

# Vulvodinia



**M. Covadonga Martínez-González**  
Médico especialista en dermatología. Consulta privada. Oviedo (Asturias).



**Laura Fernández Tejedo**  
Fisioterapeuta y osteópata. Consulta privada. Oviedo (Asturias).



**Marta Telenti Iglesias**  
Médico especialista en ginecología y obstetricia. Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián. Arriendas (Asturias).



**Raquel-Amaya Martínez-González**  
Catedrática de universidad. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Oviedo (Asturias).

## RESUMEN

La vulvodinia es una disestesia o malestar crónico de la vulva (quemazón, irritación, ardor, dolor) de más de tres meses de duración, sin hallazgos clínicos ni de laboratorio que justifiquen la sintomatología. Se estima una prevalencia poblacional de un 4 %. Su etiología es aún desconocida, probablemente, multifactorial y en la que se postulan múltiples teorías (neuropática, inflamatoria, etc.). El diagnóstico es fundamentalmente clínico y de exclusión. Sus tratamientos son variados, no habiéndose demostrado resultados ampliamente satisfactorios, validados y con estudios aleatorizados con ninguno de ellos de forma aislada. Es importante la individualización de cada caso para adecuar una u otra terapia. Debe tenerse en cuenta la repercusión y relación posible de esta enfermedad con la calidad de vida y los aspectos psicoemocionales de la paciente. Entre estas terapias, no solo son importantes los hábitos de vida, la higiene y la farmacoterapia, sino también aspectos fisioterapéuticos de la zona genital y el suelo pélvico de la mujer.

**Palabras clave:** vulvodinia, disestesia vulvar, vestibulitis vulvar, dolor crónico de la vulva.

## SUMMARY

Vulvodinia is a chronic dysesthesia or discomfort of the vulva (burning, irritation, pain) lasting more than three months, with no clinical or laboratory findings that justify the symptoms. A prevalence of 4 % is estimated in general population. Its etiology is still unknown. It is probably multifactorial and multiple theories are postulated (neuropathic, inflammatory...). The diagnosis is fundamentally clinical and by exclusion. Its treatments are varied, not having any of them alone widely demonstrate satisfactory and validated results with randomized studies. The individualization of each case is important to adapt one or another therapy. The repercussion and possible relationship of this disease with patients' quality of life and psycho-emotional aspects must be taken into account. Among these therapies, not only lifestyle habits, hygiene and pharmaco-

py are important, but also physiotherapeutic aspects of the female genital area and pelvic floor are.

**Key words:** vulvodinia, vulvar dysesthesia, vulvar vestibulitis, chronic vulvar pain.

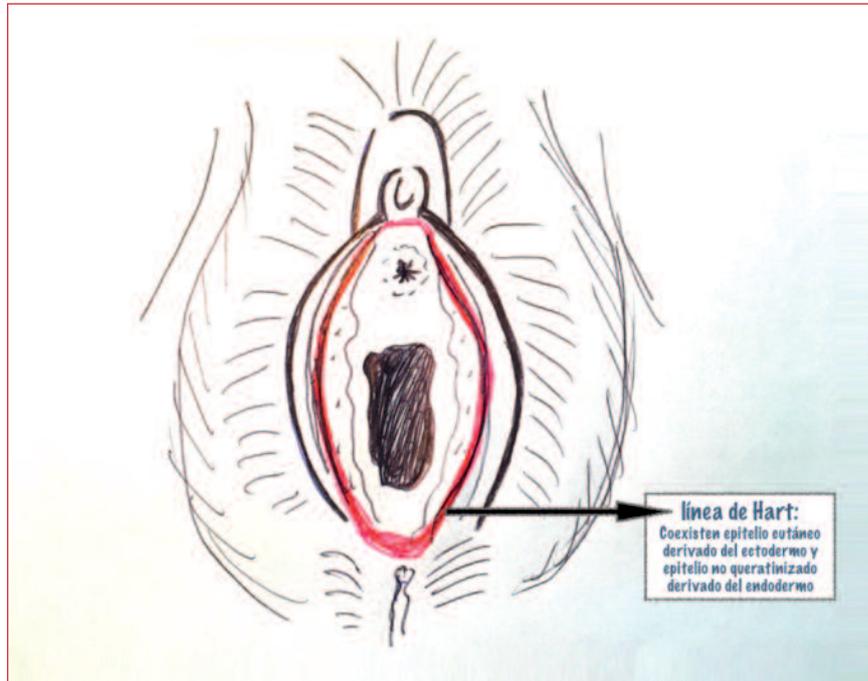
## INTRODUCCIÓN (definición, recuerdo anatómico-embriológico, clasificación y prevalencia)

