



# Dor pélvica em medicina geral e familiar: um caso clínico de vulvodinia

Maria João Macedo\*

## RESUMO

**Introdução:** O caso clínico exposto neste artigo retrata uma jovem que recorreu a uma consulta de planeamento familiar, onde se fez o diagnóstico de vulvodinia. O médico de medicina geral e familiar dispõe de todas as ferramentas necessárias para o diagnóstico e orientação terapêutica adequados desta patologia prevalente e incapacitante.

**Descrição do caso:** Em setembro de 2013, uma mulher de 28 anos, nulípara, sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes, recorreu a consulta de planeamento familiar. Ao ser questionada por sintomas e intercorrências, descreveu uma dor vulvar tipo "agulhas a picar" (*sic*), despoletada pelo toque, que se repercutia na sua qualidade de vida. O exame físico revelou eritema e pontos de hiperestesia ao toque com zaragatoa na região vulvar. Perante uma dor pélvica sem causas etiológicas aparentes, foi feito o diagnóstico de vulvodinia generalizada provocada. Propôs-se, sequencialmente, a otimização da higiene vulvar, tratamento de infeção fúngica com fluconazol, amitriptilina e lidocaína tópica. Vários meses depois, a utente referiu o alívio da sintomatologia.

**Comentário:** Qualquer tipo de dor sexual pode interferir com aspetos físicos, psicológicos e com as relações interpessoais do indivíduo. A vulvodinia é um distúrbio algíco complexo e frustrante, para doente e médico, por poder ser de difícil tratamento. O médico de família desempenha um papel importante no diagnóstico, terapêutica e na sua eventual referenciação. Perante a sua prevalência considerável e disfunção psicossocial associada à vulvodinia, os médicos prestadores de cuidados de saúde primários devem estar alertados e informados para a vulvodinia e dor pélvica em geral, pelo que se tratam de temas que devem ser abordados, discutidos e lembrados.

**Palavras-chave:** Vulvodinia; Dor Pélvica.

## INTRODUÇÃO

Este caso clínico retrata uma jovem que recorreu a uma consulta programada de planeamento familiar, onde se fez o diagnóstico de vulvodinia com alguns meses de evolução e impacto no seu funcionamento psicossocial.

O médico de família oferece, de forma acessível, cuidados individualizados. Dispõe das ferramentas necessárias para o diagnóstico e orientação terapêutica adequados desta patologia prevalente, subdiagnosticada e incapacitante. A referenciação é necessária em casos selecionados.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Em setembro de 2013, uma mulher de 28 anos, caucasiana, enfermeira veterinária, no momento a trabalhar numa loja de pronto-a-vestir, recorreu a uma consulta programada de planeamento familiar. Tratava-se de uma nulípara, medicada habitualmente com contraceptivo oral combinado e sem antecedentes ginecológicos, psicológicos, psiquiátricos ou outros problemas médico-cirúrgicos relevantes. Durante a anamnese, ao ser questionada por sintomas e intercorrências, a jovem descreveu uma história de dor na região vulvar tipo "agulhas a picar" (*sic*), despoletada pelo toque. Não apresentava fatores de alívio aparentes, dissipando-se gradual e espontaneamente em 15 a 20 minutos. O quadro teria começado três meses antes com prurido vulvar e disúria, que a utente automedicou com cotrima-

\*Mestre em Medicina. Médica interna de Medicina Geral e Familiar. USF de Ronfe.



zol tópico durante um mês por persistência dos sintomas. Progressivamente surgiu a dor vulvar com o toque, cada vez mais intensa e limitante. Por esse motivo recorreu a várias consultas: urgentes de medicina geral e familiar (MGF) na mesma unidade de cuidados primários de saúde (CSP), e de ginecologia em regime privado. Nesse contexto foi medicada com terapêuticas tópicas e sistêmicas que não soube especificar melhor, mas que não surtiram qualquer efeito antálgico.

