

# DOLOR EN DERMATOLOGÍA: VULVODINIAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL

Tribó Ma.J; Ros S; García MJ; Ferrán M; Gilaberte M; Gallardo F; Toll A; Pujol RMa.  
\*Andión O; \*Baños JE; Bulbena A.

Servicios Dermatología y Psiquiatría. Hospital del Mar. UAB.  
\*Departamento de Ciencias de la Salud y de la Vida. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

## INTRODUCCIÓN

La ausencia de un consenso en el concepto de vulvodinia así como en su clasificación complica considerablemente su exacta definición. Actualmente la patofisiología de la vulvodinia se desconoce y la sintomatología es resistente a toda terapéutica convencional, pudiendo interferir en las relaciones interpersonales y laborales de la paciente.

## OBJETIVO

Evaluando el perfil psicopatológico básico de las pacientes, su importancia en clínica dermatológica y valorar su ubicación nosológica.

## RESULTADOS

La sintomatología más recurrente fue dolor ( $n = 56$ , 70%), ardor ( $n = 51$ , 63.7%), dispareunia ( $n = 46$ , 57.5%), pinchazos ( $n = 45$ , 56.2%) y sensación de picor ( $n = 40$ , 50%). Por otra parte, fueron menos comunes la sensación de hormigueo ( $n = 10$ , 12.5%), tirantez ( $n = 6$ , 7.5%) e inflamación ( $n = 11$ , 13.7%) (Fig 1). El análisis cronológico de los síntomas mostró que 47 pacientes pertenecían al tipo I (intensidad creciente a lo largo del día), 20 pacientes al tipo II (intensidad estable a lo largo del día) y 11 pacientes al tipo III (síntomas cíclicos e intermitentes) (Fig 2). En una minoría de las pacientes se observaron trastornos cutáneos.

Los análisis sanguíneos fueron normales en 67 (83.7%) pacientes y sólo 12 (15%) mostraron alteraciones de algunos de los parámetros en los cuales estábamos interesados, y en una paciente no se realizaron por motivos desconocidos. Se hallaron seis casos con niveles de glucosa elevados (cuatro de ellas también estaban afectas de glosodinia), una paciente tenía niveles reducidos de vitamina B12, y tres tenían el ácido fólico disminuido (una de ellas con glosodinia) (Fig 3). No se aislaron parásitos de las muestras con heces en ninguna de las 80 pacientes. Muchas de ellas tenían una historia de "candidiasis", pero sólo se detectó infección por Candida activa en 13 pacientes, y cultivos bacteriológicos positivos en 14 pacientes (Fig 4).

31 (38.7%) pacientes obtuvieron resultados positivos en las pruebas epicutáneas, y negativos en 23 (28.7%). En 26 casos no se practicaron. Tres pacientes (3.7%) presentaron positividad para dos de los alergenos testados (sulfato de níquel y bálsamo de Perú, sulfato de níquel y parafenilendiamina, sulfato de níquel y cloruro de cobalto, respectivamente). Una paciente resultó positiva frente al sulfato de níquel, al paladio y al cloruro de cobalto (Fig 5).

El test de Schirmer fue >15 mm en 78 pacientes. Dos pacientes están en estudio para descartar Síndrome de Sjögren.

39 pacientes (48.7%) no habían sido diagnosticadas en el pasado de trastorno neuropsiquiátrico. 41 (51.3%) pacientes tenían diagnósticos previos de diversos trastornos psiquiátricos (Fig 6). En la mayoría de pacientes ( $n = 61$ , 76.2%), el estrés fue identificado como factor etiopatogénico, al mostrar niveles elevados en los tests de estrés, ansiedad y depresión (Fig 7).

Cuando se realizó la evaluación psiquiátrica, el 46.2% de las pacientes mostró ansiedad en el HDRS, el 56.5% tenía ansiedad en el HAD Anxiety, y un 52.2% tenía trastorno depresivo en el HAD Depression. El 81.4% de las pacientes obtuvieron una puntuación mayor de 150 en el LES y las puntuaciones de las pacientes en el DLQI eran superiores ( $12.1 \pm 6.5$ ) a los obtenidos en el grupo control del estudio de validación al español de la escala. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la depresión aislada. Sólo se obtuvieron diferencias significativas en el estadístico X<sub>2</sub>, en el inventario de eventos vitales de Holmes y en el estadístico T en el DLQI (Fig 8).

