

MANAGEMENT OF VULVAR PAIN - VULVODYNIA

MANEJO DA DOR VULVAR – VULVODÍNIA

Valentina Metsavaht Cará
Leonardo Mazzocchi
Florence Zanchetta Coelho Marques

UNITERMOS

VULVODÍNIA, DOR VULVAR, DISPAREUNIA

KEYWORDS

VULVODYNIA, VULVAR PAIN, DYSPAREUNIA

SUMÁRIO

Vulvodínia é a dor crônica vulvar, geralmente em queimação, que não pode ser explicada por outras causas orgânicas, prejudicando a qualidade de vida da mulher. Sua etiologia é multifatorial e o diagnóstico é clínico, de exclusão. O tratamento é multidisciplinar, empregando abordagem farmacológica, comportamental, fisioterápica e, excepcionalmente, cirúrgica.

SUMMARY

Vulvodynya is the cronic vulvar pain, generally described as burning, that is not explained by other organic causes, impacting on woman's quality of life. Cause is considered to be multifactorial and the diagnosis is clinical. Treatment is multidisciplinary, therapies include self-management and nonpharmacologic, pharmacologic, and surgical treatment.

INTRODUÇÃO

Vulvodínia é o termo que descreve a dor crônica que acomete a vulva, geralmente em queimação, sem achados físicos objetivos que justifiquem os sintomas. A dor acomete uma região do corpo que ainda é cercada de tabus e desinformação tanto pelas pacientes quanto pelos profissionais da saúde, acabando por ser negligenciada, mal-diagnosticada e mal-tratada, trazendo ainda mais sofrimento às pacientes. As mulheres com essa enfermidade geralmente apresentam história de múltiplas consultas médicas e inúmeros

tratamentos, todos sem sucesso, por simples dificuldade em iniciar uma conversa sobre o assunto. Muitas vezes, há disfunção sexual secundária, depressão e ansiedade. Por isso é fundamental que a saúde sexual seja abordada em consultas médicas não-ginecológicas, de forma neutra, sem que o médico faça suposições sobre orientação ou práticas sexuais.

Estima-se que a prevalência de vulvodínia seja de 8 a 16%, afetando principalmente mulheres brancas/hispânicas, na pré-menopausa e sexualmente ativas.

Etiologia

A etiologia ainda não foi completamente esclarecida, mas é sem dúvida multifatorial. As causas estudadas incluem anormalidades de desenvolvimento embrionário, aumento da excreção urinária de oxalato de cálcio, fatores genéticos e/ou imunes, fatores hormonais (associação com uso de contraceptivos orais ou menopausa / uso crônico de corticoides tópicos na vulva), e, o que atualmente acredita-se ser o mais provável, neuropatia. A dor neuropática sofre influência de fatores genéticos e ambientais, e consiste em atividade neuronal anormal que persiste após ser desencadeada por lesão, moléstia, ou irritação no sistema nervoso. Disfunções na musculatura do assoalho pélvico também podem causar dor vulvar, ao desenvolver hiperalgesia e alodínia pela redução do limiar mecânico dos nociceptores devido à liberação constante de mediadores inflamatórios como bradicinina, prostaglandinas, e histamina. Essa sensibilização periférica pode levar à sensibilização central, com geração de impulsos de dor espontâneos, aumento da área sintomática, e percepção dolorosa de estímulos inofensivos.

É imprescindível descartar etiologias infecciosas (como doenças sexualmente transmissíveis, Herpes, Cândida), inflamatórias (atrofia de mucosa, líquen plano e escleroso) e neoplásicas. Não há alteração histológica comprovada, e o diagnóstico acaba por ser clínico e de exclusão.

