

A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática

Pelvic physiotherapy in the treatment of vulvodynia: systematic review

Gustavo Fernando Sutter Latorre¹
 Caroline Campello Manfredini²
 Priscila Saboia Demeterco³
 Viviane Maria Nou Falcão Barreto⁴
 Erica Feio Carneiro Nunes⁴

Palavras-chave

Dor crônica
 Vulvodínia
 Fisioterapia

Keywords

Chronic pain
 Vulvodynia
 Physical therapy specialty

Resumo

A Vulvodínia Localizada Provocada (VLP) é um tipo de dor crônica limitante e de interesse clínico, cuja etiologia ainda é obscura e para a qual parece não haver consenso a respeito da terapêutica. O objetivo desta pesquisa foi descrever o papel da fisioterapia pélvica no tratamento da VLP. Para tanto, foi realizada uma Revisão sistemática das bases de dados PubMed, LILACS, PEDro e SciELO a partir das palavras-chave vulvodínia, vestibulodínia e dor vulvar, bem como suas variáveis em inglês, em busca de ensaios clínicos que tratassem de técnicas fisioterapêuticas para esse fim. Foram incluídos ensaios clínicos e estudos observacionais e excluídos os que tratassem de estudos em homens ou cobaias e os que versavam unicamente de tratamento cirúrgico ou medicamentoso. Todos foram analisados e qualificados pelos graus de evidência da Associação Médica Brasileira (AMB). Os resultados mostraram que de um total de 14 artigos, quatro foram estudos de caso, cinco, ensaios randomizados controlados e os demais, estudos observacionais de coorte, transversais e retrospectivos. Foram descritos tratamentos por eletroestimulação, terapia comportamental e fisioterapia pélvica focada nos exercícios do assoalho pélvico, particularmente de propriocepção e coordenação motora visando à recuperação da capacidade ativa de relaxamento. Houve forte evidência suportando a eficácia da fisioterapia pélvica no alívio do quadro clínico da VLP. Não houve consenso a respeito de qual técnica, dentro do arsenal fisioterapêutico, é a mais eficiente para essas pacientes. Concluiu-se que a fisioterapia pélvica é segura e eficiente no tratamento da VLP e deve encabeçar o algoritmo terapêutico desse tipo de paciente.

Abstract

Localized Provoked Vulvodynia (LPV) is a limiting chronic pain of clinical interest, whose etiology is still unclear and for which there is no consensus on the therapy. The aim of this paper was to describe the role of pelvic physiotherapy in the treatment of VLP. It was necessary a systematic review of databases PubMed, LILACS, PEDro and SciELO with the keywords vulvodynia, vestibulodínia and vulvar pain in Portuguese and in English, searching for clinical trials upon the physical therapy techniques for this purpose. It was included clinical trials and excluded those that concerned men or mice or only surgical or drug treatment. All of them were analyzed and qualified by the *Associação Médica Brasileira (AMB)* evidence scale. The results showed that on a total of 14 articles, four were case reports, five, randomized controlled trials, and the others, retrospective study and cross-sectional study studies. They described electrical stimulation treatments, behavioral therapy and pelvic physical therapy focused on pelvic floor exercises, particularly of proprioception and coordination aimed the recovery of active capacity of relaxation. There was strong evidence supporting the effectiveness of pelvic physiotherapy in relieving the clinical symptoms of LPV. There was no consensus about which technique on the physical therapy arsenal is the most effective. Concludes that pelvic physical therapy is safe and effective in the treatment of LPV, and should be considered as first line therapeutic in the algorithm of this kind of patient.

Estudo realizado na Faculdade Inspirar – Curitiba (PR), Brasil.

¹Fisioterapeuta Pélvico. Mestre em Fisioterapia. Portal Perineo.net – Florianópolis (SC), Brasil.

²Pós-graduanda em Fisioterapia Pélvica pela Faculdade Inspirar – Guarapuava (PR), Brasil.

³Pós-graduanda em Fisioterapia Pélvica pela Faculdade Inspirar – Brasília (DF), Brasil.

⁴Pós-graduanda em Fisioterapia Pélvica pela Faculdade Inspirar – Curitiba (PR), Brasil.

⁵Docente da Universidade do Estado do Pará. Mestre em Ciências da Motricidade Humana – Belém (PA), Brasil.

Endereço para correspondência: Gustavo Fernando Sutter Latorre – Rua Silva Jardim, 307 – Centro – CEP: 88020-200 – Florianópolis (SC), Brasil – E-mail: gustavo@perineo.net

Conflito de interesses: não há.

Introdução

A dor crônica é um problema que afeta mais de 50 milhões de pessoas somente na América do Norte, gerando enormes custos pessoal e institucional. Somado a isso, a dor crônica está geralmente associada, significativamente, a comorbidades psicológicas que abrangem a depressão e a ansiedade, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes^{1,2}.

A vulvodínia é um tipo de dor crônica específica associada à hipersensibilidade local da vulva, que pode ser provocada pelo contato ou espontaneamente³. É a causa mais comum de dor durante a penetração no ato sexual em mulheres abaixo dos 30 anos¹. Sua etiologia é multifatorial e pode incluir componentes neurológicos, genéticos, hormonais, psicológicos, interpessoais e musculares⁴. O tratamento médico é até hoje pouco efetivo⁵.

