



Revista Colombiana de Obstetricia y
Ginecología

ISSN: 0034-7434

rcog@fecolsog.org

Federación Colombiana de Asociaciones de
Obstetricia y Ginecología
Colombia

Gómez-Sánchez, Pío Iván; Chalela, Juan Guillermo; Gaitán-Duarte, Hernando
Vulvodinia: Clasificación, etiología, diagnóstico y manejo. Revisión sistemática de la literatura
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 58, núm. 3, septiembre, 2007, pp. 222-231
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214325008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ARTÍCULO DE REVISIÓN

VULVODINIA: CLASIFICACIÓN, ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

A systematic review of vulvodynia: classification, aetiology, diagnosis and treatment

Pío Iván Gómez-Sánchez, M.D.*, Juan Guillermo Chalela, M.D.**,
Hernando Gaitán-Duarte, M.D., M.Sc***

Recibido: mayo 7/07 - Revisado: junio 5/07 - Aceptado: septiembre 17/07

RESUMEN

Objetivo: revisar la literatura del dolor vulvar en aspectos relativos a la clasificación, etiología, diagnóstico y abordaje terapéutico, como una guía que ayude al personal de salud a enfrentar este problema.

Metodología: búsqueda en las librerías electrónicas: Hinari, Pubmed/Medline, Cochrane, SciELO, Lilacs, Core Collections y E-Clinics. Además, se buscó información en textos clásicos de dermatología, ginecología y textos de patología vulvar, así como resúmenes de congresos.

Resultados: el dolor vulvar es un problema frecuente, se considera que tiene etiología multifactorial; sin embargo, la evidencia que soporta las hipótesis causales es débil. No hay un patrón de oro diagnóstico por lo que los estudios evalúan la capacidad para discriminar los criterios clínicos y su repetibilidad. En cuanto al tratamiento es inicialmente médico y como último recurso quirúrgico. La evidencia está constituida por pocos ensayos clínicos aleatorizados con tamaño muestral pequeño, series de casos y revisiones narrativas.

Conclusiones: la evidencia sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de dolor vulvar es débil.

Palabras clave: vulvovestibulitis, vulvodinia, dolor vulvar.

SUMMARY

Objective: reviewing vulvar pain publications regarding classification, aetiology, diagnosis and therapeutical approaches for proposing a clinical guide for helping health-care providers face this problem.

Methodology: searching electronic databases such as Hinari, Pubmed/Medline, Cochrane, SciELO, Lilacs, Core Collections and E-Clinics. Information was also sought in classical dermatology, gynaecology and pathology vulvar texts as well as congress abstracts.

Results: vulvar pain is a frequent problem having multiple aetiological factors; however, evidence supporting causal hypotheses is weak. There is no gold standard for diagnosis, meaning that studies evaluate clinical approaches' ability to discriminate and their repeatability. Treatment is initially medical and surgical in the last resort. Currently available evidence consists of a few small-scale randomized controlled trials, case series and narrative reviews.

Conclusions: evidence regarding vulvar pain aetiology, diagnosis and treatment is weak.

* Ginecólogo y Epidemiólogo. Profesor Titular Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia. Miembro de International Association for Study of Pain. Correo electrónico: pigomez@unal.edu.co

** Médico Internista y Dermatólogo. Profesor Emérito Universidad Militar Nueva Granada, Médico adscrito Fundación Santa Fe de Bogotá.

*** Ginecólogo y Máster en Epidemiología Clínica. Profesor Titular Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad Nacional de Colombia

Key words: vulvovestibulitis, vulvodynia, vulvar pain.

INTRODUCCIÓN

La vulvodinia o dolor en la vulva representa un problema difícil de resolver tanto para las mujeres que la presentan como para el profesional médico. En la literatura médica hay referencias históricas sobre dolor vulvar desde hace más de un siglo, pero hasta hace pocas décadas ha habido algún interés por el tema.¹

La prevalencia de la vulvodinia no se conoce en su verdadera magnitud. En Estados Unidos con base en estudios realizados en la práctica ginecológica general, se ha estimado que la prevalencia puede llegar al 15% cuando los profesionales hacen búsqueda activa en sus pacientes.² En el 2003 se publicaron los resultados de un estudio poblacional en el que de 4.915 mujeres, 16% reportaron haber tenido dolor vulvar al contacto, por lo menos en los tres meses previos. El dolor vulvar crónico al contacto, fue disminuyendo al incrementar la edad, pero la frecuencia fue similar en todos los grupos etáreos. Por otra parte, se ha informado prevalencia similar en mujeres blancas y negras, pero las mujeres hispanas tenían 80% más probabilidad de experimentar dolor crónico vulvar. Los autores concluyeron que por lo menos 14 millones de mujeres en Estados Unidos podían haber experimentado dolor vulvar crónico en cualquier momento de su vida.³ Por lo menos la tercera parte sufrirán esta alteración sin buscar asistencia médica.⁴

En Colombia no hay datos sobre la frecuencia de este problema, sin embargo, es motivo frecuente de consulta. A pesar de la alta prevalencia de la vulvodinia la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de esta alteración no son totalmente claros para el médico general o el especialista en ginecología, dermatología, psicología o psiquiatría a donde comúnmente son referidas estas pacientes para evaluación y manejo.