Se siguió la evolución del dolor de las pacientes durante tres controles con un intervalo de tres meses entre sesiones. En la primera visita, 72 de las 80 pacientes puntuaron más de 70 en el VAS (de estas 72, 26 puntuaron 100, 22 puntuaron 90, 12 puntuaron 80 y 12 puntuaron 70). Puede decirse que la gran mayoría de las pacientes en la primera visita tenían un dolor intenso. No obstante, en el segundo control la mayor parte de pacientes mostraron una considerable mejora del dolor, con puntuaciones entre 40 y 70 en el VAS. Finalmente, en la tercera visita, observamos que la mayor parte de pacientes no tenían dolor, obteniendo una resolución completa de los síntomas clínicos (Fig 9).

Se prescribió un protocolo de tratamiento consistente en la combinación de Escitalopram (10-20 mg/día por la mañana), y Perfenazina (2-4 mg) con Amitriptilina (10 mg) por la noche (E-P/A) en 55 pacientes (correspondientes a 35 de las 39 pacientes que no habían seguido tratamiento psiquiátrico, y 20 de las 41 pacientes que habían seguido terapia psiquiátrica anterior). Se observó una resolución clínica de los síntomas en el 50% de las pacientes que siguieron el protocolo E-P/A (29 de 55). El 50% de las pacientes obtuvieron una resolución clínica completa de los síntomas en una evolución de 6-8 meses. 17 pacientes (11 siguiendo el protocolo E-P/A y 6 sin dicho tratamiento) no asistieron a los controles y fueron consideradas como abandonos. Sólo 4 (19%) de las 33 pacientes que no siguieron el tratamiento (E-P/A), obtuvieron una resolución clínica completa (Fig 10).

## CONCLUSIONES

Hemos obtenido una buena respuesta a una maniobra de potenciación / asociación farmacológica con un fármaco de acción predominantemente serotoninérgico (Escitalopram), un fármaco con acción predominantemente noradrenérgica (Amitriptilina) y un fármaco que se utiliza como potenciador antidepresivo (Perfenazina). Cuando

Se incluyeron en el estudio 80 pacientes con vulvodinia procedentes de los Departamentos de Dermatología y / o Ginecología. Las pacientes se hallaban en edades comprendidas entre los 23 y los 71 años de edad, con una media de edad de  $46.9 \pm 13.0$  (mean ± SD). Los criterios de admisión limitaron el diagnóstico de "vulvodinia" a aquellas pacientes con malestar vulvar crónico de más de 3 meses de evolución, y sin hallazgos clínicos o de laboratorio objetivos que expliquen dichos síntomas. La sintomatología databa desde los 3 meses hasta más de 10 años ( $3.4 \pm 3.4$ ) antes de entrar en el estudio. Siguiendo un protocolo estándar se realizó a todas las pacientes que formaban parte del estudio una historia clínica completa (síntomas, factores desencadenantes), Exploración ginecológica (incluyendo frotis vaginal), Test de Schirmer, Pruebas epicutáneas, Parásitos en heces. Analítica estándar + Ac. Fólico, Vit B12, ANAs, Ro/La, Ac anti-cel parietales. Biopsia si era necesaria.

A cada una de las pacientes se le administraron los siguientes cuestionarios: EVID, EVA, Life Events Scale (Holmes), Hospital Anxiety and Depression (HAD), Escala de Hamilton para la Ansiedad (HRSA), Escala de Montgomery-Asberg para la Depresión (MADRS), Índice dermatológico de Calidad de Vida (DLQI) e Índice de reactividad al estrés (González de Rivera).

Se utilizó un protocolo de tratamiento que combinaba el Escitalopram (10-20 mg/día por la mañana), y Perfenazina (2-4 mg) con Amitriptilina (10 mg) por la noche (E-P/A), en pacientes que habían seguido, o no, un tratamiento psiquiátrico.

El seguimiento de las pacientes incluyó dos evaluaciones adicionales a los tres y seis meses. En estos controles se valoró la sintomatología clínica, la evaluación del dolor y la determinación de la respuesta terapéutica al tratamiento.

