

LÍDERES DE OPINIÓN EN TRACTO GENITAL INFERIOR



Dr. Richard Reid.

MB, BS, FACS, FACCS; FACOG; FRCOG; FRANZCOG

El Profesor Richard Reid completó su formación especializada en el Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia, ganando el FJ Browne Medalla de Oro en 1977. Hizo Oncología Ginecológica en la Universidad Estatal Wayne, Detroit y permaneció en la facultad en Michigan para los próximos 19 años. El Dr. Reid ha publicado más de 100 artículos científicos y cinco monografías médicas, incluyendo un índice ampliamente utilizado colposcopia y una descripción de los planos quirúrgicos por el cual podría ser la profundidad de la ablación con láser de la vulva con precisión controlada. Ha dirigido decenas de talleres de postgrado quirúrgico.

El Dr. Reid fue nombrado Profesor Asociado Adjunto, Facultad de Medicina Rural, Conjunto Armidale, y profesor asociado de la Universidad de Newcastle, Australia en 2009.

VULVODINIA: DIFÍCIL PERO NO INCURABLE.

VULVODYNIA: DIFFICULT BUT NOT INCURABLE.

DEFINICIÓN

Históricamente, las quejas de dolor vulvar crónico eran generalmente atribuibles a una de varias enfermedades somáticas bien definidas. Sin embargo a partir de la década de 1980, sin embargo, ha habido una avalancha de mujeres con dispareunia en introito vulvar y el malestar crónico inexplicable, por lo que puede haber clara somatización en el diagnóstico (Tabla I)

El debate acerca de la terminología persiste. Muy a menudo, las pacientes con síndromes de dolor vulvar mal definido se describen de forma genérica como de "vulvodinia" (del griego odyinos = dolor). En 1987, Friedrich introdujo el término "síndrome de vestibulitis vulvar", para dirigir la atención a las mujeres con la dispareunia adquirida y eritema visible de la vulva central. Más recientemente, la Sociedad Internacional para el Estudio de las enfermedades vulvo-vaginales

Tabla I.

PATOGENIA: UN MODELO PROPUESTO

Idiopática
Tratamientos previos con láser
Vulvovaginitis crónica
Parto traumático
Histerectomía u otras cirugías genitales

FACTORES DESENCADENANTES

AUTOMANTENIMIENTO DEL CICLO DEL DOLOR QUE AFECTA A LOS TEJIDOS GENITALES

- Hiperplasia y eritema del vestíbulo vulvar
- Disfunción del piso pélvico
- Dolor "disestésico" dentro del tejido de la glándula de Bartholino profunda
- Contractura de tejido distrofico

(ISSVD) propuso una nueva clasificación provisional, en función de si el dolor vulvar fue "espontáneo" o "provocado". Sin embargo, ninguno de estos intentos de subdivisión de la enfermedad son de importancia práctica, y ninguno tuvo éxito en la delineación de los pacientes en categorías significativas diagnósticas o terapéuticas. Más bien, la variabilidad clínica entre los pacientes con vulvodinia parece representar sólo los puntos diferentes a lo largo de un espectro de severidad^[1].

ETIOLOGÍA

En las últimas décadas, un gran esfuerzo se ha gastado en la búsqueda exhaustiva pero infructuosa búsqueda de un específico "proceso de la enfermedad" específica. En consecuencia, ahora hay cada vez mayor consenso en que **la vulvodinia es en realidad un trastorno de dolor crónico**, más que un proceso estructural de la enfermedad^[2]. Como tal, la vulvodinia se ajusta al modelo de un síndrome de dolor regional complejo (en terminología pasada, un "síndrome de dolor mantenido simpáticamente" o una "distrofia simpática refleja"). En esencia, la vulvodinia es un reflejo espinal, análogo al reflejo tendinoso de la rótula, con aferentes (sensoriales), central (asta dorsal) y eferente (motores).