A utente estava visivelmente preocupada com a causa dos seus sintomas e com as suas consequências, re-creando uma doença rara e grave. As queixas álgicas perturbavam o seu equilíbrio emocional, rendimento laboral e relações interpessoais, devido à irritabilidade, anedonia, angústia e ansiedade promovidos pelo quadro clínico. Denotou repercussões na sua relação conjugal, mencionando um afastamento por parte do companheiro, apesar da sua aparente compreensão. Durante a anamnese utilizaram-se questões abertas, dando oportunidade ao discurso livre da utente, optando por uma entoação calma, pouco intrusiva e pausada, que fomentasse a empatia, a confiança e não demonstrasse preocupação excessiva. Com esta abordagem de comunicação não se denotaram sinais de disfunção psicossocial ou de patologia psiquiátrica que pudessem estar na gênese dos sintomas descritos.

Foi efetuado o exame ginecológico que, à inspeção, revelou um rubor dos grandes e pequenos lábios, não se verificando alterações sugestivas de outros diagnósticos diferenciais como vulvite alérgica, líquen plano ou escleroso, atrofia ou neoplasia vulvar. Constatou-se dor no clítoris ao toque, leucorreia abundante, tipo leite coalhado, aderente às paredes vaginais no exame com espéculo e ausência de dor, massas ou outras alterações aparentes à palpação bimanual.

Pela leucorreia característica suspeitou-se de candidíase vaginal, aconselhando-se a toma de dois comprimidos de fluconazol 150mg *od* com quatro dias de intervalo entre eles e o uso de lubrificante vaginal adequado nas relações sexuais. A colheita da citologia cervicovaginal foi realizada sem intercorrências, tendo-se revelado normal posteriormente.

Passado um mês, em consulta programada para reavaliação, a utente referiu a persistência das queixas álgicas. Verificou-se que a intensidade e distribuição do eritema vulvar se mantinham. Não havia dor espontâ-

nea, mas existiam alterações da sensibilidade ao toque com zaragatoa, nomeadamente no introito vaginal com dor moderada às 4h, e nos pequenos lábios com dor ligeira às 6h e intensa às 10h. No exame com espéculo constatou-se uma leucorreia de aspeto fisiológico e a palpação bimanual mantinha-se normal. Além da dor, não havia outras alterações do exame neurológico dos membros inferiores e períneo, excluindo-se neuropatias e síndromas do nervo pudendo. Procedeu-se ao exame microbiológico de urina e do exsudado vaginal para verificar a existência de infeção bacteriana e/ou fúngica, que se revelou negativo. Foi solicitado um estudo ecográfico renal, vesical e ginecológico endocavitário, que posteriormente também não revelou alterações. Assim, foi feito o diagnóstico de vulvodinia generalizada provocada, segundo a classificação da Sociedade Internacional para o Estudo das Doenças Vulvovaginais.<sup>6-7</sup> Foi explicado à utente que a hipótese diagnóstica mais provável seria a de vulvodinia, para a qual não se conhece uma causa única, mas que se trata de uma doença relativamente comum e tratável, tendo, após esta explicação, mostrado uma clara expressão de alívio.

Propôs-se a otimização da higiene vulvar, nomeadamente o uso de roupa interior de composição 100% de algodão, higienização somente com água seguida de secagem suave, sem esfregar, e o uso de vaselina como hidratante e creme barreira livre de conservantes, repetindo o processo após a micção.<sup>2,7-8</sup> Sugeriu-se ainda amitriptilina 5mg, em titulação progressiva até aos 15mg, para alívio álgico<sup>2,5,7,9</sup> e foi agendada nova consulta de vigilância em um mês.

A consulta seguinte decorreu antes do previsto. A doente adiantou-a por não ter tolerado a amitriptilina por “tonturas e mal-estar” e por não ter percebido qualquer alívio sintomático, pelo que a terá suspenso. As repercussões sociais, laborais e conjugais mantinham-se. Reconfortou-se a jovem, explicando-lhe que existem múltiplas opções terapêuticas que podiam ser tentadas, sugerindo-lhe a manutenção dos cuidados de higiene vulvar e a aplicação de lidocaína tópica em gel antes das relações sexuais e sempre que necessário.<sup>2,7,9-10</sup>

Em nova consulta de acompanhamento, um mês depois, a utente referiu um alívio da sintomatologia, mantendo dor ao toque apenas durante o cataménio. Assim, manteve-se a terapêutica, agendando-se uma nova



consulta em dois meses.

