



VULVODINIA

Andrea Gallardo Vera

03/02/2022

INTRODUCCIÓN

Muchas mujeres sienten dolor a nivel vulvar que afecta a su calidad de vida. Este dolor puede ser causado por una enfermedad específica o ser idiopático, es en este último caso cuando toma el nombre del vulvodinia.

La vulvodinia es la causa más común de dolor durante las relaciones sexuales en las mujeres premenopáusicas. Aunque no hay estudios epidemiológicos de prevalencia llevados a cabo a nivel mundial, se estima que la vulvodinia afecta al 8-10% de las mujeres de todas las edades. En España, un estudio en 2019 observó una prevalencia del 13% a lo largo de toda la vida de las mujeres.

No fue hasta hace 40 años cuando empezaron a haber publicaciones al respecto, por lo que esta enfermedad ha sido y sigue siendo pobremente reconocida por parte de los profesionales de la salud, con el consecuente retraso del diagnóstico y tratamiento, influyendo negativamente en la condición psicológica y sexual de la mujer (el dolor vulvar crónico puede resultar en frustración, estrés crónico y depresión).

DEFINICIÓN

Esta patología ha recibido diferentes nombres en los últimos años, pasando por “ardor vulvar” en 1976, “vulvovaginitis psicósomática” en 1978, “síndrome de

vestibulitis vulvar” en 1987... No fue hasta 2003 cuando, en el Congreso Mundial de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal (ISSVD), se decidió usar el término vulvodinia.

En 2015 se llegó a un consenso en la taxonomía del dolor pélvico, en el cual se definió la vulvodinia como el **dolor vulvar de más de 3 meses de duración, sin causa claramente identificable**, que puede tener potenciales factores asociados. Estos factores asociados incluyen diferentes síntomas y comorbilidad frecuente en el área pélvica como pueden ser síndromes de dolor urológico o coloproctológico, asociados a endometriosis, colon irritable, incluso áreas remotas como dolor orofacial o fibromialgia.

La clasificación de la vulvodinia se basa en los siguientes descriptores:

Descriptor		Definición
Localización	Localizado	Implicación de una porción de la vulva (vestibulodinia, clitorodinia)
	Generalizado	Implicación de toda la vulva
Provocación	Provocado	El dolor se produce con el contacto físico
	Espontáneo	El dolor se produce sin contacto físico
Inicio	Primario	Los síntomas se producen desde el inicio del contacto
	Secundario	Los síntomas se inician tras periodo de función normal
Patrón temporal	Persistente	La condición persiste más de 3 meses
	Constante	Los síntomas siempre están presentes
	Intermitente	Los síntomas no siempre están presentes
	Inmediato	El dolor ocurre durante el contacto
	Retardado	El dolor ocurre tras el contacto

ETIOLOGÍA

La etiología de la vulvodinia no es totalmente conocida, siendo probablemente multifactorial. La hipótesis principal es que un evento específico (como puede ser inflamación o traumatismo) provoque la estimulación de receptores del dolor y deterioro nervioso. El incremento de la densidad intraepitelial de las fibras nerviosas y la reducción del umbral mecanorreceptor y nociceptor provocan hiperestesia.

Una alergia de contacto, infección micótica y otras infecciones vaginales pueden considerarse causa de inflamación. Todos estos eventos pueden provocar una respuesta inmune excesiva o anormal con aumento de niveles de biomarcadores inflamatorios (interleucina-6, interleucina-1 y factor de necrosis tumoral alfa, TNF- α). Esta respuesta inmune alterada puede estar influida por polimorfismos genéticos.

Como traumatismos, causas frecuentes son episiotomías, partos de expulsivo prolongado y operatorios.

Hay casos en los que el inicio de los síntomas coincide con el inicio de terapia hormonal (anticoncepción, terapia hormonal sustitutiva...), sin embargo el impacto de estos tratamientos en el desarrollo de vulvodinia aún no está claro.

La disfunción muscular del suelo pélvico puede exacerbar el dolor vulvar. Además, en pacientes con vulvodinia el dolor que produce el contacto puede dar lugar a una contracción refleja y aumento de tensión en el elevador del ano y otros músculos del suelo pélvico. Debido a esto será difícil discernir si un hipertono en esta musculatura es causa o consecuencia de la vulvodinia.

Las pacientes con vulvodinia presentan umbrales más bajos de percepción del dolor y mayores niveles de ansiedad, depresión, hipervigilancia y somatización

en comparación con mujeres sin vulvodinia. Sin embargo, no hay evidencia de una causa psicológica primaria para esta enfermedad. El estigma de problema de salud mental asociado a la vulvodinia puede dar lugar a experiencias desagradables en la atención sanitaria, sentimientos de vergüenza o culpa, baja autoestima, aislamiento social y percepción negativa de la sexualidad.

