

Vulvodínea esencial.

Tratamiento con antidepresivos tricíclicos.

(Dra. Marchitelli, C- Dra Secco, G- Dra Perrotta, M- Dr Minig L- Dr Testa, R)

- Objetivos:
1. Seleccionar correctamente a las pacientes con vulvodínea esencial (VE), descartando el resto de la patología vulvar que cursa con sintomatología similar.
 2. Evaluar la eficacia del tratamiento de las VE con amitriptilina.

Materiales y métodos: Existen muchos subtipos de vulvodínea. El reconocimiento de los mismos es fundamental para lograr el éxito terapéutico.

23 pacientes con VE fueron seleccionados dentro de un grupo de 98 pacientes que consultaron por dolor vulvar crónico.

Se descartaron 75 pacientes por presentar: Vestibulitis, vulvovaginitis cíclica, papilomatosis vulvar, vaginosis citolítica y otras dermatosis vulvares.

Edad: 62 años (27- 83).

Diagnóstico: Vulvoscopía normal.

Diagnóstico por exclusión.

Todas las pacientes recibieron amitriptilina 10mg por noche. Se aumentó 10 mg por semana hasta una dosis máxima de 50mg diarios. Si presentaban efectos adversos continuaban con la dosis máxima tolerada.

Duración del tratamiento: 2 a 6 meses hasta controlar la sintomatología. Se disminuyó gradualmente la dosis hasta suspender y en algunos casos se continuó con dosis bajas (20mg) diarios.

Seguimiento: Se citó a las pacientes cada 2 meses.

Resultados: De las 23 pacientes, 16 (69,5%) tuvieron respuesta completa (asintomáticas)
6 (26%) tuvieron respuesta parcial (mejoría importante)
1 (4,5%) no respondió al tratamiento.

Efectos adversos: 48% de las pacientes refirieron efectos leves.

- 48% somnolencia
- 26% sequedad bucal
- 21,7% aumento de peso
- 4,5% cefaleas

Conclusiones: Se obtuvo mejora sintomática en 95,5% de las pacientes, con un alto porcentaje de respuesta completa (69,5%). Una paciente (4,5%) no obtuvo mejoría con el tratamiento.

Consideramos que es imprescindible excluir las patologías vulvares que producen dolor vulvar para poder pesquisar el grupo de pacientes que presentan verdaderas VE y de esta manera obtener éxito terapéutico con los antidepresivos tricíclicos.

Vulvodínea.

La vulvodínea es un síndrome caracterizado por dolor vulvar inexplicable, con disfunción sexual y trastornos psicológicos importantes (1). La terminología a variado. Los términos utilizados como:

Vaginitis no patogénica, vulvovaginitis psicósomática y Síndrome de ardor vulvar ya no son usados. McKay sugirió el término vulvodínea (1,2), el cual también fue recomendado por la Sociedad internacional para el estudio de enfermedades de la vulva (ISSVD) (1).

La incidencia o prevalencia de esta condición es desconocida. Posiblemente sea más frecuente de lo pensado. En un estudio que observó la patología en la práctica médica, la prevalencia de la vulvodínea fue de alrededor del 15%, cuando era buscada. (3).

Características clínicas.

El comienzo de la sintomatología puede estar ligada a episodios de vaginitis, procedimientos terapéuticos como el láser, criocirugía, resecciones con asa de leep, etc. A partir de estos episodios la vulvodínea se puede cronificar y durar meses o años. El dolor se describe generalmente como ardor, irritación o disconfort.((2,3). Muchas de las pacientes recorrieron varios médicos en busca de una solución, y han recibido todo tipo de tratamientos con pocos beneficios. El hallazgo de una vulva completamente normal, hizo muchas veces que se les dijera a estas pacientes que sus problemas eran meramente psicológicos.

La edad de aparición de esta patología es muy variable, oscila desde los 20 a los 70 años.

Generalmente son pacientes sanas, carentes de enfermedades sistémicas, y sin antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

Síntomas y signos.

El dolor está relacionado al área vestibular, aunque puede aparecer en zonas cercanas.