Finalmente, na consulta subsequente, a jovem mencionou uma melhoria global, surgindo períodos algícos esporádicos com as relações sexuais. Foi efetuado novo exame ginecológico onde se observou uma redução do eritema vulvar. Ao toque com zaragatoa, a utente indicou uma dor ligeira no introito vaginal e pequenos lábios e referiu que este exame terá sido muito menos doloroso do que o primeiro. Propôs-se redução progressiva do uso de lidocaína tópica, cuja titulação deveria ser efetuada de acordo com os sintomas. Esta foi a última consulta a que a utente recorreu por este motivo, mantendo-se neste momento assintomática, com a sua saúde sexual recuperada e o seu equilíbrio emocional restabelecido.

## COMENTÁRIO

A vulvodinia descreve-se como “um desconforto, mais frequentemente descrito como dor em ardimento, que ocorre na ausência de achados físicos relevantes ou de um distúrbio neurológico clinicamente identificável”, segundo a definição mais recente da Sociedade Internacional para o Estudo das Doenças Vulvovaginais.<sup>6-7</sup> A sua classificação baseia-se na localização da dor e se é provocada, espontânea ou mista.<sup>7</sup>

A dor vulvar atinge uma proporção considerável de mulheres, sexualmente ativas ou não, e afeta as relações interpessoais, o estado de saúde mental e a qualidade de vida da mulher.<sup>5</sup> À semelhança de outros países, em Portugal, a vulvodinia afeta cerca de 16% da população feminina em algum período da sua vida.<sup>1</sup>

Pensa-se que a prevalência da vulvodinia está subestimada pelo receio da rejeição pela paciente e pela interpretação do problema como psicogénico pela comunidade médica,<sup>5</sup> estando em maior risco de subdiagnóstico as mulheres pertencentes a minorias, aquelas residentes em ambientes rurais ou com acesso limitado a cuidados de saúde.<sup>4</sup> Além disso, estima-se que 30 a 39% das mulheres afetadas não procura cuidados médicos.<sup>2,5</sup>

Relativamente à sua etiopatogenia, sabe-se que esta entidade não é provocada por infeção (candidíase, herpes, etc.), inflamação (líquen plano, distúrbio imunobolhoso, etc.), neoplasia (doença de Paget, carcinoma espinocelular, etc.) ou patologia neurológica (nevralgia herpética, compressão medular, etc.).<sup>7</sup> Habitualmente

não há uma causa única para a vulvodinia, tendo sido propostas várias causas etiológicas, nomeadamente fatores imunitários, embriológicos, hormonais, inflamatórios, infecciosos, neuropáticos e genéticos e o aumento dos oxalatos urinários.<sup>1-2,7</sup> Entidades como a cistite intersticial, fibromialgia, síndrome do intestino irritável e perturbação depressiva são comorbilidades muito comuns nestas mulheres, pelo que alguns autores advogam que a disfunção psicossocial possa ser um dos principais fatores etiológicos da vulvodinia.<sup>5</sup> No caso descrito admite-se que a utilização de contraceptivos orais, a infeção candidiásica e o uso repetido de terapêuticas tópicas poderão ter favorecido o seu aparecimento.

O diagnóstico é clínico<sup>9</sup> e de exclusão<sup>5,8</sup> e depende de uma história clínica cuidadosa e de um exame físico confirmatório.<sup>3-4,8-9</sup> Quando o diagnóstico é definitivo, é essencial validar as queixas da doente e explicar-lhe a sua condição.<sup>4-5</sup> Muitas vezes a mulher com vulvodinia fica ansiosa por não saber a causa dos seus sintomas e com receio de que se trate de uma doença infecciosa ou neoplásica.<sup>4-5,9,11</sup> Foi inequívoco o alívio mostrado pela doente deste caso ao ser-lhe confirmado o diagnóstico definitivo para as suas queixas.

