampones o dedos es posible, en contraposición al vaginismo completo donde no se tolera ningún tipo de penetración.

Los factores psicosexuales relacionados con el vaginismo son los mismos que los que hemos desarrollado en el tema genérico de trastornos por dolor, por lo que os remito a dicho video para saber más sobre el tema.

EVALUACION, DIAGNOSTICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Como en el resto de las disfunciones sexuales se debe realizar una minuciosa historia clínica, y anamnesis dirigida. Lo más importante en estos casos es saber si la paciente puede llevar a cabo algún tipo de penetración vaginal y en caso de que ésta se consiga si es dolorosa o no. Especial importancia aquí también al plano psicosexual y relacional interesándonos por antecedentes de abusos sexuales, primeras relaciones sexuales y antecedentes de educación restrictiva, así como grado de comunicación en sus relaciones.

Un examen clínico protocolizado es básico, pero en estos casos va a ser mucho más dificultoso que en el grupo de pacientes con otros trastornos por dolor. Para realizar el examen vaginal primero advertiremos y pediremos permiso a la paciente explicando la necesidad e importancia de la valoración, e inicialmente intentaremos introducir un dedo con lubricante para comprobar si hay resistencia, y si la paciente lo permitiera avanzaríamos progresivamente con los espéculos de distinto tamaño. En el tacto también valoraremos si fuera posible el tono basal de la musculatura del suelo pélvico, y la presencia de contracturas. Si permite la exploración pero esta es dolorosa en ocasiones los ungüentos con lidocaína. Dependiendo de la historia clínica, la anamnesis y la exploración básica valoraremos la necesidad de otras pruebas complementarias

Según la respuesta de la paciente a la exploración podemos clasificarlo en distintos grados:

- Grado 1, donde la paciente es capaz de relajarse para la exploración
- Grado 2, la paciente es incapaz de relajarse para la exploración
- Grado 3, la paciente levanta las nalgas, se retira o curva los dedos de los pies
- Grado 4: cierra completamente las piernas y se produce una retirada mucho más brusca
- Grado 5: cuando también se asocia una reacción visceral consistente en palpitaciones, hiperventilación, temblor o náuseas

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA

En primer lugar y para un tratamiento óptimo es de vital importancia establecer una buena relación médico paciente, en un ambiente de intimidad, confianza y sin que la paciente se sienta juzgada en ningún momento. Muchas veces vamos a atender pacientes que han ido pasando por muchas consultas, donde pueden haberse sentido ignoradas, o tratadas de pacientes no colaboradoras. Es importante plantear el objetivo del tratamiento de manera individualizada y obviamente tratar posibles las causas identificables que se puedan haber sido desencadenantes o mantenedores del vaginismo, en el video de trastornos por dolor hablamos sobre los distintos recursos terapéuticos farmacológicos que en ocasiones también nos pueden ser de utilidad en nuestras pacientes con vaginismo. No obstante, y en general lo más probable es que en estos casos no encontremos ninguna causa orgánica que justifique el trastorno de nuestra paciente, tiene en muchas ocasiones trastornos de tipo fóbico y mucha más afectación psicológica, por lo que el problema se vuelve más complejo suele ser necesario recurrir a la terapia sexual.

En cuanto a los recursos farmacológicos, específicos para el vaginismo encontraríamos la la toxina botulínica, la cual se lleva documentando desde los años 90. Las inyecciones vaginales de la toxina botulínica

tipo A han demostrado frente al placebo ser efectivas permitiendo a estas mujeres mantener relaciones con penetración durante al menos 8-14 meses, y en este momento se están llevando a cabo estudios piloto que convinan la toxina, con bupivacaína y dilataciones vaginales progresivas bajo anestesia o sedación, apoyados siempre en el consejo sexual. Las tasas de éxito parecen prometedoras, en torno a un 93% incluso tras el año del tratamiento. Los efectos secundarios son escasos y temporales y entre ellos podemos encontrarnos con incontinencia urinaria leve, sequedad vaginal, o visión borrosa.

TERAPIA SEXUAL

Vamos ahora con el pilar básico del tratamiento del vaginismo, la TERAPIA SEXUAL. No debemos olvidar que la terapia sexual también la vamos a utilizar en muchas ocasiones para el tratamiento de pacientes con otros trastornos del dolor distintos al vaginismo.

- En casi todos los casos se obtienen beneficios del trabajo cognitivo con el objetivo de modificar ideas erróneas o conflictos con la propia sexualidad, la autoimagen, la manera de ver la sexualidad o la autoestima.
- El AUTODESCUBRIMIENTO siempre está indicado, ya que suelen ser pacientes con poca experiencia y con pocos recursos para el disfrute sexual.
- La terapia sexual está basada en la DESENSIBILIZACIÓN PROGRESIVA ya que el dolor sexual en mayor o menor grado proviene de un componente de ansiedad, y miedo al contacto sexual y/o la penetración. Esta desensibilización se ha de realizar tanto de manera individual como en pareja, si fuera posible.

Primero vamos a trabajar de forma personal con la paciente, se dan instrucciones para la autoexploración, y el reconocimiento digital y visual de sus genitales externos. Poco a poco se instruye en el uso de dilatadores vaginales una vez que la paciente ha conseguido la propia penetración digital progresiva. Las pacientes en su domicilio se pueden beneficiar del uso de cremas con anestésico tópico. Se recomienda realizar la desensibilización dos veces al día. Durante todo este proceso también se deben trabajar técnicas de relajación y fantasías sexuales. Otra herramienta es el entrenamiento muscular mediante ejercicios de Kegel para que la mujer vaya ejerciendo un control cada vez más consciente de su musculatura imprescindible para poder alcanzar una relajación de todo el área pélvica. En casos mas complejos y severos, por ejemplo cuando la paciente no consiga realizar la desensibilización progresiva en su domicilio, las primeras etapas de esta desensibilización pueden verse favorecidas por miorelajantes como la ciclobenzaprina. A veces será necesaria la desensibilización más agresiva en consulta mediante el uso de y toxina botulínica. En estos casos una vez lograda la anestesia local y en ocasiones general, se van introduciendo dilatadores. Uno de ellos queda colocado en la vagina para que cuando la paciente despierte compruebe que puede tener una dilatación vaginal sin dolor.

En cuanto a la DESENSIBILIZACIÓN PROGRESIVA EN PAREJA, ésta se basa inicialmente en ejercicios de focalización sensorial sin demanda y excluyendo los genitales. Cuando la paciente haya hecho sus progresos individuales se irá permitiendo la aproximación de la pareja a los genitales todo de manera muy progresiva y de manera que ella controle la situación en todo momento.

El vaginismo al contrario de lo que podríamos pensar dado el fuerte carácter psicógeno que posee es una de las disfunciones sexuales con mayor éxito terapéutico, dando mejores resultados que otras formas de dolor sexual.