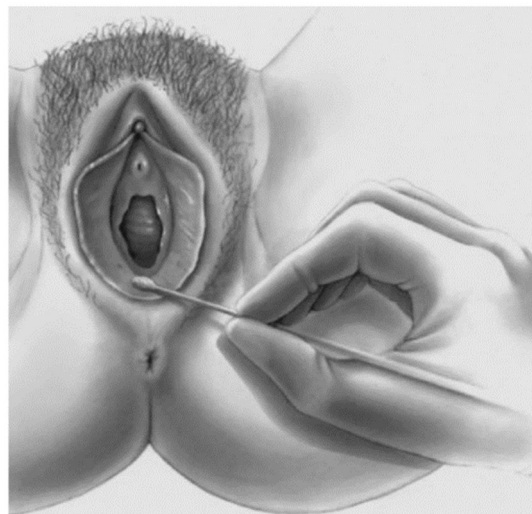
DIAGNÓSTICO

La vulvodinia es un diagnóstico de exclusión, por lo que será necesario descartar todas las demás patologías que puedan causar dolor vulvar (Tabla 1). Los criterios que se deben cumplir para diagnosticar una vulvodinia son los siguientes:

- **Dolor vulvar provocado o exacerbado al tacto o presión.**
- **Ausencia de causa identificable.**
- **Duración mayor a 3 meses.**

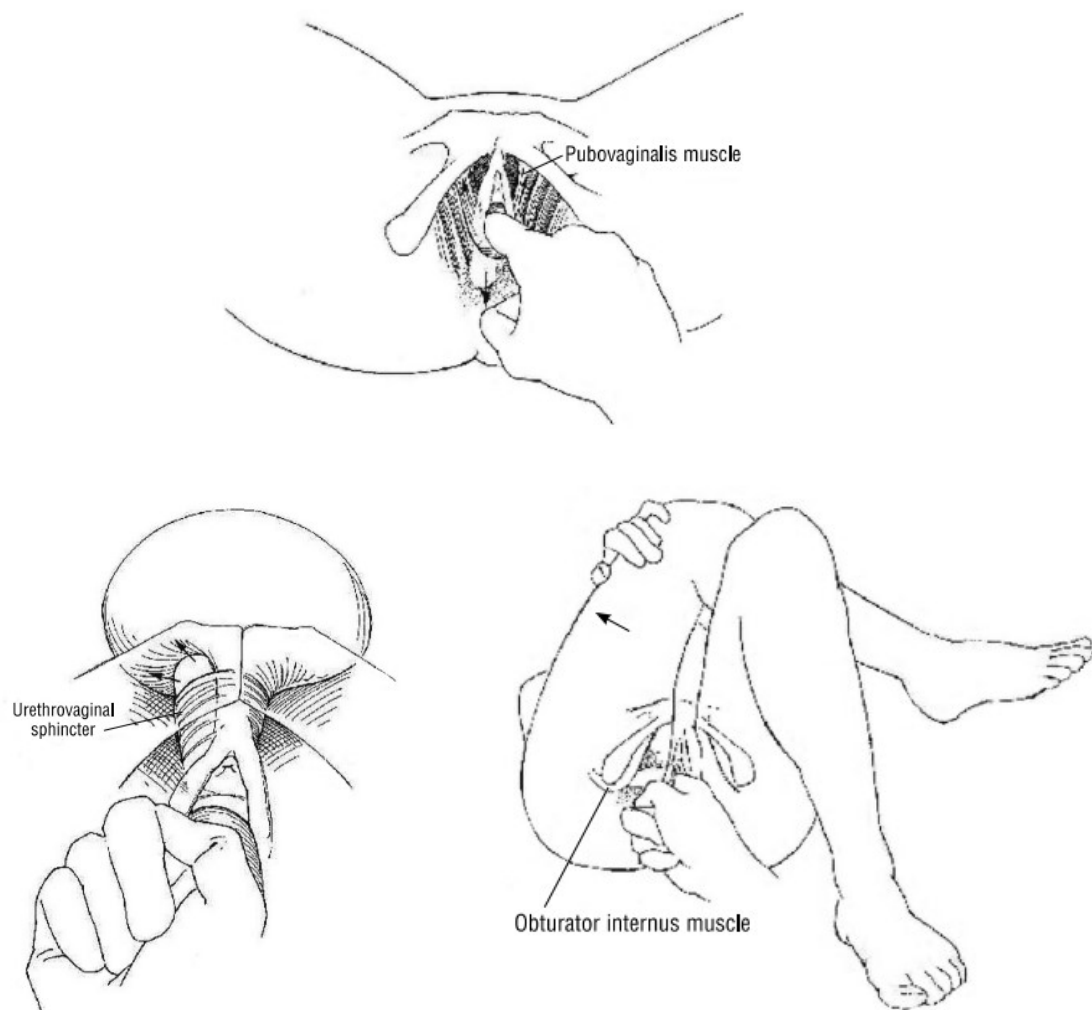
Se debe iniciar el diagnóstico con una historia detallada de la paciente, incluyendo antecedentes médicos y quirúrgicos, alergias, historia sexual, obstétrica y uso de tratamientos previos.

