

11217-  
14  
1ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD

" DISPAREUNIA EN LA PACIENTE MENOPAUSICA "

( CAUSAS ORGANICAS )

TRABAJO DE INVESTIGACION DE TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

QUE PRESENTA EL

DR. FRANCISCO JOSE CASADO AGUILERA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

---

INTRODUCCION

HISTORIA Y ANTECEDENTES

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS Y TABLAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## I.- JUSTIFICACION.

---

Los cambios Físicos y Fisiológicos relacionados con la edad, son los determinantes primarios primordiales de la capacidad de la mujer menopáusica para continuar con su función sexual.

Estos cambios, o bien, el efecto que han generado, influyen en su comportamiento como pareja sexual y en un gran porcentaje afectan su imagen de mujer ante sí misma.

Es frecuente que los aspectos de la comunicación sexual entre la mujer menopáusica y su pareja sean prácticamente abordados con ligereza, conformismo ó puestas en el olvido.

Por lo anterior, la paciente acude al Ginecólogo presentando su padecer, que se traduce como la necesidad de conocer, interpretar y resolver de la mejor manera estos cambios referidos, para que su función sexual se recupere prácticamente a la normalidad.

Considerando que aunque es de casi todos conocido el hecho de que el hipoestrogenismo fisiológico es en gran parte el causante de los cambios que se observan en el epitelio vaginal de la paciente menopáusica y que ésto a su vez determina Dispareunia, existen además otros factores concomitantes que influyen notablemente en la Génesis de la Dispareunia en la menopausia; importancia que no se ha puesto de relevancia para los medicos tratantes.

El proyecto que se plantea tiene por objeto determinar las causas orgánicas más frecuentes de la Dispareunia en la paciente menopáusica, en base al interrogatorio durante la consulta, exploración clínica, cultivos y valoración de la citología exfoliativa cérvico-vaginal.

La correlación posterior establecerá la etiología orgánica más frecuente a la que se debe dar importancia prioritaria para una terapéutica específica en el caso presente; y al conocer dicha etiología se preverá su manejo en un caso futuro.

## II.- OBJETIVO.

---

El estudio de la Etiología orgánica más frecuente de la Dispareunia en la mujer menopáusica mexicana, incidencia y porcentajes, detectada en la Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, Secretaría de Salud.

## III.- ANTECEDENTES.

---

La Menopausia no es en sí misma necesariamente un momento de pérdida y desesperanza; sino al contrario, puede ser un -- despertar sexual para aquellas mujeres liberadas ya de los métodos de anticoncepción extremadamente rutinarios y primordialmente al temor -- al embarazo. Es ahora, cuando muchas mujeres menopáusicas se abren pa -- ra expresar sus necesidades de mayor frecuencia, variación y deseo -- sexuales.

Desafortunadamente, muchos profesionales de la Ginecología y las pacientes mismas, ven al sexo y a la edad como una asociación -- temática al tabú; olvidándose de las necesidades fisiológicas e -- rimer término y en segundo lugar de los cambios causales progresivos de la Dispareunia la cual tarde o temprano, en mayor o menor grado hace su aparición en la escena de la mujer menopáusica; todo lo cual relega a la paciente a una situación de olvido y resignación sexuales (1).

La Dispareunia, catalogada como un síntoma de disfunción -- sexual es fácil de identificar así como la más antiguamente reconocida y asociada a la menopausia. Una descripción clínica detallada fué hecha en el antiguo Egipto y recopilada en el Papiro Raesseum (2).

La derivación etimológica del griego al latín y posteriormente al inglés de la Edad Media, la define como: "apareamiento malo ó difícil".

El concepto actual se resume: "al dolor presentado durante el coito para la mujer". Considerando descripciones antiguas las cuales aún al final del Siglo XIX establecían que las causas primordia--

les de la Dispareunia eran puramente físicas, con el desarrollo de -- las ciencias psicológicas actualmente etiologías emocionales han sido postuladas, pero no se tomarán en cuenta en este estudio.

