

CASOS CLÍNICOS

Abordaje de dolor perineal y vulvodinia:

a propósito de un caso

Approach to perineal pain and vulvodynia: about a case

Recibido: 03-02-2022

Aceptado: 06-07-2022

Publicado: 30-12-2022

DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol30/4/2022/85-93>

Revista **MetroCiencia**

Volumen 30, Número 4, 2022

ISSNp: 1390-2989 **ISSNe:** 2737-6303

Editorial Hospital Metropolitano

Abordaje de dolor perineal y vulvodinia: a propósito de un caso

Approach to perineal pain and vulvodynia: about a case

Stephania Salazar-Chiriboga¹, Danilo Salazar-Molina², José Daniel Sánchez-Peña³,
Gonzalo Nicolalde-Castillo⁴, Darnely Samaniego-Balseca⁵

ABSTRACT

El dolor perineal abarca un amplio abanico de posibilidades diagnósticas, debido a la gran cantidad de estructuras anatómicas presentes en el periné, de diferentes orígenes, pero con inervación compartida, por lo cual es importante tener presente el abordaje para el mismo. El objetivo de este artículo es proporcionar herramientas que nos ayuden a llegar a un diagnóstico preciso, para un adecuado y oportuno tratamiento, debido a que se consideran patologías muy frecuentes, las cuales son infradiagnosticadas lo cual conlleva a un manejo tórpido que perpetua su cronicidad.

Keywords: Dolor perineal, vulvodinia, dolor vulvar, dolor perianal, piso pélvico, dolor anorrectal.

RESUMEN

Perineal pain concerns a wide range of diagnostic possibilities, due to the large number of anatomical structures that are present in the perineum from different origins, but with shared innervation, that's why it's important to keep in mind the approach of it. The objective of this article is to provide tools that help us reach an accurate diagnosis, for an adequate and opportune treatment, because these pathologies are very frequent and underdiagnosed, which leads to a torpid management that perpetuates their chronicity.

Palabras clave: Perineal pain, vulvodynia, vulvar pain, perianal pain, pelvic floor, anorectal pain.

Stephania Salazar Chiriboga

 <https://orcid.org/0000-0002-6933-0206>

Danilo Salazar Molina

 <https://orcid.org/0000-0003-1730-8186>

José Sánchez Peña

 <https://orcid.org/0000-0002-5848-8331>

Gonzalo Nicolalde Castillo

 <https://orcid.org/0000-0001-8791-7337>

Darnely Samaniego Balseca

 <https://orcid.org/0000-0002-4076-9813>

1. Médica, Posgradista de Ginecología y Obstetricia, Universidad Internacional del Ecuador – Hospital Metropolitano
2. Médico Ginecólogo Obstetra, Hospital Metropolitano
3. Interno Rotativo de Medicina, Universidad de las Américas – Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín
4. Médico, Posgradista de Ginecología y Obstetricia, Universidad Internacional del Ecuador – Hospital Metropolitano
5. Médica, Posgradista de Ginecología y Obstetricia, Universidad Internacional del Ecuador – Hospital Metropolitano



Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

*Correspondencia: stepha_salch@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor perineal abarca un sinnúmero de posibilidades diagnósticas, debido a la gran cantidad de estructuras anatómicas presentes en el periné, de diferentes orígenes, pero con inervación compartida, por lo cual es importante tener presente el abordaje para el mismo. Se presenta un caso con el que abarcaremos principalmente temas como el dolor perianal y la vulvodinia como diagnósticos superpuestos.

La vulvodinia es una patología compleja con evolución y manejo tórpidos, que se presenta con mayor frecuencia en mujeres hispanas, que en blancas y afroamericanas¹. A pesar de ser una patología con alta prevalencia, alrededor del 10-28% de las mujeres en edad reproductiva la padecen, su causa no se encuentra hasta el momento muy esclarecida, pero se le asocia frecuentemente a infecciones vaginales que producen una gran respuesta inflamatoria, que se acompaña de dolor y sensibilidad local². Además entre un 12-68% de pacientes diagnosticadas con cistitis padecen concomitantemente de vulvodinia³.