En cuanto a la exploración física, realizaremos pruebas con un hisopo de algodón para identificar las áreas de dolor vulvar (clasificándolas en dolor leve, moderado o severo) y diferenciar así entre dolor generalizado y localizado. Para realizar esta prueba se debe comenzar por los muslos de la paciente, seguido de labios mayores y de los pliegues interlabiales, posteriormente se explora el vestíbulo a las 2-4-6-8-10 horarias. Un diagrama de localizaciones del dolor puede ser de ayuda para evaluar el dolor a lo largo del tiempo.



La vagina también debe ser explorada detenidamente y debe descartarse infección vulvovaginal cuando sea necesario. El uso de vulvoscofia con ácido acético no es necesaria, además puede provocar gran dolor e irritación en la zona. La detección de infección por virus del papiloma humano tampoco es necesaria. En el caso de detección de algún tipo de dermatosis se puede realizar biopsia de la zona.

El dolor vulvar también puede ser un dolor referido de otras partes del cuerpo como la espalda o cadera, por lo que debe considerarse la realización de una evaluación musculoesquelética. Dentro de esta evaluación podemos realizar la palpación de la porción pubovaginal del elevador del ano (puede ser utilizado también como tratamiento manteniendo la posición durante 30 segundos), del esfínter uretrovaginal y del músculo obturador interno en estiramiento.



TRATAMIENTO

La vulvodinia es una patología crónica que, aún con tratamiento, puede tener periodos de remisión y empeoramiento, por lo que se deben crear expectativas realistas. Además se debe hacer entender a la paciente que es un proceso lento y que encontrar la terapia adecuada para ella puede requerir paciencia.

Esta patología puede ser difícil de tratar, hay falta de información sobre la efectividad de los tratamientos y la mayoría de los usados comúnmente no han sido sometidos a estudios randomizados. En las últimas revisiones se sugiere que un programa de tratamiento adecuado debe ser multimodal e interdisciplinar, incluyendo especialistas en ginecología, fisioterapia, psicología y/o sexología. Además, el tratamiento se iniciará con terapias no invasivas, procediendo gradualmente a otras más agresivas, todas ellas se exponen a continuación.

Medidas de cuidado vulvar

Las siguientes medidas puede ayudar a minimizar la irritación vulvar y serán la primera indicación para el tratamiento de la vulvodinia:

- Usar ropa interior de algodón 100% y evitar usarla para el descanso nocturno. Si se usan compresas también se recomienda que sean de algodón 100%.
- Evitar duchas vaginales e irritantes vulvares (perfumes, champús, detergentes, tintes).
- Usar jabones suaves para el aseo sin aplicarlos directamente sobre la vulva, lavar la vulva solo con agua.
- Secar la zona tras el baño (nunca con secador) y aplicar emoliente libre de conservantes (ej. aceite vegetal).
- Usar lubricante suficiente durante las relaciones sexuales.
- Lavar y secar la vulva tras orinar.
- Aplicar frío de forma cuidadosa sobre zona vulvar varias veces al día.
- Evitar actividades como ciclismo o spinning mientras tenga síntomas.

La introducción de hábitos saludables en la dieta, reducción de tabaco y alcohol, realización de ejercicio físico habitual y técnicas de relajación también deben ser tenidos en cuenta para mejorar la salud vulvar.

Abordaje psicológico

Aunque, como se ha comentado anteriormente, no está probada la conexión entre vulvodinia y predisposición psicológica, el dolor puede estar relacionado con problemas psicológicos individuales o interpersonales. La terapia cognitivo-conductual está asociada con una reducción del 30% del dolor vulvar durante las relaciones. La intervención psicológica estará enfocada en reducir el dolor vulvar, restaurar la función sexual normal y fortalecer la relación de pareja.