Al examen físico se observa una vulva dentro de los límites normales, pero el dolor puede ser incrementado fácilmente con un simple Q-tip test. Consiste en tocar el área vestibular con un hisopo, observando un aumento exquisito del dolor.

Tipos de vulvodínea.

Varios tipos de vulvodínea fueron reconocidos.

El reconocimiento de los mismos es un requisito fundamental para el manejo de estas pacientes.

Subtipos:

1. Vestibulitis.
2. Vulvodínea esencial.
3. Vulvovaginitis cíclica.
4. Papilomatosis vulvar.
5. Vaginitis citolítica
6. Lactobacilosis.
7. Dermatitis vulvares.

Vestibulitis vulvar(VV)

Es el subtipo más frecuente de vulvodínea.

Se caracteriza por disparéunia, dolor exquisito con el Q-tip test y eritema vestibular de distintas intensidades. (4,5). En los casos más severos el dolor imposibilita la penetración haciendo que estas mujeres se priven de una vida sexual normal.

La etiología es desconocida. Algunos casos son provocados por episodios reiterados de vulvovaginitis candidiásicas, otras causas pueden ser el uso de sustancias irritantes, químicos, antecedentes de tratamientos tópicos, destructivos o escicionales. Otros estudios sugieren que puede estar relacionado a la infección por HPV vulvar. (6,7). El vínculo entre el HPV y las vestibulitis nunca fue probado. En realidad las últimas evidencias demuestran que no existe una relación entre estas dos patologías (8).

El tratamiento es muy problemático. Se deben evitar los tratamientos destructivos o escicionales por sospecha de HPV.

Algunos pacientes se ven beneficiados con la utilización de interferón alfa intralesional (9).

Otras posibilidades terapéuticas son: Anestésicos locales, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos (aunque no responden bien a este tratamiento).

La resección quirúrgica (vestibulectomía) queda reservada solo para pacientes con dolor que no responde a ningún tratamiento médico durante por lo menos seis meses. Se reseca el vestíbulo y el himen. (10,11). Se benefician con este tratamiento solo el 60, 70% de las pacientes.

Vulvodínea esencial (VE):

Se conoce también como vulvodínea disestésica.

Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas. Las pacientes refieren dolor o disconfort vulvar crónico, no cíclico. En comparación con las VV, estas pacientes no se quejan de disparéunia o esta es de menor que en las VV. La prueba del Q-tip test es negativa y la hiperestésia ocurre en áreas mayores que para las VV.

Se cree que esta hiperestésia se debe a una alteración de la percepción cutánea. Probablemente tenga una base neurológica, parecida a la que ocurre con la neuralgia postherpética o la glosodínea (12).

Estas pacientes responden bien a los antidepresivos tricíclicos. Se comienza con 10 mg de amitriptilina por día en horario nocturno y se va aumentando la dosis 10 mg semanales hasta una dosis máxima de 50 mg. Deben continuar con la máxima dosis tolerada por lo menos durante dos meses. Cuando el dolor desaparece se va disminuyendo la dosis hasta la mínima necesaria para controlar la sintomatología. Luego se puede suspender el tratamiento si se consiguió una respuesta completa, es decir pacientes totalmente asintomáticas.

Los efectos adversos son comunes y ocurren en el 50% de las pacientes. Los más frecuentes son, somnolencia, aumento de peso, sequedad de boca.

Hay drogas alternativas como la imipramina o desipramina.

Vulvovaginitis cíclica – Candidiasis recurrente:

Es la segunda causa más frecuente de vulvodíneas.

El dolor es cíclico, empeorando durante la fase lútea del ciclo menstrual. Existe una exacerbación de la sintomatología durante las relaciones sexuales y este discomfort es peor en los días siguientes al coito (2,13).

Es causado por una reacción de hipersensibilidad a la *Candida*. (14,15).

Los tratamientos tradicionales con antimicóticos mejoran la sintomatología momentáneamente pero vuelve a recurrir. Por eso es fundamental prolongar el tratamiento por seis meses o más.

Papilomatosis vulvar: (PV)

Es una condición no bien definida que puede causar tanto vulvodínea como prurito vulvar. Se caracteriza por la presencia de múltiples papilas, simétricas que cubren la cara interna de los labios menores.