La definición de la Dispareunia ha sido establecida por la International Medical Nomenclature como: "Presentación de dolor en la mujer durante la penetración del pene o curso del coito". De igual -- forma, El Manual de Servicio Diagnóstico III (DSM-III) agrega la ocurrencia de dolor en la vagina ó hipogastrio en ausencia de enfermedad concomitante en éstas áreas (3).

El concepto anterior, conlleva a establecer una clasifica-- ción de la Dispareunia (4).

Según la clasificación ésta puede ser:

- Primaria: Cuando se presenta en todos los coitos y desde el inicio de la vida sexual activa.
- Secundaria: La cual se presenta posterior a un período - de coitos normales.

Considerando el momento de aparición durante el curso del - coito puede ser:

- Completa: Se presenta desde el momento de la penetración por el pene y hasta el final del coito.
- Esporádica: Sólo se refiere en ciertas posiciones para - el coito o con algunos cónyuges (5).

Se han descrito cuadros de Dispareunia ocasional previos a la menopausia, pero éstas no representan significancia clínica y por ende no requieren tratamientos específicos continuos, en comparación con la Dispareunia presentada durante la menopausia o agravada por -- ésta.

Tanto en la Literatura Ginecológica como en la de Sexología, se menciona frecuentemente la Dispareunia y sobre todo durante la me-- nopausia, pero no se mencionan estudios de etiología complementaria. La frecuencia de la Dispareunia no se conoce pero junto con la anor--

gasmia, es la disfunción sexual más frecuentemente reportada por las mujeres. (6,7)

La paciente tal vez pueda vivir a lo largo de su vida sexualmente activa con disminución o ausencia de orgasmos, pero no con la presencia de dolor durante el coito, el cual altera seriamente su habilidad para mantener estable la vida sexual activa. El concepto anterior se ve magnificado por otros factores que contribuyen e interactúan para disminuir y relegar la imagen femenina en ésta etapa. (1)

Es interesante recalcar que sobre todo en niveles socioeconómicos y culturales bajos, la Dispareunia y la anorgasmia se suscitan (6,7,8,9,12) y la paciente acude al ginecólogo con la idea de que "algo está mal con su cuerpo" a partir ó con incremento de la menopausia. (5)

Los problemas Dispareúnicos pueden aparecer en cualquier momento de la vida sexual de la mujer, pero durante la menopausia los acepta resignada, sin indagar su etiología pensando que son comunes y secundarios a la edad. (1)

Considerando la literatura previa, podemos resumir las causas orgánicas etiológicas de la Dispareunia durante la menopausia en los siguientes grupos:

- a).- Inflamatorios Agudos (Infección, Infestación).
- b).- Inflamatorios Crónicos (Infecciones secuenciales).
- c).- Quirúrgicos secuenciales (Episiorrafias, Colpoperineoplastias).
- d).- Externos (Irritación o ulceración local por el uso de jaleas, óvulos, duchas vaginales, tampons).
- e).- Secuelas (Prolapsos, cistoceles, rectoceles, desgarros perineales).
- f).- Hipoestrogenismo (Atrofia Vaginal, cambio de Ph).
- g).- Aspectos Psico-sexuales (Que no se incluirán en nuestro estudio).

Debido a que los factores orgánicos de la Dispareunia son muy comunes, fáciles de identificar, pero se les minimiza su importancia, esto conlleva a que la paciente sea considerada como ginecológicamente sana. (5)

Si establecemos la necesidad de la resolución del padecer - de éstas pacientes, es imprescindible el conocimiento y actualización de la fisiopatología de la Dispareunia durante la menopausia; clave - del éxito de la reincorporación de la paciente a su actividad sexual habitual.