PATOGENIA

Durante muchos años, el proceso básico de la enfermedad ha sido sujeto a la hipótesis de que refleja la interacción de hipersensibilidad (por ejemplo, una susceptibilidad genética a una respuesta inflamatoria excesiva) y a un irritante externo (es decir, la exposición a un factor extrínseco que desencadena una cascada inflamatoria idiosincrática) (Fig. 1).

- **Hipersensibilidad:** Muchos investigadores clínicos han reconocido que el 90% de las mujeres afectadas tienen una tez clara y tendencia a la "sensibilidad dérmica". Más concretamente, Goetsch^[3] informó que un tercio de los pacientes con vulvodinia tienen un pariente con dispareunia o intolerancia al tampón, lo que incrementa la posibilidad de que la vulvodinia podría presentarse a nivel familiar. Más recientemente, investigadores de Nueva York han descubierto que el 53% de los pacientes con vulvodinia (frente al 5% de los controles) tenían una capacidad genéticamente alterada para anular las respuestas inflamatorias mediadas por IL-1.^[4]



Figura 1: Un foco de eritema severo en torno de la glándula de Bartholino derecha.

- **Irritantes externos:** en tanto que la prevalencia de la vulvodinia ha subido y bajado con el tiempo, también parece probable que el proceso por lo general lo desencadena un irritante externo. Sin embargo, la identidad de estos irritantes sigue siendo incierta. Las dos asociaciones más frecuentes con vulvodinia son la vaginosis bacteriana y la candidiasis crónica. En cualquier caso, datos epidemiológicos nos permiten decir una cosa con seguridad: la vulvodinia no se transmite sexualmente, y no es una forma de "condiloma" o "infección subclínica por VPH"^[2].

SÍNTOMAS

La presentación más común es que la dispareunia introital, comenzando después de años de relaciones sexuales sin dolor. Algunos pacientes, sin embargo, parecen tener una forma oculta de la vulvodinia desde una edad temprana, en este subgrupo, la dispareunia está presente desde el momento de la primera relación sexual, siempre que se produce. Por último, hay una pequeña minoría de los pacientes que presentan "vaginismo", pero sin signos de vulvodinia. Se puede acceder a estudios de casos en la página: website@www.vulvarpain.net.

El síntoma predominante es siempre la dispareunia. Dependiendo de la gravedad, algunas mujeres también se quejan de molestias vulvares que van desde una sensación de aspereza o sequedad hasta un ardor doloroso constante. "Para el oído con menos experiencia, esto posría sonar parecido a una infección por levaduras" pero los medicamentos, o bien no funcionan, o ayudan por un corto tiempo. Cualquier presión mecánica provoca un dolor agudo, lo suficientemente graves como para interrumpir la relación sexual. El grado de discapacidad varía ampliamente.

- Los casos leves a moderados todavía puede tener relaciones sexuales, pero se quejan de ardor post-coital y la pérdida del placer sexual;
- En los casos más severos, hay total incapacidad de tolerar la penetración vaginal;

- Por último, un pequeño porcentaje de las mujeres tienen dolor incapacitante vulvar, lo suficientemente fuerte para modificar la vida diaria.

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN

Los resultados de una exploración física comprenden cuatro componentes principales^[5].

- Dolor crónico disestésico, procedentes de focos inflamatorios en la mucosa del vestíbulo, (fig 2)
- Focos similares inflamatoria en los tejidos de las propias glándulas de Bartholino,

Secundario a esta inflamación crónica, los músculos elevadores exhiben espasmos dolorosos crónico,

También puede haber contracción distrófica de los tejidos adyacentes (en particular, el himen y la horquilla posterior) (Fig. 3).

