

Vulvodynia in Portugal: are we diagnosing and treating it adequately? Vulvodinia em Portugal: estaremos a diagnosticar e tratar adequadamente?

Pedro Vieira-Baptista*, Joana Lima-Silva**, João Cavaco-Gomes**, Jorge Beires***
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

Abstract

Overview and aims: Vulvodynia can affect 16% of women during their lifetime, however it still is a poorly recognized entity. This study pretends to evaluate whether it is being diagnosed in Portugal and how it is being treated.

Study design: An online cross-sectional study was performed.

Population: Women at least 18 years old and living in Portugal were eligible to complete the survey. Data was collected between June 1 and November 30, 2013

Methods: Questions concerning demographics, presence of vulvodynia symptoms and its duration, number of doctors sought, treatments and whether or not a diagnosis was made.

Results: A total of 1,229 questionnaires were evaluated; 197 (16.0%) satisfied the criteria of vulvodynia (past or present). Fifty-one (25.9%) of these women did not seek medical help; 32 (16.1%) were consulted by three or more doctors. Among the ones who sought it, 83.6% (122/146) consulted at least one gynaecologist and 35.6% (52/146) a general practitioner (GP); 73.2% (107/146) considered that their symptoms were valued. A vulvar biopsy was performed in 23.6% (34/144). The diagnosis of vulvodynia was made in 8.9% (13/146) of cases.

Most of the women were treated with antifungals (67.8% [99/146]); topical anaesthetics were the only appropriate treatment for vulvodynia considerably used (17.8% [26/146]).

Conclusion: Most women with vulvodynia seek medical help, frequently a GP, and feel that their symptoms are valued. The number of correct diagnosis is very low. The inability to perform the correct diagnosis leads frequently to unnecessary procedures, like biopsies, and to missed treatment opportunities. Most cases of vulvodynia are not diagnosed, thus making important the disclosure of this entity.

Keywords: Vulvodynia; Vulvar pain; Vestibulitis; Portugal.

INTRODUÇÃO

A *International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases*, em 2003, definiu a vulvodinia como um desconforto vulvar, habitualmente descrito como dor ou ardor, na ausência de alterações visíveis e de uma causa neurológica identificável¹.

Trata-se de uma entidade pouco conhecida entre a comunidade médica, embora dificilmente possa ser

considerada rara². A prevalência, de acordo com a literatura, variará entre 6,1 e 20,8%²⁻⁴.

A demora no diagnóstico está descrita⁵, sendo atribuível ao facto de muitas mulheres considerarem poder ser normal ter dor durante o coito, por vergonha em procurar ajuda e por falta de capacidade dos médicos em identificar a condição. Muitas vezes, a incapacidade de chegar ao diagnóstico leva a uma estigmatização do doente: exagera a intensidade ou simula as queixas, o quadro mais não é que uma desculpa para evitar o coito, etc.

Segundo um estudo de Nguyen, as mulheres com vulvodinia que procuraram ajuda médica, tiveram a per-

*Assistente hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia

**Interno do Internato Complementar de Obstetrícia e Ginecologia

***Assistente graduado de Obstetrícia e Ginecologia

cepção de estarem a ser estigmatizadas em 45,1% dos casos⁶. É frequente o rótulo de «vaginismo», sem que este esteja de todo presente.

Ainda que a etiologia ou etiologias sejam desconhecidas, é comum que nestas doentes se assuma que têm alguma perturbação psicológica ou mesmo psiquiátrica⁷. Embora a ajuda deste campo possa ser útil, não poderá nunca resolver um quadro de origem orgânica.

As mulheres com quadros de vulvodinia procuram várias especialidades: começam frequentemente pela Medicina Geral e Familiar, passando posteriormente pela Ginecologia, Dermatologia, Urologia, Neurologia, Anestesia, Fisiatria e Psiquiatria⁸. Frequentemente, passam por diversos especialistas antes de terem um diagnóstico – muitas nunca o chegam a ter.

Neste estudo, procurou saber-se se as mulheres portuguesas com vulvodinia procuram ajuda, junto de que especialidades, se têm diagnóstico e como são tratadas.