Manifestações Clínicas

A dor, principal sintoma da vulvodínia, é descrita como queimação, ardência e/ou irritação, por um período de pelo menos três meses, com ausência de lesões visíveis e prurido. Pode também haver aumento da sensibilidade ao toque na região vulvar. A dor pode ser difusa (generalizada) ou localizada (vestibulodínia, clitorodínia, hemivulvodínia), constante ou intermitente (provocada pelo toque, pressão, exame ginecológico, ou relação sexual). Os sintomas podem ocorrer durante a prática sexual ou de esportes, ou mesmo ao sentar-se ou deitar-se. A dispareunia é uma queixa frequente e a maioria das pacientes relata problemas em sua vida sexual.

Diagnóstico

O diagnóstico é baseado na história clínica e exame físico metucioso da paciente.

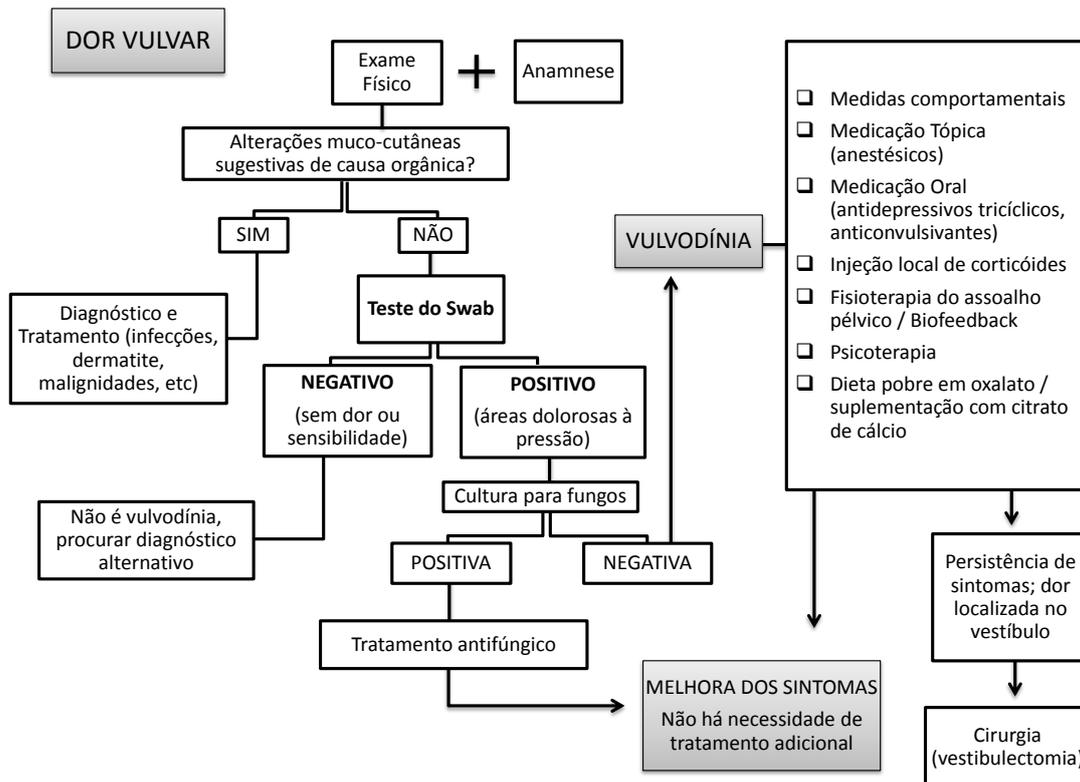


Figura 1 – Fluxograma de investigação diagnóstica.

Anamnese

Na anamnese é importante caracterizar a dor, avaliando sua localização (generalizada ou localizada), tipo (provocada ou espontânea), início (primária ou secundária), fatores desencadeantes, irradiação, presença de pontos sensíveis, intensidade, fatores de irritação e alívio, uso de e resposta a medicações, e impacto sobre atividades sexuais ou diárias. É necessário avaliar a história médica da paciente, levando-se em conta vulvovaginites, doenças sexualmente transmissíveis, presença e frequência de relações sexuais, número de parceiros, uso de preservativo (pode haver sensibilidade ao látex) e métodos contraceptivos, trauma genital e cirurgias prévias (incluindo histórico de parto vaginal, lacerações ou episiotomia), história de abuso sexual, estilo de vida (tipo de roupa íntima ou roupas justas, práticas esportivas como ciclismo), higiene precária ou em excesso, características da micção e evacuação (história de constipação crônica pode estar associada a aumento do tônus da musculatura pélvica).