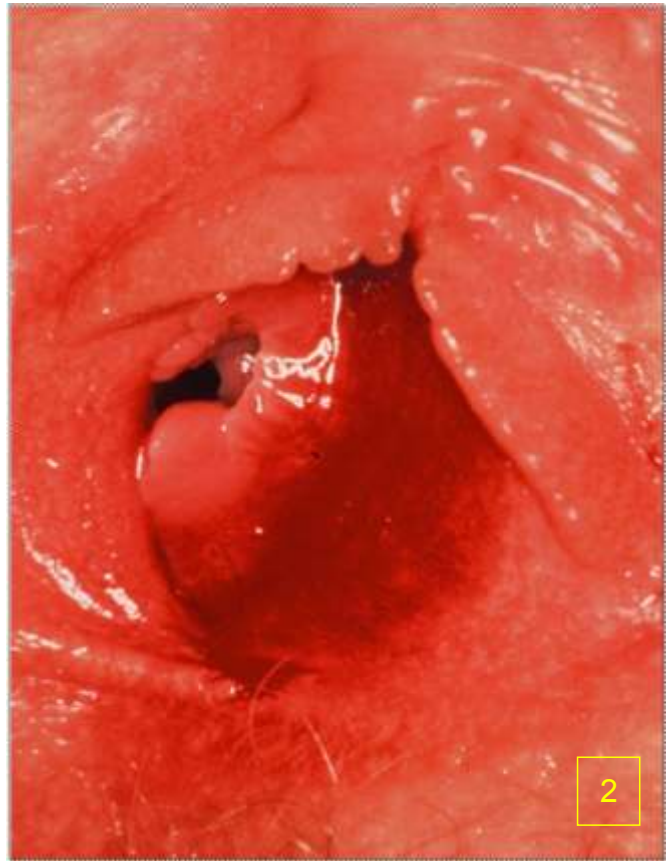


Fig 2. Contractura severa del introito, secundaria a la contractura posterior de la horquilla.



Fig. 3 Contractura severa del introito, secundaria a la contractura distrófica de la horquilla posterior.

Como tal, la resultante puede hacer surgir la dispareunia de cualquiera de varios elementos:

- Un elemento nociceptivo (secundario a la incipiente ruptura de un himen fibroso o una banda de contractura de la horquilla posterior);
- Un elemento neuropático (secundario a la fricción en el eritema superficial disestésico o la presión sobre las glándulas hiperalgésicas de Bartholino), y
- Un elemento de dolor miofascial (secundaria al estiramiento de los músculos del suelo pélvico irritable).

FACTORES PSICOLÓGICOS

Las condiciones crónicas del dolor evocan la ansiedad, la depresión y la potencial dependencia de narcóticos. Estas secuelas emocionales se ven agravadas por el hecho de que cerca de un tercio de las pacientes que sufren de vulvodinia sufren también de otros síndromes clínicos mal definidos, tales como el síndrome de fatiga crónica o fibromialgia. En la clave de que las relaciones interpersonales están sometidas a menudo a presión, las pacientes con vulvodinia son reconocidas como coléricas e irascibles, lo que se agrava aún más si la capacidad de la paciente para el trabajo o su seguridad financiera está amenazada. No obstante, con respecto a la vulvodinia, una investigación considerable ha demostrado que tales síntomas psicológicos son el resultado (no la causa) del síndrome de dolor crónico^[6]

Aunque la etiología de la vulvodinia es vaga, el sufrimiento causado por este síndrome es evidente. Nuestro objetivo como médicos no es sólo para tratar la enfermedad bien caracterizado, sino también para ayudar a aliviar la enfermedad y la discapacidad, sea cual sea la causa. En el manejo de la vulvodinia, es vital que los médicos reconocen la realidad del sufrimiento del paciente, con lo que le dan validación a su enfermedad.

TRATAMIENTO

No existe una cura simple para el tratamiento de la vulvodinia. Sin embargo, se han realizado considerables progresos en la última década, hasta el punto donde la mayoría de las mujeres pueden ser significativamente ayudadas.

El impulso principal de la terapia conservadora tiene cuatro tiempos^[2].