La imposibilidad de aliviar esta sintomatología genital y la presencia de dispareunia altera profun-

damente el estado de ánimo de la mujer, con una alta incidencia de ansiedad y depresión.^{5,6}

El objetivo de esta publicación es revisar la clasificación del dolor vulvar, etiología, diagnóstico y el abordaje terapéutico, como una guía que ayude al personal de salud a enfrentar este problema.

METODOLOGÍA

Las preguntas que orientaron esta revisión fueron: ¿Cómo se clasifica el dolor vulvar? ¿Que etiología tiene el dolor vulvar? ¿Cómo se hace el diagnóstico? y ¿Cuál es el tratamiento actual del dolor vulvar?

Con base en estas preguntas, se plantearon las siguientes palabras clave para la búsqueda: *vulvodynia*, *vulvar pain syndrome*, *vulvodynia and classification*, *vulvodynia and etiology*, *vulvodynia and diagnosis*, *vulvodynia and reliability*, *vulvodynia and sensibility*, *vulvodynia and specificity*, *vulvodynia and treatment*.

La búsqueda incluyó ensayos clínicos aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica, estudios de cohorte, casos y controles, estudios de corte trasversal, series de casos y revisiones narrativas o sistemáticas en las siguientes bases de datos: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), TripDatabase, Hinari (Health InterNetwork Access to Research Initiative), Pubmed/Medline, Cochrane Library, Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Core Collections y E-Clinics. Además se buscó información en textos clásicos de dermatología, ginecología y textos de patología vulvar, así como resúmenes de congresos. Cada artículo fue revisado por al menos uno de los autores, quienes clasificaron el diseño, la población estudiada, la validez y los resultados.

CLASIFICACIÓN

No ha habido consenso global sobre su terminología y clasificación, lo que hace difícil evaluar los resultados de las diferentes terapias. En 1976, los miembros de la "International Society for the Study of Vulvovaginal Disease" (ISSVD), reconocían el dolor vulvar

como una entidad única y lo denominaban síndrome de ardor vulvar (*burning vulvar syndrome*). En 1985, la ISSVD renombra este síndrome como vulvodinia y lo clasifica en dos subgrupos clínicamente diferentes: vulvodinia disestésica y vestibulitis.⁷ Sin embargo, estudios recientes no han podido confirmar la patogénesis inflamatoria y el término vestibulitis, se reemplazó por vestibulodinia en el congreso de la ISSVD realizado en 1999*. La ISSVD revisó la definición del término vulvodinia, de uso tan frecuente, y en la nueva clasificación reconoce dos categorías: dolor vulvar y vulvodinia. El dolor vulvar puede estar asociado a problemas infecciosos, dermatológicos, neurológicos y procesos neoplásicos.⁸ La vulvodinia no se relaciona con un problema identificable ni específico y se describe frecuentemente como sensación de molestia vulvar con sensación de irritación, escozor o quemadura. Adicionalmente la clasifica como localizada o generalizada y estas se subdividen en provocada, por la presencia de estímulos físicos dolorosos; espontánea, en la cual hay ausencia de estímulos dolorosos, y mixta, cuando están los dos. Permanece el término vestibulodinia en lugar de vestibulitis, la cual puede ser primaria (aparece desde del primer coito o uso de tampón) o secundaria (cuando no había en las primeras relaciones y aparece después)⁹⁻¹¹ (tabla 1).

ETIOLOGÍA

La vulvodinia es un síndrome multifactorial muy complejo. Hay varias teorías que no han podido ser demostradas y van desde alteraciones embriológicas en el desarrollo hasta factores inmunes y/o genéticos, pasando por infección por virus del papiloma humano (VPH) o *Candida*, aumento de la excreción urinaria de oxalatos, factores hormonales, inflamación y neuropatías.⁹

Hay controversia sobre el papel del virus del papiloma humano (VPH), algunos estudios de casos

Tabla 1. Terminología y Clasificación del dolor vulvar (ISSVD-2003)¹²

Terminología y clasificación del dolor vulvar (ISSVD-2003)