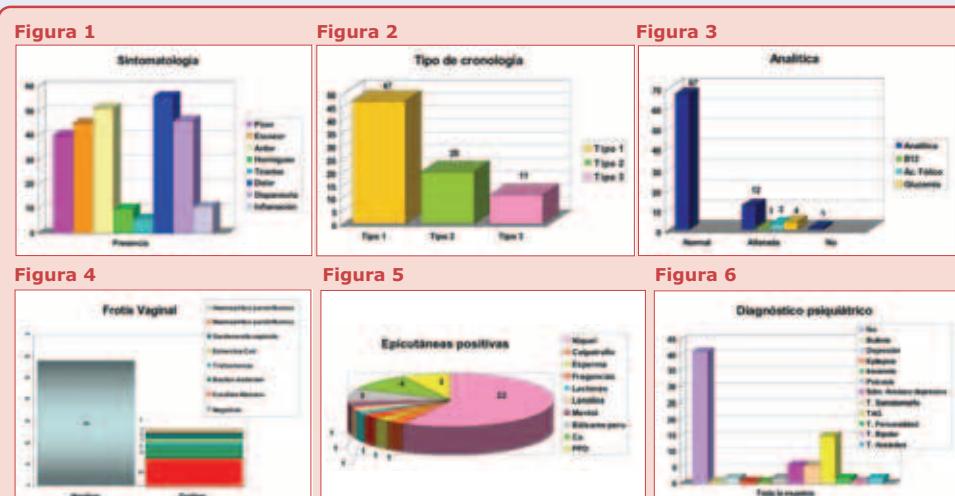


Figura 8

Cuestionarios	% *	X <sub>2</sub> (t)	Sig
HDRS <sup>1</sup>	46.2	0.154	>0.05
Ansiedad <sup>2</sup>	56.5	0.783	>0.05
Depresión <sup>3</sup>	52.2	0.087	>0.05
Inventario de acontecimientos de la vida <sup>4</sup>	81.4	16.953	<0.001
DLQI <sup>5</sup> (Media(S.D))	12.08 (6.51)	-9.246	<0.001

\*: porcentaje de pacientes que cumplen criterios de presencia de trastornos; <sup>1</sup>: límites de los trastornos de ansiedad de la validación española de Ramos-Brieva JA.; Cordero Villafáfila A., 1988; <sup>2</sup> : límite de 8 para la exploración de los trastornos de Ansiedad de la validación española MJ. Herrero, J. Blanch et al 2003; <sup>3</sup> : límite 5 para la exploración de los trastornos depresivos de la validación española MJ. Herrero, J. Blanch et al 2003; <sup>4</sup> : límite 150 para probables enfermedades físicas de la versión española de González de Rivera JL., Morera A., 1983; <sup>5</sup> : El Test de X<sub>2</sub> se ha estado haciendo utilizando los límites de los grupos de control en X. Badia, JM. Mascaró, y R. Lozano, 1999.

Figura 7

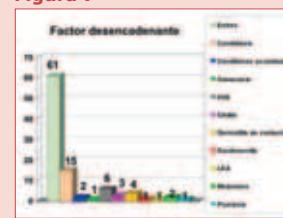


Figura 9

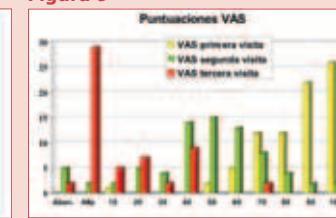
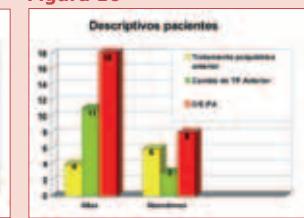


Figura 10



nos hallamos ante una paciente con dolor urente vulvar es vital excluir las diferentes condiciones tratables. Si la paciente tiene vulvodinia de causa desconocida es importante escoger cuidadosamente el tratamiento sabiendo que existen datos poco coherentes obtenidos de estudios que apoyen y garanticen una terapéutica segura y definitiva.

- Lotery H, McClure N, Galask R. Vulvodynia. *Lancet* 2004; 363:1058-1060.
- Folch M, Nuns D. A review on vulval pain syndrome. *Rev Gynaecol Pract* 2004; 4: 10-19.
- Sadowink LA. Clinical Profile of vulvodynia patients. A prospective study of 300 patients. *J Rep Med* 2000; 8: 679-684.
- Torrubia R, Baños JE. Evaluación clínica del dolor. In Aliaga A, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A (eds). *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*. 2nd ed Barcelona: Ed. Permanyer, 2002; 49-56.