Referências históricas de prurido e queimação crônicas da vulva vem sendo discutidas na literatura há mais de 100 anos, mas atenção mais séria à condição só ocorreu por volta dos anos 80⁶. A mudança começou em 1975, quando a Associação Internacional para Estudo das Doenças Vulvares (*International Society for the Study of Vulvar Disease – ISSVD*) declarou a necessidade de uma aproximação interdisciplinar para estudar e compreender o problema, chamado na época de “vulva queimante” (“*burning vulva*”).⁷ Em 1933, em um congresso da ISSVD, foi adotado o termo vulvodínia, e então foi publicado o primeiro resultado de estudo de tratamento para tal patologia⁸.

Apesar dos 30 anos de conhecimento de mais de 40 técnicas de tratamento, ainda é um desafio para um clínico identificar o tratamento ideal para a particularidade de cada caso. Assim, a maioria das mulheres com vulvodínia tentam diferentes tipos de tratamentos por muitos anos para então experimentar algum alívio significativo⁹.

O tratamento multidisciplinar para dor genital é relativamente novo, porém, fundamental e responsável pelo sucesso do tratamento, no qual uma especialidade complementa a outra. A diretriz padrão para tratamento da dor genital em mulheres identifica a combinação de educação no manejo da dor, fisioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico, terapia sexual, abordagens médicas e farmacológicas¹⁰⁻¹².

A fisioterapia para o assoalho pélvico constitui um avanço relativamente recente no tratamento das disfunções sexuais e é considerada uma alternativa eficaz para mulheres que apresentam vulvodínia¹³. Os objetivos da fisioterapia para tal fim são melhorar a força muscular do assoalho pélvico e a função vascular, o que consequentemente melhora a função sexual¹⁴, a partir de uma maior autoconsciência e autoconfiança, da melhora da imagem corporal e da diminuição da ansiedade¹³.

Entre as técnicas utilizadas pela fisioterapia está a cinesioterapia, com exercícios de propriocepção e coordenação motora da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), auxiliada ou não por *biofeedback*, terapia comportamental, eletroneuroestimulação e também modalidades de calor¹⁵. Por vezes orienta-se também o uso de dilatadores, banhos quentes, óleo vaginal e sobre a posição sexual¹⁶. Ademais, exercícios para o fortalecimento do assoalho pélvico promovem o aumento do desejo sexual e a melhora da excitação^{15,17}.

Ante o exposto e considerando ainda a importância clínica atual do problema, o presente estudo objetivou revisar a literatura corrente na busca das técnicas atuais de fisioterapia para o tratamento da vulvodínia, qualificando os achados de acordo com o grau de evidência científica.

Metodologia

Pesquisas eletrônicas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e PEDro em busca de ensaios clínicos de terapias conservadoras não medicamentosas para a dor vulvar crônica, por meio das palavras-chave *vulvodynia*, *vestibulodynia* e *vulvar pain*, bem como suas variáveis em português. Foram incluídos ensaios clínicos e estudos observacionais de qualquer tipo ou data, sendo excluídos aqueles que tratassem de estudos em homens ou cobaias, os que versaram unicamente de tratamento cirúrgico ou conservador puramente medicamentoso, bem como os duplicados entre as bases de dados. Os estudos resultantes foram lidos na íntegra e classificados de acordo com autor, ano, objetivos, metodologia, técnicas utilizadas, resultados e conclusão. O nível de evidência de cada estudo foi classificado de acordo com os graus de recomendação e força de evidência da AMB.

Resultados

A base de dados PubMed retornou 37 artigos, dos quais 23 foram excluídos por tratarem unicamente de terapia medicamentosa ou cirurgia e um foi excluído devido a amostra ser masculina, restando o total de 13 artigos. A base PEDro retornou um artigo, que foi excluído por tratar somente de cirurgia. A base LILACS retornou 20 artigos, a maioria revisões, dos quais foram selecionados seis artigos. No entanto, apenas um artigo foi incluído — cinco foram excluídos por estarem duplicados nas bases. A base SciELO não retornou nenhum artigo sobre o tema, de modo que a presente revisão utilizou 14 artigos que se encaixaram nos critérios do estudo, resumidos na Tabela 1. A construção deste artigo finalizou com 38 referências.