- A) Dolor vulvar asociado a problemas específicos
 - 1. Infecciosos (e.g. candidiasis, herpes, etc.)
 - 2. Inflamatorios (e.g. lichen planus, etc.)
 - 3. Neoplásicos (e.g. enfermedad de Paget, carcinoma escamocelular, etc.)
 - 4. Neurológicos (e.g. neuralgia herpética, compresión de nervio espinal, etc.)
- B) Vulvodinia
 - 1. Generalizada
 - a) Provocada (por la presencia de estímulos dolorosos sexuales, no sexuales o ambos)
 - b) Ausencia de estímulos dolorosos
 - c) Mixta
 - 2. Localizada (vestibulodinia, clitorodinia, hemivulvodinia, etc.)
 - a) Provocada (por la presencia de estímulos dolorosos sexuales, no sexuales o ambos)
 - b) Ausencia de estímulos dolorosos
 - c) Mixta

y controles encuentran evidencia histológica y en muestras de ADN,¹³ sin embargo, otros estudios con base en este tipo de muestras no han podido confirmar esta posible etiología. Prayson y cols., en una serie de casos, no encontraron lesiones sugestivas de infección del VPH en los especímenes quirúrgicos de mujeres con dolor vulvar crónico,¹⁴ Morin, en un estudio de casos y controles, no encontró asociación estadísticamente significativa.¹⁵ Por otra parte, hay publicaciones que sugieren que la vulvodinia es el resultado de disfunciones psicológicas y/o sexuales, pero no hay hasta ahora evidencias claras que lo soporten.⁹ Mascherpa, en un artículo de revisión, sugiere que es un desorden psicossomático,¹⁶ Jantos y cols., en un estudio de corte transversal, encontraron asociación con la edad y factores que incrementan la ansiedad y depresión, por lo que recomiendan tomar en cuenta los factores psicossomáticos.¹⁷ Otras teorías sugieren otras posibles causas como: la disminución significativa de la expresión de receptores

* Realizado en Quebec el 23 de septiembre de 1993, se decidió cambiar el nombre a Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD).

de estrógenos en la mucosa vestibular de mujeres con vulvodinia¹⁸ y la relación con enfermedades autoinmunes tales como eczema de contacto alérgico, liquen plano, liquen escleroso, síndrome de Behçet, penfigoide cicatricial y síndrome de Sjögren. Esta teoría se basa en el hecho de haber encontrado, tanto en vulvodinia disestésica como en algunos casos de vestibulodinia, una respuesta inflamatoria donde hay disminución de las células *natural killer*, reducción de la producción de interleucina 1 y baja producción de IFN α .¹⁹

Actualmente, los consensos de expertos apuntan a pensar la vulvodinia como un síndrome doloroso complejo regional (SDCR) similar a otros tales como: cistitis intersticial y fibromialgia.^{9,20,21} En estos SDCR existe el proceso denominado: sensibilización del sistema nervioso central, que conlleva a aumento de la percepción sistémica del dolor.²⁰ Se ha reportado alta frecuencia de coexistencia de vulvodinia y otros SDCR, especialmente cistitis intersticial.^{22,23} Lo anterior se puede explicar por otro fenómeno usual en los SDCR conocido como *wind up*, en el cual hay un incremento progresivo de la actividad de las células medulares del asta dorsal, después de la activación repetitiva de las fibras aferentes C.²⁴

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial de la vulvodinia es muy difícil por los múltiples factores etiológicos involucrados, por la frecuente interferencia de factores psicológicos y por las diferencias socioculturales en la percepción del dolor, que obligan a crear equipos multidisciplinarios para el estudio y manejo de la vulvodinia con el concurso de especialistas en ginecología, dermatología, salud mental, neurología y patología, entre otros.^{25,26}

Se encuentra muy escasa bibliografía que evalúe la validez diagnóstica en términos de sensibilidad y especificidad de las pruebas utilizadas para el diagnóstico de vulvodinia. Los estudios están más enfocados a determinar patrones de dolor con relación a estímulos desencadenantes de tipo presión,²⁷ el orden de las pruebas que desencadenan dolor²⁸ y

la repetibilidad y su capacidad discriminante de los criterios para distinguir entre vestibulitis vulvar o vulvodinia disestésica.

Se han postulado los criterios de Friederich en el diagnóstico del dolor vulvar, que son: el dolor severo al tocar el vestíbulo o el dolor a la entrada de la vagina, el dolor al presionar en el vestíbulo vulvar y los cambios físicos del tipo eritema vulvar en grado variable. Los dos primeros criterios fueron estables entre dos observadores, pero no mostraron buena capacidad para discriminar entre las dos entidades.²⁹ Por otra parte, el diagnóstico de vestibulitis vulvar tuvo un acuerdo interobservador que varió de 0,66 a 0,68 del estadístico Kappa y un valor de 0,49 a 0,54 para reproducibilidad test-retests. Este estudio también mostró que el sitio de mayor dolor fue el área entre las 9 y 12 de las horas del reloj, con un promedio en 7,58.³⁰ Se ha encontrado poca capacidad discriminatoria entre la evaluación de la función psicológica y la función sexual.