Muchos trabajos relacionaban la PV con el HPV. (16), pero en estudios recientes esta asociación no pudo ser demostrada (17,18).

Antes de implementar un tratamiento debemos descartar todas las causas que pueden dar sintomatología similar. (Indicar medidas higiénicas adecuadas, evitando el uso de protectores diarios, jabones perfumados, ropa interior sintética, etc).

En caso de persistir la sintomatología se puede tratar con vaporización de la lesión con laser muy superficial o con interferon intralesional (9).

Vaginosis citolítica:

Se debe al crecimiento excesivo de lactobacilos en la flora vaginal (19).

Los síntomas son muy similares a los de la vulvovaginitis cíclica, prurito, ardor flujo, dispareunia, que se intensifican durante la fase lútea.

El exámen vulvovaginal muestra: Flujo blanquecino, PH entre 3 – 4.

Al exámen de flujo se ve sobrecrecimiento de lactobacilos, células epiteliales descamadas (citólisis), ausencia de *Candida*, clue cells o leucocitos.

En general no requieren tratamiento. La explicación de esta condición a la paciente ayuda a que pueda manejar la sintomatología.

Se recomiendan duchas vaginales con bicarbonato de sodio (50 g de bicarbonato de sodio en 1 litro de agua tibia).

Lactobacilosis:

Puede ser también la causa de prurito o ardor premenstrual, y se asocia en general con antecedentes de tratamiento reciente con antimicóticos (20).

Los exámenes en fresco son diagnósticos, se ven lactobacilos largos (seis veces más largos que los normales).

La mayoría de estos son anaeróbicos y no producen H₂O₂. No se ven *Candida*, los leucocitos están casi ausentes.

El tratamiento consiste en antibióticos (Doxiciclina, o la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico), que producen alivio de la sintomatología y erradican los lactobacilos anaeróbicos (20).

La vulvodínea es un síndrome muy complejo y multifactorial.

El conocimiento de los distintos tipos de vulvodíneas, es un requisito fundamental para obtener éxito terapéutico en estas pacientes.

Dos fueron los objetivos de este trabajo.

1. Seleccionar correctamente a las pacientes con vulvodínea esencial (VE), descartando el resto de la patología vulvar que cursa con sintomatología similar.
2. Evaluar la eficacia del tratamiento de las VE con amitriptilina.

Materiales y métodos:

Existen muchos subtipos de vulvodínea. El reconocimiento de los mismos es fundamental para lograr el éxito terapéutico. Noventa y ocho (98) pacientes consultaron por dolor vulvar crónico o fueron derivadas por sus ginecólogos al consultorio de patología vulvar de nuestra Institución durante mayo del 2000 y mayo del 2001.

23 pacientes con VE fueron seleccionados dentro de este grupo de 98 pacientes que consultaron por dolor vulvar crónico.

Se descartaron 75 pacientes por presentar: Vestibulitis, vulvovaginitis cíclica, papilomatosis vulvar, vaginosis citolítica y otras dermatosis vulvares.

La edad de las pacientes fue variable siendo más frecuente en mujeres mayores de 50 años, tuvimos dos casos de pacientes jóvenes de 27 y 36 años. La edad media para nuestra población fue de 62 años (27- 83).

El diagnóstico se hizo por exclusión del resto de las patologías que cursan con sintomatología similar. Todas las pacientes presentaban una vulvoscopía normal.

Se inicia el tratamiento con antidepresivos tricíclicos, prefiriendo como primera línea de tratamiento la amitriptilina.

Todas las pacientes recibieron amitriptilina 10mg por día durante la noche. Se aumentó 10mg por semana hasta una dosis máxima de 50mg diarios. Deben continuar con la máxima dosis tolerada por lo menos durante dos meses. Cuando el dolor desaparece se va disminuyendo la dosis hasta la mínima necesaria para controlar la sintomatología. (habitualmente 20 mg). Luego se puede suspender el tratamiento si se consiguió una respuesta completa, es decir pacientes totalmente asintomáticas.

Hay drogas alternativas como la imipramina o desipramina que pueden suplantar a la amitriptilina. La duración del tratamiento fue de dos a seis meses hasta controlar la sintomatología.

Se citó a las pacientes cada dos meses para evaluar la respuesta y los efectos adversos.