Tabela 1 - Artigos sobre tratamento conservador da vulvodínia

Autor/ano	Objetivos	Método	Descrição	Tratamento	Resultados	Conclusão
Whiteside et al., 2003 ¹⁸ (C)	Reportar caso de vulvodínia iniciada no puerpério, exacerbada aos exercícios e intercurso sexual	Estudo de caso	Sem melhora por tratamento clínico, nutricional ou por vestibulotomia com bartholinectomia Algum alívio com bloqueio dos nervos hipogástricos	Eletroestimulador medular implantado	Alívio sustentado dos sintomas em todos os aspectos	Eletroestimulação para esses casos pode ser técnica promissora
Nair et al., 2000 ¹⁹ (C)	Reportar caso de vulvodínia com falha no tratamento medicamentoso	Estudo de caso	Paciente climatérica, 15 anos de tratamento sem sucesso para dor crônica vulvar, vaginal e pélvica	Eletroestimulador medular implantado	Após 10 meses de implante, melhora da dor em 80% e a paciente não necessitava mais de medicação oral	Sucesso no tratamento da vulvodínia com falha em tratamentos anteriores – pode ser opção no tratamento dessas pacientes
Masheb et al., 2009 ²⁰ (A)	Testar a eficácia da terapia comportamental e do suporte psicológico em mulheres com vulvodínia	Ensaio clínico 50 mulheres	Mulheres com vulvodínia realizaram medidas de dor via McGill, função sexual via FSFI e de função emocional via BDI.	Sessões semanais de 60 min por 10 semanas de TC e SP, em grupos randomicamente alocados.	88% completaram o TC e 80% o SP. A TC em relação à SP melhorou a dor e função sexual. Grupo TC: > satisfação e credibilidade no tratamento. Efeitos mantidos após 1 ano.	Tratamento psicossocial é eficaz e bem tolerado. Abordagem direcionada é mais efetiva, envolvendo enfrentamento e autogestão de competências relevantes para a dor específica.
Dionisi et al., 2008 ²¹ (B)	Testar a segurança, tolerabilidade e eficácia da fisioterapia pélvica no tratamento da dor e desconforto vulvar.	Coorte 145 mulheres	Mulheres com vulvodínia submetidas a programa domiciliar de exercícios de alongamento do assoalho pélvico.	Propriocepção e coordenação motora do assoalho pélvico com auxílio de <i>biofeedback</i> via vaginal, TENS e FES por sonda intravaginal, 1x/sem./10 semanas.	Todas as mulheres completaram o tratamento e 75,8% dos casos referiram melhora significativa nos sintomas.	O relaxamento do assoalho pélvico conseguido por meio do <i>biofeedback</i> e da eletroanalgesia é seguro e efetivo no tratamento da dor vulvar e dispareunia.
Gentilecore-Saunier et al., 2010 ²² (B)	Verificar o impacto da fisioterapia pélvica em mulheres VLP comparando função da MAP entre casos e controles	Ensaio clínico randomizado 11 mulheres	Avaliação da função da MAP por EMG de superfície e avaliação funcional intravaginal.	Oito sessões de terapia manual intravaginal, <i>biofeedback</i> , eletroestimulação, dilatadores e exercícios domiciliares complementares	Após o tratamento, o grupo teste apresentou menor resposta reflexa à dor, menor hiperatividade da MAP, aumento na flexibilidade e capacidade de relaxamento da MAP. Ao fim não houve mais diferença entre os grupos.	Fisioterapia pélvica para a disfunção da MAP normatizou a função do assoalho pélvico em mulheres com VLP.
Sadownick et al., 2012 ²³ (B)	Explorar os benefícios do tratamento multidisciplinar da VLP.	Qualitativo retrospectivo	19 voluntárias, média etária 30,8 (20-54 anos). Respostas gravadas em áudio e transcritas para análise temática.	Entrevista semiestruturada	Cinco temas principais emergiram: melhora no conhecimento, nas habilidades, na percepção do psicológico e do bem-estar, senso de validade e apoio e melhora na sensação de poder frente ao problema.	De um modo geral, a abordagem multidisciplinar para vulvodínia representou benefícios percebidos pelas pacientes.
Yoshida, 2012 ²⁴ (A)	Avaliar fisioterapia por CI em mulheres com vulvodínia localizada	Ensaio clínico randomizado cego simples 32 mulheres	Controle-placebo. Queixa de VLP no coito. Escala EVA e FSFI. <i>Biofeedback</i> por EMG para função da MAP.	Oito sessões de eletroestimulação com CI; placebo recebeu as mesmas orientações, sem a CI.	Controle e placebo: dor subjetiva diminuiu significativamente; aumento do número de relações sexuais; ao toque, diminuição significativa da dor apenas no grupo tratamento.	CI é efetiva na diminuição da dor vulvovaginal. Diminuição da sensibilidade ao toque. Melhora da função sexual e aumento da frequência das relações.

Continua...