Fisioterapia del suelo pélvico

La terapia física ha sido aprobada como medida de elección en el contexto de tratamiento combinado de la vulvodinia. La mayoría de programas incluyen sesiones semanales de 1-2 horas que se centran en entrenar los músculos del suelo pélvico, movilización de tejido blando, manipulación de articulaciones, relajación muscular y evaluación del tono.

Tratamiento farmacológico

- 1º Escalón:

Existen numerosas medicaciones tópicas disponibles pero con pocos estudios controlados sobre su eficacia. Muchas pacientes prefieren usar tratamientos tópicos debido a la menor incidencia de efectos secundarios sistémicos y facilidad de uso. Es importante escoger la presentación apropiada, por ejemplo, las pomadas son normalmente mejor toleradas que las cremas porque estas últimas suelen contener conservantes y estabilizantes que pueden producir ardor durante la aplicación. Además, debido a esto puede ocurrir que, en mujeres que han estado usando múltiples tratamientos tópicos durante un largo periodo de tiempo, la retirada de todos ellos pueda reducir los síntomas.

La medicación tópica más comúnmente utilizada es la **pomada de lidocaína 5%**, que debe aplicarse solo en las áreas dolorosas a demanda para control del dolor, sobre todo tras relaciones sexuales.

- 2º Escalón:

Ya que el dolor de la vulvodinia parece de origen neuropático, se han utilizado gran variedad de medicaciones efectivas en otro tipo de patologías neuropáticas, los principalmente usados son antidepresivos y anticonvulsivantes. Antes de iniciar tratamiento oral lo ideal es revisar posibles interacciones con otros medicamentos que esté tomando la paciente y usar cada fármaco uno por uno (evitar polimedición). Además, si la paciente está en edad reproductiva se debe explicar la necesidad de anticoncepción con la toma de este tipo de medicamentos.

En cuanto a los antidepresivos encontramos en primer lugar los tricíclicos a dosis bajas (10-25mg/24h incrementando 10mg cada 7-10 días hasta alcanzar una media de 50-75mg), los más comúnmente usados son **amitriptilina**, desipramina y nortriptilina. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) como la duloxetina (20-60mg/24h) o venlafaxina también pueden ser una opción.

En el grupo de anticonvulsivantes, el fármaco más estudiado en el tratamiento de la vulvodinia es la **gabapentina**. Normalmente se inicia a 100mg al acostarse y tras 3-4 días se incrementa la dosis a 100mg/8h pudiendo alcanzar los 3600mg/día. Otros fármacos anticonvulsivantes aprobados para el tratamiento del dolor neuropático con la pregabalina y la carbamazepina.

Analgésicos como antiinflamatorios no esteroideos o paracetamol no han demostrado ser útiles en el tratamiento de la vulvodinia.

Otro fármaco que se usó en los últimos años para el tratamiento de la vulvodinia moderada – severa relacionada con la atrofia vulvar menopáusica es la **prasterona vía vaginal** (dehioepiandrosterona sintética, DHEA), aunque su eficacia aún solo ha sido estudiada en pacientes con síndrome genitourinario.

La **crema de capsaicina** solo está indicada si los demás tratamientos hasta ahora expuestos han fallado o como alternativa a la cirugía. Se recomienda primero aplicar pomada de lidocaína 5% durante 10 minutos y posteriormente la crema de capsaicina durante 20 minutos, una vez al día durante 12 semanas.

- 3º Escalón:

En este escalón aparece en primer lugar la **neurotoxina botulínica A (Botox)**, relegándose a este puesto por su alto coste y su efecto temporal (3-12 meses), para conseguir el mayor efecto debe inyectarse en las zonas de hipertonia de los músculos pélvicos.

Al igual que de forma oral, la gabapentina en crema y los preparados tópicos de amitriptilina también pueden utilizarse, sobre todo para reducir los efectos sistémicos de estos fármacos.

La crema de cromolín (estabilizador de mastocitos) puede ser útil en pacientes en las que el principal síntoma es el picor vulvar.

Los esteroides locales no han mejorado a las pacientes con vulvodinia, sin embargo las inyecciones de una combinación de esteroide con bupivacaína o lidocaína en los puntos dolorosos han sido exitosas en el tratamiento de la vulvodinia localizada.