É importante também abordar comorbidades não-ginecológicas, pois em mulheres que apresentam vulvodínia é comum maior incidência de cistite intersticial, cefaleia, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, além de depressão, que podem acabar agravando os sintomas.

Exame físico

Ao exame físico, a inspeção vulvar deve incluir uma avaliação cuidadosa da pele, mucosas e intróito vaginal, avaliando sua integridade, trofismo, sinais de inflamação e secreção vaginal patogênica, distrofias, discromias e outras condições. Em mulheres com sintomas suspeitos, deve ser coletado esfregaço vaginal e vulvar corados pela técnica de Gram, além de cultura para *Candida* sp.

Após a inspeção, o teste do swab é realizado para identificar alodínia nas áreas sintomáticas. O teste é realizado pressionando-se levemente com o swab várias zonas dos grandes e pequenos lábios, vestibulo, fúrcula, região periuretral, intróito e carúnculas himenais. Caso a paciente negue dor, sensibilidade ou queimação durante o teste do swab, o diagnóstico de vulvodínia é descartado. Naquelas com vulvodínia, a pressão com o swab desencadeia a dor, permitindo a confirmação diagnóstica.

À palpação, verificam-se a força e o trofismo dos músculos do assoalho pélvico (descartando vaginismo), além de assimetrias musculares e pontos sensíveis à dor. A instabilidade do assoalho pélvico leva à mialgia de tensão, agravando a dor. A eletromiografia pode auxiliar no diagnóstico, mas não é obrigatória.

O exame especular (preferencialmente com espéculo número 1) é necessário para avaliar a mucosa vaginal e descartar eritema, erosões, ulcerações ou mesmo sinéquias, e o toque vaginal bimanual, se tolerado pela paciente, deve ser realizado buscando-se alterações uterinas e anexiais.

Todo o exame físico deve ser feito com consentimento da paciente, e de modo com que esta se sinta segura e tranquila.

Diagnósticos Diferenciais

O diagnóstico de vulvodínia é basicamente de exclusão, e outras causas de dor vulvar devem ser descartadas ao longo da anamnese e exame físico: vaginismo (contrações involuntárias da musculatura do assoalho pélvico), infecções (doenças sexualmente transmissíveis, Herpes, *Cândida*), etiologias inflamatórias (líquen plano, líquen escleroso, dermatite, atrofia de mucosas), alterações anatômicas (priaprismo clitoriano, sinéquias), neoplasias (carcinoma vulvar, doença de Paget), e neuropatias (dor referida, neuralgia herpética, lesão neuronal).

Tratamento

O primeiro passo para um tratamento eficiente é o diagnóstico correto e a orientação e educação da paciente sobre a doença e seu geralmente bom prognóstico.

A abordagem deve ser multidisciplinar e as terapias combinadas afim de proporcionar o melhor alívio dos sintomas. Os tratamentos incluem cuidados locais, medicamentos tópicos, orais e injetáveis, biofeedback, dietas alimentares, tratamentos cirúrgicos e psicoterapia.

Medidas comportamentais

A mudança de hábitos visa minimizar a dor e a irritação vulvar. As medidas recomendadas incluem evitar o uso de roupas íntimas feitas de material sintético, dando preferência ao algodão; abandonar o uso de absorventes diários, e durante o período menstrual preferir absorventes internos; e afastar irritantes vulvares como cremes e produtos perfumados. Algumas pacientes referem reação alérgica a lubrificantes que contêm propilenoglicol, sendo alternativa o uso de glicerina e óleos vegetais. Sabonetes neutros devem ser utilizados para o banho, de forma cautelosa, sem aplicá-los sobre a vulva. A higiene da vulva após a micção pode auxiliar em alguns casos.

