

### Definición

Según la ISSVD (*International Society for the Study of the Vulvovaginal Diseases*), se define a la vulvodinia como un malestar de la vulva, generalmente descrito como sensación de quemazón, en ausencia de hallazgos visibles relevantes o alteración infecciosa, inflamatoria, neoplásica o neurológica específica o clínicamente identificable.

### Epidemiología

Se estima en un 15% a 20%, con una prevalencia de vulvodinia esencial de 1% a 3%, a predominio de las mujeres premenopáusicas, sexualmente activas.

### Causas

Son desconocidas, pero se sugieren los siguientes factores desencadenantes:

- Daño o irritación de fibras que inervan la vulva
- Hiperplasia y eritema del vestíbulo vulvar
- Respuesta anormal a factores ambientales
- Hipersensibilidad vulvar a levaduras
- Espasmos de los músculos del piso pelviano
- Dolor disestésico dentro del tejido de la glándula de Bartholino profunda

<b>Clasificación</b>			
<b>Dolor vulvar relacionado con un desorden específico</b>			
Infeccioso	Inflamatorio	Neoplásico	Neurológico
<b>Vulvodinia (ISSVD)</b>			
<i>Localizada (vestibulodinia, clitorodinia)</i>			
Provocada (estímulos dolorosos, sexuales, no sexuales o ambos)	Espontánea (ausencia de estímulos dolorosos)	Mixta	
<i>Generalizada</i>			
Provocada (estímulos dolorosos, sexuales, no sexuales o ambos)	Espontánea (ausencia de estímulos dolorosos)	Mixta	

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<u>Firma</u>		
<u>Fecha</u>	28/10	12/11

### **Clínica y Diagnóstico**

Se caracteriza por dolor vulvar, que se describe como quemante o asociado con prurito de distinta intensidad. Los síntomas pueden aparecer desde la infancia, en la primera relación sexual o incluso aparecer después de tener relaciones sexuales durante años sin dolor. Se describe también dispareunia. Es frecuente observar zonas de eritema que generalmente corresponden a áreas de dolor.

Entre las comorbilidades se citan:

- Cistitis intersticial (68% a 82%)
- Síndrome de fatiga crónica
- Fibromialgia
- Síndrome de la articulación temporomandibular
- Cefalea
- Ansiedad
- Depresión

El **diagnóstico** se basa en la exclusión de otras etiologías. Se debe descartar dolor de otras causas identificables como (vulvovaginitis candidiásica, herpes, liquen, etc.)

### **Diagnósticos Diferenciales**

- Herpes genital (vesículas dolorosas)
- Vulvitis alérgica (prurito, ardor, irritación)
- Atrofia vulvar (piel y mucosa pálida y delgada)
- Liquen plano (lesiones reticuladas blancas, ardor y prurito. Puede haber lesiones orales)
- Liquen escleroso (lesiones blancas, piel adelgazada y arrugada, prurito en ocasiones grave)
- Síndrome pudendo (dolor generalmente unilateral y que aumenta al sentarse)
- Neoplasia intraepitelial vulvar (lesión sobreelevada de aspecto verrugoso, pruriginosa o asintomática)
- Endometriosis vulvovaginal (lesiones blandas de crecimiento lento que duelen con la menstruación)

### **Tratamiento**

- Medidas generales: evitar irritantes, utilizar ropa de algodón, evitar perfumes y jabones que irriten, lavar muy bien la ropa para evitar que queden restos de productos detergentes y suavizantes, no utilizar toallas higiénicas, evitar pantalones muy ajustados y el lavado excesivo en la zona vulvar.
- Antidepresivos tricíclicos: la amitriptilina se incrementa de acuerdo con el dolor. Se sugiere 10 mg por día en dosis crecientes semanales hasta el control del dolor, siendo la dosis promedio de 60 mg/día (grado de recomendación B , evidencia nivel IIb). La sequedad vaginal es una complicación frecuente por su efecto anticolinérgico.
- Gabapentina: 300 mg de inicio, con incrementos de 300 mg cada 3 días hasta una dosis máxima de 3600 mg/día (grado de recomendación B , evidencia nivel IIb).
- Gabapentina tópica (2% a 6%)
- Pregabalina
- Anticonvulsivantes
- Lidocaína tópica (gel o ungüento): generalmente la aplicación debe realizarse 15-20 minutos antes de mantener relaciones sexuales y puede producir irritación. Puede requerirse el uso de profiláctico (grado de recomendación C, nivel de evidencia IV).
- Otros agentes tópicos sugeridos incluyen capsaicina 0.05% (se asocia con irritación), crema con ketoconazol, estrógenos, esteroides, interferón o nifedipina, con resultados variables.
- Inyección intralesional (40 mg de metilprednisolona y lidocaína en el vestíbulo). Grado de recomendación B, nivel de evidencia III.
- Escisión quirúrgica del vestíbulo en pacientes con vestibulodinia (grado de recomendación B, nivel evidencia IIb)
- Ablación del epitelio vulvar con láser (Nd-Yag o láser de CO<sub>2</sub>): los resultados son comparables a los de la vestibulectomía
- Terapia física: en las pacientes con vulvodinia asociada con relaciones sexuales, que, con frecuencia, presentan disfunción del músculo del piso pelviano (grado de recomendación B, nivel de evidencia IIb).
- Terapia psicológica y cognitiva: parece útil para el enfoque del dolor asociado con el coito y de la tensión muscular vaginal.



### **Bibliografía**

1. Itzaa F, Zarzab D, Gómez-Sanchac F, Salinasa J, Bautrantd E. Puesta al día en el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia. Actas. Urol. Esp 2012
2. Mandal D, Nunns D, Byrne M, McLelland J, Rani R y col. Guidelines for the management of vulvodinia. Br J Dermatol: 2010; 162: 1180-1185
3. Ricci P. Vulvodinia: un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75: 64 - 76
4. Ventolini G, Barhan S: Vulvodinia. Dermatology Online Journal: 2008; 14:2
5. Kaminsky A: Vulvodinia. Un gran desafío. Rev Argent Dermatol 2007; 13:132-138.
6. Gomez-Sanchez P, Chalela J, Gaitán-Duarte H: Vulvodinia: clasificación, etiología, diagnóstico y manejo. Revisión sistemática de la literatura. Revista colombiana de obstetricia y ginecología 2007; 58:222-231
7. Reed B: Vulvodinia: Diagnosis and Management. Am Fam Physician 2006;73:1231-8
8. Lotery H, McClure N y Galask R: Vulvodinia. Lancet 2004; 363: 1058-1060
9. Reid R: vulvodinia: difícil pero no incurable. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx). 2001;III :9-14