Por otro lado, el dolor de la región anorrectal puede ser muy desgastante para los pacientes y además un desafío para los médicos en busca de un diagnóstico acertado. El dolor perianal, por lo tanto, también es frecuente y puede encontrarse de forma concomitante con la vulvodinia, sin embargo, con mayor frecuencia este dolor se asocia a patología gastrointestinal o proctológica⁴; es importante tener en cuenta que en un 85% de pacientes que sufren de este dolor, a pesar de una buena historia clínica, un examen físico riguroso y pruebas diagnósticas adecuadas, no se llega a encontrar una causa orgánica que pudiera ser responsable del cuadro clínico⁵.

REPORTE DE CASO

Paciente de 59 años, sexo femenino, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II con adecuado control farmacológico, antecedente quirúrgico de histerectomía subtotal y colpoperineorrafia posterior 2 años previo a su cuadro actual debido a diagnóstico de sangrado uterino anormal, miomatosis uterina, incontinencia urinaria subsecuente a la misma y prolapso de compartimento posterior. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia: 10 años, vida sexual: activa, citología cervical: sin patología, una gesta, un parto cefalovaginal.

Acude por dolor lumbar que se irradia a zona sacrococcígea de 1 año de evolución, para lo cual ha sido valorada por especialistas en traumatología quienes han manejado el cuadro con fisioterapia, y médico internista, quien ha complementado con terapia para fibromialgia, con este tratamiento el cuadro cede parcialmente, sin embargo, debido a intensificación del dolor y localización en región anal al sentarse desde hace 3 meses, acude para valoración ginecológica.

En el examen físico se evidencia vulva con defecto obstétrico de periné posterolateral derecho secundario a episiorrafia, musculatura parcialmente conservada, sin alteración contráctil, no se evidencia patología cervical, dolor a la palpación en región inguinal derecha y en todo el trayecto hacia periné, labio mayor derecho, horquilla posterior, región perianal y glútea, con un punto doloroso bien localizado, de mayor intensidad, entre periné y ano. Se realiza un rastreo ecográfico pélvico con evidencia de ovarios atróficos y ausencia de masas.

Se realizan estudios de imagen complementarios secuenciales con los siguientes hallazgos de importancia:

- **Tomografía simple de pelvis y periné:** nódulo de 16 mm x 12 mm con calcificación en el interior, calcificaciones en el músculo elevador del ano del lado derecho de 3 y 4 mm y en la región paravesical posterior de hasta 5 mm (*Figura 1*).
- **Resonancia magnética de coxis:** leve ectasia del plexo venoso perivaginal, leve irregularidad del periné en la línea parasagital derecha, las calcificaciones en el peritoneo se ubican a nivel perivaginal y espacio rectouterino que podría corresponder a granuloma en virtud de antecedente quirúrgico (*Figura 1*).
- **Ecografía de partes blandas:** no se evidencian lesiones en labios vulvares, en la región perianal se confirma la presencia de un aparente granuloma de 9 mm x 7,5 mm con una calcificación en el interior cercano al esfínter del ano en el lado derecho, desplazamiento del piso pélvico de 11 mm en relación con insuficiencia del piso pélvico (*Figura 2*).