- 1) Identificar y clasificar los diversos componentes de dolor en cada individuo,
- 2) Asegurarse de que aquellos factores que dispararon la hiperalgnesia vulvar en principio ya no estén presentes, y
- 3) Tratar de romper el reflejo de dolor auto-sustentable que conduce a la vulvodinia. Este objetivo potencialmente se puede lograr de varias maneras:

a) La rama aferente de este reflejo espinal puede ser interrumpida por el uso del láser FEDL para destruir selectivamente los vasos sanguíneos congestionados en el eritema doloroso en el vestíbulo vulvar (Fig.3). Si hay éxito, la fototermólisis por láser interrumpirá la transmisión de mensajes de dolor en las fibras nerviosas perivasculares hiperestésicas^[1].

b) la transmisión del dolor en el asta dorsal puede ser regulada a la baja con medicamentos estabilizadores de membrana, tales como Allegron o Neurontin^[7].

c) El dolor miofascial en la musculatura del suelo pélvico crónicamente hipertónica puede ser objetivo utilizando biofeedback (retroalimentación) para estabilizar la transmisión eléctrica en el brazo eferente el dolor espinal reflejo. El biofeedback es una técnica especializada, que mide la función muscular de base a través de electrodos EMG de superficie, y luego transmite estas señales a un monitor de televisión en tiempo real. Al estudiar el monitor, los pacientes pueden aprender a aislar y romper sus lazos de dolor pélvico crónico^[8].

4) Ocasionalmente, las medidas adicionales como masajes de recuperación para dolores miofasciales refractarios en grupos de músculos secundarios o las cremas a base de hormonas para fisuras cutáneas sintomáticas pueden ser necesarias. Algunas parejas también se benefician

de la terapia de pareja para trastornos psicosexuales asociados.

En general, aproximadamente el 85% de los pacientes responderán de forma permanente a la terapia conservadora. Sin embargo, pequeños subgrupos de pacientes requieren una combinación de tratamiento médico y quirúrgico. La cirugía se usa en dos circunstancias:

-- Para interrumpir un reflejo doloroso local refractario, extirpando un área de tejido de la cual las señales de dolor más intenso están surgiendo. Este objetivo a menudo se puede lograr ya sea por vestibulectomía o remoción microquirúrgica de las glándulas de Bartholino[1]. Este último procedimiento requiere de habilidades quirúrgicas especiales, pero tiene la ventaja de alterar menos la anatomía y ser más eficaz.

-- La cirugía reconstructiva también puede requerir la liberación de una cicatriz de la horquilla o la ampliación de la circunferencia del introito a las dimensiones normales. Pequeñas bandas contracturales puede ser corregida por el avance YV.

Texto original del Artículo aportado por el Autor e Investigador del mismo:

VULVODYNIA: DIFFICULT BUT NOT INCURABLE.

Richard Reid.

DEFINITION

Historically, complaints of chronic vulvar pain were generally attributable to one of several well-defined somatic diseases. Since the 1980s, however, there has been a flood of women presenting with introital dyspareunia and chronic unexplained vulvar discomfort, for which no clear-cut somatic diagnosis can be found (Table I)

Debate regarding the terminology continues. Most often, patients with ill-defined vulvar pain syndromes are described generically as having "vulvodynia" (from the Greek, *odynos* = pain). In 1987, Friedrich introduced the term "vulvar vestibulitis syndrome", to direct attention onto women with acquired dyspareunia and visible erythema of the central vulva. More recently, the International Society for the Study of Vulvo-Vaginal Disease (ISSVD) proposed a provisional new classification, based on whether the vulvar pain was "spontaneous" or "provoked". However, neither of these attempts at disease subdivision are of practical importance, and neither succeeded in delineating patients into meaningful diagnostic or therapeutic categories. Rather, clinical variability among vulvodynia patients seems to represent only different points along a severity spectrum [1].

AETIOLOGY

Over the last decades, a great deal of effort has been spent in exhaustive but unfruitful searches for a specific "disease process". Consequently, there is now increasing consensus that vulvodynia is

De otra manera, la mejor estrategia es la vulvoplastia con la transposición de un par de colgajos de piel sensitivos (basado en la distribución de terminal de la arteria y el nervio labial posterior) (Fig.4)^[9].



Fig. 4. Paciente después del tratamiento con éxito mediante la relajación de las incisiones y la transposición separada de colgajos bilaterales

actually a chronic pain disorders, rather than a structural disease process [2]. As such, vulvodynia fits the model of a complex regional pain syndrome (in past terminology, a "sympathetically maintained pain syndrome" or a "reflex sympathetic dystrophy"). In essence, vulvodynia is a spinal reflex, analogous to a patella tendon tap, with afferent (sensory), central (dorsal horn) and efferent (motor) arms.

