

Vulvodinia: o elefante no consultório?



Pedro Vieira-Baptista
(ORCID 0000-0001-5335-6770)^{1,2}



Joana Lyra
(0000-0002-3622-3850)¹



Joana Lima-Silva
(0000-0001-9038-9694)^{1,2}

¹. Unidade de Tracto Genital Inferior, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

². Hospital Lusíadas Porto, Porto, Portugal

Conflitos de interesse: sem conflitos de interesse relativamente ao tema abordado

Palavras-chave: vulvodinia, vestibulodinia, dispareunia, vaginismo

A vulvodinia, de acordo com a *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD), é uma dor (ou ardor) vulvar, dependente ou não de um estímulo, com duração de pelo menos 3 meses, e para os quais não se encontra uma explicação. Trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão. (1)

A sua etiologia é desconhecida, acreditando-se que possam ser vários os factores envolvidos e potencialmente diferentes entre casos – o que ajuda a compreender porque não há um tratamento universalmente eficaz. No limite, é lícito questionar se se trata de uma entidade per se, ou de um sintoma. O envolvimento de factores psicológicos é indubitável, mas assumi-los como únicos é rude golpe para estas mulheres.

Embora frequentemente ignorada na literatura médica, está longe de ser rara: a sua prevalência é de, pelo menos, 6,5%, afectando mulheres de todas as idades.(2) Frequentemente, associa-se a quadros como: síndrome da bexiga dolorosa (SBD), fibromialgia ou síndrome do cólon irritável. (2, 3)

O seu diagnóstico é frequentemente confundido com o de vaginismo, situação agravada com a fusão dos conceitos de “dispareunia” e “vaginismo” no DSM-5 (“dor

genito-pélvica/distúrbio de penetração”).(4) Igualmente, foi um diagnóstico esquecido na ICD-11.(5)

A história clínica costuma ser sugestiva: mulheres que habitualmente já foram observadas por vários médicos (por vezes de diferentes especialidades), com vários diagnósticos prévios e tratamentos infrutíferos (antifúngicos, corticóides, imiquimod, LASER, etc.). Frequentemente, ao problema inicial, sobrepõem-se as complicações destes tratamentos prévios.

A avaliação deve começar por um cuidadoso estudo da vulva (incluindo a pesquisa de dermatoses ou de fissuras na fossa navicular [granuloma fissuratum]), seguida do “teste do cotonete” – tendo sempre o cuidado de explicar pormenorizadamente cada passo do exame e qual o seu intuito. Este teste consiste em tocar suavemente as estruturas vulvares com um cotonete, com especial ênfase ao vestíbulo e anel himenial. Seguidamente, sem recurso a espéculo, deverão colher-se amostras vaginais para exclusão de potenciais causas (tricomoníase, candidíase, vaginose citolítica, atrofia [não rara em mulheres a tomar contraceptivos orais]). O estudo mínimo deverá incluir o exame microscópico a fresco, exame micológico e, eventualmente, um teste molecular (*Trichomonas vaginalis*). O passo final, caso seja tolerado, deverá ser o toque unidigital para avaliação do pavimento pélvico.(3)

O estabelecimento do diagnóstico é fácil, mas é apenas o início de um caminho frequentemente longo e sinuoso. Muitas mulheres encontram (algum) alívio no fato de a sua condição “ter um nome”, as suas queixas serem validadas e não se considerar o problema como psicológico ou psiquiátrico. Neste ponto, há que discutir de forma realista as opções terapêuticas e seu potencial sucesso.

A abordagem deverá começar por medidas gerais (eliminação de toda a medicação tópica desnecessária), suspensão de contraceptivos orais por 1-2 meses, aplicação tópica de lidocaína. Havendo SBD associada, a referenciação a urologista com experiência na área deve ser expedita. No caso de haver alterações em termos de pavimento pélvico, a fisioterapia deve ser recomendada assim que a mulher tolere a manipulação do mesmo.

No passo seguinte, podem ser experimentados os antidepressivos tricíclicos e alguns antiepilépticos – sempre com o cuidado de explicar a lógica que sustenta a recomendação, os potenciais efeitos secundários e a demora no surgimento dos potenciais resultados.(3)

Quando tudo falha, nos casos de vulvodinia localizada provocada (vestibulodinia), a cirurgia (vestibulectomia) pode ser uma solução.

Em um tempo em que tanto se fala de saúde sexual, continuam a existir milhões de mulheres em que o diagnóstico e tratamento adequado da vulvodinia não é realizado. Paralelamente, a investigação avança em passos demasiadamente lentos.

Pelo bem das nossas doentes, paremos de ignorar este elefante que tantas vezes está nos nossos consultórios!

REFERÊNCIAS

1. Bornstein J, Preti M, Simon JA, As-Sanie S, Stockdale CK, Stein A, et al. Descriptors of Vulvodinia: A Multisocietal Definition Consensus (International Society for the Study of

- Vulvovaginal Disease, the International Society for the Study of Women Sexual Health, and the International Pelvic Pain Society). *J Low Genit Tract Dis.* 2019;23(2):161-3.
2. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;127(3):283-7.
 3. Vieira-Baptista P, Donders G, Margesson L, Edwards L, Haefner HK, Pérez-López FR. Diagnosis and management of vulvodynia in postmenopausal women. *Maturitas.* 2018;108:84-94.
 4. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J. Is the DSM-V Leading to the Nondiagnosis of Vulvodynia? *J Low Genit Tract Dis.* 2016;20(4):354-5.
 5. Radici G, Preti M, Vieira-Baptista P, Stockdale CK, Bornstein J. The International Classification of Diseases, 11th Revision: A Step-Back for Women With Vulvodynia? *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(3):332-3.