La primera vez que se escribe sobre esta enfermedad lo hace Skene en 1888<sup>1</sup>. Sin embargo, fue en 1976 cuando el dolor vulvar fue reconocido como entidad patológica por la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvovaginales (ISSVD)<sup>1</sup>. La vulvodinia —o también llamada desde 2003 *disestesia vulvar* por dicha sociedad— se define como un malestar de la vulva referido como sensación lancinante o de quemazón, irritación, pinchazos, «en carne viva»..., de duración crónica, con, al menos, tres meses de evolución, que asocia una importante disfunción emocional y funcional, y sin evidencia de hallazgos clínicos ni de laboratorio que justifiquen dicha sintomatología. Puede haber factores potenciadores como, por ejemplo, cirugías o infecciones previas<sup>1-4</sup>. Tres sociedades científicas (la ISSVD, la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer [ISSWSD] y la Sociedad Internacional para el Dolor Pélvico [IPPS]) se reunieron en 2015 y, de nuevo, recientemente en 2019 para definirla de esta manera y también clasificarla<sup>5,6</sup>, de forma que, según la localización, se clasifica en: generalizada, con dolor en toda la vulva y el periné, siendo este tipo más común en mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, donde el dolor suele ser continuo a lo largo del día y empeora con la sedestación; este tipo es el menos frecuente en la población general. Sin embargo, la vulvodinia localizada, que corresponde al 80 % de los casos, se da típicamente en mujeres más jóvenes, localiza sus molestias en el vestíbulo, especialmente, en la zona posterior de este, y cursa con crisis de dolor o molestias paroxísticas. Este segundo tipo se denomina también *ves-*

*tibulitis* o *vestibulodinia* y, por su frecuencia, es el más referido en los estudios. Otra entidad mucho menos frecuente puede ser la clitorodinia<sup>5,6</sup>.

El vestíbulo vulvar proviene embriológicamente del seno y hendidura urogenital, siendo este origen distinto para otras zonas de la vulva. Los límites del vestíbulo los forma la línea de inserción de la cara interna de los labios menores, donde incluso a simple vista se puede observar la línea de Hart (fig. 1), con un cambio de color. Esta separa el epitelio escamoso no queratinizado de la parte interior, proveniente del endodermo, del epitelio escamoso queratinizado y con glándulas sebáceas de los labios menores, proveniente del ectodermo. En la parte anterior del vestíbulo, se halla el meato urinario y, por detrás de él, el himen, que es un tejido fibroso vascularizado (proveniente del mesodermo paramesonérfico), que puede estar más o menos tabicado. En la porción media y posterior, se encuentran los bulbos del vestíbulo, que son parte del sistema eréctil de la vulva, y las glándulas de Bartolino, para mantener lubricada la vagina. También se encuentran en el vestíbulo las glándulas parauretrales o de Skene, sin repercusión funcional clara, y las glándulas vestibulares menores. La inervación de esta zona depende, fundamentalmente, del nervio pudendo y, en menor grado, del nervio genitofemoral e ilioinguinal. La vascularización proviene de la arteria y vena pudenda interna e ilíaca interna<sup>1,2,7</sup>. Además, las tres sociedades científicas comentadas anteriormente clasifican la entidad según se precise o no de un estímulo para provocar la sintomatología en: provocada, espontánea y mixta<sup>5,6</sup>.

En cuanto a la prevalencia, se cree que es una enfermedad frecuente que está infradiagnosticada, incluso en centros que se dedican a la sexualidad de la mujer. En las series registradas, se esti-



**Figura 1.** Visualización de la línea de Hart delimitando el vestíbulo<sup>7</sup>.

ma desde un 4-6 % en la población general hasta un 15-20 % en consultas ginecológicas, pudiendo afectar a cualquier etnia y edad<sup>8,9</sup>.

### ETIOPATOGENIA

En cuanto a la etiopatogenia, aún no está aclarada y surgen múltiples teorías para explicar un origen complejo y multifactorial, siendo la más admitida la del síndrome neuropático crónico<sup>10</sup>. Se aceptan involucrados factores psicológicos y psicosexuales, así como factores neurológicos e inflamatorios, tanto sistémicos como locales (donde habría una interrelación entre el sistema nervioso central y la estructura neuronal de la vulva, con cambios en la inervación y nociceptores, y en la vascularización, y presencia de mastocitos y citoquinas proinflamatorias en zonas de hiperalgesia: las interleucinas IL-1 beta, IL-6 e IL-8, y el factor de necrosis tumoral alfa)<sup>1,2,4,10</sup>.