PATHOGENESIS

For many years, the basic disease process has been hypothesized to reflect the interaction of hypersensitivity (i.e., a genetic susceptibility to an excessive inflammatory response) and an external irritant (i.e., exposure to an extrinsic factor that triggers an idiosyncratic inflammatory cascade) (Fig 1).

? Hypersensitivity: Many clinical investigators have recognized that 90% of affected women have a fair complexion and a tendency to "sensitive" skin. More specifically, Goetsch [3] reported that one third of vulvodynia patients have a female relative with dyspareunia or tampon intolerance, thus quantifying the extent to which vulvodynia might run in families. More recently, researchers from New York recently found that 53% of vulvodynia patients (versus 5% of controls) had a genetically impaired ability to switch-off Interleukin 1 mediated inflammatory responses. [4]

? External Irritant: In that the prevalence of vulvodynia has risen and fallen with time, it also seems likely that the process might usually be triggered an external irritant. However, the identity of these irritants remains uncertain. The two most frequent associations with vulvodynia are bacterial vaginosis and chronic candidiasis. Whatever the case,

? Epidemiological data allow us to say one thing with confidence: vulvodinia is not sexually transmitted, and is not a form of "condyloma" or "subclinical HPV infection" [2].

SYMPTOMS

The most common presentation is that of introital dyspareunia, beginning after years of pain-free intercourse. Some patients, however, seem to have an occult form of vulvodinia from a young age; in this subset, dyspareunia is present from the time of first intercourse, whenever that occurs. Finally, there is a small minority of patients who present with "vaginismus", but no signs of surface vulvodinia. Useful case studies may be accessed on the website@ www.vulvarpain.net.

Predominant symptom is always dyspareunia. Depending on severity, some women also complain of vulvar discomfort... ranging from a sense of rawness or dryness to constant burning pain. To the less experienced ear, symptoms sound like a yeast infection... but medication either doesn't work, or helps only for a short time. Any mechanical pressure creates sharp pain, severe enough to disrupt intercourse. Degree of disability varies widely.

- ? Mild to moderate cases can still have intercourse, but complain of post-coital burning and loss of sexual pleasure;
- ? In more severe cases, there is complete inability to tolerate vaginal penetration;
- ? Finally, a small percentage of women have disabling vulvar pain, bad enough to dominate daily life.

EXAMINATION FINDINGS

Examination findings comprise four main components [5].

- ? Chronic dysaesthetic pain, emanating from inflammatory foci on the mucosa of the vestibule (Fig 2),
- ? Similar inflammatory foci within the tissues of the Bartholins' glands themselves,
- ? Secondary to this chronic inflammation, the levator muscles exhibit chronic painful spasm,
- ? There can also be dystrophic shrinkage of adjacent tissues (notably the hymen and posterior fourchette) (Fig 3).

As such, the resultant can dyspareunia arise from any of several distinct elements

- ? A nociceptive element (secondary to incipient tearing of a fibrotic hymen or a posterior fourchette contracture band);
- ? A neuropathic element (secondary to friction on the dysaesthetic surface erythema or pressure on hyperalgesic Bartholins' glands); and
- ? A myofascial pain element (secondary to stretching of the irritable pelvic floor muscles).

PSYCHOLOGICAL FACTORS

Chronic pain conditions evoke anxiety, depression and potential narcotic dependence. These emotional sequelae are compounded by the fact that about one-third of vulvodinia patients suffer from other ill-defined clinical syndromes, such as chronic fatigue syndrome or fibromyalgia. In that key interpersonal relationships are often under duress, vulvodinia patients are renowned as being angry and irascible...behavioral traits that will be further exacerbated if the patient's ability to work or her financial security is threatened. Nonetheless, with respect to vulvodinia, considerable research has shown that such psychological symptoms are the result (not the cause) of the chronic pain syndrome [6]

Although the aetiology of vulvodinia is vague, the suffering caused by this syndrome is readily apparent. Our goal as physicians is not only to treat well-characterized disease, but also to help relieve illness and disability, whatever the cause. In managing vulvodinia, it is vital that doctors acknowledge the reality of patient's suffering, thereby validating their illness.