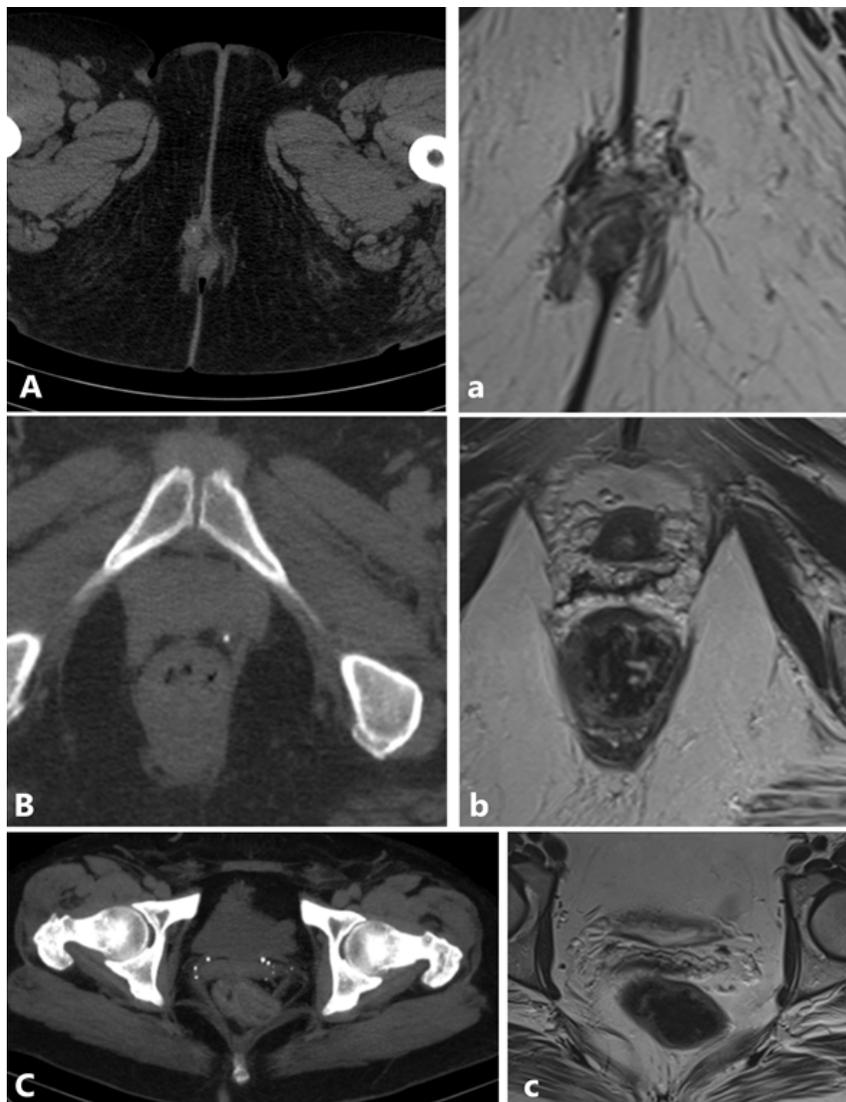


Figura 1. Comparación entre tomografía simple de pelvis y periné (A, B y C) y resonancia magnética de coxis (a, b y c).

Fuente: Imágenes realizadas en el Centro Radiológico MedImágenes, Quito-Ecuador.