Tabela 1 - Continuação

Autor/ano	Objetivos	Método	Descrição	Tratamento	Resultados	Conclusão
De Andres et al., 2013 ²⁵ (C)	Verificar o efeito da estimulação vulvar subcutânea periférica no tratamento da vulvodínia grave e refratária.	Estudo de caso	Mulher de 35 anos, com três anos de vulvodínia, tentou o tratamento médico convencional e intervencionista com alívio inadequado.	Estimulação subcutânea do nervo periférico no campo vulvar com um gerador de pulso implantado na região lombar por 20 min.	Após um ano de acompanhamento, a paciente apresentou melhora da dor, da funcionalidade, da atividade sexual e alta satisfação com os resultados, ainda leve desconforto com a pressão. Sem uso de medicação oral.	Alívio da vulvodínia a uma paciente em que todas as abordagens terapêuticas anteriores haviam falhado.
Kestranek et al., 2013 ²⁶ (C)	Descrever uso da radiofrequência no tratamento de vulvodínia refratária a outros tratamentos	Estudo de caso	Método foi sugerido por um neurocirurgião, após o esgotamento de outras opções.	Radiofrequência	Sucesso no tratamento da VLP pela radiofrequência pulsada, culminando em diminuição importante dos sintomas.	Radiofrequência na VLP pode ser promissor, necessitando maior estudo.
Murina et al., 2013 ²⁷ (A)	Comparar os efeitos do TENS, inclusive em programa domiciliar, com os efeitos da combinação palmitoiletanolamida+ transpolidatina (P+T) em pacientes com VLP do tipo vestibulodínia.	Ensaio clínico randomizado	Grupos P+A (P=400mg e A=40mg; via oral) e placebo, duas vezes ao dia por 60 dias.	Todas receberam TENS domiciliar autoadministrada e foram avaliadas por EVA, escore de Marinoff para dispareunia e pelo limiar sensorio vulvar, testados antes e depois do tratamento.	Na média de 26,7 sessões de TENS, todos os escores em ambos os grupos melhoraram significativamente. A análise da regressão nos sintomas ajustada à duração da doença revelou que o tratamento com P+T foi mais efetivo nos casos mais recentes, comparados com o placebo.	TENS apresenta benefícios significativos no tratamento da vestibulodínia, inclusive no ambiente domiciliar. P+T pode ser um tratamento adjuvante, especialmente nos casos mais recentes ou nos casos de recidiva.
Davis et al., 2013 ²⁸ (B)	Comparar tratamentos para VLP antes e após dois anos quanto a dor, sintomas depressivos e função sexual e nenhum tipo de tratamento.	Transversal 239 mulheres	Mulheres que faziam vários tratamentos. Questionários específicos antes dos tratamentos e dois anos depois. Mulheres que não realizaram nenhum tipo de tratamento também responderam.	Fisioterapia pélvica, psicoterapia/terapia sexual e tratamento medicamentoso e nenhum tipo de tratamento.	Melhora significativa da dor, satisfação sexual, função sexual e sintomas depressivos. Os tratamentos mais frequentes foram fisioterapia pélvica, psicoterapia/terapia sexual e tratamento medicamentoso. 41% das mulheres não realizaram nenhum tipo de tratamento e também melhoraram. Nenhum dos tratamentos representou melhoria em variável específica, exceto a cirurgia, que representou menor risco de depressão.	Severidade dos sintomas da VLP parecem diminuir espontaneamente com o passar do tempo. Apenas cirurgia mostrou-se superior ao diminuir o risco de depressão. Não há um tratamento superior ao outro para VLP. À exceção de novos ensaios controlados, melhora no quadro pode ser devido ao curso natural da doença.
Broto et al., 2014 ⁹	Avaliar dez semanas de PM) da VLP sobre dispareunia, função sexual (via FSFI) e desconforto relacionado a sexualidade (via FSFS-R)	Ensaio clínico 132 mulheres	Participação em um programa multidisciplinar para Vulvodínia.	Palestras sobre educação sexual e dor genital, três sessões de psicologia e três sessões de fisioterapia com foco no relaxamento da MAP.	53,8% das mulheres relataram melhorias significativas na dispareunia, na angústia relacionada com o sexo, na função sexual, especialmente quanto à excitação.	Abordagem multidisciplinar (psicologia, fisioterapia pélvica e tratamento médico) é eficiente e eficaz na melhora da dispareunia e de todos os domínios da função sexual nessas pacientes.

Continua...

Tabela 1 - Continuação

Autor/ano	Objetivos	Método	Descrição	Tratamento	Resultados	Conclusão
Vallinga et al., 2015 ²⁹ (B)	Avaliar ação do TENS sobre a dor vulvar, a função sexual e o desconforto relacionado à sexualidade em mulheres com falha em tratamentos anteriores, ou naquelas com indicação de vestibulectomia	Estudo de coorte 39 mulheres	Idade média de 27 ± 5,6 anos, com falha em tratamentos anteriores para VLP. Avaliação por EVA, FSDSR e FSFI antes (T1), depois do TENS (T2) e meses após o tratamento (T3)	Sessões domiciliares autoadministradas de TENS.	Avaliação do T3 em média 10,1 ± 10,7 meses. Dor pós TENS (mediana 3,4) foi significativamente menor que antes (mediana 8,0). Escores do FSFI melhoraram significativamente (p=0,2) após o TENS e resultados se mantiveram no T3. Escores do FSDSR melhoraram no T2. Apenas 4% das pacientes precisaram de vestibulectomia após o tratamento.	TENS autoadministrado diminui os níveis de desconforto vulvar e a necessidade de vestibulectomia, com efeito estável. VLP deve ser considerada uma síndrome de dor crônica.
Morin et al., 2015 ³⁰ (A)	Avaliar a eficácia da fisioterapia pélvica multimodal comparada ao tratamento frequente de primeira escolha por lidocaína tópica para dor sexual por VLP, avaliando-se qualitativamente a dor, a função sexual, o desconforto relativo à sexualidade, a satisfação do paciente e a impressão global de mudança.	Ensaio clínico randomizado. 212 mulheres	Dor foi avaliada pela NRS (0-10), e importância clínica (MCID). Qualidade da dor avaliada pelo McGill, função sexual pelo FSFI, desconforto relativo à sexualidade pelo FSDSR e impressão de melhora pelo PGIC-7.	Dez semanas de controle com lidocaína. Teste com educação, exercícios para MAP assistidos, BFB, terapia manual intravaginal e outras técnicas internas.	Mudanças significativas do pré para o pós-tratamento (p<0,01). Grupo teste mostrou melhor resultado quanto a redução da dor, desconforto sexual e melhoria na função sexual e maior satisfação pessoal com o tratamento (p=0,001) contra o grupo lidocaína (n=94), sendo que 77% do grupo fisioterapia reportou estar contente ou muito contente com o tratamento, contra 38% do grupo lidocaína	Forte evidência de que a fisioterapia multimodal é mais efetiva que a lidocaína na redução da dor, do desconforto relacionado à sexualidade e melhora da função sexual em paciente com VLP. Benefícios no longo termo precisam ser investigados.