MÉTODOS

Foi efectuado um estudo transversal, a mulheres residentes em Portugal e com idade igual ou superior a 18 anos. Para tal, foi aplicado um inquérito *online*, circulado através de correio electrónico, páginas da *internet* e redes sociais. Foi ainda divulgado através de listas de distribuição de estabelecimentos de ensino superior e empresas. A colheita de dados decorreu entre 01 de Junho e 30 de Novembro de 2013.

O inquérito foi desenhado propositadamente para este estudo, adaptado a partir do modelo validado por Reed *et al*⁹. Consistiu de 14 perguntas iguais para todas as participantes, incluindo dados demográficos, hábitos tabágicos e alcoólicos, história ginecológica e obstétrica, condições associadas, presença ou não de sintomas de vulvodinia e sua duração. Aquelas com quadro compatível com vulvodinia responderam a 15 perguntas adicionais, incluindo características, factores desencadeantes, número de médicos consultados, exames e tratamentos efectuados, bem como resposta aos mesmos. Todas as questões eram de resposta obrigatória, mas era possível a resposta «não sei/não aplicável».

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João, em 22 de Abril de 2013. A confidencialidade dos dados e o anonimato foram garantidos.

Para ser considerado um caso de vulvodinia, as queixas (dor, ardor ou mal estar) deveriam estar ou ter estado presentes durante pelo menos seis meses. A definição de vulvodinia é omissa em termos de duração, havendo publicações com tempos mínimos para diagnóstico de 3 a 6 meses^{3,10}. A opção pelos seis meses permitirá aumentar a especificidade em termos de diagnóstico, com perda mínima em termos de sensibilidade¹⁰.

A análise estatística foi feita utilizando o Microsoft Excel 2011 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) e o SPSS versão 20.0 (IBM, Armonk, NY, USA).

RESULTADOS

Foram obtidas 1229 respostas ao inquérito, oriundas de todo o país, ainda que 58,9% (724/1229) das mulheres fossem residentes nos distrito de Lisboa, Porto ou Braga (Quadro I).

A idade média foi de 33,7±9,90 anos (variando entre os 18 e os 66 anos). A percentagem de mulheres em menopausa foi de 9,1% (108/1192).

A maioria tinha formação superior (1103/1229 [89,7%]) e era de raça branca (1218/1227 [99,1%]).

A caracterização da população em termos de hábitos, história obstétrica e contraceptiva encontra-se resumida no Quadro I.

A prevalência de vulvodinia foi de 6,5% (80/1229); 9,5% (117/1229) haviam tido queixas compatíveis com esse diagnóstico no passado, mas estavam assintomáticas aquando da resposta ao inquérito. A prevalência ao longo da vida foi de 16,0% (197/1229).

De entre as 117 que no momento do inquérito já não apresentavam sintomas, 57 (48,7%) referiram que tal ocorreu espontaneamente. Dentro daquele grupo, 41 (35,0%) conseguiram especificar o tempo de duração dos sintomas, tendo a média sido de 11,7±7,53 meses [6-36 meses]. Nas que estavam sintomáticas aquando da resposta ao inquérito, a duração média das queixas, entre as que o especificaram (54/80 [67,5%]), foi de 25,9±33,93 meses (6-228 meses). A diferença entre as médias de duração dos sintomas foi estatisticamente significativa ($p=0,005$).

Das mulheres com queixas compatíveis com vulvodinia, 25,9% (51/197) não procuraram ajuda médica. A maior parte procurou um ou dois médicos (114/197 [57,9%]); 16,1% (32/197) procuram três ou mais médicos (Quadro II).