En dermatología psiquiátrica, la disestesia vulvar se encuadra dentro de los trastornos mixtos, al igual que otras dinias o trastornos de la sensi-

bilidad cutánea, o trastornos funcionales cutáneos y mucosos, o síndromes de dolor crónico atípico; donde los aspectos psicológicos de la mujer podrían ser causa o consecuencia<sup>10</sup>.

Pero incluso hoy se habla de una misma fisiopatología para el cuadro psicológico o psiquiátrico de la paciente y la dinia, que consistiría, aparte de lo comentado anteriormente, en una disfunción del sistema nervioso central, con alteraciones en los neurotransmisores de las vías serotoninérgica, adrenérgica e, incluso, otras (disminución de los niveles de dopamina en el putamen, activación del sistema inmunitario con citoquinas proinflamatorias en el cerebro, toxicidad mediada por glutamato, disminución del factor neurotrófico derivado del cerebro [BDNF], desregulación prolongada del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal)<sup>1,2,4,10</sup>.

Dado que todo esto es controvertido, es importante indagar por si existiese una depresión enmascarada o equivalente depresivo, donde la dinia sería el síntoma somático que enmascara la depresión. En este caso, suele haber otros síntomas no

solo cutáneos, sino también neurológicos (mareos, vértigos), digestivos, respiratorios, etc.<sup>10</sup>.

## CLÍNICA

Para explicar la clínica de una forma amena, sin grandes listas de síntomas, que podemos ver resumidos en la tabla 1<sup>1,2,8,9</sup>, vamos a presentar de manera práctica lo que nos puede contar típicamente la paciente en su diálogo verbal, imaginándonos su primera consulta con nosotros. Por su frecuencia, sería una mujer joven o de mediana edad (mayor frecuencia de afectación en esta franja de edad):

«Verá doctor/a, vengo a verle/a porque llevo un año con molestias en la zona genital, por fuera de la entrada a la vagina y por dentro de los labios, con escozor como si lo tuviera en carne viva. Me pasa varias veces cada día y paso un buen rato sin poder parar quieta. Me molesta estar sentada, el roce de la ropa... todo. Y llevo todo este tiempo sin poder tener relaciones con mi marido ni tan siquiera ponerme un tampón. He ido al ginecólogo y lo paso fatal para que me pueda explorar. Allí me hicie-

ron ecografía y cultivos de todo. Aunque era todo normal me dieron tratamiento para hongos, pero no noté mejoría. Incluso me hizo una biopsia en una zona que me dijo que estaba un poco roja y también dio normal. Al final me dio una crema de hormonas y me mandó al urólogo. Allí me hicieron análisis de orina y más estudios, y me dijeron que podía ser un problema en la pared de la vejiga, pero me miraron con una cámara por dentro y estaba todo normal también. Entonces me dijo que no era nada de urología y que volviera mejor al ginecólogo de nuevo. He pedido consulta con usted en dermatología por si tiene que ver con lo suyo. Estoy desesperada... y hasta con cierto sentimiento de culpa al no poder explicarme a mí misma lo que me pasa».

## DIAGNÓSTICO

En cuanto al diagnóstico, vamos a esquematizar mucho de lo que ya hemos visto. Dado que no existen pruebas específicas, la clínica y el examen físico son las principales herramientas y, con ellas, se diagnosticarían un 96 % de los casos según algunos estudios. En este sentido, el diagnóstico for-

**Tabla 1.** Clínica de la vulvodinia

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos/psiquiátricos y afectación de su tiempo y calidad de vida	Exploración clínica
Dolor, ardor, escozor (disestesia, causalgia).	Sentimientos de frustración, culpa, tristeza.	Mujeres típicamente de edades comprendidas entre los 20 y los 40 años.
Empeora con el roce y presión (hiperestesia y alodinia): problemas con el uso de tampones, coito, etc.	Malestar emocional (valorar depresión enmascarada).	Exploración física visual genital normal, salvo un posible mínimo eritema vestibular.
Localización mayormente en la zona posterior de la horquilla vulvar.	Disfunción sexual y/o de pareja.	
Duración de, al menos, tres meses de evolución. Más frecuente paroxístico que continuo.	Peregrinaje médico con múltiples tratamientos, estudios y especialistas.	

ma ya parte del tratamiento, pues las pacientes necesitan que las escuchen, que las diagnostiquen lo antes posible y que el profesional conozca el problema que tiene delante. Con esto, ya puede disminuir en parte el nivel de frustración y ansiedad<sup>11,12</sup>.

