

resultar en dispareunia que conduce a la disminución del interés y a evitar la actividad sexual.³⁷ En estos escenarios, la dispareunia o la evitación de la actividad sexual pueden ser una manifestación de AVV. Cambios atróficos vulvares y vaginales aumentan la probabilidad de traumatismo, infección y dolor. Si no se trata, la AVV severa puede resultar en una superficie vaginal que es friable, con petequias, ulceraciones y fisuras, acompañadas en algunos casos por la estenosis. El sangrado puede producirse por un traumatismo mínimo, tal como inserción con el espéculo.¹² En el interrogatorio, las pacientes pueden reconocer sangrado durante las relaciones sexuales y/o la limpieza.

La AVV sintomática puede ocurrir en otros estados hipoestrogénicos de la menopausia natural. Los ejemplos incluyen la menopausia quirúrgica (ooforectomía bilateral, con o sin histerectomía); el uso de los agonistas de GnRH para manejar condiciones tales como endometriosis y leiomiomas uterinos; amenorrea hipotalámica causada por el ejercicio excesivo; trastornos de la alimentación; el postparto; radiación pélvica y tratamientos para el cáncer, como la cirugía, el estado de terapia, quimioterapia o terapia endocrina, que eliminan ovarios o los hacen inactivos, ya sea temporal o de forma permanente. Las mujeres más jóvenes, con dispareunia resultante de la menopausia inducida, pueden estar especialmente angustiadas por los cambios en su función sexual.^{38,39}

Tratamientos contra el cáncer, especialmente la cirugía y la radioterapia, pueden dañar el epitelio vaginal, el suministro vascular y la anatomía de la cavidad vaginal. Algunas mujeres tratadas experimentan una vagina estrecha o corta. Estos cambios pueden producir dolor con los exámenes pélvicos, dispareunia, y un aumento del riesgo de infección vaginal.⁴⁰ Los síntomas vaginales relacionados con la menopausia abrupta inducidos por la quimioterapia se han asociado con una mayor disfunción sexual y angustia en algunos, pero no todos los estudios,^{39,41,42} y con un peor resultado de calidad de vida.^{38,43-46} El estrés, la fatiga y los cambios en el estado de ánimo que acompañan el diagnóstico de cáncer y el tratamiento también contribuyen a los problemas sexuales reportados. Los inhibidores de la aromatasas (IA) están claramente asociados con

AVV;⁴⁷ sin embargo, ellos reducen la recurrencia del cáncer de mama al inducir un profundo estado de deficiencia de estrógenos y se están convirtiendo en un componente más frecuente del tratamiento de cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas. En comparación con el tamoxifeno, AIs (anastrozol, letrozol y exemestano) previene la conversión de andrógenos a estrógenos, lo cual resulta en mayor incidencia de sequedad vaginal y dispareunia⁴⁸⁻⁵¹. Un antagonista puro del receptor de estrógenos, *fulvestrant*, tiene un efecto similar en la inducción de efectos de AVV.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación de AVV incluye una historia clínica y examen pélvico. Una historia clínica cuidadosa puede identificar factores que contribuyen, etiologías alternativas e intervenciones terapéuticas eficaces. El examen de la pelvis debe identificar signos consistentes con AVV y eliminar otras condiciones patológicas que pueden causar síntomas similares.

Historia

Dado que las mujeres pueden no presentar síntomas de AVV y problemas sexuales relacionados, los proveedores de salud deben tratar este tema para todas las mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas como parte de una revisión rutinaria de sistemas. Resultados de la encuesta REVEAL (REvealing Vaginal Effects At mid-Life) encontraron que cerca de la mitad de las mujeres posmenopáusicas encuestadas acordó que sigue siendo un tabú para reconocer síntomas como AVV, y menos de la mitad nunca habían iniciado una conversación con su proveedor de atención médica acerca de sus síntomas.⁵² El objetivo de la historia es determinar si los síntomas de AVV están presentes, ya que son molestos, y cómo afectan la salud sexual de la mujer y la CDV. En ausencia de síntomas, la AVV no necesariamente requiere de tratamiento, aunque las mujeres deben ser informadas de que puede empeorar con el tiempo sin un manejo proactivo.