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO				
	Sem história de vulvodinia n/N (%)	Vulvodinia no passado n/N (%)	Vulvodinia no momento do inquérito n/N (%)	Total n/N (%)
Idade				
<21 anos	46/1032 (4,5%)	1/117 (0,9%)	3/80 (3,8%)	50/1229 (4,1%)
21-25 anos	175/1032 (17,0%)	14/117 (12,0%)	20/80 (25,0%)	209/1229 (17,0%)
26-30 anos	229/1032 (22,2%)	38/117 (32,5%)	18/80 (22,5%)	285/1229 (23,2%)
31-35 anos	214/1032 (20,7%)	24/117 (20,5%)	12/80 (15,0%)	250/1229 (20,3%)
36-40 anos	141/1032 (13,7%)	17/117 (14,5%)	7/80 (8,8%)	165/1229 (13,4%)
41-45 anos	84/1032 (8,1%)	9/117 (7,7%)	10/80 (12,5%)	103/1229 (8,4%)
46-50 anos	61/1032 (5,9%)	9/117 (7,7%)	3/80 (3,8%)	73/1229 (5,9%)
51-55 anos	36/1032 (3,5%)	2/117 (1,7%)	4/80 (5,0%)	42/1229 (3,4%)
56-60 anos	32/1032 (3,1%)	1/117 (0,9%)	3/80 (3,8%)	36/1229 (2,9%)
61-65 anos	12/1032 (1,2%)	1/117 (0,9%)	0/80 (0%)	13/1229 (1,1%)
>65 anos	2/1032 (0,2%)	1/117 (0,9%)	0/80 (0%)	3/1229 (0,2%)
Distrito de residência				
Açores	31/1032 (3,0%)	4/117 (3,4%)	6/80 (7,5%)	41/1229 (3,3%)
Aveiro	59/1032 (5,7%)	9/117 (7,7%)	5/80 (6,2%)	73/1229 (5,9%)
Beja	15/1032 (1,5%)	1/117 (0,9%)	1/80 (1,2%)	17/1229 (1,4%)
Braga	154/1032 (14,9%)	9/117 (7,7%)	9/80 (11,2%)	172/1229 (14,0%)
Bragança	6/1032 (0,6%)	0/117 (0%)	0/80 (0%)	6/1229 (0,5%)
Castelo Branco	51/1032 (4,9%)	5/117 (4,3%)	6/80 (7,5%)	62/1229 (5,0%)
Coimbra	54/1032 (5,2%)	9/117 (7,7%)	5/80 (6,2%)	68/1229 (5,5%)
Évora	20/1032 (1,9%)	2/117 (1,7%)	0/80 (0%)	22/1229 (1,8%)
Faro	11/1032 (1,1%)	1/117 (0,9%)	1/80 (1,2%)	13/1229 (1,1%)
Guarda	17/1032 (1,6%)	1/117 (0,9%)	3/80 (3,8%)	21/1229 (1,7%)
Leiria	36/1032 (3,5%)	5/117 (4,3%)	2/80 (2,5%)	43/1229 (3,5%)
Lisboa	194/1032 (18,8%)	31/117 (26,5%)	13/80 (16,2%)	238/1229 (19,4%)
Madeira	15/1032 (1,5%)	1/117 (0,9%)	1/80 (1,2%)	17/1229 (1,4%)
Portalegre	3/1032 (0,3%)	0/117 (0%)	0/80 (0%)	3/1229 (0,2%)
Porto	261/1032 (25,3%)	30/117 (25,6%)	23/80 (28,7%)	314/1229 (25,5%)
Santarém	27/1032 (2,6%)	1/117 (0,9%)	0/80 (0%)	28/1229 (2,3%)
Setúbal	29/1032 (2,8%)	4/117 (3,4%)	3/80 (3,8%)	36/1229 (2,9%)
Viana do Castelo	13/1032 (1,3%)	2/117 (1,7%)	0/80 (0%)	15/1229 (1,2%)
Vila Real	10/1032 (1,0%)	1/117 (0,9%)	1/80 (1,2%)	12/1229 (1,0%)
Viseu	16/1032 (2,5%)	1/117 (0,9%)	1/80 (1,2%)	28/1229 (2,3%)
Raça				
Branca	1023/1030 (99,3%)	117/117 (100%)	78/80 (97,5%)	1218/1227 (99,3%)
Outra	7/1030 (0,7%)	0/117 (0%)	2/80 (2,5%)	9/1227 (0,7%)
Escolaridade				
4ª classe	1/1032 (0,1%)	1/117 (0,9%)	0/80 (0%)	2/1229 (0,2%)
6º ano	2/1032 (0,2%)	0/117 (0%)	0/80 (0%)	2/1229 (0,2%)
9º ano	3/1032 (0,3%)	1/117 (0,9%)	4/80 (5,0%)	8/1229 (0,7%)
12º ano	97/1032 (9,4%)	13/117 (11,1%)	4/80 (5,0%)	114/1229 (9,3%)
Licenciatura	554/1032 (53,7%)	63/117 (53,8%)	42/80 (52,5%)	659/1229 (53,6%)
Mestrado	293/1032 (28,4%)	30/117 (25,6%)	21/80 (26,2%)	344/1229 (28,0%)
Doutoramento	82/1032 (7,9%)	9/117 (7,7%)	9/80 (11,2%)	100/1229 (8,1%)