Hablaremos de tres pasos y tres criterios incluidos en el último de estos pasos. Los tres pasos son<sup>1,2,11,12</sup>:

### A. Exclusión diagnóstica

El primer paso es que, ante todo, tras escuchar a la paciente y su sintomatología, y aunque podamos tener ya una sospecha clara, excluyamos otros diagnósticos que podrían explicar un dolor crónico vulvar, ya que, de existir una causa solucionable, el dolor podría resolverse. Muchas veces la paciente ya acude con todas las pruebas realizadas, porque es muy frecuente un retraso, incluso de meses o años, en el diagnóstico y una peregrinación médica previa por distintos especialistas. Si no es así, normalmente por la historia clínica y la exploración, se excluyen otras causas, pero lo que en teoría parece sencillo, en ocasiones, conduce a un exceso de pruebas y tratamientos empíricos, que en algunos textos se describen como irrelevantes o, incluso, perjudiciales. Estas pruebas que deberíamos plantearnos serían aquellas que descartasen:

- Patología infecciosa, con toma de muestras para cultivos y serologías de enfermedades de transmisión sexual en sangre periférica.
- Patología inflamatoria cutánea o ginecológica, incluso tumoral, con inspección visual o, si fuera preciso, toma de biopsias (en las cuales, hay que saber que en la vulvodinia es típico que se informen como «inflamación inespecífica»).
- También podemos medir las hormonas sexuales en sangre periférica (estradiol, testosterona, globulina fijadora de hormonas sexuales).
- En el ámbito urológico, más allá de los cultivos de orina (a veces, necesarios si las molestias son de localización más anterior y afectan al meato urinario, ya que la clínica sería muy parecida a

una infección de orina), también se pueden medir oxalatos en sangre y orina (ya que la hiperoxaluria se ha relacionado de forma no concluyente con algunos casos) e, incluso, realizar un estudio urodinámico y cistoscopias si existiera sospecha de algunos síndromes como el síndrome de la vejiga dolorosa o cistitis intersticial.

- Asimismo, es necesaria la exploración neurológica de la zona. Incluso podría pedirse una resonancia magnética pélvica si sospechamos afectación de este tipo como, por ejemplo, el síndrome del canal pudiendo (que es, generalmente, unilateral, provocando causalgia o dolor locorregional que aumenta normalmente al sentarse). También debe valorarse la posibilidad de una neuralgia posherpética.
- Se han publicado también hallazgos de cortisol en sangre elevado a primera hora del día, como signo de estrés en estas mujeres.
- Dermatológicamente, los diagnósticos diferenciales serían la vulvitis alérgica e irritativa, el liquen escleroso, el liquen plano, la atrofia vulvar (por hipoestrogenismo, típicamente durante la posmenopausia), la neoplasia intraepitelial vulvar y los endometriomas extrapélvicos (muy raros, y que cursan como lesiones blandas de crecimiento lento)<sup>13,14</sup>.
- También debe diferenciarse del vaginismo, que podría coexistir con la vulvodinia, como mecanismo muscular de protección al dolor.

### B. Valoración de comorbilidad y potenciadores o desencadenantes

En un segundo lugar, hemos de preguntar por la existencia de desencadenantes (como cirugías previas, infecciones recurrentes previas: de orina, vaginitis-vaginosis, partos, abusos sexuales o problemas de pareja, etc.)<sup>15</sup>, potenciadores (posturas, ropas, etc.) y comorbilidad, tanto física (como la descrita cistitis intersticial, el vaginismo, el síndrome del intestino irritable, dispepsia con infección por *Helicobacter pilory*<sup>16</sup> u otros síndromes de

dolor crónico: dolor orofacial, migrañas y cefaleas, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dismenorrea, síndrome premenstrual, síndrome temporomandibular); como comorbilidad psiquiátrica, aún más frecuente, incluso cifrándose en un 72 % de los casos y en su mayoría (un 62,5 %) trastornos afectivos depresivos, sobre todo, depresión mayor<sup>10</sup>. El segundo cuadro psiquiátrico más frecuente asociado es la ansiedad. Otros publicados serían trastornos de la personalidad, síntomas obsesivos, hipocondría, síntomas dismorfofóbicos, psicosis y síntomas de estrés postraumático<sup>10</sup>.