Alterações na dieta podem ser recomendadas, visto que alguns estudos questionam o oxalato de cálcio como possível causa de dor vulvar. O oxalato de cálcio é uma substância irritante, encontrado em alimentos como espinafre, chocolate, amendoim, beterraba e fibras do trigo, e é excretado pela urina. Ainda há controvérsias sobre a associação de elevados níveis dessa substância na urina e a queimação vulvar, porém o uso de dietas pobres em oxalato e de suplementação da dieta com citrato de cálcio (que inibe a absorção do oxalato, diminuindo os sintomas da dor) pode funcionar para algumas pacientes.

Fisioterapia

Dependendo dos achados da eletromiografia, a instabilidade do assoalho pélvico pode ser eficientemente melhor controlada com exercícios de biofeedback e fisioterapia, realizados duas vezes por dia. Depois de 8 a 12 meses, os exercícios podem ser descontinuados.

Tratamento farmacológico local

O uso de anestésicos tópicos é bastante eficiente, com lidocaína gel 2 e 5% aplicada no mínimo 4 vezes por dia. A aplicação realizada cerca de trinta minutos antes da relação sexual pode minimizar o desconforto. Outras opções incluem atropina, nitroglicerina e capsaicina. Não há indicação para o uso de antifúngicos se as culturas formem negativas, ou mesmo de cremes de estrogênio, com o agravamento de que alguns veículos podem causar irritação.

Uma outra opção de tratamento local consiste em injeções de corticoides e bupivacaína nos pontos gatilho. O recomendado é não exceder 40 mg de acetato de triancinolona em injeções mensais combinadas com 0,25% de bupivacaína em grandes áreas ou 0,5% de bupivacaína em pequenas áreas. Metilprednisolona e lidocaína também podem ser empregados.

Tratamento farmacológico oral

O uso de antidepressivos tricíclicos orais (ATO) é efetivo no tratamento da dor crônica de origem neuropática e seus efeitos psicossociais, sendo amitriptilina e nortriptilina bastante utilizadas nos casos de vulvodínia. A dose inicial de amitriptilina é de 10mg diários, aumentados semanalmente até o controle da dor. A dose média, em geral, é de 60mg diários, porém doses mais altas de até 100mg podem ser utilizadas. O alívio da dor ocorre, aproximadamente, após o uso de quatro semanas de antidepressivos. Pacientes que não respondem ao tratamento com ATO ou são intolerantes aos efeitos colaterais (sonolência, xerostomia, constipação, ganho de peso) podem ser manejados com anticonvulsivantes como gabapentina, pregabalina, carbamazepina, topiramato e oxcarbazepina. A gabapentina, mais utilizada por ter menos efeitos colaterais e interações medicamentosas, é iniciada com 300mg diários, com aumento de 300mg a cada 3 dias até a dose máxima de 3600 mg diários. A pregabalina, muito utilizada para manejo de dor neuropática em diabéticos, pode ser iniciada com 50mg diários e aumentada até 600mg. A dose de carbamazepina utilizada é de 200-1200mg, de oxcarbazepina 2,5-10mg e de topiramato 25-200mg.

Outras medicações

Estudos demonstram que o interferon-alfa pode apresentar melhora no sistema imune, diminuição da inflamação e inibição de mastócitos, quando aplicado em injeções locais. A dose utilizada consiste em 1 milhão de unidades de interferon-alfa injetados três vezes por semana por quatro semanas, de forma circunferencial e periférica no vestibulo, que é dividido em 12 áreas, como em um relógio. O uso prévio de paracetamol ou ibuprofeno pode minimizar febre e mialgias que possam surgir com o uso de interferon. Mesmo assim, seu uso ainda é restrito.