continua na página seguinte

QUADRO I. CONTINUAÇÃO				
	Sem história de vulvodinia n/N (%)	Vulvodinia no passado n/N (%)	Vulvodinia no momento do inquérito n/N (%)	Total n/N (%)
Estado civil				
Solteira	477/1032 (46,2%)	43/117 (36,8%)	28/80 (35,0%)	548/1229 (44,6%)
União de facto	118/1032 (11,4%)	26/117 (22,2%)	15/80 (18,8%)	159/1229 (12,9%)
Casada	370/1032 (35,9%)	44/117 (37,6%)	27/80 (33,8%)	441/1229 (35,9%)
Separada/divorciada	62/1032 (6,0%)	3/117 (2,6%)	10/80 (12,5%)	75/1229 (6,1%)
Viúva	5/1032 (0,5%)	1/117 (0,9%)	0/80 (0%)	6/1229 (0,5%)
Hábitos				
Fumadora	175/1025 (17,1%)	26/117 (22,2%)	12/80 (15%)	213/1222 (17,4%)
Consumo de álcool ^a	23/1022 (2,3%)	2/116 (1,7%)	4/79 (5,1%)	29/1217 (2,4%)
Antecedentes obstétricos				
Partos vaginais	258/970 (26,6%)	38/109 (34,9%)	19/71 (26,8%)	315/1150 (27,4%)
Fórceps ^b	60/257 (23,3%)	9/37 (24,3%)	3/17 (17,6%)	72/311 (23,2%)
Lacerações/episiotomias	225/255 (88,2%)	34/38 (89,5%)	15/18 (83,3%)	274/311 (88,1%)
Contraceção^c				
Contraceptivo oral	467/1022 (45,7%)	53/116 (45,7%)	44/80 (55,0%)	564/1218 (46,3%)
Dispositivo/sistema intra-uterino	60/1023 (5,9%)	3/116 (2,6%)	3/80 (3,8%)	66/1219 (5,4%)
Anel vaginal	49/1026 (4,8%)	3/116 (2,6%)	2/80 (2,5%)	54/1222 (4,4%)
Menopausa	90/1004 (9,0%)	9/113 (8,0%)	9/75 (12,0%)	108/1192 (9,1%)

a. Mais de duas bebidas/dia

b. Relativo apenas a mulheres com um parto vaginal prévio

c. Apenas consideradas mulheres em idade fértil

O número de respostas pode não corresponder ao número total mulheres, dado que havia a opção de resposta «não sei/não aplicável»

QUADRO I. NÚMERO DE MÉDICOS PROCURADOS POR MULHERES COM VULVODINIA			
Nº de médicos consultados	Vulvodinia passado n (%) (N=117)	Vulvodinia presente n (%) (n=80)	Total de casos de vulvodinia n (%) (n=197)
Nenhum	32 (27,4%)	19 (23,8%)	51 (25,9%)
1	46 (39,3%)	35 (43,8%)	81 (41,1%)
2	19 (16,2%)	14 (17,5%)	33 (16,8%)
3	11 (9,4%)	4 (5,0%)	15 (7,6%)
4	3 (2,6%)	2 (2,5%)	5 (2,5%)
5	2 (1,7%)	1 (1,2%)	3 (1,5%)
≥6	4 (3,5%)	5 (6,3%)	9 (4,5)

A maioria das mulheres com queixas compatíveis com vulvodinia procurou nalgum ponto um ginecologista (122/146 [83,6%]); mais de um terço (52/146 [35,6%]) fê-lo com um especialista em Medicina Geral e Familiar (Quadro III).