AMB: Associação de Medicina Brasileira; VLP: Vulvodínia Localizada Provocada; FSFI: *Female Sexual Function Index*; BDI: Inventário de Depressão de Beck; TC: Terapia Comportamental; SP: Suporte Psicológico; TENS: *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*; FES: Functional electrical stimulation; MAP: Musculatura do Assolho Pélvico; EMG: electromyography; CI: Corrente Interferencial; EVA: Escala Visual Analógica; PM: Programa Multidisciplinar; NRS: Numeric Rating Scale; MCID: *Minimal Clinical Important Difference*-7; BFP: Bateria Fatorial de Personalidade; PGIC-7: *Patient-Reported Outcomes*-7; FSDS-R: *Female Sexual Distress Scale-Revised*

Níveis de evidência entre parênteses, na coluna autor/ano, de acordo com os graus de recomendação e força de evidência da AMB

Discussão

O presente estudo teve por objetivo descrever o estado da arte do tratamento fisioterapêutico em pacientes com VLP. Inicialmente é importante ressaltar a escassez de artigos específicos sobre o tema. A maior parte dos 14 artigos sobre os quais foi construída a presente revisão apresentou grau de evidência B ou menor, à exceção de cinco ensaios randomizados controlados (Tabela 1), duas delas tratando exclusivamente de eletroanalgesia, inclusive doméstica e não assistida. Quatro artigos foram estudos de caso, e os demais, ensaios não controlados ou estudos observacionais do tipo coorte, transversais e retrospectivos.

Inicialmente, a eletroanalgesia foi descrita a partir do implante fixo de eletrodos medulares em pacientes com VLP nos quais houve falha de outros tipos de terapêutica^{18,19}. Ambos os estudos apontaram alívio dos sintomas que valeriam uma melhor exploração do tema. Mais tarde, também em estudo de caso, De Andres et al.²⁵ utilizaram eletrodos subcutâneos também

implantados, descrevendo alívio persistente dos sintomas mesmo após um ano após o procedimento.

O primeiro estudo com amostra maior foi um ensaio clínico descrevendo a terapia comportamental em pacientes com VLP²⁰. Neste, 50 mulheres com VLP, randomicamente alocadas em um grupo que recebeu terapia comportamental e outro que recebeu suporte psicológico, receberam sessões semanais de uma hora por dez semanas, sendo avaliadas com questionários, antes e depois, quanto a dor e funções sexual e emocional, concluindo-se que o grupo que recebeu a terapia comportamental relatou maior satisfação e credibilidade no tratamento.

Em 2008 foi publicado o primeiro estudo a respeito da fisioterapia pélvica multimodal para o tratamento da VLP²¹ (Tabela 1). Os autores descreveram que 75,8% dos casos referiram melhora significativa nos sintomas, concluindo que a eletroanalgesia e o relaxamento muscular conseguidos via conscientização ativa da função muscular são efetivos e seguros no tratamento da VLP.

O estudo de Dionisi et al.²¹ apresentou evidência importante a respeito da fisioterapia pélvica para pacientes com VLP, mas infelizmente o não controle da amostra não permitiu que a evidência alcançasse maior força, restando dúvidas a respeito da progressão natural da doença.

Contudo, pouco tempo depois Gentilecore-Saunier et al.²² publicaram ensaio randomizado controlado, no qual descreveram que, antes do tratamento, todas as pacientes do grupo VLP apresentaram padrões de contração da MAP superficial ao repouso superior aos do grupo controle, tanto ao exame manual quanto ao eletromiográfico, evidenciando que a hiperatividade da MAP é sinal característico da VLP. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto às atividades eletromiográfica e funcional da MAP profunda, o que aponta com clareza que, diferentemente do vaginismo, a VLP é caracterizada por hiperatividade da porção superficial da MAP, sem afetar a profunda. Dessa forma, os autores forneceram apontamentos importantes para o esclarecimento da etiologia da VLP, ao demonstrarem que o grupo VLP apresentou hiperatividade da MAP superficial, menor flexibilidade ao alongamento e menor capacidade ativa de relaxamento da MAP. Evidenciou-se, portanto, que todas essas variáveis, características de hiperatividade da MAP, podem ser preditivas de VLP. No entanto, há que se considerar o número amostral reduzido do estudo: 22 mulheres, sendo apenas 11 casos, embora o rigor metodológico aplicado eleve o grau de evidência o nível mais alto.

Corroborando os dados observacionais de Dionisi et al.²¹, os resultados controlados de Gentilecore-Saunier et al.²² somam forte evidência à eficácia e à eficiência da fisioterapia pélvica multimodal.

Nesse seguimento, Sadonick et al.²³ e Brotto et al.⁹ avaliaram os benefícios do tratamento multidisciplinar da vulvodínia e concluíram que a terapia multidisciplinar correspondeu a benefícios importantes para as pacientes com VLP. Porém, uma única terapia para VLP também apresentou resultados satisfatórios, ao promover a diminuição da hipersensibilidade ao toque e melhorar a função sexual de modo geral, como apresentado por Yoshida et al.²⁴.