#### IV.- FISIOPATOLOGIA

---

La mayoría de los problemas sexuales que sufren las mujeres menopáusicas se deben a los cambios físicos y fisiológicos de la pared vaginal en los que se ven implicados la mucosa y la submucosa producidos por la privación estrogénica (1, 19); consecuencia lógica del acontecimiento endócrino más espectacular que acompaña al envejecimiento de la mujer y que es la supresión de la actividad ovárica cíclica normal. La pérdida o disminución notable de la función ovárica se refleja en alteraciones de la secreción ovárica de esteroides, siendo los resultados a saber: interrupción de la menstruación, bochornos, alteraciones de la Histología de los genitales y vías urinarias y pérdida ósea acelerada. (20)

La disminución en la producción de estrógenos después de la menopausia se manifiesta sobre todo por la disminución de estradiol circulante. Los valores promedio estandarizados por varios autores para las hormonas en una paciente menopáusica sugiere el siguiente patrón: Estradiol: 10.9 - 40.9 pg/ml.; Estrona: 27.0 - 81.1 pg/ml.; - FSH: 6.0 - 25 ng/ml y LH: 2.5 - 8.0 ng/ml. (11, 20)

Estudios recientes han demostrado que el estradiol unido a la globulina fijadora de hormona, no cruza la red capilar periférica y no queda a disposición para estimular específicamente a la mayor parte de los tejidos; en particular, los del tracto génito-urinario; por lo que la fracción de estradiol libre es muy baja para suplir las demandas generadas. (26)

En la paciente menopáusica, con un envejecimiento ovárico progresivo, independiente de la estimulación con gonadotropinas secundaria; el ovario no parece ser un contribuyente mayor de la síntesis de estradiol. La fuente primaria de estradiol en estas pacientes es la glándula suprarrenal, ya sea por secreción glandular directa, o bien, por secreción de esteroides precursores que sufren conversión extraglandular en estradiol. Tal es el caso de la estrona, estrógeno biológicamente menos activo que el estradiol, pero en mayor concentra

ción durante la menopausia (valor circulante medio: 35 pg/ml) y prove<sup>1</sup>niente de la síntesis de la suprarrenal, ó por aromatización de la androstenediona en tejidos perifericos como celular subcutáneo, hígado, riñón, cerebro y suprarrenales. (27)

La estroma así producida puede ser por su actividad biológica y cantidad sintetizada, capaz de evitar algunos de los síntomas vasomotores, pero es difícil que mantenga o mejore los cambios hacia la atrofia vaginal.

Concentrándonos en los aspectos de atrofia vaginal. por disminución en los niveles estrogénicos conviene separarlos para su mejor comprensión:

a).- Lubricación Vaginal:

La propiedad de mantener un estado de humedad y lubricación de los tejidos vaginales, es muy importante. -- Masters y Johnson establecieron que la lubricación es un proceso de trasudación en respuesta al grado de congestión de los fluidos producidos por los tejidos perivaginales. (7, 21)

b).- Ph vaginal:

La mujer normal considerada como sana y madura, presenta valores promedio de ph vaginal entre 3.5 y 4.5. -- Esta acidéz es mantenida constantemente por la acción de los lactobacilos de Döderlein, convirtiendo carbohidratos (los cuales son liberados al lumen vaginal por la exfoliación celular) en ácido láctico. Así, los niveles de ph altos: 5.4 - 7.0 encontrados en la mujer menopáusica son secundarios a la disminución de la exfoliación celular y secundariamente al descenso de los niveles de glucógeno. (11)

c).- Riego sanguíneo vaginal:

El riego sanguíneo vaginal se ha valorado en otros es-

tudios, utilizando electrodos transmisores de calor. Así, se pudo observar que en la paciente madura no -menopáusica la temperatura se valora aprox. en 244mW a diferencia de la temperatura vaginal en paciente menopáusica, la cual desciende hasta 200 - 208 mW, traduciéndose este fenómeno en irrigación deficiente de los tejidos perivaginales, vaginales y urinarios. (22, 23)

d).- Diferencia de Potencial de Membrana Transvaginal:

Realizando estudios, algunos autores mostraron que -- existía una diferencia de potencial de membrana con -electronegatividad marcada en el lumen vaginal en pacientes no menopáusicas. Esta electronegatividad facilita el transporte activo de la membrana del epitelio vaginal (24). La cantidad de los fluidos vaginales y su transporte pueden también ser influenciados por aspectos hemodinámicos cambiantes en los tejidos sub---epiteliales, así como concentración de electrolitos -que determinan un potencial de acción. Los valores --normales para una mujer no menopáusica de potencial -en lumen vaginal son del orden de 52 mV en comparación de la mujer menopáusica que los reduce prácticamente a la mitad 22.7 mV; todo lo cual se traduce en éstasis de los líquidos de trasudación perivaginal, determinando con ésto edema local de los tejidos subepiteliales primordialmente (24)con bajas concentraciones de potasio. (25)

e).- Evaluaciones Citológicas Exfoliativas.