A maior parte das mulheres com vulvodinia sentiu que as suas queixas foram valorizadas pelos médicos

que procuraram (107/146 [73,3%]), não havendo diferença entre as que se encontravam sintomáticas e as assintomáticas, aquando da realização do questionário (69/88 [78,4%] *versus* 38/59 [64,4%], $p=0,088$).

Foi realizado algum diagnóstico em 38,6% (76/197) das mulheres: candidíase/candidose (40/74 [54,1%]), vulvodinia/vestibulodinia (13/74 [17,6%]), HPV (*Hu-*

QUADRO III. ESPECIALIDADES PROCURADAS POR MULHERES COM VULVODINIA

Especialidade	n (%) (N=146)
Ginecologia	122 (83,6%)
Medicina Geral e Familiar	52 (35,6%)
Urologia	17 (11,6%)
Dermatologia	9 (6,2%)
Outra	6 (4,1%)

man Papilloma Virus) (7/74 [9,5%]), vaginismo (4/74 [5,4%]), vaginite (2/74 [2,7%]), menopausa/atrofia (2/74 [2,7%]) e outros (6/74 [8,1%]). Considerando o número total de mulheres presumivelmente afectadas, apenas 6,6% (13 em 197) tiveram o diagnóstico de vulvodinia; considerando as que procuraram ajuda médica, foram 8,9% (13 em 146).

Em cerca de um quarto (34/144 [23,6%]) das mulheres foi efectuada uma biópsia vulvar.

O tratamento mais frequentemente realizado, em mulheres que procuraram ajuda médica foi com antifúngicos (99/147 [67,3%]). Seguiram-se os anestésicos tópicos (26/147 [17,7%]), os anti-inflamatórios não esteróides (20/147 [13,6%]), a cirurgia (8/147 [5,4%]) e o *laser* (6/147 [4,1%]). O recurso a antidepressivos, antibióticos, antiepilépticos ou infiltrações foi mais raro (Quadro IV).

As mulheres que tomaram antifúngicos tiveram o dobro da probabilidade de ter procurado cuidados médicos (99/104 [95,2%] *vs* 48/93 [51,6%]) (RR 1,8; IC 95% 1,51-2,26).

DISCUSSÃO

Os dados apresentados (prevalência ao longo da vida de 16,0%) permitem estimar que, em Portugal, cerca de um milhão de mulheres estão em risco de ter ou ter tido vulvodinia¹⁰.

A análise efectuada sugere que o aumento de duração dos sintomas se poderá correlacionar inversamente com a probabilidade de cura (espontânea ou como resposta a um tratamento específico): as mulheres que resolveram a situação tiveram uma média de duração mais baixa do que as que estavam sintomáticas aquando da resposta ao questionário. Nenhuma daquelas teve duração da condição superior a 36 meses.

QUADRO IV. TRATAMENTOS USADOS POR MULHERES COM VULVODINIA QUE PROCURARAM AJUDA MÉDICA

	Procurou médico (N=146) n (%)
Antifúngicos	99 (67,8%)
Anestésicos tópicos	26 (17,8%)
AINEs	20 (13,6%)
Cirurgia	8 (5,5%)
<i>Laser</i>	6 (4,1%)
Antidepressivos	5 (3,4%)
Antibióticos	4 (2,7%)
Antiepilépticos ^a	4 (2,7%)
Opióides	3 (2,0%)
Infiltrações	1 (0,7%)

AINE – Anti-inflamatório não esteróide

a. Pregabalina, gabapentina

Cerca de metade das que ficaram assintomáticas não o associaram a qualquer intervenção terapêutica. Num estudo de Reed foi encontrada uma taxa de remissão espontânea de 22,2% num período de 24 meses¹¹. O conhecimento destas taxas é útil, pois abre mais uma janela de esperança para estas doentes.