Ante la poca evidencia que soporte el diagnóstico y dada la etiología multifactorial de este síndrome doloroso, se considera importante individualizar cada caso realizando una historia clínica que incluya aspectos bio-psicosociales. En el examen físico es importante la observación de los genitales externos, si hay lesiones visibles de acuerdo con sus características, se definirá la necesidad de biopsia para hacer el posible diagnóstico diferencial³¹, y de acuerdo con la etiología se hará el tratamiento. Frecuentemente no hay alteraciones evidentes, entonces se procede a realizar un examen de mapeo del área de dolor, explorando de adelante hacia atrás con un escobillón (2, 4, 6, 8, 10, 12 de las manecillas del reloj) y describiendo gráficamente en la historia clínica los sitios donde hay sensación quemante al contacto con el escobillón. En los casos positivos para esta prueba, se toman cultivos para *Candida* y si son confirmatorios se inicia tratamiento. En los demás casos estamos ante una real vulvodinia. La colposcopia puede ser de ayuda en algunos casos³² (**figura 1**).

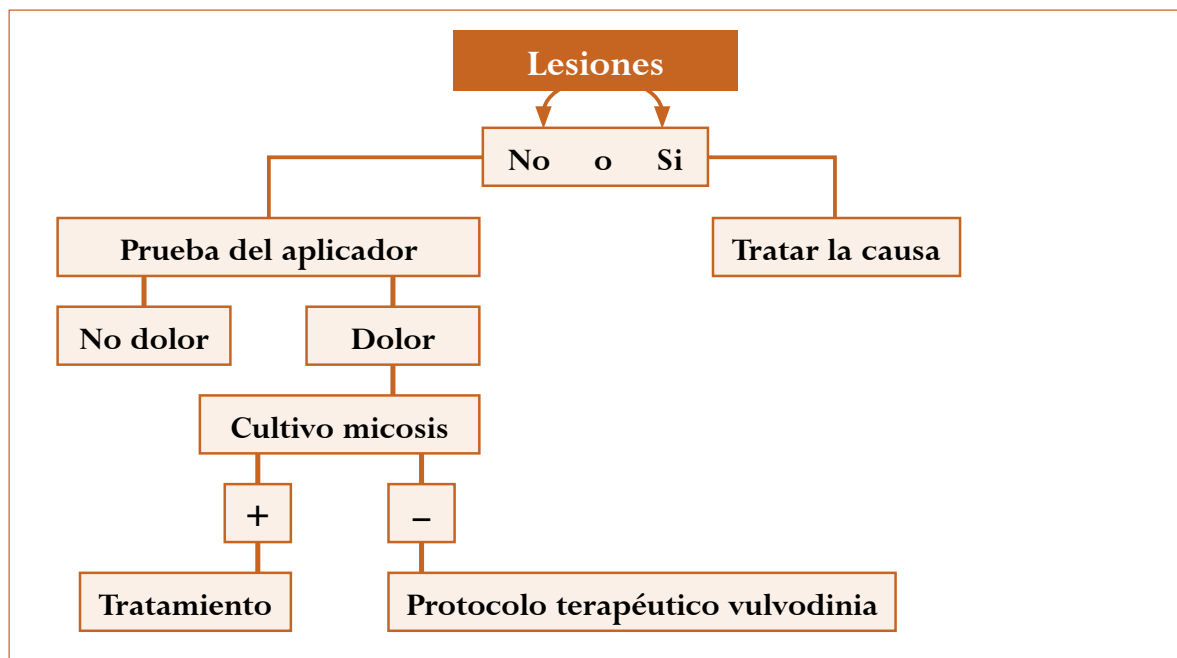


Figura 1. Flujograma de las lesiones mucocutáneas visibles^{33,34}

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Al igual que otras causas de dolor crónico en la mujer (atrapamiento de nervios ileohipogástricos, endometriosis mínimamente pigmentada, etc.), el hecho de no observar hallazgos clínicos en la exploración, durante años hizo que se rotularan como enfermas psicósomáticas, de ahí el término ya en desuso de vulvovaginitis psicósomática.

Esto no quiere decir que el apoyo psicológico no sea necesario, por el contrario es conocido que estas mujeres con frecuencia presentan problemas de pareja, sociales, profesionales y/o familiares que pueden agravar la vulvodinia. Se considera que la mayor parte de los problemas psicológicos son más la consecuencia que la causa del dolor, de ahí que en la historia clínica inicial se explora la esfera mental.¹⁹ Es usual que las pacientes se resistan a aceptar ayuda psicológica, incluso ante la evidencia de labilidad emocional percibida por la mujer, por lo que la propuesta de apoyo psicológico debe hacerse prudentemente.²¹ Hay que enfatizarles que el apoyo psicológico puede ayudar a mejorar su vida sexual, frecuentemente alterada por la dispareunia.