El inicio de los síntomas de AVV después de la menopausia varía de una mujer a otra. Otros estados hipoestrogénicos también dan como

resultado AVV, y una historia clínica cuidadosa y pruebas de laboratorio específicas identificarán insuficiencia ovárica primaria, menopausia inducida médicamente, menopausia inducida quirúrgicamente, amenorrea hipotalámica o hiperprolactinemia.

Terapias endocrinas, incluyendo inhibidores de la aromatasas, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas o antagonistas, y ciertos moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM) pueden inducir un estado de deficiencia de estrógenos y contribuir a AVV.

Síntomas similares a AVV pueden ser secundarios a otras muchas condiciones. El diagnóstico diferencial incluye trastornos autoinmunes, condiciones alérgicas o inflamatorias (por ejemplo, vaginitis inflamatoria descamativa, dermatitis de contacto, liquen plano erosivo, liquen escleroso y penfigoide cicatricial), vaginitis crónica, infecciones, traumatismos, cuerpos extraños, tumores malignos, vulvodinia, vestibulodinia, dolor pélvico crónico, el vaginismo, y otras condiciones médicas (por ejemplo, diabetes, lupus eritematoso) o trastornos psicológicos. Una etiología alternativa es más probable en mujeres con síntomas vulvovaginales crónicos o recurrentes que parecen anteriores a la menopausia.

La documentación de AVV debe incluir una descripción de los síntomas, incluyendo el tiempo de inicio, duración, grado de asociación con la angustia, y el efecto sobre la calidad de vida. Una historia sexual que incluye relación de pareja(s), el nivel actual de actividad sexual, y el efecto de los síntomas AVV en la vida sexual y las relaciones de pareja es útil en la determinación de las estrategias de gestión.

Intervenciones anteriores deben ser discutidas, incluyendo si eran eficaces o tenían posibles efectos adversos. Para una mujer con antecedentes de cáncer, se debe obtener información adicional, incluyendo el sitio del cáncer, la dependencia hormonal, tratamientos (pasados, presente), la edad al momento del diagnóstico y el tipo de la menopausia (espontánea o inducida). La sequedad vaginal es un síntoma común entre las mujeres tratadas por cáncer, pero puede que no siempre se relacionen únicamente con la deficiencia de estrógenos. Por ejemplo, la este-

nosis vaginal es una complicación conocida de la cirugía y la radioterapia para el ginecólogo y tumores malignos colorrectales.

Examen físico

El examen pélvico ayuda a excluir otras condiciones vulvovaginales que tienen síntomas similares. La AVV puede variar en el grado de severidad. En las primeras etapas, los cambios pueden ser sutiles. El epitelio del vestíbulo puede ser delgado y seco, y la vagina ligeramente eritematosa. Como la atrofia progresa, hay una pérdida de la almohadilla de grasa labial y los labios menores se vuelven menos aparentes.

En la atrofia severa, puede no haber una definición clara entre los labios menores y mayores. El meato uretral puede estar revertido. El clítoris puede retroceder y, en algunos casos, estar totalmente a ras del tejido circundante. La fimosis del clítoris no es infrecuente. Los tejidos de la vulva y la vagina se vuelven progresivamente pálidos, delgados y secos. Hay acortamiento y estrechamiento de la vagina, ya que pierde elasticidad y distensibilidad. El epitelio vaginal se vuelve muy seco, con una apariencia vidriada y con áreas tanto de eritema como de palidez. Se produce pérdida de las rugosidades vaginales. Los fondos de saco pueden llegar a borrar, haciendo que el cuello del útero aparezca a ras de la cúpula. Pueden verse petequias en el vestíbulo o en la vagina.

Con vaginitis atrófica, secreciones marrón o amarillo pueden estar presentes. Con AVV severa, puede ser tal el acortamiento de la bóveda vaginal y el estrechamiento del introito que la inserción de espéculo y la inspección visual de la cúpula vaginal no sea posible. Pequeños espéculos pediátricos con lubricación pueden ser útiles cuando hay atrofia severa.

Aunque la evaluación del índice de maduración vaginal (IMV) y el pH vaginal son habitualmente parte de los ensayos clínicos, no son esenciales para hacer un diagnóstico de AVV en la práctica clínica.

Con AVV, el pH vaginal es típicamente mayor que 5.0. La muestra húmeda montada en el microscopio tiene más de un glóbulo blanco por célula epitelial, muestra células epiteliales