A possibilidade de remissão espontânea vem salientar a importância de um grupo de placebo em qualquer estudo sobre opções terapêuticas para a vulvodinia. Estima-se que o efeito placebo possa ser de até 33% (diminuição da dor em pelo menos 50%)¹².

Cerca de um quarto das mulheres com vulvodinia não procurou ajuda. Noutras séries^{2,6}, 40 a 50% das mulheres não procuraram ajuda. Continua a ser comum haver acanhamento em discutir questões do foro sexual no contexto de consulta; o ambiente dos consultórios frequentemente não é o mais propício para a abordagem das questões da sexualidade. Outras, acreditam ser normal ter dor durante o acto sexual. Os autores acreditam que a prevalência da condição justifica questionar, na consulta de «rotina», se há queixas de dor relacionada com o coito ou outras situações.

Um quadro de dispareunia não deverá nunca ser classificado de «vaginismo» e, ser tratado como tal, sem a prévia avaliação por um ginecologista ou outro especialista com diferenciação na área da dor vulvar/pélvica.

A maioria procurou um ou dois médicos, mas 16,1% recorreram a três ou mais médicos. Numa série de Harlow², 60% recorreram a três ou mais médicos.

Mais de 80% das mulheres procuraram ajuda junto de um ginecologista. Mais de um terço fizeram-no, alguma vez, junto de um especialista em Medicina Geral e Familiar, salientando a necessidade de uma maior abordagem desta entidade, não apenas entre ginecologistas.

Foi consultado um urologista em 11,6% dos casos, o que não é surpreendente, atendendo à sobreposição ou associação da síndrome vesical dolorosa com a vulvodinia^{10,13,14}.

Cerca de um quarto das mulheres considerou que as suas queixas não foram valorizadas pelos médicos a que recorreram, independentemente de terem ou não resolvido a sua condição. Está descrito um efeito de género na valorização das queixas algicas por parte dos médicos: as queixas da mulher são mais facilmente consideradas como exageradas, fictícias ou psicológicas^{7,15}.

De todos os casos considerados nesta série, entre as que procuraram apoio médico, menos de 40% tiveram algum diagnóstico; de entre estas, menos de 20% tiveram um diagnóstico de vulvodinia. Considerando o total de mulheres, independentemente de terem ou não procurado ajuda, apenas cerca de 7% tiveram diagnóstico!

Na série de Harlow², cerca de 60% das que procuraram ajuda, tiveram um diagnóstico. No presente estudo, a percentagem de mulheres com diagnóstico foi muito inferior, apesar da procura de cuidados médicos ser superior.

O diagnóstico mais frequente foi o de candidose, como seria expectável. Grande parte das queixas relativas ao tracto genital inferior, no geral, são atribuídas a candidose – muitas vezes sem qualquer tipo de confirmação (cultural ou exame microscópico a fresco) ou até de exame ginecológico^{16,17}. Contudo, existe evidência clínica e experimental que as candidoses de repetição possam estar envolvidos na génese de alguns casos de vulvodinia¹⁸, sendo fundamental o correcto diagnóstico e o tratamento precoce dos casos sintomáticos¹⁰.

Perto de um quarto das mulheres foram submetidas a biópsia vulvar. O papel desta, no estudo dos quadros de dor vulvar, é praticamente nulo. Dificilmente se pode justificar a sua realização, não havendo qualquer alteração cutânea¹⁹. Bowen²⁰ defendeu a sua realização, pois num número elevado de casos encontrou alguma dermatose. Por definição, nas vulvodínias a pele é macroscopicamente normal, pelo que não será de encontrar um número significativo de dermatoses em exames histológicos, se as doentes tiverem sido adequadamente avaliadas.

A realização liberal de biópsias vulvares neste contexto vai levar a um significativo número de diagnósticos de «infecção por HPV»²¹ – este, por sua vez, pode levar a tratamentos desnecessários e, inclusivamente, perniciosos para o quadro algico (imiquimod, *laser*, aplicação de ácido tricloroacético, etc.). Não existe evidência que relacione HPV e vulvodinia²².