### C. Exploración física

Un tercer paso lo constituye la exploración física, bimanual, donde buscaremos los tres criterios de Friedrich, descritos en 1987, que son<sup>1,2,4</sup>:

1. Dolor vestibular importante al tocar o al intentar la penetración vaginal, lo que ocasionará la dispareunia y, de forma secundaria, abstinencia sexual frecuentemente.
2. Dolor a la presión localizada dentro del vestíbulo, que se explora con hisopos de algodón o *cotton test*, evidenciándose: alodinia e hiperestesia.
3. Presencia o no de eritema circunscrito al vestíbulo, sobre todo, en la zona de las glándulas de Bartolino, que no tiene relación con la gravedad de la sintomatología.

En dicha exploración física, se recomienda graduar el dolor y documentarlo en la historia clínica para evaluar posteriormente la evolución.

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Respecto al tratamiento, la dosificación y formación comunicativa es fundamental. Recalamos como útil en esto el modelo publicado de los tres pilares, que hace hincapié en la asertividad, la empatía y el juicio crítico con nuestros pacientes, ya que en esta entidad se precisa de una gran gestión emocional<sup>17</sup>. Una de las ideas más impor-

tantes que comunicar (con información relevante y científica, exhaustiva y contrastada, adaptada a la comprensión de la paciente, honesta y proactiva para que se implique en sus cuidados, pero con sentido común) es la explicación de los **objetivos**, que han de ser siempre **realistas** en estas mujeres, que llevan meses-años sufriendo<sup>1</sup>. Hay que explicarles que los tratamientos son largos, lentos y graduales, que se espera que haya altibajos y que la pretensión final es sufrir menos y mejorar la calidad de vida significativamente, en vez de curar. Según revisiones pronósticas, un 70 % de mujeres consiguen hacer una vida normal con el tiempo, aunque las remisiones totales son mucho más bajas (22 %). Hablarles de esto aporta seguridad<sup>1,2</sup>. Y es también muy importante explicarles que el dolor que tienen es real, y no es producto de su imaginación, que no es el resultado de una enfermedad de transmisión sexual, ni tampoco un cáncer. A partir de ahí, el tratamiento en la mayoría de casos es multidisciplinario y con el *primun non nocere* como premisa, incluso retirando tratamientos que sepamos que no están ayudando o, en casos de duda, derivando a un equipo con experiencia<sup>1,2,10-12</sup>.

En cuanto a los tratamientos disponibles o utilizados hasta la fecha, el nivel de evidencia científica es bajo para cualquier intervención en particular. También sabemos que, si no se actúa, con el tiempo, tiende a aumentar la comorbilidad y empeora el pronóstico. Se estima que se debe mantener un tratamiento indicado unos 2-3 meses y, si no resulta eficaz, pasar a otro. Si un tratamiento resulta eficaz, no se debe suspender antes de seis meses<sup>1,18,19</sup>.

Los aspectos psicológicos son ineludibles y debe valorarse el cuadro anímico y el deterioro de la autoestima que muchas veces sufren estas pacientes. La terapia cognitiva-conductual es de las más empleadas y eficaces<sup>10</sup>. Además de los aspectos psicológicos, desempeñan un papel muy importante en la génesis las alteraciones psicosexuales secundarias que presentan estas mujeres (reafirmando la hipótesis psicósomática en la etiopato-

genia de estas alteraciones). El tratamiento de estos aspectos psicosexuales muchas veces constituye una parte importante en la terapia, incluso buscando «otra sexualidad» que no implique el coito vaginal hasta que mejoren, e implicando a la pareja, pues el tipo de reacción de la pareja ha demostrado interferir en la intensidad del dolor (esto apoya el modelo teórico que dice que la vulvodinia se ve influida, entre otros, por factores cognitivos y afectivos)<sup>10,18,19</sup>. Es decir, en estas mujeres, es esencial cuidar razonablemente el cuerpo, pero también su mundo emocional y su integración social.

En cuanto a los tratamientos que podemos paupar en nuestra consulta y como medidas generales, se debe disminuir todo lo que pueda irritar la zona vulvar. La ropa interior debe ser de algodón, no utilizar perfumes en la zona vulvoperineal, no utilizar jabones que irriten, evitar el lavado excesivo y, preferentemente, hacerlo solo con agua, aclarado doble en el lavado de la ropa interior, no utilizar ropa interior para dormir, no utilizar toallitas higiénicas húmedas si no son de algodón y evitar el uso de pantis o pantalones ajustados en la zona<sup>2,10,18,19</sup>.