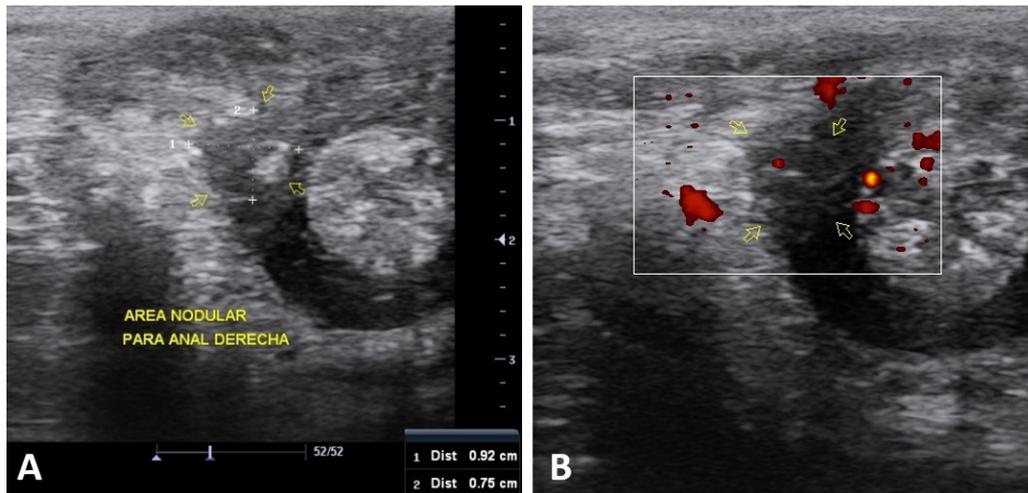


Figura 2. Ecografía de partes blandas. A. Aparente granuloma de 9 mm x 7,5 mm con una calcificación en el interior B. Con doppler color.

Fuente: Imágenes realizadas por el Dr. Jaime Trujillo, Quito, Ecuador.

DISCUSIÓN

La patogénesis del dolor perineal conlleva muchos factores en común, por lo cual es difícil determinar si la causa del dolor es vulvar o perianal, como es el caso expuesto, esto debido a la existencia de factores en común que pueden originar este dolor, como la tensión de los músculos del piso pélvico, especialmente del elevador del ano, los cuales pueden ser los causantes principales o únicamente un componente que perpetúa el dolor y lo vuelve crónico³; otras causas abarcan: inflamación local, terminaciones nerviosas sensitivas periféricas y centrales compartidas y también factores psicosociales y reumatológicos, pues como podemos observar, el manejo como fibromialgia es frecuente en estos casos de dolor crónico no asociados a una causa específica⁶; además se ha evidenciado una relación bien marcada entre pacientes que padecen fibromialgia con disfunción del piso pélvico que cursan con dolor, en un 50% más intenso que en aquellas pacientes que no tienen este diagnóstico concomitante⁷. Por ello se resumen en la **Tabla 1** las características compartidas de estas patologías.

Tabla 1. Características cardinales del dolor perineal y vulvodinia.

Guiadas por sintomatología y hallazgos en exámenes complementarios
Síntoma principal: Incomodidad o dolor, problemas con micción, defecación y vida sexual
Frecuentemente asociados a alteraciones psicosociales (ansiedad y depresión)
Mala calidad de vida
Fisiopatología de difícil comprensión
Terapia por lo general sintomática, farmacológica, terapia física y psicosocial

Modificado de: Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and Pelvic Pain. Mayo Clinic Proceedings. 2016.

La vulvodinia se considera como un dolor, que por lo general es descrito de tipo quemazón, en ausencia de hallazgos evidentes en el examen físico, a pesar de que se lo liga con patología infecciosa genital, existen muchos diagnósticos diferenciales a tomar en cuenta^{8,9}. (**Tabla 2**)

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del dolor perineal.

Infección genital	Candidiasis, HPV, herpes
Procesos inflamatorios	Liquen plano, penfigoide ampoloso
Neoplasias	Enfermedad de Paget, carcinoma escamocelular, tumor desmoides
Trastorno neurológico	Neuralgia herpética, compresión de nervios espinales
Trastorno músculo-esquelético	Mialgia por tensión muscular del suelo pélvico, síndrome del elevador del ano
Reumatológico	Fibromialgia, poliradiculopatía autoinmune
Psicosocial	Abuso, ansiedad, depresión

Modificado de: Shrikhande A, Ullger C, Seko K, Patil S, Natarajan J, Tailor Y, et al. A physiatrist's understanding and application of the current literature on chronic pelvic pain: a narrative review. PAIN Reports. 2021.

Tabla 3. Evaluación del piso pélvico.