A maior parte das mulheres que procurou ajuda médica, fez tratamento com antifúngicos (67,3%) – praticamente o dobro das que não recorreram ao médico. Apesar da disponibilidade dos antifúngicos, sem receita médica, não houve muitas mulheres a automedicarem-se, provavelmente pela natureza das queixas (predomínio da dor ou ardor em detrimento do prurido).

De entre as opções indicadas em termos de tratamento da vulvodinia, apenas os anestésicos tópicos foram usados com alguma frequência (17,7%). A maior parte das opções válidas (antiepilépticos, antidepressivos e infiltrações) foram usadas muito raramente. O não diagnóstico da condição leva a que não sejam efectuados tratamentos passíveis de ter sucesso; de acordo com o que foi referido anteriormente, é possível que haja vantagem na instituição precoce do tratamento.

O impacto da vulvodinia na qualidade de vida tem sido avaliado em diversos estudos, estando demonstrado ser maior do que o de outras condições vulvares não-malignas²³. Pode ser causa de absentismo, repercutir-se negativamente no trabalho (27%), na capacidade de diversão (35%) e inclusivamente na capacidade de apreciar a vida (59%). O impacto na vida sexual pode ser tremendo, levando a que até 58% dos casais evitem totalmente o contacto sexual²⁴.

Perante uma entidade tão prevalente quanto esta, com impacto marcado na qualidade de vida, torna-se fundamental que haja mais informação entre a comunidade médica.

A vulvodinia é um tema pouco discutido, sendo a maior parte dos dados oriundos dos EUA. A presente série é uma das maiores a nível europeu, lançando um pouco de luz numa área que raramente tem sido alvo de investigação. Sendo um estudo efectuado *online*, são vários os vieses possíveis, por exemplo: as não utilizadoras da *internet* ficaram fora do estudo, houve poucas respostas de mulheres mais velhas e as afectadas podem ter, mais provavelmente, respondido ao questionário, em busca de resposta para o seu problema.

O grau académico das mulheres que responderam foi elevado. Conforme explicado noutra publicação¹⁰, este facto, pode melhorar a qualidade da informação obtida, mas pode constituir um viés, pois está descrito

que a prevalência de vulvodinia possa ser superior neste grupo²⁵.

Apesar de não ter sido efectuado exame físico, este tipo de inquéritos está validado para o diagnóstico de vulvodinia, sendo o índice de concordância elevado (índice de Cohen = 0,86; intervalo de confiança de 95%, 0,73–0,99)⁹.

CONCLUSÃO

A vulvodinia é uma entidade frequente, com marcado impacto na qualidade de vida, embora muito pouco conhecida entre a comunidade médica.

Os dados sugerem que um diagnóstico precoce poderá associar-se a uma maior probabilidade de cura ou melhoria. Contudo, mesmo entre as mulheres que procuram ajuda médica, apenas numa minoria é efectuado o diagnóstico, perdendo-se assim a oportunidade de aplicar tratamentos adequados e em tempo útil.

A falta de conhecimento sobre a condição, leva, frequentemente, a procedimentos e tratamentos desnecessários, e até perniciosos, como a realização de biópsias ou uso de *laser*.