El descenso de estrógenos circulantes determina que se observe una disminución en la descamación de células -superficiales del epitelio vaginal, lo cual considerando los puntos anteriores predispone al epitelio vagi--nal a la exposición de agentes infecciosos. (11, 25)

Establecida ya la causa primordial de atrofia vaginal y sus aspectos secundarios, la otra parte de factores que juegan sumándose a la Fisiopatología de la Dispareunia los podemos constituir de la siguiente forma:

1).- Eventos que cursan con Cuadros Inflamatorios Agudos -  
por Infección:

Al menos dos de cada tres pacientes con Dispareunia -- durante la menopausia cursan con vaginitis aguda ó sub aguda. Los agentes infecciosos más reconocidos e identificados son: Candida albicans, Haemophilus vaginalis, Trichomonas vaginales y recientemente y en gran boga - Chlamydia trachomatis, Mycoplasma y Gardnerella. Generalmente se observa una asociación entre dos de los organismos anteriores, todo lo cual, determina una vaginitis o vulvovaginitis aguda que predispone a los coitos dolorosos, disminución de la lubricación vaginal y cerramos el ciclo con daño del epitelio vaginal lo --- cual predispone aún más a la infección. (5)

2).- Eventos que cursan con Cuadros Inflamatorios Crónicos  
por Infección:

Algunas veces los agentes infecciosos mencionados pa-- san inadvertidos, ya sea por mala obtención de muestras del exudado o falta de experiencia del laboratorista, lo cual conlleva a que no se trate adecuadamente el -- proceso agudo y éste pase a situaciones crónicas de -- reinfección o resistencia antimicrobiana; tal es el -- caso del ureoplasma. (5)

3).- Quirúrgicos secuenciales:

Otro grupo de factores muy socorrido en la génesis de la Dispareunia, son los procesos quirúrgicos que gene-

ran cicatrización anómala ya sea por aspectos queloides intrínsecos de la paciente, o bien, como en la mayoría de los casos, falta de experiencia y conocimiento del cirujano. Todo ésto redundaría en disminución de la elasticidad de la cicatriz, contractura muscular constante y finalmente dolor durante el coito al traumatizar estos tejidos. Los partos vaginales difíciles y prolongados, con laceraciones y/o desgarramientos vaginales, laceración del intraito, episiorrafias asimétricas, cirugía vaginal reconstructiva son ejemplos de procedimientos ó accidentes que generan cicatrización importante. (7, 8, 9, 14)

#### 4).- Factores Externos:

Otro grupo de pacientes inconscientemente cambia las condiciones in situ del lumen y del epitelio vaginales. Los compuestos químicos contenidos en antisépticos vaginales (Benzal), óvulos (Acetato Fenilmercúrico) y jaleas vaginales utilizadas con frecuencia aún en etapa menopáusica, cambian radicalmente la flora bacteriana vaginal, evitan el transporte de fluidos e intercambio electrolítico del epitelio vaginal, dando lugar a cuadros de inflamación e infección. Por otro lado, la costumbre de utilizar tampons aún sin presentar ya sangrado menstrual a algunas pacientes, genera fricción en seco y determina laceración vaginal. (5)

#### 5).- Secuelas:

En este apartado, confluyen varios aspectos que generan Dispareunia a saber:

5.1 Relajación y pérdida de tono de tejidos ligamentarios, vaginales y urinarios por las siguientes causas:

- Intrínsecos a la paciente

- Hipoestrogenismo.
- Traumáticas.

