

GINECOLOGÍA

VULVODINIA: UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO FRENTE AL DOLOR VULVAR Y DIFÍCIL DE RESOLVER

María Isabel Larraburo Brenes*

SUMMARY

Vulvodinia consists of chronic vulvar pain or burning for 3 months in patients without visible injuries. The etiology of this common syndrome is unknown. The main objectives of treatment are to reduce pain, improve quality of life and regain sexual function, if affected. This syndrome is difficult to treat and the therapeutic approach should be sequential and include oral medications, topical applications, intralesional injections, physical therapy and surgical measures.

INTRODUCCIÓN

En 1970, en el XII Congreso

Mundial de Obstetricia y Ginecología realizado en Nueva York, se creó la Sociedad Internacional para el estudio de la enfermedad vulvar (International Society for the Study of Vulvar Disease [ISSVD]) (5). En 1983 esta sociedad estableció el término de vulvodinia y lo definió como aquella molestia crónica vulvar, caracterizada por pacientes afectadas como un dolor urente, prurito, irritación o crudeza. En 1985, la ISSVD divide a la vulvodinia en dos subgrupos: la vestibulitis vulvar y la disestesia vulvar. Más tarde, en el año 2003, la misma Sociedad propone una nueva clasificación, con dos categorías distintas: dolor

vulvar, asociada a problemas específicos, y vulvodinia que a su vez, puede ser generalizada (afectando a toda la vulva) o localizada (más frecuente). También ha sido clasificada la vulvodinia como provocada por estímulos o no provocada. (2) La vulvodinia es motivo frecuente de consulta, se estima que por lo menos 14 millones de mujeres en Estados Unidos podrían haber experimentado dolor vulvar crónico en cualquier momento de su vida. (4) Afecta preferentemente a mujeres adultas, sin embargo también pueden padecerla las adolescentes. (8) La dificultad del tratamiento hace que estas mujeres vayan de médico en

* Médico General

médico en busca de una solución; por lo cual, parece comprensible que la ansiedad, la depresión y la disfunción sexual sean entidades que se asocian con frecuencia a esta patología, complicando sustancialmente su manejo. (5)

ETIOLOGÍA

La etiología de la vulvodinia es desconocida, se han postulado diversas teorías etiopatogénicas y se trata de una enfermedad multifactorial, implica: anomalías embriológicas (seno urogenital), aumento de la excreción urinaria de oxalatos, factores hormonales (disminución del receptor de estrógenos y el uso de anticonceptivos hormonales combinados sintéticos), agentes infecciosos (virus del papiloma humano; cándida; etc), inflamación crónica, dermatitis de contacto y respuesta alérgica (la región vulvo-vaginal puede verse afectada por contacto o roce por las prendas íntimas, que pueden estar formadas por tejidos o telas que a veces contienen sustancias acrílicas, artificiales, que causan humedad y estímulo irritativo permanente, e incluso maceración de tejidos), alteraciones neurológicas (aumento del número de fibras nerviosas por mm²), alteraciones genéticas e inmunológicas (cambios a nivel de IL1RN (receptor antagonista de interleukina 1) y MC1R

(receptor de melanocortina 1), cuya combinación se asocia con un riesgo mayor) y finalmente por alteraciones de la musculatura del suelo pélvico. (1),(2),(3),(4),(5)

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Friedrich publicó en 1987 tres criterios diagnósticos para el denominado síndrome de vestibulitis vulvar, que todavía se utilizan para diagnosticar vulvodinia: dolor severo a la palpación vestibular o en el introito, dolor agudo durante la palpación del área vestibular con una torunda de algodón y eritema vestibular. (1) La característica del dolor de la vulva se describe como “de carne viva”, quemante y/o escozor, un 88 % de las pacientes refieren una sensación de quemadura. El dolor puede ser intermitente o constante, oscilando su intensidad desde leve hasta severa que puede acompañarse de alodinia, hiperalgesia, disestesia y dolor crónico en ausencia de un estímulo nocivo específico. Los síntomas pueden aparecer desde la infancia, en la primera relación sexual o después de tener relaciones sexuales durante años sin dolor. (3) En la vestibulitis el dolor está localizado preferentemente en la mucosa alrededor del ducto de salida de la glándula de Bartholino, región vestibular posterior, incluyendo

el área del himen. La biopsia de las zonas dolorosas generalmente muestra inflamación crónica en los tejidos subepiteliales, frecuentemente alrededor de los ductos de las glándulas vestibulares menores, lo que no constituye una característica específica, que permita la diferenciación de otras patologías. (7) Dada la etiología multifactorial de este síndrome doloroso, habrá que individualizar cada caso y, en muchas ocasiones, se requiere un enfoque multidisciplinario que conlleve la colaboración de distintos especialistas para intentar llegar a un diagnóstico certero para así instaurar un tratamiento correcto. No existen pruebas específicas, por lo que la clínica y el examen físico son las principales herramientas. Es importante una historia clínica exhaustiva que debe incluir: inicio y características del dolor, duración, intensidad, localización, factores que lo exacerban y los que lo alivian, antecedentes de alergias, tratamientos previos, antecedentes gineco-obstétricos, quirúrgicos, actividad sexual. (2)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La vulvodinia o dolor vulvar crónico esencial primario, hay que diferenciarlo de herpes vulvar, vulvitis alérgica, liquen escleroso, liquen plano, atrofia

vulvar, síndrome pudiendo, neoplasia intraepitelial vulvar, endometriosis vulvo-vaginal y de todas las causas específicas asociadas a dolor vulvar y no a una vulvodinia. (8)