A história natural da vulvodinia não está bem esclarecida,<sup>3</sup> sendo a resolução rápida dos sintomas pouco frequente. Dessa forma, deve ser discutido com a utente de forma realista o prognóstico expectável da vulvodinia, explicando que o alívio dos sintomas pode surgir em semanas a meses.<sup>7-8</sup> Não obstante, aproximadamente 50% das mulheres com dor vulvar referem uma resolução do quadro algíco, sendo bom o prognóstico daquelas que recebem tratamento médico,<sup>3-4</sup> mesmo não existindo uma terapêutica única eficaz. A referência deve ser ponderada quando não há resposta a qualquer dos tratamentos instituídos, sendo as injeções intralesionais, a fisioterapia, a acupuntura e a cirurgia opções em casos selecionados.<sup>2-4,7-9</sup> No caso descrito, cerca de seis meses depois da primeira consulta, a doente referiu a remissão quase total das algias pélvicas, pelo que não foi necessária a referenciação hospitalar.

Salienta-se, como limitação na condução deste caso clínico, a ausência de estudos de qualidade que sustentem pela evidência científica o tratamento adequado para a vulvodinia. Assim, as recomendações te-



rapêuticas existentes sobre a eficácia do tratamento proposto baseiam-se na experiência clínica, estudos descritivos ou opiniões de peritos.<sup>8</sup> Segundo as fontes bibliográficas mais atuais consultadas, a combinação de diferentes terapêuticas parece ser apropriada e deve incluir o tratamento de alterações visíveis, como infecções e dermatoses, o suporte emocional e psicológico, que têm um valor incalculável, e a terapia e aconselhamento sexual, que podem ser igualmente benéficos.<sup>2,5,7-9</sup>

No caso descrito associou-se a terapêutica não farmacológica (a otimização da higiene vulvar e o apoio psicológico de suporte dado pelo médico em sucessivas e frequentes consultas de acompanhamento) e farmacológica (antifúngico sistémico para uma possível infecção fúngica, lidocaína tópica e amitriptilina sistémica). Além disso, individualizou-se o tratamento, optando pelas terapêuticas que melhor se ajustavam à preferência e tolerância da utente.

Sublinha-se o facto de as queixas da utente deste caso não terem surgido de forma espontânea, mas em resposta à anamnese, mesmo num contexto que parece ser apropriado: a consulta de planeamento familiar. Apesar de ser um dos motivos de consulta mais difíceis de abordar, é importante que o médico de família procure ativamente os problemas relativos à vida sexual do paciente adulto, qualquer que seja o seu género ou orientação sexual.

Destaca-se, igualmente, a empatia e o estreitamento da relação conquistados, aliados à capacidade única que os CSP podem oferecer aos seus utilizadores, nomeadamente de flexibilização às necessidades do utente e facilitação da sua acessibilidade. Foi, assim, conseguido o suporte emocional e o acompanhamento regular, promovida a adesão terapêutica, desenvolvida a confiança e, conseqüentemente, alcançado o alívio sintomático e resolução do quadro clínico.

A dor pélvica e a sexualidade não são temas muito habituais em publicações e formações para médicos de MGF. Mas a sexualidade vivida de forma saudável e satisfatória compõe o estado de saúde do indivíduo adulto que, segundo a Organização Mundial de Saúde, representa o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade.<sup>12</sup> Independentemente da sua causa, qualquer tipo de dor

sexual pode interferir com aspetos físicos e psicológicos e com as relações interpessoais do indivíduo.<sup>2</sup> A vulvodinia é um distúrbio algíco complexo e frustrante, para doente e médico, por poder ser de difícil tratamento.<sup>8</sup> Necessita de conhecimento, compaixão e continuidade de cuidados para que o tratamento seja eficaz.<sup>4</sup>

O médico de família desempenha um importante papel no diagnóstico e tratamento desta entidade patológica.<sup>4</sup>