Tratamento cirúrgico

A excisão cirúrgica geralmente é evitada, sendo reservada para pacientes com sintomas graves, refratários, e debilitantes localizados no intróito vaginal. Várias técnicas cirúrgicas têm sido adotadas: excisão local, vestibulectomia total

e perineoplastia. Apesar de aproximadamente 85% das pacientes relatarem cura ou melhora notável dos sintomas após a cirurgia, recorrência de sintomas ou piora da dor podem ocorrer ocasionalmente.

Tratamento adjuvante

As mulheres com alterações de humor ou ansiedade são quatro vezes mais propensas de desenvolver vulvodínia, e ao mesmo tempo vulvodínia pode aumentar o risco de desenvolver ansiedade e depressão. A depressão altera o processamento da dor, dessa forma o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas são fundamentais para o manejo adequado da dor. Mesmo para pacientes que não tenham diagnóstico de doença mental, a psicoterapia é sempre benéfica para minimizar os efeitos psicológicos da dor e sua consequência devastadora na vida e auto-estima da mulher. Estudos mostram que a terapia cognitivo-comportamental tem sido associada à melhora em 30% da dor vulvar durante a relação sexual. A terapia cognitiva baseada em *Mindfulness* também mostra-se eficaz no manejo da ansiedade e da tendência à catastrofização que muitas pacientes apresentam. A terapia sexual é indicada para ajudar os casais a descobrirem alternativas de atividades sexuais sem dor.

CONCLUSÃO

A vulvodínia é uma patologia que traz prejuízos à qualidade de vida das pacientes, sendo frequentemente sub diagnosticada e tratada de maneira incorreta. A dor é resultado de múltiplos fatores, que devem ser identificados a partir de cuidadosa história clínica e detalhado exame físico. O manejo é imprescindivelmente multidisciplinar, e várias técnicas devem ser combinadas para alívio dos sintomas físicos e psíquicos, pois geralmente a vulvodínia está associada a ansiedade, depressão, irritabilidade e alterações nos relacionamentos pessoais e sexuais da paciente. Mais estudos são necessários para definir diagnóstico, classificação e tratamento, a fim de se obter consenso na abordagem da vulvodínia.

REFERÊNCIAS

1. Marques F. Dispareunia. In: Badalotti M, organizador et al. Manual de ginecologia. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p. 81-84.
2. Marques F. Disfunções sexuais femininas. In: Badalotti M, organizador et al. Manual de ginecologia. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2009. p. 71-73.
3. Shah M, Hoffstetter S. Vulvodynia. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41(3):453-64.
4. Danby CS, Margesson LJ. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatol Ther.* 2010;23(5):485-504.
5. Nunns D, Mandal D, Byrne M, et al. Guidelines for the management of vulvodynia. *Br J Dermatol.* 2010;162(6):1180-5.

6. Barros FSV, Dantas DKO, Mourão GF, et al. Vulvodínia: aspectos atuais. *Femina*. 2009;37(4):189-93.
7. Stewart EG. Approach to the woman with sexual pain. [Database on internet]. 2015 Apr [updated 2014 Nov; cited 2015 Mar 17]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-woman-with-sexual-pain>
8. Stewart EG. Differential diagnosis of sexual pain in women. [Database on internet]. 2015 Apr [updated 2014 Nov; cited 2015 Mar 17]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-sexual-pain-in-women>.
9. Stewart EG. Clinical manifestations and diagnosis of generalized vulvodynia. [Database on internet]. 2015 Apr [updated 2015 Jan; cited 2015 Mar 15]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-generalized-vulvodynia>
10. Stewart EG. Treatment of vulvodynia. [Database on internet]. 2015 Apr [updated 2014 Sept; cited 2015 Mar 15]. In: UpToDate. Available: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vulvodynia>
11. Reed BD. Vulvodynia: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2006;73(7):1231-8.
12. Haefner HK, Collins ME, Davis GD et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis*. 2005;9(1): 40-51.