Não foi recebido qualquer apoio para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodinia: a historical perspective. *J Reprod Med*. 2004;49(10):772–727.
- Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodinia? *J Am Med Womens Assoc*. 2003;58(2): 82–88.
- Sutton JT, Bachmann G, Arnold LD, Rhoads GG, Rosen RC. Assessment of vulvodinia symptoms in a sample of U.S. women: a follow-up national incidence survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008;17(8):1285–92. doi:10.1089/jwh.2007.0677.
- Reed B, Harlow S, Legocki L, Helmuth ME, Haefner HK, Gillespie BW, Sen A. Oral contraceptive use and risk of vulvodinia: a population-based longitudinal study. *BJOG*. 2013;1–7. doi:10.1111/1471-0528.12407.
- Eppsteiner E, Boardman L, Stockdale CK. Vulvodinia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014. doi:10.1016/j.bpobgyn.2014.07.009.
- Nguyen RHN, Turner RM, Rydell SA, Maclehorse RF, Harlow BL. Perceived stereotyping and seeking care for chronic vulvar pain. *Pain Med*. 2013;14(10):1461–7. doi:10.1111/pme.12151.
- Hoffmann DE, Tarzian AJ. The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *J Law Med Ethics*. 2001;29(1):13–27.
- Itza F, Zarza D, Gómez-sancha F, Salinas J, Baurtrant E. Puesta al día en el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia. *Actas Urológicas Españolas*. 2012;(xx). doi:10.1016/j.acuro.2011.11.004.
- Reed BD, Haefner HK, Harlow SD, Gorenflo DW, Sen A. Reliability and validity of self-reported symptoms for predicting vulvodinia. *Obstet Gynecol*. 2006;108(4):906–13. doi:10.1097/01.AOG.0000237102.70485.5d.
- Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodinia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynecol Obstet*. 2014. doi:10.1016/j.ijgo.2014.05.020.
- Reed BD, Haefner HK, Sen A, Gorenflo DW. Vulvodinia incidence and remission rates among adult women: a 2-year follow-up study. *Obstet Gynecol*. 2008;112(2 Pt 1):231–7. doi:10.1097/AOG.0b013e318180965b.
- Andrews JC. Vulvodinia interventions—systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv*. 2011;66(5):299–315. doi:10.1097/OGX.0b013e3182277fb7.
- Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S RG. Vulvodinia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obs Gynecol*. 2006;107(3):617–624.
- Reed BD, Harlow SD, Sen A, Edwards RM, Chen D, Haefner HK. Relationship between vulvodinia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol*. 2012;120(1):145–51. doi:10.1097/AOG.0b013e31825957cf.
- Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. *Pain*. 1986;26(2):181–97.
- Harlow BL, Vazquez G, MacLehorse RF, Erickson DJ, Oakes JM, Duval SJ. Self-reported vulvar pain characteristics and their association with clinically confirmed vestibulodynia. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(9):1333–40. doi:10.1089/jwh.2008.1032.
- Hoffstetter S, Barr S, LeFevre C, Gavard JA. Telephone triage: diagnosis of candidiasis based upon self-reported vulvovaginal symptoms. *J Low Genit Tract Dis*. 2012;16(3):251–5. doi:10.1097/LGT.0b013e31823f9068.
- Farmer MA, Taylor AM, Bailey AL, Tuttle AH, MacIntyre LC, Milagrosa ZE, Crissman HP, Bennett GJ, Ribeiro-da-Silva A, Binik YM, Mogil JS. Repeated vulvovaginal fungal infections cause persistent pain in a mouse model of vulvodinia. *Sci Transl Med*. 2011;3(101):101ra91. doi:10.1126/scitranslmed.3002613.
- Moyal Barracco M. [On the need for biopsy in vulvar vestibulitis?]. *Ann Dermatol Venereol*. 2008;135(5):353–4. doi:10.1016/j.annder.2008.03.004.
- Bowen AR, Vester A, Marsden L, Florell SR, Sharp H, Summers P. The role of vulvar skin biopsy in the evaluation of chronic vulvar pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(5):467.e1–6. doi:10.1016/j.ajog.2008.03.004.
- Dennerstein GJ, Scurry JP, Garland SM, et al. Human papillomavirus vulvitis: a new disease or an unfortunate mistake? *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101(11):992–8.
- Gunter J, Smith-King M, Collins J, Tawfik O. Vulvodinia: in situ hybridization analysis for human papillomavirus. *Prim Care Update Ob Gyns*. 1998;5(4):152.
- Ponte M, Klemperer E, Sahay A, Chren M-M. Effects of vulvodinia on quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(1): 70–6. doi:10.1016/j.jaad.2008.06.032.
- Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Rhoads GG. Assessment of vulvodinia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nested case control study. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(2):128.e1–6. doi:10.1016/j.ajog.2006.07.047.Assessment.
- Sadownik LA. Clinical profile of vulvodinia patients. A prospective study of 300 patients. *J Reprod Med*. 2000;45(8): 679–684.