Entonces tenemos alteraciones importantes que rompen con -- la estabilidad de la estática pélvico - genital, como pueden ser: Descensos de pared vaginal anterior, posterior ó ambas. Descensos ute rinos y en grado mayor prolapsos genitales. (7, 8, 9, 14, 15, 28)

El cuadro #1 resume los aspectos fisiopatológicos.

#### V.- METODOLOGIA DE ESTUDIO.

---

Se estudiaron 100 pacientes femeninas cursando -- con menopausia no tratada previamente que presentaban Dispareunia ini ciada a partir de la menopausia.

Las pacientes fueron obtenidas en la Consulta Externa de -- Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México, Secretaría de Salud desde Noviembre de 1985 hasta Octubre de 1986.

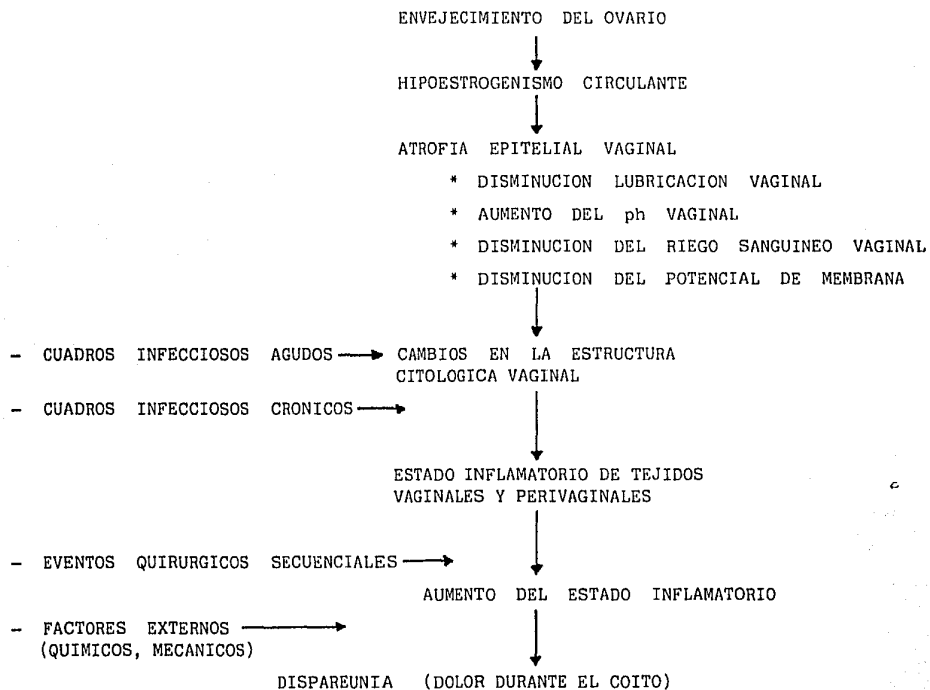
Se realizó en todas ellas. La elaboración de Historia Clíni ca completa con énfasis en los aspectos ginecológicos y obstétricos, así como evaluación de la Dispareunia durante la menopausia.

Se solicitaron los siguientes estudios: Citología exfoliativa cérvico - vaginal completa, considerando básicamente tres aspectos: Hormonal, oncológico y bacteriológico. (11, 12)

Se diseñó Hoja - formato de síntesis de datos relacionados con la menopausia y posteriormente se elaboró correlación de la etiología orgánica más frecuente en estas pacientes. Se reportó estadísticamente la incidencia por grupos específicos.

La información obtenida y básica para la elaboración de este estudio, se hizo implícita en los procedimientos usuales de Historia Clínica Gineco - obstétrica, así como en el control preventivo de la citología exfoliativa cérvico - vaginal y cultivos de exudados vaginales; por lo tanto no se necesitó de autorización de la paciente - en especial para este estudio.