En cuanto a tratamientos farmacológicos, en el ámbito tópico, el más empleado es la lidocaína en crema al 5 %, que se puede usar hasta seis veces al día o solo antes de las relaciones sexuales para favorecerlas; en segundo lugar, se observan mejoras con gabapentina del 2 al 6 % y también se ha usado, con peores resultados, hormonoterapia tópica, más útil en mujeres con trastornos tróficos asociados. Incluso se ha empleado diazepam vaginal<sup>1,2</sup>.

Desde el punto de vista sistémico, los fármacos con mayor experiencia y mejores resultados son los antidepresivos de los diferentes grupos, especialmente, los inhibidores de la recaptación de serotonina, señalando el escitalopram dentro de los más usados, aunque también otros de este grupo y derivados de estos y con nuevas dianas (p. ej., la venlafaxina)<sup>18,19</sup>. También se siguen usando los antidepresivos tricíclicos como la amitrip-

tilina, la clomipramina y la doxepina<sup>18-20</sup>. En todos los grupos de antidepresivos, deben tenerse en mente los efectos secundarios: en unos casos, de disminución de la libido y anorgasmia y, en otros, sequedad de piel y mucosas, posible estreñimiento y retención urinaria, que podrían incluso agravar la sintomatología, al menos, inicialmente<sup>20</sup>. El segundo grupo de fármacos sistémicos más usados son los anticonvulsivos, especialmente, la gabapentina. Otras posibilidades añadidas serían las benzodiacepinas, opiáceos u otros analgésicos a modo de rescate y probar las dietas bajas en oxalatos, que no parece que tengan gran éxito<sup>18,19</sup>.

Como métodos ligeramente más cruentos, se pueden hacer infiltraciones subcutáneas vulvares con distintos fármacos, dentro de los que destacamos la toxina botulínica, que ha mostrado eficacia en pequeñas series de casos<sup>1,2,11,12</sup>.

El tratamiento quirúrgico o vestibulectomía se hace en casos muy seleccionados, que no han mejorado con otras terapias y en centros de referencia<sup>21</sup>. Presenta controversias (por plantear una cirugía como tratamiento de un dolor, a día de hoy, «idiopático»), pero es efectivo para la vestibulitis vulvar bien localizada y provocada, incluso en un 57-89 % de los casos según las series, siendo el factor más determinante del éxito la buena selección de la paciente<sup>21</sup>. Además, estos buenos resultados se mantienen en el tiempo y aumentan más aún durante el primer año después de la cirugía, aunque puede haber recidivas posteriores y siempre se precisa fisioterapia en el posoperatorio (dilatación vaginal, etc.). Las incisiones se practican por debajo del meato urinario y en cada lado, adyacentes y paralelas a los labios menores. La complejidad depende de si se extirpa más o menos tejido (según la localización del dolor), que, en un grado mayor, incluiría al completo los tejidos himenales laterales a las paredes vestibulares laterales en la línea de Hart, y la totalidad de la horquilla posterior y de los restos himenales posteriores hasta el periné, así como los conductos y glándulas de Bartolino. Posteriormente, se avanza la mucosa vaginal, si es necesario, para

cubrir el defecto (es la misma cirugía que en ocasiones se utiliza para tratar el liquen escleroso). En la vestibulectomía modificada, que solo retira tejido superficial, no se hace avance de mucosa vaginal. Salvo complicaciones, todo el procedimiento suele realizarse en una hora, implicando un sangrado mínimo y, por lo general, con anestesia local. Hay que tener en cuenta los costes, riesgos y la posible formación de nuevas cicatrices, que pueden agregar un problema o constituir el punto de partida para la génesis de un nuevo dolor<sup>21</sup>.

Merece la pena reseñar lo útil que puede ser la colaboración con un fisioterapeuta implicado, conocedor, profesional y que le guste el trabajo de esta enfermedad<sup>22</sup>. Son múltiples los estudios que han demostrado que la fisioterapia es eficaz en la disminución y el control del dolor<sup>22,23</sup>. A su vez, se puede trabajar la reeducación propioceptiva y nociceptiva e, incluso, hacer un seguimiento de la mejoría en la actividad sexual de la paciente. Un ambiente de confianza con el mismo especialista favorece el autoconocimiento físico (muchas mujeres no conocen bien su zona genital) y psíquico, pues la paciente puede y suele hablar durante el tratamiento, lo cual genera autoconfianza. Se puede percibir, por lo tanto, cierto efecto psicoterapéutico añadido (se trata de sesiones periódicas de, al menos, 1 hora, con un terapeuta específico, con desahogo, valoración de logros, etc.)<sup>22,23</sup>. Asimismo, mediante educación, se pueden enseñar técnicas de automasaje, técnicas de relajación, etc. que aumenten más dicha autoconfianza y la no dependencia. Son importantes también las pautas de educación dirigidas al manejo de los distintos componentes conductuales y psicosociales que favorezcan las conductas asociadas al dolor y a la discapacidad (existen procesamientos de la información mal adaptativos sobre el dolor, la percepción de la enfermedad y/o la incapacidad) y buscar estrategias de afrontamiento. La paciente debe ser educada en la naturaleza etiológica del dolor, así como en sus características, su multidimensionalidad y en cómo