Outra técnica eletromagnética, apontada recentemente como possível alternativa para o tratamento da VLP, é a radiofrequência. Kestranek et al.²⁶ reportaram o caso de uma paciente com VLP refratária a outros tratamentos, tratada por sessões sucessivas de radiofrequência direta na região vulvar, que resultaram em alívio sintomático. É possível que essa terapêutica recente possa ser promissora também no tratamento da VLP, de modo que ensaios clínicos com maior número amostral são bem-vindos.

A terapia de base eletromagnética mais classicamente utilizada na fisioterapia é a eletroestimulação transcutânea, ou TENS, estudada recentemente em pacientes com VLP por Murina et al.²⁷, levando os autores a concluir que o TENS é eficaz no tratamento da VLP.

Corroborando essa conclusão aquela publicada por Vallinga et al.²⁹ no estudo prospectivo de 39 mulheres com VLP refratária a terapias prévias, tratadas por TENS e avaliadas por questionários quanto à dor vulvar subjetiva, à função sexual e ao desconforto relativo à sexualidade. Os autores demonstraram que a dor e os escores do *Female Sexual Function Index* (FSFI) após a eletroanalgesia foram, de fato, menores quando comparados àquela antes das aplicações e que esses resultados se mantiveram mesmo meses depois do tratamento, sendo que apenas 4% das voluntárias necessitaram de vestibulectomia após o período.

Porém, pode-se argumentar que as conclusões de Murina et al.²⁷ e Vallinga et al.²⁸ devam ser recebidas com alguma cautela, pelo fato de que há evidências de que a simples educação, ou melhoria do conhecimento a respeito da VLP, surta efeitos benéficos sobre a função sexual das pacientes. Como relatado anteriormente, esse fato foi observado por Yoshida et al.²⁴ e, portanto, há a possibilidade de que os efeitos positivos observados por Murina et al.²⁷ no grupo que recebeu apenas TENS e por Vallinga et al.²⁹ sejam, na verdade, inerentes ao incremento do conhecimento frente ao problema, e não à eletroanalgesia em si. Soma-se a essa observação o fato de que, apesar de inúmeras publicações suportando tentadoramente os efeitos do TENS na dor aguda, a quantidade destas ainda impede uma conclusão definitiva a esse respeito³¹. Deve considerar, ainda, que vítimas de VLP que não realizaram nenhum tipo de tratamento apresentaram melhora espontânea dos sintomas após dois anos de acompanhamento, de modo que tal melhora provavelmente faz parte do curso natural da doença²⁸.

A mesma cautela pode ser necessária ao se interpretar os efeitos positivos observados nos já citados estudos de caso de Whiteside et al.¹⁸, Nair et al.¹⁹ e De Andres et al.²⁵, que descreveram os efeitos da eletroestimulação por meio de eletrodos implantados, afinal, as correntes terapêuticas, usualmente, são as mesmas utilizadas no subcutâneo. Mas, se resta a dúvida quanto à eficácia do TENS na diminuição dos sintomas da VLP, ensaios randomizados controlados por placebo e dos efeitos do TENS sobre os sintomas da VLP poderão esclarecer essa intrigante questão, fundamental na guia para o tratamento otimizado dessas mulheres.

Ainda fomentando a discussão sobre a eletroanalgesia ou, mais precisamente, sobre dor e analgesia, é possível que o foco terapêutico principal da vulvodínia não deva ser, necessariamente,

o tratamento sintomático da dor. Classicamente a literatura têm frisado um suposto mecanismo de *feedback* positivo, no qual, na VLP, a dor local aferente seria amplificada em centros corticais superiores, e de modo eferente ampliaria a sensibilidade local, que incrementaria a aferência, e assim *ad infinitum*³². Não está clara, no entanto, a origem dessa dor, embora seu tratamento, inclusive pela eletroanalgesia, tenda a melhorar a função de um modo geral, como já discutido. Mas, considerando a obscuridade que ainda paira sobre a etiologia da VLP, é possível que não se trate simplesmente de uma dor idiopática, mas de algo provocado por uma disfunção física ou, mais particularmente, funcional.

Nesse aspecto, o ensaio de Gentilecore-Saunier et al.²² é esclarecedor quanto ao papel da hiperatividade da musculatura superficial do assoalho pélvico, ao demonstrar onipresença nas mulheres com VLP em comparação aos controles sexualmente saudáveis, nos quais não foram observadas variáveis características dessa hiperatividade, como o aumento na atividade reflexa e no sinal eletromiográfico de superfície. Há que se considerar ainda que um modelo epidemiológico baseado na hiperatividade da porção superficial da MAP não exclui o *feedback* positivo de amplificação da dor, mas pode complementá-lo como a gênese do problema. Se for correto esse modelo etiológico da VLP, baseado na hiperatividade da MAP superficial que causou uma dor continuamente amplificada em *feedback* positivo, então o trabalho de redução dessa hiperatividade muscular deve funcionar mais do que o tratamento puramente sintomático da dor em si.

Em fisioterapia pélvica, trata-se por hiperatividade da musculatura do assoalho pélvico o conjunto de observações clínicas baseadas em sinais como o aumento da atividade muscular eletromiográfica, dos reflexos ao estiramento, a musculatura que não relaxa, que relaxa parcialmente ou de forma retardada ao comando, que reduz a distância ano-vulvar mesmo quando observada ao repouso, entre outras observações³³. Trata-se de um conceito totalmente distinto da hipertonía, relativa a observações clínicas até certo ponto similares, porém inerentes ao sistema nervoso. Enquanto hipertonía seria um problema de cunho neurológico, a hiperatividade, por outro lado, teria fundo funcional, uma vez que esta pode inerir simplesmente de uma incoordenação muscular ou da própria falta de propriocepção.