FISIOPATOLOGIA DE LA DISPAREUNIA EN LA PACIENTE MENOPAUSICA. CUADRO # 1







- Método de Anticoncepción:

Se valoró que las pacientes en el estudio aún seguían --  
realizando algún método de anticoncepción independiente-  
mente de no presentar ya sangrados menstruales:

+ Duchas vaginales: 30 pacientes : (30 %)  
(Agua, Benzal, Bicarbonato)

+ Ovulos: 30 pacientes : (30 %)

+ Ninguno: 40 pacientes : (40 %)

Tabla: 4 100 pacientes : (100 %)

- Cirugías Urogenitales Anteriores:

Tipo:

+ + Episiorrafias c/s desgarro: 85 pacientes : (85 %)

+ Uretrocolpocistopexia: 30 pacientes : (30 %)

+ Colpoperineoplastia Post.: 30 pacientes : (30 %)

+ Histerectomía Vaginal: 4 pacientes : ( 4 %)

+ Resección Quiste Bartholin: 2 pacientes : ( 2 %)

+ Resección Tabique Vaginal: 1 paciente : ( 1 %)

37. pacientes : (37 %)

+ Sin Cirugía Previa: 63 pacientes : (63 %)

Tabla: 5 100 pacientes : (100 %)

- Referencia al Inicio de la Dispareunia y tipo de Dispareunia:

Inicio:

1 - 3 Años de Evolución de Menopausia: 40 pacientes (40 %)

3 - 5 Años de Evolución de Menopausia: 55 pacientes (55 %)

+ 5 Años de Evolución de Menopausia: 5 pacientes ( 5 %)

Tabla: 6 100 pacientes (100 %)

- Tipo de Dispareunia:

a).- Primaria :	0	pacientes	(0.0 %)
b).- Secundaria:	100	pacientes	(100.0 %)
	100	pacientes	(100.0 %)

- Momento de aparición de la Dispareunia:

a).- Completa :	15	pacientes	(15 %)
b).- Esporádica :	85	pacientes	(85 %)

Tabla: 7

100 pacientes (100 %)

- Valoración de Citología Exfoliativa Cérvico - Vaginal:

1.- Se reportan los siguientes patrones celulares:

<u>Cel. Parabasales</u>	<u>Cel. Int.</u>	<u>Cel. Cariopicnóticas</u>	<u>No. Pacientes</u>
85 %	15 %	0 %	90 (90 %)
80 %	15 %	5 %	5 ( 5 %)
95 %	5 %	0 %	5 ( 5 %)
			100 (100%)

- Efecto Estrogénico:

- Bajo :	5 %
- Nulo :	95 %

Tabla: 8

100 %

2.- Valoración Oncológica:

- Negativo I :	2	pacientes	(.2%)
- Negativo II :	10	pacientes	(10 %)
- Negativo II :	88	pacientes	(88 %)
con Metaplasia	100	pacientes	(100 %)

Tabla: 9

- Valoración de Cultivos de Exudado Vaginal:

Cultivos más frecuentes:

a).- Candida Albicans	:	60 pacientes	(60 %)
b).- Trichomonas vaginales	:	12 pacientes	(12 %)
c).- Chlamydia trachomatis	:	8 pacientes	(8 %)
d).- Bacteriana mixta	:	18 pacientes	(18 %)
e).- Virus	:	2 pacientes	(2 %)

Tabla: 10

100 pacientes (100 %)

- Valoración y Frecuencia de Hallazgos durante la Exploración

Física:

+ Cicatriz queloide sobre episiorrafia	:	15 pacientes
+ Episiorrafia anterior asimétrica	:	70 pacientes
		<u>85 pacientes (85 %)</u>
+ Cicatriz asimétrica en uretrocistopexia	:	9 pacientes
+ Cicatrización asimétrica en colpoperineoplastia posterior	:	20 pacientes
+ Vagina cónica / corta	:	4 pacientes
+ Desgarros vaginales múltiples antiguos mal cicatrizados	:	3 pacientes
+ Sinequias vaginales	:	1 paciente

Tabla: 11

37 pacientes (37 %)

- En pacientes sin cirugía:

+ + Uretrocolpocistocele	Gdo. I - II	:	50 *	pacientes
+ + Uretrocolpocistocele	Gdo. III	:	10 **	pacientes
+ + Rectocele	Gdo. I - II	:	50 *	pacientes
+ + Rectocele	Gdo. III	:	10 **	pacientes
+ + Prolapso Genital Total		:	3	

Tabla 12

63 pacientes (63 %)

VII.- CONCLUSIONES:

La menopausia, el fallo ovárico y la privación de estrógenos produce un descenso en la circulación de los tejidos vaginales, evidenciado por los cambios en las medidas de necesidades energéticas para mantener una temperatura constante, descenso en la cantidad de las secreciones de tejidos perivaginales así como de la composición --- electrolítica. Por otro lado, la elevación del ph vaginal ocasionado -- por la disminución en la exfoliación epitelial y consecuentemente en la disminución del glicógeno y los bacilos de Döderlein, conlleva a cambios con miras a la infección por microorganismos oportunistas.

La menopausia, determinó que la diferencia de potencial de la membrana del epitelio vaginal disminuyera al 50 %, determinando con ésto, trastornos del intercambio hidroelectrolítico, tumefacción tisular y cambios locales de protección epitelial.

Los cambios hormonales y citológicos, establecidos como patrones menopáusicos dan la base para que factores agregados potencialicen - la presencia de la Dispareunia.

Considerando ahora nuestra población estudiada, concluimos que el grupo de pacientes más representativo se estableció entre los 45 - 50 años de edad, es decir, con evolución corta de su menopausia y aún con - actividad sexual importante.

El número de embarazos promedio se situó en el grupo de 1 - 3 embarazos, siendo más representativo el parto vaginal atendido por empírica con consecuencia lógica al mal manejo de episiotomías, laceraciones o desgarros.

Por otro lado, la terapéutica quirúrgica de procesos secuenciales por relajación tisular e hipoestrogenismo como es el caso de cirugía vaginal reconstructiva con deficiente técnica quirúrgica, lejos de mejorar las condiciones de la paciente, empeorarán su esfera de actividad -- sexual.

Es importante agregar también que prácticamente el 80 % de las pacientes presentaron cultivos positivos de gérmenes oportunistas, lo cual se suma a los factores básicos y promueve el cuadro dispareúnic.

Con todo lo anterior resumimos:

- 1).- La Dispareunia en la paciente menopáusica no tiene una etiología solitaria como podría esperarse en base al hipoestrogenismo, sino que confluyen varios factores.
- 2).- Los cambios del epitelio vaginal y tejidos perivaginales son en gran parte secundarios al hipoestrogenismo, pero también el manejo en menor o mayor grado de acciones quirúrgicas, así como el éxito de las mismas influyen en la cicatrización y retracción tisular, lo cual, si agregamos aspectos infecciosos concomitantes nos resultará un cuadro de Dispareunia con factores etiológicos orgánicos variados.

Ahora bien, ¿Qué podemos hacer? En Primer Lugar, concentrar nos en la estadística y no olvidar que la Dispareunia en nuestra población promedio con curso menopáusico no tiene una sola etiología, sino, - varios factores.

En Segundo Término, este conocimiento nos indicará la pauta para la resolución en conjunto de dichos factores y no aisladamente como -

el grueso de los médicos tratantes lo proponen; es decir, se tiene que - diseñar un proceso terapéutico integral: hormonal, antimicrobiano y corrección quirúrgica cuando la paciente lo demande y sea necesario.

