

En sobrevivientes de cáncer de mama, la lidocaína reduce el dolor vulvar y vestibular

Locating pain in breast cancer survivors experiencing dyspareunia. Obstet Gynecol 2014;123(6):1231-1236.

Debido a que el estudio solo cubre el dolor de introducción, no aplica para todos los tipos de dispareunia

GOETSCH MF, LIM JY, CAUGHEY AB.

Nivel de evidencia: I

Resumen. Para probar la hipótesis de que la sensibilidad genital en las sobrevivientes de cáncer de mama que no utilizan estrógeno y experimentan dispareunia se limita al vestíbulo vulvar en lugar de la vagina y se alivia por el anestésico tópico, los investigadores reclutaron a 49 sobrevivientes de cáncer de mama posmenopáusicas (edad 37-69 años) con dispareunia moderada y severa de un estudio aleatorio, doble ciego de intervención, utilizando lidocaína tópica o solución salina normal durante tres minutos en las áreas sensibles. Todas las mujeres tenían sensibilidad en el vestíbulo vulvar y atrofia vulvovaginal. Una tenía la sensibilidad de la mucosa vaginal, y dos tenían mialgia del piso pélvico. La lidocaína reduce la sensibilidad vestibular de todos los sitios dolorosos.

Comentario. Las sobrevivientes de cáncer de mama constituyen un grupo cada vez mayor de las mujeres, diagnosticadas a edades más tempranas, con expectativas de una sexualidad saludable. A menudo están libres de la enfermedad durante largos períodos de tiempo, expuestas a los años de menopausia inducida, hipoestrogenismo, y tratamientos con antiestrógenos con un efecto devastador sobre la función urogenital, la salud sexual y la intimidad.¹ Goetsch y sus colegas investigaron la ubicación del dolor sexual en estas mujeres. El vestíbulo era el lugar principal para el dolor en lugar de la vagina, que tenía un mínimo o ningún dolor en respuesta al tacto con hisopos de algodón. Mediante la cartografía sistemática de las áreas genitales más dolorosas, que fueron capaces de demostrar la capacidad de la lidocaína para eliminar significativamente el dolor en respuesta al tacto en comparación con solución salina normal, un estudio aleatorizado,

de intervención en casa de un grupo, siguió y confirmó una reducción del dolor en el coito con penetración.²

Los autores escriben que «los supuestos de que la sequedad vaginal y la atrofia vaginal causan sensibilidad, los viejos conceptos que atribuyen el dolor a la sequedad vaginal y vaginitis atrófica merecen reconsideración.» Muchos médicos de la menopausia, así como la Sociedad Norteamericana de Menopausia y la Sociedad Internacional para el Estudio de Salud sexual, están de acuerdo en que ha habido un enfoque inapropiado de la atrofia vulvovaginal en lo que se refiere a esta condición.

Recientemente, en una conferencia de consenso de nomenclatura conjunta se acuñó el término síndrome genitourinario de la menopausia (GSM), que incluye el vestíbulo, el introito, el clítoris y las estructuras vaginales como cruciales para la salud sexual y urogenital en la menopausia.

Dicho esto, de esta pequeña cohorte no puede extraerse una conclusión con respecto al papel del tejido vaginal y la sequedad menopáusica en la dispareunia, pues las mujeres con dolor pélvico y dispareunia profunda fueron excluidas del estudio; solamente fueron estudiadas las mujeres que sufren de dolor en la introducción. El dolor de una vagina acortada, inelástica, reducida y seca, comúnmente vista en una mujer tratada con dolor severo y crónico, se puede presentar como dispareunia profunda y quejas de resequedad. El síntoma más molesto en el 44% de las pacientes en un ensayo clínico a gran escala de 310 mujeres fue la resequedad.³ Sería útil saber si la lidocaína aplicada al introito ayuda a estas otras enfermas con insuficiencia anatómica y funcional más avanzada.