Gran parte del éxito terapéutico se basa en la adecuada comunicación con la mujer, haciéndole explícito que sabemos que el dolor que presenta no es producto de su imaginación. Es importante recalcar que la vulvodinia es un síndrome conocido que afecta a muchas mujeres en el mundo, que no es una infección de transmisión sexual y que no se trata de una enfermedad maligna. Igualmente que la curación del 100% es muy difícil de obtener y que la mejoría es usualmente lenta.^{9,10,21}

Medidas generales

En la **figura 1** se resume el flujograma de tratamiento, pero en todas las mujeres se sugieren medidas generales^{32,35-37} para disminuir la irritación local. Haefner en una guía de práctica clínica recomienda no usar interiores o utilizar aquellos que sean 100% de algodón, pero no usarlos en la noche, no utilizar protectores diarios y no usar toallas higiénicas que no sean de algodón. Usar lubricación adicional para las relaciones sexuales, utilizar aceites naturales que no tengan excipientes o vaselina. La mejoría con el

uso permanente de vaselina quizás esté asociada a la disminución de la fricción. Sugiere no usar duchas genitales, mejor utilizar jabones suaves para el baño general, pero no usar jabones en el área genital, solo agua y secar con pequeños toques usando un paño suave, no secar con secadores de cabello y si la piel está seca sugiere usar emolientes que no sean irritantes.¹⁰

Protocolo terapéutico vulvodinia

El siguiente protocolo se debe utilizar a manera de escalera terapéutica. Se avanzará en cada paso en la medida en que no haya mejoría hasta combinar todos ellos en los casos más severos.

Paso 1

Aproximación inicial

Weijmar Schultz en un ECA seguido de un quasi experimento, mostró el efecto benéfico de intervenciones sobre el comportamiento en el dolor vulvar.³⁸ Actualmente se conduce un estudio observacional sobre el efecto de un seminario educacional, en relación al dolor, función sexual y calidad de vida en pacientes con síndrome de vestibulitis vulvar.³⁹

Además de las medidas generales ya anotadas, se recomiendan algunas indicaciones dietéticas como consumir alimentos con bajo contenido de oxalatos y suplementos de citrato de calcio. Reportes de caso y series de casos han relacionado la excreción de oxalatos por la orina con irritación vulvar, dando sensación urente.^{40,41} Metts en una revisión narrativa ha recomendado el uso de citrato de calcio que por su estructura similar compite con el oxalato.⁴²

La guía nacional del Reino Unido para el manejo de condiciones vulvares publicada en el 2007³¹ y un reporte de casos,⁴³ recomiendan el uso de anestésicos locales (lidocaína jalea 2%) si hay dolor severo, explicándole a la mujer que al aplicar la jalea, inicialmente sentirá sensación de quemadura o prurito pero a los pocos minutos sentirá gran alivio. Aunque la duración de la acción es cercana a las cuatro horas, puede hacer las aplicaciones necesarias para estar libre de molestias.

Zolnoun y cols., en un estudio en el que 61 mujeres fueron sus propios controles, encontraron que la lidocaína en ungüento al 5%, aumentó el número de pacientes con relaciones sexuales y disminuyó el dolor durante el coito. Estos autores recomiendan que la lidocaína se aplique en forma abundante en la zona de molestia y además una aplicación nocturna continua, usando un algodón impregnado en la zona vestibular.⁴⁴

Hay información que indica mejoría con el uso de nitroglicerina, en una serie de casos,⁴⁵ y con el uso de capsaicina en un ECA cruzado.⁴⁶ También se informa el uso de doxepina, atropina, y baclofén 2%.¹ En una encuesta a profesionales médicos, se determinó el uso de aplicaciones tópicas de estrógenos.⁴⁷ No se recomienda utilizar corticoides localmente, pues aunque disminuirán la sintomatología no tienen un efecto curativo y pueden producir dermatitis esteroidea, que se caracteriza por sensación quemante y eritema, a menos que exista comprobación de enfermedad esteroide sensible.⁴⁸ Las preparaciones de testosterona son irritantes y poco útiles. Tampoco se recomienda el uso crónico de antifúngicos, pues generalmente la mejoría no va más allá que la producida por los vehículos emolientes que contengan los preparados.