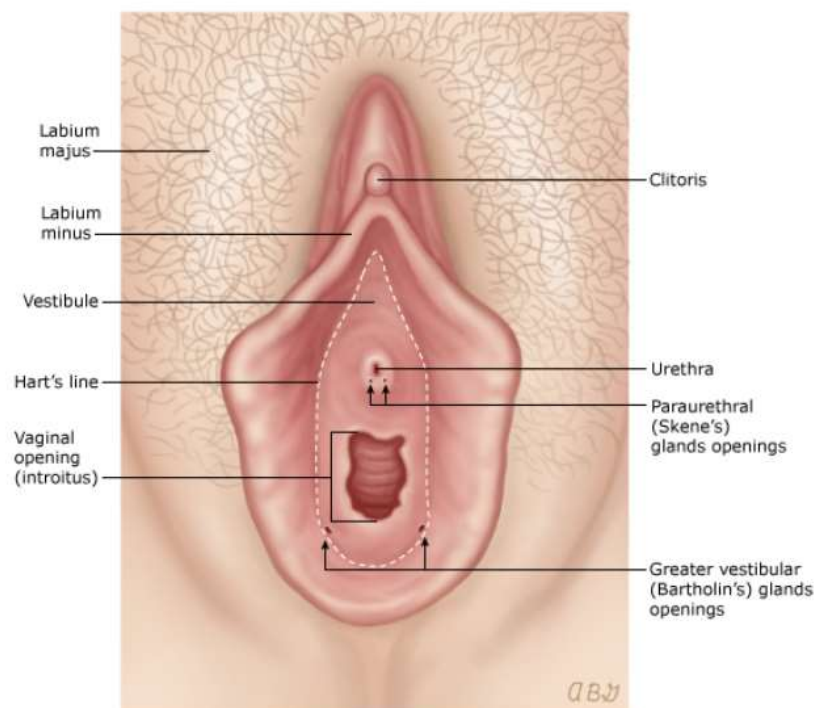
Tratamientos complementarios

La principal técnica descrita es la **neuroestimulación eléctrica transcutánea**, la cual es efectiva en otras patologías que causan dolor crónico, concretamente en la vulvodinia ha demostrado mejorar el dolor y la función sexual.

Un nuevo método aún en estudio es la **aplicación de plasma rico en plaquetas**, que está utilizándose para distrofias vulvares, trastornos urogenitales, disfunción sexual femenina y otras patologías ginecológicas. Otras modalidades son la acupuntura y la hipnosis.

Cirugía

Cuando han fallado los métodos descritos y el dolor está localizado en el vestíbulo vulvar, la **vestibulectomía** puede ser un tratamiento efectivo. El éxito de esta intervención varía entre el 60-90%, mientras que los métodos no quirúrgicos alcanzan el 40-80%. Se ha observado más probabilidad de éxito en las pacientes con dispareunia secundaria.



Terapia con láser

La ablación del epitelio vulvar con **láser YAG o de CO2** presenta una alternativa menos agresiva que la vestibulectomía y con resultados comparables a la misma. El láser reduce la angiogénesis y la sensibilidad nerviosa incrementadas en la vulvodinia, causando remodelación colágena sin alteración de la anatomía macroscópica.

CONCLUSIÓN

La vulvodinia es una patología poco conocida en el ámbito sanitario pero con gran repercusión a nivel psicológico y sexual de la paciente. La falta de claridad en su etiología hace que se hayan propuesto multitud de tratamientos, pocos de ellos con eficacia probada, de los cuales no todos son útiles en todos los casos. Por ello, cada paciente debe ser tratada de forma individualizada y multidisciplinar.

ANEXO

Tabla 1.

Patologías que pueden causar dolor vulvar	
Infeciosas	Candidiasis recurrente, herpes...
Inflamatorias	Liquen escleroso, liquen plano, enfermedades ampollosas autoinmunes...
Neoplásicas	Enfermedad de Paget, carcinoma escamoso...
Neurológicas	Neuralgia postherpética, compresión o daño nervioso, neuroma...
Traumáticas	Mutilación genital, causas obstétricas...
Iatrogénicas	Postoperatoria, quimioterapia, radioterapia...
Deficiencias hormonales	Síndrome genitourinario de la menopausia, amenorrea lactacional...

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Persistent vulvar pain. Committee Opinion No. 673.. Obstet Gynecol 2016;128:e78-84.
2. Vasileva P, Strashilov SA, Yordanov AD. Aetiology, diagnosis, and clinical management of vulvodinia. Menopause Rev 2020;19(1):44-48.
3. Iglesia C. Clinical manifestations and diagnosis of vulvodinia (vulvar pain of unknown cause). Uptodate [Internet]. Mayo 2021. Disponible en: www.uptodate.com.
4. Kellog-Spadt S, Kingsberg S. Treatment of vulvodinia (vulvar pain of unknown cause). Uptodate [Internet]. Noviembre 2021. Disponible en: www.uptodate.com.
5. Torres-Cueco R, Nohales-Alfonso F. Vulvodinia – It Is Time to Accept a New Understanding from a Neurobiological Perspective. Int J Environ Res Public Health 2021,18,6639.