Nuevos enfoques para dispareunia menopáusica son de importancia crítica debido a que muchas sobrevivientes de cáncer de mama son propensas a evitar los estrógenos vaginales locales. Las pacientes tienen temores comprensibles de recurrencia, aunque no hay datos controlados o de observación que hayan asociado una absorción mínima de estrógenos vaginales locales con un deterioro del pronóstico.

Afortunadamente, muchos (pero no suficientes) médicos de la menopausia y oncólogos se sienten confortables con las pacientes con síntomas debilitantes, informándoles que tales tratamientos pueden ser justificados con análisis riesgo-beneficio y de calidad de vida.

El uso de moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM) en esta población (incluyendo ospemifeno, aprobado para la dispareunia menopáusica y con efectos preclínicos similares al tamoxifeno en modelos de cáncer de mama) merece mayor estudio.^{4,5} El lasofoxifeno, un SERM aprobado en Europa, que mejoró los síntomas vulvovaginales, también mostró una reducción del 80% en la incidencia de cáncer de mama en un gran estudio.⁶ Complejos de estrógenos tejidos electivos de hidroepiandrosterona intravaginal, testosterona y estriol son opciones para mejorar los síntomas, revertir cambios en el tejido, y salvaguardar la salud y el riesgo de la mama.⁷

En el presente estudio, la lidocaína reduce de manera demostrable los puntajes de dolor en el tacto; sin embargo, probablemente se ocultan los problemas progresivos y potencialmente irreversibles a largo plazo que estas pacientes experimentan. Aunque la penetración exitosa es importante en la sexualidad, la ausencia de dolor no implica necesariamente la presencia de placer. Después de todo, la vulva y las áreas del clítoris contienen nervios sensoriales y vasculatura que responden al tacto, la presión, la sensación de plenitud, y el movimiento con la congestión, la excitación, el deseo y el orgasmo. Anestésicos locales en este contexto probablemente pueden desensibilizar la respuesta sexual normal y no logran restaurar y revertir cambios perjudiciales y progresivos en el tejido.

Goetsch y colegas demuestran que la lidocaína aplicada al introito puede ser una opción para

que la penetración y la actividad sexual sean posibles, sobre todo para aquellas sobrevivientes de cáncer de mama, y los médicos no están dispuestos a usar estrógenos locales u otros tratamientos que mantienen⁴ la función y la integridad genitourinaria. Nuestros objetivos como clínicos y los de los investigadores deben ser ayudar a mejorar la sexualidad y la intimidad todo lo que podamos para este grupo de mujeres que merecen tanto la calidad y cantidad de vida.

David J. Portman, MD

Director, Columbus Center for Women's Health Research

Board of Directors, International Society for the Study of Women's Sexual Health

Co-Chair, ISSWSH/NAMS Vulvovaginal Atrophy

Terminology Consensus Conference
Columbus, Ohio

Referencias

1. Panjari M, Bell RJ, David SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med* 2011;8(1):294-302.
2. Goetsch MF, Lim JY, Caughey AB. A solution for dyspareunia in breast cancer survivors: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2014;123(suppl 1):1S.
3. Ettinger B, Hait H, Reape KZ, Shu H. Measuring symptom relief in studies of vaginal and vulvar atrophy: the most bothersome symptom approach. *Menopause* 2008;15(5):885-889.
4. Portman DJ, Bachmann GA, Simon JA. Ospemifene Study Group. Ospemifene, a novel selective estrogen receptor modulator for treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy. *Menopause* 2013;20(6):623-630.
5. Berga SL. Profile of ospemifene in the breast. *Reprod Sci* 2013;20(10):1130-1136.
6. LaCroix AZ, Powles T, Osborne, *et al.*; PEARL Investigators. Breast cancer incidence in the randomized PEARL trial of lasofoxifene in postmenopausal osteoporotic women. *J Natl Cancer Inst* 2010;102(22):1706-1715.
7. Labrie F, Archer D, Bouchard C, *et al.* Serum steroid levels during 12-week intravaginal dehydroepiandrosterone administration. *Menopause* 2009;16(5):897-906.