Perante a prevalência considerável e a disfunção psicossocial associadas à vulvodinia, os médicos prestadores de CSP devem estar alertados e informados para a vulvodinia e dor pélvica em geral,<sup>4</sup> pelo que se tratam de temas que devem ser abordados, discutidos e lembrados.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;127(3):283-7.
2. Goldstein AT, Burrows L. Vulvodynia. *J Sex Med.* 2008;5(1):5-14.
3. Reed BD. Vulvodynia: diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2006;73(7):1231-8.
4. Cox KJ, Neville CE. Assessment and management options for women with vulvodynia. *J Midwifery Womens Health.* 2012;57(3):231-40.
5. Gloysman V. Vulvodynia: new concepts and review of the literature. *Dermatol Clin.* 2010;28(4):681-96.
6. International Society for the Study of Vulvar Disease. 2014 Bibliography current ISSVD terminology [Internet]. Waxhaw: ISSVD; 2014. Available from: <http://fliphtml5.com/emlt/zbea/basic>
7. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis.* 2005;9(1):40-51.
8. ACOG Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion: number 345, October 2006: vulvodynia. *Obstet Gynecol.* 2006;108(4):1049-52.
9. Nunns D, Mandal D, Byrne M, McLelland J, Rani R, Cullimore J, et al. Guidelines for the management of vulvodynia. *Br J Dermatol.* 2010;162(6):1180-5.
10. Itza F, Zarza D, Gómez-Sancho F, Salinas J, Baurtrant E. Puesta al día en el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia [Update on the diagnosis and treatment of vulvodynia]. *Actas Urol Esp.* 2012;36(7):431-8. Spanish
11. Stewart EG. Clinical manifestations and diagnosis of localized, provoked vulvodynia (formerly vulvar vestibulitis). *UpToDate* [Internet]; 2013 [cited 2015 Jun]. Available from: [http://cursoenarm.net/UPTO-DATE/contents/mobipreview.htm?2/14/2273?source=see\\_link](http://cursoenarm.net/UPTO-DATE/contents/mobipreview.htm?2/14/2273?source=see_link)
12. World Health Organization. Official Records of the World Health Organization: summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to



22 July 1946 [Internet]. New York: WHO; 1948. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official\\_record2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf)

#### CONFLITO DE INTERESSES

A autora declara não ter conflitos de interesse e não recorreu a qualquer financiamento para a conclusão deste artigo.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria João Macedo  
R. de S. Tiago, nº 936, 4805-555 RONFE  
E-mail: maria\_juom@hotmail.com

Recebido em 20-07-2015

Aceite para publicação em 23-06-2016

---

## ABSTRACT

### PELVIC PAIN IN FAMILY MEDICINE: A CASE REPORT OF VULVODYNIA

**Introduction:** This case report describes a young woman who was diagnosed with vulvodynia at a family planning consultation. The primary care physician has all the suitable tools for proper diagnosis and therapeutic management of this prevalent and disabling condition.

**Case report:** In September 2013, a 28 year-old nulliparous woman, without relevant medical or surgical history, attended a family planning consultation. When asked about symptoms she mentioned vulvar pain described as 'stinging needles', triggered by touch. Physical examination revealed vulvar redness and hyperesthesia when touched with a cotton swab. The diagnosis of generalized provoked vulvodynia was made, as there was a pelvic pain without a known cause. She was advised regarding vulvar hygiene, and treated sequentially with fluconazole for a presumed yeast infection, amitriptyline, and topical lidocaine. The patient was pain-free several months later.

**Review:** Regardless of its etiology, vulvar pain can cause physical and psychological distress and interfere with interpersonal relationships. Vulvodynia is a complex and frustrating disorder for both patient and doctor, as it can be difficult to diagnose and treat. Family physicians play an important role in diagnosis, treatment, and referral of these patients. As vulvodynia has a considerable prevalence and is associated with psychosocial dysfunction, primary care providers should be informed about vulvodynia and pelvic pain so that these are issues are addressed and discussed with patients.

**Keywords:** Vulvodynia; Pelvic Pain.