TREATMENT

There is no simple cure for vulvodinia. However, considerable progress has been made over the last decade, to the point where most women can be significantly helped.

Main thrust of conservative therapy is fourfold [2]:

- 1) To identify and grade the various pain components in each individual,
- 2) To ensure that whatever trigger factors first initiated the vulvar hyperalgesia syndrome are no longer operative, and
- 3) To attempt to break the self-sustaining pain reflex driving the vulvodinia. This objective can potentially be achieved in several ways
 - a) The afferent limb of this spinal reflex can be broken by use of the FEDL laser to selectively destroy engorged blood vessels within the painful erythema on the vulvar vestibule (Fig.2B). If successful, laser photothermolysis will disrupt transmission of pain messages within the hyperaesthetic perivascular nerve fibres [1].
 - b) Pain transmission within the dorsal horn can be down regulated with membrane stabilizing drugs, such as Allegron or Neurontin [7].
 - c) Myofascial pain within the chronically hypertonic pelvic floor musculature can be targeted using biofeedback to stabilize electrical transmission within the efferent arm the spinal pain reflex. Biofeedback is a specialised technique, which measures baseline muscle function via surface EMG electrodes, and then transmits these signals to a television monitor in real time. By studying the monitor, patients can be taught to isolate and break their chronic pelvic pain loops [8].
 - 4) Occasionally, such additional measures as remedial massage for refractory myofascial pains in secondary muscle groups or hormone creams for symptomatic skin fissuring may be needed. Some couples also benefit from relationship counselling for associated psychosexual disorders.

Overall, about 85% of patients will respond permanently to conservative therapy. However, small subsets of patients require a combination of medical and surgical treatment. Surgery is used in two circumstances:

- ? To breaking an otherwise refractory local pain reflex, by excising an area of tissue from which the most intense pain signals are arising. This objective can often be accomplished by either vestibulectomy or microsurgical removal of the Bartholins' glands [1]. The latter procedure requires special operative skills, but has the advantage of being less 'anatomy-altering' and more effective.
- ? Reconstructive surgery may also require releasing a fourchette scar or widening the introital circumference to normal dimensions. Small contracture bands can be corrected by YV advancement. Otherwise, the best strategy is vulvoplasty with transposition of a pair of sensate skin flaps (based on the terminal distribution of the posterior labial artery and nerve) (Fig.3B) [9].

REFERENCES

1. Reid R, Rutledge L, Precop S et al. Flashlamp dye laser therapy of idiopathic vulvodinia is safe and efficacious. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172: 1684-1701.
2. Reid R. Genital condylomas, intraepithelial neoplasia and vulvodinia. *J Obstet Gynecol Clin N Am* 1996; 4:917-91.
3. Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. *J Obstet Gynecol.* 1991; 164: 1609-14.
4. Witkin SS, Gerber S., Ledger WJ. Influence of interleukin-1 receptor antagonist gene polymorphism on disease. *Clin Infect Dis.* 2002; 34:204-9.
5. Reid R, Greenberg MD, Daoud Y et al. Colposcopic findings in women with vulvar pain syndromes. A preliminary report. *J Reprod Med.* 1988; 33: 157-60.
6. Meana M, Bibik Y, Khalife S, Cohen D. Bio-psycho-social profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 1997; 90: 583-90.
7. Ben-David B, Friedman M. Gabapentin therapy for vulvodinia. *Anesthesia & Analgesia* 1999; 89: 1459-62.
8. White G, Jantos M, Glazer H. Establishing the diagnosis of vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med.* 1997; 42: 523-32.
9. Reid R. Local and distant skin flaps in the reconstruction of vulvar deformities. *Am J Obstet Gynecol.* 1997. 177: 1372-84.