Resultados:

Se consideró que las pacientes experimentaban una respuesta completa cuando referían estar sin sintomatología. Respuesta parcial, cuando referían una mejoría importante de sus síntomas pero persistía un leve discomfort. (“Siento que la vulva existe”)

De las 23 pacientes, 16 (69,5%) tuvieron respuesta completa (asintomáticas)

6 (26%) tuvieron respuesta parcial (mejoría importante)

1 (4,5%) no respondió al tratamiento.

Los efectos adversos fueron comunes. El 48% de las pacientes experimentó efectos indeseables. Somnolencia (48%), sequedad de boca (26%), aumento de peso (21,7%) y cefaleas (4,5%). Ninguna paciente debió suspender por cumplrto el tratamiento por efectos adversos.

Conclusiones:

Se obtuvo mejora sintomática en 95,5% de las pacientes, con un alto porcentaje de respuesta completa (69,5%). Las dos pacientes jóvenes de 27 y 36 años tuvieron una respuesta parcial pero con una disminución notable de la sintomatología. Una paciente (4,5%) no obtuvo mejoría con el tratamiento.

Consideramos que es imprescindible excluir las patologías vulvares que producen dolor vulvar para poder pesquisar el grupo de pacientes que presentan verdaderas VE y de esta manera obtener éxito terapéutico con los antidepresivos tricíclicos.

Bibliografía.

- 1.- Lynch PJ. Vulvodynia: a syndrome of unexplained vulvar pain, psychologic disability and sexual disfunction. J Reprod Med 1986;31:773-80.
- 2.- McKay M. Vulvodynia: a multifactorial, clinical problem. Arch Dermatol 1989;125:256-62.
- 3.- Goetsch MF. Vulvar vestibulitis: Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population. J Obstet Gynecol 1991; 164: 1609-16.
- 4.- Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. J Reprod Med 1987; 32: 110-14.
- 5.- Woodruff JD. Infection of the minor vestibular glands. Obst Gynecol 1983; 62: 609-12
- 6.- Turner MLC. Association of human papillomavirus with vulvodynia and the vulvar vestibulitis Syndrome. J Reprod Med 1988; 33: 533-7.
- 7.- Umpierre SA. Human papillomavirus DNA in tissue biopsy specimens of vulvar vestibulitis patients treated with interferon. Obstet ynecol 1991;78: 693-5
- 8.- Wilkinson EJ. Vulvar vestibulitis is rarely associated with human papillomavirus infection types 6, 11, 16, or 18. Int J Gynecol Pathol 1993; 12: 344-9.
- 9.- Marinoff SC. Intralesional alfa interferon. Cost effective therapy for vulvar vestibulitis Syndrome. J Reprod Med 1993; 38: 19-24.
- 10.- Woodruff JD. Treatment of dyspareunia and vaginal outlet distortions by perineoplasty. Obstet gynecol 1981; 57: 750-4.
- 11.- Westrom L. Samlagssmartov av vulvavestibulit-operation gav goda resultat. Lakartidningen 1992; 98: 1460-1.
- 12.- Turner MLC. Pudendal neuralgia. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 1233-6.
- 13.- McKay M. Subsets of vulvodynea. J Reprod Med 1988; 33: 695-8.

- 14.- Witkin SS. Recurrent vaginitis as a result of sexual transmission of Ig E antibodies. Am J Obstet Gynecol 1988; 159: 32-6.
- 15.-Ashman RB. Autoimmunity as a factor in recurrent vaginal candidosis and the minor vestibular glands syndrome. J Reprod Med 1989;4: 264-6.
- 16.- Reid R. Colposcopic findings in women with vulvar pain syndromes. A preliminary report. J Reprod Med 1988; 33: 523-32.
- 17.- Bergeron C. Micropapillomatosis labialis appears unrelated to human papillomavirus. Obstet Gynecol 1990; 76:281-5.
- 18.- Welch JM. What is vestibular papillomatosis? A study of its prevalence , aetiology and natural history. Br J Obstet Gynecol 1993; 100:939-42.
- 19.- Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 1245-9.
- 20.- Horowitz B. Vaginal lactobacillosis. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 857-61.