Paso 2

Antidepresivos

Los antidepresivos han sido utilizados en vulvodinia tanto localizada como generalizada, especialmente los tricíclicos a dosis menores que las usadas para depresión. Los mecanismos de acción que se han postulado van desde efectos anticolinérgicos hasta evitar la recaptación de serotonina y norepinefrina.⁴⁹ Hay informes contradictorios respecto de la amitriptilina. Reed informa una disminución del 50% en el dolor en una serie de casos.⁵⁰ Por otro lado, Munday, en una serie de casos, mostró una disminución menor en solo 4 de 31 pacientes, sin embargo, el seguimiento fue apenas del 47%.⁵¹

El esquema utilizado sugiere iniciar con dosis bajas en la noche (2 horas antes de ir a la cama) e ir aumentando paulatinamente hasta obtener mejoría;

la dosis máxima es 225 mg.⁵⁰ Hay que informar a las usuarias sobre los efectos secundarios, tales como que deben evitar embarazarse mientras los usan y que no pueden suspenderlos abruptamente, sino en forma gradual. En caso de usar inhibidores de la recaptación de serotonina, es importante advertir que pueden producir cambios en la sexualidad y aumentar de peso.⁵²

Paso 3

Anticonvulsivantes

Algunos anticonvulsivantes se han usado en dolores crónicos de tipo neurogénico.⁵³ Una serie de casos mostró el beneficio del gabapentin,⁵⁴ recomendado también por algunas GPC.³¹

Paso 4

Biofeedback y terapia física

En una revisión de evaluación de tecnología, se refiere el uso de la terapia *biofeedback*, con la intención de corregir el tono del piso pélvico.⁵⁵ Puede iniciarse desde el abordaje inicial ante la presencia de vaginismo. Con el equipo de *biofeedback* la paciente puede visualizar la evaluación de la tensión muscular (luces de colores o escalas) y de esa forma desarrollar control voluntario.⁵⁶ Con base en los hallazgos se prescriben ejercicios específicos. Se han reportado tasas de mejoría hasta del 60%.⁵⁷

Paso 5

Infiltraciones locales

En vulvodinia muy localizada en la mucosa se han usado infiltraciones submucosas de lidocaína y metilprednisolona.²¹

El uso de interferón alfa ha sido reportado por Goldstein y cols., utilizado intravestibular a dosis de 1,5 millones de unidades con mejoría en el 42% de las mujeres estudiadas.⁵⁸

Paso 6

Cirugía

Se ha descrito del tratamiento quirúrgico;⁵⁹ Grant en un quasi experimento en el que comparó

la vestibuloplastia, con el *biofeedback*, la terapia comportamental y los hipoalérgenos, encontró mejores resultados con el procedimiento quirúrgico.⁶⁰

Bornstein encuentra en un ECA que la perineoplastia es superior a la vestibuloplastia, que no mostró ningún alivio del dolor.⁶¹ Tras una serie de casos sometidos a vestivulectomía y plastia de avance, encontraron mayor capacidad de tener relaciones sexuales y reducción de la dispareunia.⁶²

En general, se recomienda reservar el tratamiento quirúrgico para mujeres que no han respondido a las terapias anteriores, recalando que se haya hecho un adecuado diagnóstico y estemos ante una verdadera vulvodinia, habiéndose descartado dolor vulvar asociado a problemas infecciosos, inflamatorios, neoplásicos o neurológicos. Nunca se debe crear la expectativa quirúrgica en la mujer, pues desde el comienzo ante lo desesperante de la sintomatología, estará solicitando “esa cirugía milagrosa”; esta solo se reserva como última opción en pacientes seleccionadas con vulvodinia localizada.

Finalmente existen algunos estudios con el uso de hipnosis y acupuntura que sin evidencia clara sugieren que ambas técnicas podrían mejorar la calidad de vida de las pacientes resistentes a otras terapéuticas.^{63,64}

Recordemos que se debe tener un enfoque multidisciplinario que incluya en muchos casos profesionales de ginecología, dermatología, psicología, sexología, psiquiatría, trabajo social y grupos de autoayuda. No hay un único método o una única estrategia ya que la etiología es multifactorial.

REFERENCIAS

1. Kaufman RH, Faro S, Brown D. Benign Diseases of the vulva and vagina. 5th Edition. Elsevier Mosby; 2005.
2. Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. Am J Obstet Gynecol 1991;164:1609-14.
3. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? J Am Med Womens Assoc 2003;58:82-8.