TRATAMIENTO

Los objetivos fundamentales del abordaje terapéutico en pacientes con vulvodinia son reducir el dolor, mejorar la calidad de vida y recobrar la función sexual si ésta se encuentra afectada. El tratamiento debe de ser secuencial, por lo menos durante 2-3 meses antes de cambiar de terapia, y continuarla por lo menos 6 meses desde el alivio sintomático. En todas las pacientes se debe disminuir todo lo que signifique o pueda irritar la zona vulvar, esto incluye utilizar ropa interior de algodón, jabones neutros, lavar muy bien la ropa interior, evitando que queden productos detergentes y suavizantes, evitar el uso de toallas sanitarias que no sean de algodón, panty o pantalones ajustados en la zona de los genitales y evitar el lavado excesivo en la zona vulvar. El uso de medicamentos tópicos como la crema de lidocaína al 5% en aplicación nocturna durante 6-8 semanas y con seguimiento de al menos 6 meses, han mejorado los síntomas en un 57% de las pacientes y obtuvieron mejoría de al menos un 50% en la intensidad de los síntomas

(10). La capsaicina en crema al 0,05% en el tratamiento de la vulvodinia esencial, ha mostrado mejoría significativa en la prueba de contacto y en las relaciones sexuales (6) (9) al igual que gabapentina tópica al 2-6% como monoterapia o en combinación con otras terapias, describiendo que un 80% de las pacientes mostraron al menos un 50% de mejoría y que las relaciones sexuales fueron más frecuentes. (9) No se recomienda el uso de corticoesteroides ni antifúngicos. Los antidepresivos principalmente los tricíclicos son utilizados con frecuencia como la primera línea terapéutica, fundamentalmente la amitriptilina y la desipramina, también se utiliza la duloxetina. En muchas ocasiones la combinación con crema tópica de lidocaína reducen significativamente el dolor. Los anticonvulsivantes como la gabapentina, han mostrado un efecto beneficioso en el dolor neuropático presente en la vulvodinia. La fisioterapia en muchos casos puede ser eficaz para disminuir y controlar el dolor mediante la electroestimulación con biofeedback, la estimulación transcutánea y otros ejercicios específicos para corregir el tono de la musculatura del suelo pélvico. (10) Finalmente la vestibulectomía es un tratamiento realmente efectivo que se reserva para aquellos casos en los cuales han fracasado las

terapias no quirúrgicas descritas anteriormente.

RESUMEN

La vulvodinia se aplica a aquellas pacientes con dolor vulvar crónico o urente de más de tres meses de evolución y sin lesiones visibles; es un cuadro sindrómico muy frecuente de etiología desconocida y multifactorial. Los objetivos del tratamiento son fundamentalmente reducir el dolor, mejorar la calidad de vida y recobrar la función sexual si ésta se encuentra afectada, la terapia incluye medicamentos tópicos, orales, infiltraciones intralesionales, fisioterapia y medidas quirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedrich Jr EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med.* 1987;32:110-4.
2. Gallo JL. Vulvodinia, un problema olvidado y difícil de resolver. *Clin Invest Gin Obst.* 2011..Servicio de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Granada España.
3. Gómez Tagle Berenice, Mercadillo Patricia. Dermatitis del área ginecológica. *Revista Médica del Hospital General de México.* Vol. 65, Núm. 2 Abr.-Jun. 2002. pag 83 – 87.
4. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodinia. *J Am Med Womens Assoc.* 2003;58:82
5. Itza F, Zarzab D., Gomez-Sanchac F., Salinasa J. y Baurtrandt E. ARTICULO DE REVISION: Puesta al día en el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia. *Actas Urológicas Españolas.* 2012.
6. Murina F, Radici G, Bianco V. Capsaicin

- and the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a valuable alternative. *Med Gen Med.* 2004;6:48.
7. Peckham B, Maki D, Patterson J, Gholan-Reza H. Focal vulvitis: A characteristic syndrome and cause of dyspareunia. Features, natural history, and management. *Am J Obstet Gynecol* 1986;pag 855-864.
 8. Ricci Paolo A. Vulvodinia : Un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar . *Revista Chilena de Obstetricia & Ginecología* 2010; pag 64 – 76.
 9. Steinberg AC, Oyama IA, Rejba AE, Kellogg-Spadt S, Whitmore KE. Capsaicin for the treatment of vulvar vestibulitis. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1549-53.
 10. Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol.* 2003.