interactúan la disfunción física y los aspectos psicológicos; con entrenamiento para reducir el estrés y la hipervigilancia y, a su vez, ser físicamente más activas con actividades ligadas al disfrute personal. Es importante una reeducación postural: enseñar a mantener una postura adecuada en situaciones que requieran de mayor esfuerzo de la musculatura pélvica y perineal y, así, reducir el riesgo de lesión o dolor<sup>22,23</sup>. También viene bien el acondicionamiento físico progresivo, diseñando un programa que tenga en cuenta el carácter tónico, de soporte y postural del conjunto miofascial pélvico en determinadas actividades como la bipedestación, la sedestación, al caminar, y el carácter dinámico visceral de otras posturas o acciones como, por ejemplo, la micción. En cuanto a la consciencia del cuerpo, acciones como visualizar sus propios genitales, poner nombre a sus partes externas y conocer sus funciones, y también aprender cuándo y cómo se contrae y relaja la musculatura del suelo pélvico, son fundamentales. Los ejercicios del suelo pélvico y su mantenimiento regular constituyen una parte esencial en los tratamientos de reeducación perineal<sup>23,24</sup>. Conocemos la frecuente asociación del cuadro a hipertonicidad crónica del suelo pélvico, que contribuye a aumentar el dolor e, incluso, a asociar vaginismo. Por lo tanto, rehabilitar dicha musculatura y lograr una relajación voluntaria y aprendida de la musculatura es muy importante. Esto se trabaja con técnicas manuales (sistemas de neuromodulación fisiológica del dolor con estímulos de masaje, estiramientos, liberación de puntos gatillo, etc.), cinesiterapia, *biofeedback* electromiográfico o EMG (a través de electrodos que captan la actividad eléctrica de la musculatura tanto en estado de reposo como de contracción, la paciente aprende a controlar respuestas fisiológicas de forma voluntaria, que, en condiciones normales, no se puede controlar voluntariamente, o sí puede, pero, por algún proceso patológico, ese control se ha perdido), electroestimulación transcutánea (TENS) y electroanalgesia (segura y efectiva sobre el dolor, lo que, en la mayoría de los casos, se traduce en

una mejoría en la dispareunia secundaria), así como ejercicios instruyendo a la propia paciente como el masaje y la dilatación vaginal<sup>24,25</sup>. De esta forma, los trabajos sobre fisioterapia sola o combinada con otras terapias han demostrado resultados positivos, tanto a corto como a largo plazo en<sup>22-25</sup>:

- La disminución y el control del dolor.
- El aumento del deseo sexual.
- La frecuencia de las relaciones sexuales.
- La sensibilidad y flexibilidad de la musculatura del suelo pélvico.
- La respuesta al roce y a la palpación.

La fisioterapia no funciona de un día para otro, es un proceso largo que exige un trabajo constante y que requiere de mucha dedicación y disciplina.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como discusión y conclusiones, cabe comentar seis detalles finales:

1. Estamos ante una enfermedad muy prevalente y frecuentemente no diagnosticada o mal diagnosticada (vaginismo, etc.), o bien, a la que se atribuyen erróneamente alteraciones psicológicas o emocionales de forma exclusiva. Esto da lugar a un peregrinaje médico, pruebas múltiples, incomprensión y frustración en las pacientes, existiendo un importante deterioro en las escalas de calidad de vida en ellas.
2. En muchas ocasiones, la vulva es un órgano olvidado en ginecología y urología, por lo que la formación del dermatólogo en ella es indispensable.
3. Aunque la fisiopatogenia de esta entidad aún se conoce poco, se van identificando alteraciones en mediadores inflamatorios, en los nociceptores y alteraciones en vías del sistema nervioso central.