4. Resident Population Estimates of the United States by Age and Sex. April 1, 1990-July 1, 1999. Washington, DC: Population Estimates Program, Population Division, US Census Bureau; 2000.
5. McKay M, Farrington J. Vulvodynia: chronic vulvar pain syndromes. En: Stoudemire A, Fogel B (editors). *Medical Psychiatric Practice*. Washington D.C: American Psychiatric Press; 1995.
6. McKay M. Vulvodynia. En: Steege J, Metzger D, Levy B (eds). *Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach*. W.B Sanders Company; 2000. p.192-99.
7. Marin MG, King R, Sfameni S, Dennerstein G. Adverse behavioral and sexual factors in chronic vulvar disease. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:34-8.
8. Tuma R, Bornstein J. Vulvar pain syndrome (vulvodynia)-dilemmas in terminology] *Harefuah* 2006;145:215-8.
9. Goldstein AT, Marinoff S, Haefner HK. Vulvodynia: strategies for treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:769-85.
10. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005;9:40-51.
11. Haefner HK. Report of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease terminology and classification of vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2007;11:48-9.
12. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *J Reprod Med*. 2004;49:772-7.
13. Orlandi A, Francesconi A, Angeloni C, Palmieri G, Fulvia G, Ciotti M, et al. Prevalence and genotyping of human papillomavirus infection in women with vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:1003-10.
14. Prayson RA, Stoler MH, Hart WR. Vulvar vestibulitis. A histopathologic study of 36 cases, including human papillomavirus in situ hybridization analysis. *Am J Surg Pathol* 1995;19:154-160.
15. Morin C, Bouchard C, Brisson J, Fortier M, Blanchette C, Meisels A. Human papillomaviruses and vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol* 2000;95:683-7.
16. Mascherpa F, Bogliatto F, Lynch PJ, Micheletti L, Benedetto C. Vulvodynia as a possible somatization disorder. More than just an opinion. *J Reprod Med* 2007;52:107-10.
17. Jantos M, Burns NR. Vulvodynia. Development of a psychosexual profile. *J Reprod Med* 2007;52:63-71.
18. Eva LJ, MacLean AB, Reid WM, Rolfe KJ, Perrett CW. Estrogen receptor expresión in vulvar vestibulitis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:458-61.
19. Lotery HE, Mc Clure N, Galask RP. Vulvodynia. *Lancet* 2004;363:1058-60.
20. Edwards L. New concepts in vulvodynia. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(3 Suppl):S24-30.
21. National Institutes of Child Health and Human Development (NICHD). Vulvodynia: Towards Understanding a Pain Syndrome; 2003 April 14-15.
22. Gordon AS, Panahian-Jand M, McComb F, Melegari C, Sharp S. Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *J Sex Marital Ther* 2003;29(Suppl 1):45-58.
23. Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. *J Urol* 2007;177:450-6.
24. Eide PK. Wind-up and the NMDA receptor complex from a clinical perspective. *Eur J Pain* 2000;4:5-15.
25. Gómez PI. Dolor Pélvico en la Mujer. En: *Dolor y Cuidados Paliativos*, editado por la Corporación para Investigaciones Biológicas y Organización Panamericana de la Salud, Medellín - Colombia. Primera edición. Ed. CIB; 2005. p. 164-73.
26. Munday P, Buchan A, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *J Reprod Med* 2007;52:19-22.
27. Giesecke J, Reed BD, Haefner HK, Giesecke T, Clauw DJ, Gracely RH. Quantitative sensory testing in vulvodynia patients and increased peripheral pressure pain sensitivity. *Obstet Gynecol* 2004;104:126-33.
28. Reed BD, Sen A, Gracely RH. Effect of test order on sensitivity in vulvodynia. *J Reprod Med* 2007;52:199-206.
29. Masheb RM, Lozano C, Richman S, Minkin MJ, Kerns RD. On the reliability and validity of physician ratings for vulvodynia and the discriminant validity of its subtypes. *Pain Med* 2004;5:349-58.
30. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol* 2001;98:45-51.
31. 2007 UK National Guideline on the Management of Vulval Conditions. Clinical Effectiveness Group. British Association Sexual Health and HIV. Visitado