Parámetro de evaluación	Técnica	Hallazgo
Función muscular	Examen perineal	Movimientos limitados, valoración de elevación y descenso
Estado en reposo	Palpación, Prueba del hisopo	Mialgia, puntos dolorosos, hipo/hipertonía, asimetrías, lesiones, fistulas
Función contráctil	Contractilidad voluntaria	Fuerza, resistencia, relajación
Respuesta a aumento de presión intrabdominal	Maniobra de Valsalva	Incontinencias

Modificado de: Quaghebeur J, Petros P, Wyndaele JJ, De Wachter S. Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2021

Consecuente con la gran cantidad de diagnósticos diferenciales que debemos tener en cuenta al valorar a la paciente con dolor perineal, es fundamental obtener una historia clínica detallada adecuadamente, en orden cronológico, sobre las características del dolor y posteriormente realizar una evaluación metódica en cuanto al examen físico¹⁰, que abarque todos los aspectos a tomar en cuenta en el piso pélvico, como son: función, tono, dolor y lesiones de una manera ordenada, como se presenta en la **Tabla 3**¹¹, posteriormente se plantea seguir un algoritmo que oriente al examinador hacia el diagnóstico definitivo y con ello un tratamiento oportuno (**Figura 3**)¹².

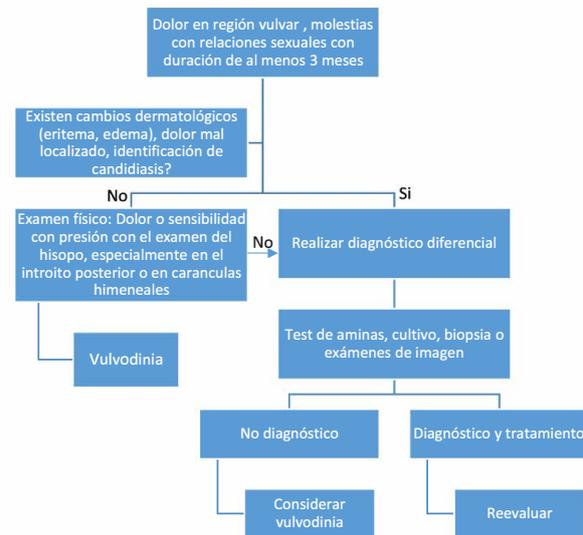


Figura 3. Algoritmo diagnóstico del dolor perineal.

Modificado de: Reed BD. Vulvodynia: Diagnosis and Management. American Academy of Family Physicians. 2006

Debido a las características inespecíficas de este tipo de dolor, los exámenes de imagen complementarios juegan un rol muy importante, mediante la ecografía se pueden evaluar los tejidos blandos, el esfínter anal, periné, y de esta manera esclarecer el diagnóstico¹³. Una de las técnicas de imagen que se podría emplear para el diagnóstico del dolor perineal es la ecografía transrec-

tal, debido a que es rápida, segura, económica y brinda imágenes con buena resolución, las cuales nos ayudarían a identificar abscesos, tumores o quistes en la región perianal, sin embargo, su principal limitante para obtener resultados satisfactorios es la necesidad de un operador con experticia, y teniendo en cuenta que el campo de visión es limitado, de solo unos pocos centímetros, las estructuras laterales, o sobre el complejo esfinteriano-anal, como el espacio presacro, sacro y tejidos perirrectales no serán bien visualizadas, por lo que tumores sacroespinosos o patologías a nivel del piso pélvico no serán bien evaluados¹⁴.

Por otro lado, la resonancia magnética es un buen complemento para obtener imágenes de alta resolución para evaluar con mayor precisión las paredes del canal anal y vaginal, los espacios perianales y la porción sacrolumbar de la columna, con lo cual mejorará la capacidad diagnóstica de quistes y tumores en estas áreas¹³; es una herramienta bastante segura, pero su costo es más elevado que la ecografía, toma más tiempo y está contraindicada en pacientes con prótesis o implantes metálicos¹⁴.