Nesse ínterim, descrevemos a evidência de que o simples conhecimento da patologia envolvendo a VLP representou melhorias na função sexual das mulheres acometidas^{24,28}. Qual mecanismo foi responsável por essa melhora ainda não está claro. É possível que um ganho proprioceptivo a partir da melhora na consciência da relação da MAP com a dor possa ter tido papel decisivo. Contudo, essa é apenas mais uma hipótese, carente de estudo.

Se a patologia da VLP inerir, de fato, a um problema funcional, relativo à hiperatividade da MAP, então a fisioterapia pélvica seria a escolha terapêutica lógica. De fato, encontramos forte evidência de que a fisioterapia pélvica multimodal, baseada em exercícios manuais intravaginais, auxiliados por *biofeedback* e eletroestimulação funcional e analgésica, apresentou resultados mais do que satisfatórios no tratamento da VLP^{9,21,22,30}. Esse tipo de tratamento, composto de exercícios voluntários de propriocepção, consciência local e coordenação da MAP, pode ser útil na conscientização e recuperação do domínio daquela musculatura.

Pode-se argumentar que parte dos bons resultados da fisioterapia, ou até mesmo a totalidade destes, possa ser inerente simplesmente do melhor conhecimento dos mecanismos patológicos da VLP pelas pacientes, o que foi evidenciado por Yoshida et al.²⁴ e Davis et al.²⁸. No entanto, o ensaio de Morin et al.³⁰ fornece reflexões importantes também para essa discussão. Considerando que tanto as mulheres do grupo tratado por fisioterapia quanto aquelas tratadas por lidocaína acabaram por obter melhor consciência a respeito de seu problema, essa, digamos, paridade educacional a respeito da doença para os dois grupos serve para ajustar a inferência a respeito da eficácia de cada tratamento. Como os resultados do grupo da fisioterapia foram significativamente superiores ($p=0,001$), então a fisioterapia especializada, nesses casos, deve ser superior à informação isolada e, conforme demonstrado, à informação combinada à lidocaína.

Pacientes com disfunções sexuais devem ter comprometimentos emocionais associados. De fato, estudos demonstraram que o desconforto relacionado à sexualidade, ou *sexual distress*, esteve alterado nas vítimas de VLP^{9,20,30}. O tratamento psicológico, portanto, deve ser imperativo.

Considerando-se, por fim, a evidência de que é a porção superficial da MAP aquela afetada nos casos de VLP²², o foco da fisioterapia pélvica nessas pacientes deve ser o combate à hiperatividade daquele grupamento muscular em específico, formado pelos músculos isquiocavernosos, bulboesponjoso e transversos do períneo³⁴.

Pelo aclamado princípio de "*Primum non nocere*", do médico inglês Thomas Sydeham³⁵, a cirurgia para a VLP deve ser usada somente em último caso, nas pacientes que não responderam aos tratamentos prévios³⁶. Nesse aspecto, fisioterapia pélvica emerge como modalidade sem contraindicações ou riscos em potencial³⁷. Aliando-se a esse fato a forte evidência a favor da eficácia da fisioterapia no tratamento da VLP, esta, aliada à psicoterapia, deveria encabeçar o algoritmo de terapêutico, tornando o tratamento mais célere, maximizando resultados e culminando, por fim, na potencialização da qualidade de vida de centenas de milhares de mulheres e parceiros(as) ao redor do mundo.

Conclusão

A VLP é um problema multifatorial e de etiologia complexa, para o qual não há consenso a respeito do tratamento mais apropriado. Há forte evidência de que o problema esteja associado à hiperatividade da musculatura superficial do assoalho pélvico. Também se evidenciou que a magnitude dos sintomas tende a regredir espontaneamente com o tempo.

Delineia-se a etiologia do problema como de origem funcional, necessitando de mais estudos a esse respeito. Corroborando essa tese, o sucesso da fisioterapia pélvica multimodal para o tratamento da VLP apresentou forte evidência favorável, fazendo com que esta seja considerada como primeira opção de tratamento para essas pacientes. Não houve consenso a respeito de quais técnicas fisioterapêuticas sejam as mais eficientes para essas pacientes.