4. Los aspectos fundamentales que considerar en el tratamiento y seguimiento son: el dolor (su localización, intensidad e interferencias), las interferencias en el sueño, y el funcionamiento físico, emocional y sexual. Debemos hacer un abordaje de todo ello y tener en cuenta los efectos secundarios de los tratamientos, especialmente, de algunos fármacos (el índice de función sexual podría usarse como monitorización de la evolución en ciertos casos).
5. Es esencial la comunicación y gestión de expectativas con la paciente mediante **asertividad, empatía y juicio crítico**, que son fundamentales para un tratamiento y seguimiento largos, donde fácilmente se precisarán múltiples terapias, ninguna de ellas con alta evidencia.
6. Es imprescindible la multidisciplinariedad, donde proponemos la fisioterapia como aliada terapéutica de gran peso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dannemiller Education Center, Bornstein J, Goldstein A, Nguyen R, Stockdale C, Morrison Wiles P. Vulvodinia: a common and under-recognized pain disorder in women and female adolescents. National Vulvodinia Association; 2016. Disponible en: <https://cme.dannemiller.com/articles/activity?id=570&f=1>
2. Bornstein J (ed.). Vulvar disease. Breaking the myths. Cham: Springer International; 2019.
3. Guerra A. Manual y atlas de las enfermedades de la vulva. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2006.
4. Lázaro Ochaíta P, Barchino Ortiz L. Introducción a la patología de la vulva: evolución de la terminología y clasificación de las alteraciones dermatológicas de la vulva. Monogr Dermatol. 2015;28:155-60.
5. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al.; consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodinia. J Low Genit Tract Dis. 2016;20(2):126-30.
6. Bornstein J, Preti M, Simon JA, As-Sanie S, Stockdale CK, Stein A, et al.; International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH), and the International Pelvic Pain Society (IPPS). 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.

7. Remezal Solano M. Introducción a la patología vulvar (embriología, anatomía, histología y fisiología). Ponencia en I Curso de Actualización en Patología de la Vulva, 26 de abril de 2012; Cartagena.
8. Viera-Baptista P, Lima-Silva J, Pérez-López FR, Preti M, Bornstein J. Vulvodinia: a disease commonly hidden in plain sight. *Case Rep Womens Health*. 2018;20:e00079.
9. Ricci PA. Vulvodinia: un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(1):64-76.
10. Guerra A. Dermatología psiquiátrica. Vol 3: entre la mente y la piel. Barcelona: Editorial Glosa, S.L.; 2009.
11. Stenson AL. Vulvodinia: diagnosis and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2017;44(3):493-508.
12. Bogliatto F, Miletta M. Vulvodinia: when a paradigm challenges the management. *J Low Genit Tract Dis*. 2017;21(1):85-6.
13. Barchino-Ortiz L, Suárez-Fernández R, Lázaro-Ochaita P. Dermatitis inflamatorias vulvares. *Actas Dermosifiliogr*. 2012; 103(4):260-75.
14. Monsálvez V, Rivera R, Vanaclocha F. Liquen escleroso. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(1):31-8.
15. Cohen-Sacher B, Haefner HK, Dalton VK, Berger MB. History of abuse in women with vulvar pruritus, vulvodinia, and asymptomatic controls. *J Low Genit Tract Dis*. 2015;19(3):248-52.
16. Geva A, Sabo E, Levy J, Blumenthal M, Ophir E, Geva H, et al. A search for *Helicobacter pylori* in localized vulvodinia. *Gynecol Obstet Invest*. 2008;66(3):152-6.
17. Martínez-González C, Martínez-González RA, Guerra-Tapia A. Dermatología estética: habilidades humanas claves en comunicación. *Actas Dermosifiliogr*. 2019;110(10):794-9.
18. Escalas J. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. Barcelona: Editorial Taller Editorial CEGE; 2009.
19. Escalas J, Guerra Rodríguez A, Rodríguez-Cerdeira MC. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101(6):485-94.
20. McKay M. Dysesthetic ("essential") vulvodinia. Treatment with amitriptyline. *J Reprod Med*. 1993;38(1):9-13.
21. Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters G (eds.). *Campbell-Walsh Urología*. 9.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008.
22. 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(3):183-92.
23. Fowler SR. Vulvar vestibulitis: response to hypocontactant vulvar therapy. *J Low Genit Tract Dis*. 2000;4(4):200-3.
24. Murina F, Benorio R, Palmiotto R. The use of Amielle vaginal trainers as adjuvant in the treatment of vestibulodynia: an observational multicentric study. *Medscape J Med*. 2008;10(1): 23.
25. Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*. 2010;7(2 Pt 2):1003-22.