Si conocemos ahora los factores orgánicos más frecuentes, su - interacción y sobre todo su resolución facilitada podremos ofrecer a --- nuestra paciente una menopausia tranquila, con un despertar sexual nuevo y libre de molestias, todo lo cual reeditarán en una paciente con un padecer resuelto, satisfecha de su actividad sexual y lo más importante: su adaptación al cambio paulativo de su madurez sexual y emocional.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Semmens J.P. y Colbs.: "Sexual Function and Menopause".  
Clin. Obstet. Ginecol. Sept. 1984 Vol.27 No.3 Pag.919
- 2.- Costatarens P.: "Raesseum Papyri IV".  
Med. Esp. 66: 274 1971.
- 3.- American Psychiatric Association: "Diagnostic and Estadistical  
Manual of Mental Disorders. 3er. Edition, 1980.
- 4.- Steege JF y Colbs.: "Dyspareunia and Vaginismus".  
Clin. Obstet. Ginecol. Sept. 1984 Vol. 27 No.3 Pag.961
- 5.- Fordney DS: "Dyspareunia and Viginismus".  
Clin. Obstet. Ginecol. March 1978 Vol. 21 No.1 Pag.205
- 6.- Kaplan H.: "The New Sex Therapy"  
New York, Brunner Mazel 1974.
- 7.- Masters W., Johnsan V.: "Human Sexual Inadequancy".  
Boston Little Brown 1970.
- 8.- Fink P.: "Dyspareunia: Current Concepts".  
Med. Esp. Hum. Sex. Vol.6 No.28 Sept.1972 Pag.28
- 9.- Fordney D.: "Dyspareunia: Evaluation and Identification of Critical  
Treatments Variables".  
International Academy of Sex Research Agosto 1977.
- 10.- Raboch J.: "Contribution to the Study of Sexual Dyspareunia in  
Females".  
CS Psychiat 64: 314 1968.
- 11.- Semmens JP: "Estrogen Deprivation and Vaginal Function in Menopausal

Women". (A Study of Menopausal Vaginal Physiology and the effect of Exogenous Estrogen Therapy).

JAMA 1982; 248: 245.

12.- Judd HL.: "Estrogen Replacement Therapy".

Obstet and Gynecol 1981; 58(1):267.

13.- Fordney - Settleage: "Heterosexual Dysfunction: Evaluation of Treatment Procedures".

14.- Fullerton: "Dyspareunia".

Bv. J. Med. 2:31 1971.

15.- Jeffcoate: "Posterior Culpoperineorrhaphy".

Am. J. Obstet Gynecol 77:490 1959.

16.- Mullers & Huebach: "Prolapse of the Uterus: It's effect on sexual -- behavior".

Med. Asp. Hum. Sex 6:114; 1972.

17.- Wabrek: "Dyspareunia".

J. Sex Marital Therapy 1:234, 1975.

18.- Reamy K.: "The Treatment of Vaginismus by the Gynecologist Obstet -----

Gynecol Vol. 59 No.1 Jan.1982.

19.- Judd HL: "Hormonal Dynamics Associated with the Menopause".

Clin. Obstet. Gynecol. 19:775, 1976.

20.- Chang RJ Dr.: "El Ovario después de la Menopausia".

Clin. Obstet. Gynecol. Vol.1 1981.

21.- Masters W. Johnson U.: "The Physiology of the Vaginal Reproductive Function".

West J Surg Obstet. gynecol. 1961, 69:105 - 120



- 22.- Wagner G.: "Vaginal Fluid in the Human Vagina".  
Amsterdam, Elsevier/North Holland Inc. 1978 121 - 137.
- 23.- Cohen HD.: "A Method of Measuring Sexual Arousal in the Female".  
Psychophysiology 1971: 8: 251 - 252.
- 24.- Levin RJ: "Mechanism for Vaginal Ion Moments in Women".  
J Physiol 1978: 284: 172 - 173.
- 25.- Semmens JP: "Effects of Estrogen Therapy on Vaginal Physiology  
During Menopause".  
Obstet. and Gynecol. Vo.66 No.1 July 1985 Pag.15 - 18.
- 26.- Pardrige WM.: "Transport of Steroids Hormones Through the Rat Blood-  
Brain Barrier: Primary Role of Albumins - Bound Hormone.  
J Clin. Invest. 64: 145, 1979.
- 27.- Longlope C.: "Aromatization of Androgen by Muscle and Adipose Tissue  
in Vivo".  
J. Clin. Endocrinal Metab.: 46: 146, 1978.
- 28.- Mueller E.: "Prolapse of the Uterous: It's Effects on Sexual Behavior.  
Med. Asp. Hum. Sex. 6:114, 1972.