No existe un tratamiento estandarizado para el manejo de la vulvodinia en los casos en los que se descartan todas las posibilidades diagnósticas del dolor perineal, sin embargo, es importante mencionar que el manejo debe ser multidisciplinario en todos los casos, pues el manejo del dolor es fundamental para mejorar la calidad de vida y se debe tener en cuenta la salud psicosexual de estas pacientes, así como dar tratamiento a sus comorbilidades¹⁵; por ello se aplican medidas de cuidado vulvar, tratamiento tópico, oral, inyectable, biofeedback, dieta, terapia psicológica y asesoramiento sexual, en última instancia se recurre al tratamiento quirúrgico como es la vestibulectomía¹.

CONCLUSIÓN

Como se ha evidenciado en esta revisión, la vulvodinia y el dolor perineal pueden tener un origen tanto neuropático como funcional. El dolor neuropático se manifiesta como constante, con exacerbaciones desarrolladas por estímulos sensitivos normales, lo cual afecta en gran medida la calidad de vida, sin embargo su origen puede ser funcional, sin una causa evidente que desencadene este dolor, en estos casos relacionados con patologías subyacentes¹⁶; es por ello que su diagnóstico es difícil, y consecuente a esto, una gran cantidad de pacientes, el 85%, que se presentan con dolor anorrectal o perianal no se encuentra una causa orgánica que origine el cuadro⁵, por lo tanto es esencial seguir un algoritmo que nos permita llegar a un origen de la manera más acertada y temprana para evitar llevarlas a la cronicidad que las caracteriza y de esta manera mejorar la calidad de vida y los costos de atención en salud que por estas patologías se encuentran incrementados⁶.

Por otro lado, el hallazgo del tejido de granulación se lo considera como secuela de la histerectomía que se realizó previamente, en la cual el seguimiento indicaría su desaparición en algunos meses¹⁷. Es por ello que al momento la paciente en cuestión se mantiene en seguimiento multidisciplinario para control del dolor y en seguimiento imagenológico para evaluar crecimiento o cambios en las lesiones evidenciadas que indicarían tomar nuevas conductas diagnósticas y terapéuticas.

Contribución de los autores

a) Concepción y diseño del trabajo: Danilo Salazar, Stephania Salazar, Gonzalo Nicolalde

b) Análisis e interpretación de datos: Danilo Salazar, Stephania Salazar, José Sánchez, Darnely Samaniego.

c) Redacción del manuscrito: Stephania Salazar, José Sánchez

d) Revisión crítica del manuscrito: Stephania Salazar, Danilo Salazar, Gonzalo Nicolalde, Darnely Samaniego

e) Aprobación de su versión final: Danilo Salazar

f) Aporte de pacientes o material de estudio: Centro Radiológico MedImágenes, Dr. Jaime Trujillo

Conflicto de intereses

Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con el Hospital Metropolitano y los miembros de la revista MetroCiencia.

Financiación

No se requirió ningún tipo de financiamiento para la realización de este artículo.

Agradecimientos

Agradecemos al Hospital Metropolitano y a su revista MetroCiencia por brindarnos este espacio en honor a la investigación y actualización médica, a la Universidad Internacional del Ecuador y sus médicos docentes, por fomentar el desarrollo de la educación médica continua y actualizada, al Centro Radiológico MedImágenes y al Dr. Jaime Trujillo, quienes realizaron los estudios imagenológicos presentados en este caso.