Leituras suplementares

- Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI. Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol.* 2001;98(1):45-51.
- Gatche, RJ. Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: The biopsychosocial perspective. *Am Psychol.* 2004;59(8):795-805.
- Reed BD, Harlow SD, Sen A, Legocki LJ, Edwards RM, Arato N, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(170):1-9.
- Pukall CF, Payne KA, Kao A. Dyspareunia. *Handbook of Sexual Dysfunction.* Nova York. 2005, p. 249-72.
- Itza F, Zarza D, Gómez-Sancha F, Salinas J, Bautrant E. Puesta al día en el diagnóstico y tratamiento de la vulvodinia. *Actas Urol Esp.* 2012;36(7):431-8.
- Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med.* 1987 Feb;32(2):110-4.
- Young AW, Azoury RS, McKay M, Pincus S, Ridley CM, Zerner J. Burning vulva syndrome: Report of the ISSVD task force. *J Reprod Med.* 1984; 29-45.
- Mckay M. Vulvodynia versus pruritus vulvae. *Clin Obstet Gynecol.* 1985 Mar;28(1):123-33.
- Brotto LA, Sadownik LA, Thomson S, Dayan M, Smith KB, Seal BN, et al. A comparison of demographic and psychosexual characteristics of women with primary versus secondary provoked vestibulodynia. *Clin J Pain.* 2014;30(5):428-35.
- Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Parish S, Giraldi A. Standard operating procedures for female genital sexual pain. *J Sex Med.* 2013 Jan;10(1):83-93.
- Backman H, Widenbrant M, Bohm-Starke N, Dahlof LG. Combined physical and psychosexual therapy for provoked vestibulodynia: An evaluation of a multidisciplinary treatment model. *J Sex Res.* 2008 Oct-Dec;45(4):378-85.
- Munday P, Buchan A, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. Qualitative study of women with vulvodynia: Response to a multidisciplinary approach to management. *J Reprod Med.* 2007 Jan;52(1):19-22.
- Rosenbaum TY. Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders. *J Sex Marital Ther.* 2005 Jul-Sep;31(4):329-40.
- Pena OJM, Rodríguez PAJ, Villodres DA, Mármol NS, Lozano BJM. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp.* 2007;31(7):719-31.
- Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med.* 2007 Jan;4(1):4-13.
- Rosenbaum TY, Ben-Dror I. The Role of Physical Therapy in Female Sexual Dysfunction. *Harefuah.* 2009 Sep;148(9):606-10, 657.
- Etienne MA, Waitman MC. Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico. São Paulo: LPM; 2006.
- Whiteside JL, Walters MD, Mekhail N. Spinal cord stimulation for intractable vulvar pain. A case report. *J Reprod Med.* 2003 Oct;48(10):821-3.
- Nair AR, Klapper A, Kushnerik V, Margulis I, Del Priore G. Spinal cord stimulator for the treatment of a woman with vulvovaginal burning and deep pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2008 Feb;111(2 Pt 2):545-7.
- Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain.* 2009 Jan;141(1-2):31-40.
- Dionisi B, Anglana F, Inghirami P, Lippa P, Senatori R. Use of transcutaneous electrical stimulation and biofeedback for the treatment of vulvodynia (vulvar vestibular syndrome): result of 3 years of experience. *Minerva Ginecol.* 2008;60(6):485-91.
- 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 Feb;7(2 Pt 2):1003-22.
- Sadownik LA, Seal BN, Brotto LA. Provoked vestibulodynia-women's experience of participating in a multidisciplinary vulvodynia program. *J Sex Med.* 2012 Apr;9(4):1086-93.
- Yoshida LP. Uso da corrente interferencial no tratamento da vulvodinia localizada provocada [dissertação]. Campinas: UNICAMP; 2012.
- De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, Fabregat-Cit G, Dolz VM. Peripheral Subcutaneous Vulvar Stimulation in the Management of Severe and Refractory Vulvodynia. *Obstet Gynecol.* 2013;121(2 Pt 2 Suppl 1):495-8.
- Kestřánek J, Špaček J, Ryška P, Adamkov J, Matula V, Buchta V. Radiofrequency therapy for severe idiopathic vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis.* 2013 Oct;17(4):e1-4.
- Murina F, Graziottin A, Felice R, Radici G, Tognocchi C. Vestibulodynia: synergy between palmitoylethanolamide + transpodydatin and transcutaneous electrical nerve stimulation. *J Low Genit Tract Dis.* 2013 Apr;17(2):111-6.
- Davis SN, Bergeron S, Binik YM, Lambert B. Women with provoked vestibulodynia experience clinically significant reductions in pain regardless of treatment: results from a 2-year follow-up study. *J Sex Med.* 2013;10(12):3080-7.
- Vallina MS, Spoelstra SK, Hemel IL, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC. Transcutaneous electrical nerve stimulation as an additional treatment for women suffering from therapy-resistant provoked vestibulodynia: a feasibility study. *J Sex Med.* 2015 Jan;12(1):228-37.
- Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand M, Khalife S, Waddell G, et al. Randomized controlled trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight topical lidocaine in women suffering from provoked vestibulodynia. 40th Annual Meeting of the International Urogynecological Association, IUGA 2015, Nice, France. 2015;26(1 Suppl 1):S47-S49.
- Johnson MI, Paley CA, Howe TE, Sluka KA. Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain (Cochrane review) [with consumer summary]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015; Issue 6.
- Boardman LA, Stockdale CK. Sexual pain. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(4):682-90.
- Berghmans B, Bernards ATM, Van Heeswijk-Faase IC, Slieker-ten Hove MCP, Westerik-Verschuuren EHML, Gee-de Ridder I, et al. Guia de Prática Clínica da Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica. In: Palma PCR, Berghmans B, Seleme, MR, Ricetto CLZ, Pereira SB. Urofisioterapia: aplicações clínicas e técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 2 ed. São Paulo: AB Editora; 2014. 574 p.
- Ashton-Miller JA, Delancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci.* 2007 Apr;1101:266-96.
- Smith CM. Origin and uses of primum non nocere – above all, do no harm! *J Clin Pharmacol.* 2005 Apr;45(4):371-7.
- Ricci AP. Vulvodinia: un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(1):64-76.
- Berghmans LCM, Hendriks HJM, Bø K, Hay-Smith EJC, De Bie RA, Van Waalwijk Van Doorn ESC. Conservative treatment of stress genuine incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *Br J Urol.* 1998;82:181-91.