- en 2007 Sept 10. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/vulvalguidedraft07.pdf>
32. Pagano R. Value of colposcopy in the diagnosis of candidiasis in patients with vulvodynia. *J Reprod Med* 2007;52:31-4.
33. ACOG Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion: Number 345, October 2006: vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2006;108:1049-52.
34. Reed BD, Haefner HK, Harlow SD, Gorenflo DW, Sen A. Reliability and validity of self-reported symptoms for predicting vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2006;108:906-13.
35. OBGYN.net. Conference Coverage From IPPS - Simsbury Connecticut - April/May, 1999. "Vulvodynia". Paul Perry, MD, Chairman, OBGYN.net Editorial Advisory Board, Chronic Pelvic Pain interviews John Gibbons, MD. Visitado en 2007 Jul 23. Disponible en: http://www.obgyn.net/displaytranscript.asp?page=/avtranscripts/perry_gibbons
36. Ridley CM. Vulvodynia: evolution of classification and management. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 1996;7:129-34.
37. Salima A, Wojnarowskab F. Skin diseases affecting the vulva. *Curr Obstet Gynaecol* 2005;15:97-107.
38. Weijmar Schultz WC, Gianotten WL, van der Meijden WI, van de Wiel HB, Blindeman L, Chadha S, et al. Behavioral approach with or without surgical intervention to the vulvar vestibulitis syndrome: a prospective randomized and non-randomized study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996;17:143-8.
39. Vestibulitis Educational Seminar Trial" Study. University of British Columbia. Visitado en 2007 Sept 10. Disponible en: <http://clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00278850>
40. Solomons CC, Melmed MH, Heitler SM. Calcium citrate for vulvar vestibulitis. A case report. *J Reprod Med* 1991;36:879-82.
41. Baggish MS, Sze EH, Johnson R. Urinary oxalate excretion and its role in vulvar pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:507-11.
42. Metts JF. Vulvodynia and vulvar vestibulitis: challenges in diagnosis and management. *Am Fam Physician* 1999;59:1547-56.
43. Dede M, Yenen MC, Yilmaz A, Baser I. Successful treatment of persistent vulvodynia with submucous infiltration of betamethasone and lidocaine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:258-9.
44. Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol* 2003;102:84-7.
45. Walsh KE, Berman JR, Berman LA, Vierregger K. Safety and efficacy of topical nitroglycerin for treatment of vulvar pain in women with vulvodynia: a pilot study. *J Gend Specif Med* 2002;5:21-7.
46. Foster DC, Dworkin RH, Wood RW. Effects of intradermal foot and forearm capsaicin injections in normal and vulvodynia-afflicted women. *Pain*. 2005;117:128-36.
47. Updike GM, Wiesenfeld HC. Insight into the treatment of vulvar pain: a survey of clinicians. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1404-9.
48. Ljubojeviae S, Basta-Juzbasiae A, Lipozeneiae J. Steroid dermatitis resembling rosacea: aetiopathogenesis and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:121-6.
49. McKay M. Dysesthetic ("essential") vulvodynia. Treatment with amitriptyline. *J Reprod Med* 1993;38:9-13.
50. Reed BD, Caron AM, Gorenflo DW, Haefner HK. Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *J Low Genit Tract Dis* 2006;10:245-51.
51. Munday PE. Response to treatment in dysaesthetic vulvodynia. *J Obstet Gynaecol* 2001;6:610-3.
52. Retamal CP. Psicofarmacoterapia antidepressiva. *Rev Med Chile* 2001;129:813-8.
53. Vázquez A, Pérez JM, Casamayor T. *Ámbito Farmacéutico*. 2004;25: 90-94. Visitado en 2007 Jul 22. Disponible en: http://www.unisantos.br/servicos/cim/File/AT_dor.pdf
54. Harris G, Horowitz B, Borgida A. Evaluation of gabapentin in the treatment of generalized vulvodynia, unprovoked. *J Reprod Med* 2007;52:103-6.
55. Biofeedback therapy for vulvodynia and vulvar vestibulitis. Visitado en 2007 Sept 13. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?View=Short&ID=32004000363>
56. Hartmann EH, Nelson C. The perceived effectiveness of physical therapy treatment on women complaining of chronic vulvar pain and diagnosed with either vulvar vestibulitis syndrome or dysesthetic vulvodynia. *J Sect Womens Health* 2001;25:13-18.
57. Bergeron S, Brown C, Lord MJ, Oala M, Binik YM, Khalifé S. Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study. *J Sex Marital Ther* 2002;28:183-92.

58. Goldstein A, Davies-Treene L, Hurtado S, et al. Interferon alpha therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a large retrospective trial. Presented at the International Society for the Study of Women's Sexual Health Conference, Vancouver, BC, October 2002.
59. Haefner HK. Critique of new gynecologic surgical procedures: surgery for vulvar vestibulitis. *Clin Obstet Gynecol* 2000;43:689-700.
60. Granot M, Zimmer EZ, Friedman M, Lowenstein L, Yarnitsky D. Association between quantitative sensory testing, treatment choice, and subsequent pain reduction in vulvar vestibulitis syndrome. *J Pain* 2004;5:226-32.
61. Bornstein J, Zarfati D, Goldik Z, Abramovici H. Perineoplasty compared with vestibuloplasty for severe vulvar vestibulitis. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:652-5.
62. Traas MA, Bekkers RL, Dony JM, Blom M, van Haren AW, Hendriks JC, et al. Surgical treatment for the vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol* 2006;107:256-62.
63. Danielsson I, Sjöberg I, Ostman C. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2001;80:437-41.
64. Pukall C, Kandyba K, Amsel R, Khalife S, Binik Y. Effectiveness of Hypnosis for the Treatment of Vulvar Vestibulitis Syndrome: a preliminary investigation. *J Sex Med* 2007;4:417-25.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.