Bibliografía

1. **Marchitelli C.** Enfermedades de la vulva. Un enfoque interdisciplinario [Internet]. Ediciones Journal, editor. Buenos Aires; 2018 [cited 2022 Jan 31]. 333 p. Available from: [https://www.edicionesjournal.com/E-Book/9789874922328/Enfermedades+De+La+Vulva+\(E-Book\)](https://www.edicionesjournal.com/E-Book/9789874922328/Enfermedades+De+La+Vulva+(E-Book))
2. **Havemann LM, Cool DR, Gagneux P, Markey MP, Yaklic JL, Maxwell RA, et al.** Vulvodynia: What We Know and Where We Should Be Going. *J Low Genit Tract Dis.* 2017;21(2):150–6.
3. **Butrick CW.** Pelvic Floor Hypertonic Disorders: Identification and Management. Vol. 36, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* 2009. p. 707–22.
4. **Dwarkasing RS, Schouten WR, Geeraedts TEA, Mitalas LE, Hop WCJ, Krestin GP.** Chronic anal and perianal pain resolved with MRI. *Am J Roentgenol.* 2013;200(5):1034–41.
5. **Mastragostino P, Lee AD, Battaglia PJ.** Perianal abscess mimicking levator ani syndrome: A case report and approach to the differential diagnosis of anorectal pain. *J Can Chiropr Assoc.* 2017;61(2):145–52.
6. **Bharucha AE, Lee TH.** Anorectal and Pelvic Pain. *Mayo Clin Proc [Internet].* 2016 [cited 2022 Jan 31];91(10):1471–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.08.011>
7. **Thornton KGS, Robert M.** Prevalence of Pelvic Floor Disorders in the Fibromyalgia Population: A Systematic Review. *J Obstet Gynaecol Canada [Internet].* 2020 [cited 2022 Jan 31];42(1):72–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.013>
8. **Stockdale CK, Lawson HW.** 2013 vulvodynia guideline update. *J Low Genit Tract Dis.* 2014;18(2):93–100.
9. **Shrikhande A, Ullger C, Seko K, Patil S, Nataraajan J, Tailor Y, et al.** A physiatrist's understanding and application of the current literature on chronic pelvic pain: a narrative review. *PAIN Reports [Internet].* 2021 Sep [cited 2022 Jan 31];6(3):e949. Available from: https://journals.lww.com/pain-rpts/Fulltext/2021/09000/A_physiatrist_s_understanding_and_application_of.7.aspx
10. **Gomel V.** Chronic pelvic pain: A challenge. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007;14(4):521–6.
11. **Quaghebeur J, Petros P, Wyndaele JJ, De Wachter S.** Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet].* 2021 [cited 2022 Jan 31];265:143–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.08.026>
12. **Reed BD.** Vulvodynia: Diagnosis and Management. *Am Acad Fam Physicians [Internet].* 2006 [cited 2022 Jan 31];73(7):1231–8. Available from: <http://www.aafp.org/afpsort.xml>
13. **Youssef AT.** Use of Ultrasonography in Clarifying the Etiology of Anal Pain. *J Med Ultrasound [Internet].* 2017 [cited 2022 Jan 31];25(4):208–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmu.2017.03.014>

14. **Greenhalgh R, Cohen CR, Burling D, Taylor SA.** Rational imaging: Investigating perianal pain of uncertain cause. *Bmj*. 2008;336(7640):387–9.
15. **Bohm-Starke N.** Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(12):1504–10.
16. **Andrews JC.** Vulvodynia interventions-systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv [Internet]*. 2011 [cited 2022 Jan 31];66(5):299–315. Available from: www.obgyn-survey.com
17. **Nantarattasakul C, Tannirandorn Y.** The Incidence of Vaginal Vault Granulations after Vaginal Vault Closed by Polyglactin Compared with Chromic Catgut: A Randomized Controlled Trial. *Thai J Obstet Gynaecol [Internet]*. 2002;14(2):151–5. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjog/article/view/88816>

Cómo citar: Salazar-Chiriboga S, Salazar-Molina D, Sánchez-Peña J, Nicolalde-Castillo G, Samaniego-Balseca D. Abordaje de dolor perineal y vulvodinia: a propósito de un caso. *MetroCiencia [Internet]*. 30 de diciembre de 2022; 30(4):85-93. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol30/4/2022/85-93>