



## ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VULVODÍNIA

ANXIETY AND DEPRESSION IN VULVODYNIA

Fabielle Menezes Tolfo  
Gustavo Beltrame  
Eduarda Deluca Muller  
Kimberly Scariot  
Beatriz Geremias dos Santos

### INTRODUÇÃO

A sexualidade é experimentada de muitas maneiras diferentes pelas mulheres e, inevitavelmente, é influenciada por fatores biológicos, culturais, religiosos e psicológicos<sup>1</sup>. Dessa forma, a presença da vulvodínia, em foco aquela atrelada a fatores psicossociais, é um dos grandes responsáveis pela redução da qualidade de vida feminina<sup>2</sup>. Por definição, vulvodínia é a dor ou desconforto vulvar crônico, com duração de pelo menos 3 meses e de origem idiopática<sup>3</sup>. Essa dor ocorre de forma espontânea ou ao toque, podendo ocorrer até mesmo durante situações sexuais<sup>4</sup>. A etiologia é incerta e parece ser multifatorial, dessa forma, o diagnóstico é de exclusão, sendo imprescindível a ausência de achados anatômicos ou neurológicos macroscópicos<sup>5,6</sup>. A classificação ocorre de acordo com quatro características: (1) localização (generalizada, localizada ou mista); (2) situações que causam o desconforto (provocada, espontânea ou mista); (3) padrão temporal (intermitente,

persistente, constante, imediata ou tardia) e (4) início (primário ou secundário)<sup>5,7</sup>.

A vulvodínia representa a forma mais comum de dispareunia, mas não se limita à vida sexual da mulher pois pode ocorrer durante atividades diárias, o que interfere excessivamente na qualidade de vida das mulheres acometidas, reduzindo a saúde física e mental destas<sup>8-10</sup>. Apesar de não existir grandes estudos globais, as estimativas indicam que 10% a 28% de mulheres experimentarão da vulvodínia em algum período durante a vida<sup>2</sup>. Embora ela possa ocorrer em todas as faixas etárias, a incidência é maior em mulheres jovens, entre 16 e 24 anos, com taxas especialmente baixas em mulheres com mais de 70 anos ainda sexualmente ativas<sup>4</sup>.

Como já citado, a etiologia da doença é multifatorial, mas possui dois componentes bastante influentes. O primeiro são as condições musculoesqueléticas, especificamente a hiperatividade do assoalho pélvico<sup>11</sup>. Já o segundo é de origem psicossocial, destacando a importância da ansiedade e da depressão, dado que pacientes com estes

problemas psicológicos têm maior incidência de dor crônica, como o desconforto vulvar crônico<sup>4,11</sup>. Algumas outras etiologias sugeridas ou fatores associados foram: genética, inflamações em geral, infecções frequentes por fungos, dor neuropática, assoalho pélvico com disfunções hipertônicas, prolapso de órgãos pélvicos, desequilíbrios hormonais, oxalatos aumentados na urina e distúrbios psicológicos<sup>5,12-14</sup>.

Apesar de possuir sintomas característicos, descritos como coceira, ardor, picadas, irritação, sensação de pontadas ou de aspereza, somente 60% das mulheres com vulvodínia procuram atendimento médico e apenas 50% delas recebe um diagnóstico<sup>3,15</sup>. A dor é o principal sintoma, mas a vulvodínia geralmente acompanha os sentimentos de vergonha, baixa autoestima, redução da libido e outros desencadeantes de piora psicossocial e entre a mulher e seus parceiros<sup>4</sup>.

O tratamento é individual devido à origem multifatorial, ou seja, não há metodologia “padrão-ouro”<sup>16</sup>. No entanto, novas diretrizes referem o destaque das intervenções psicológicas e da fisioterapia pélvica como medidas primárias, tendo em vista a relevância desses como fatores causais<sup>11</sup>. O uso de outras opções farmacológicas, a exemplo de antinociceptivos, como a lidocaína e a

capsaicina, combinados ou isolados, podem apresentar melhora do desconforto e auxiliar na frequência da atividade sexual<sup>16-19</sup>. Outras medicações, como: anti-inflamatórios, neuromoduladores, agentes hormonais e relaxantes musculares também podem beneficiar algumas pacientes<sup>16</sup>.

## **METODOLOGIA**

O trabalho consiste na análise de artigos científicos e de periódicos acerca da saúde sexual da mulher com vulvodínia atrelada a fatores psicológicos.

## **RESULTADOS**

Diversos mecanismos fisiopatológicos e psicossociais contribuem tanto no desenvolvimento quanto na persistência da vulvodínia<sup>7,20</sup>. Através das análises estatísticas de um estudo, foi vista a correlação da ansiedade, da depressão e do transtorno de estresse pós-traumático com a vulvodínia<sup>6</sup>. Episódios de ansiedade e depressão estão associados a um risco aumentado em quatro vezes de desenvolver a doença<sup>21</sup>. Além disso, mulheres portadoras de vulvodínia quando comparadas às não portadoras, apresentam três vezes mais chances de ter fibromialgia, síndrome do intestino irritável, além de maior frequência de quadros como cistite intersticial e dor orofacial<sup>22,23</sup>.

Um estudo espanhol mostrou que 37,3% das pacientes com vulvodínia apresentavam comorbidades psiquiátricas, sendo que, os escores de escalas de ansiedade obtiveram resultado anormal, enquanto a depressão teve menor frequência<sup>6</sup>. A ansiedade e a depressão, além de fatores de risco para o desenvolvimento da vulvodínia, também podem ser precipitadas por ela<sup>4</sup>. Entretanto, embora haja evidências, ainda não foi completamente elucidado em que grau os distúrbios psicológicos são fatores de risco ou são consequências dessa dor vulvar crônica<sup>21,24</sup>. Estudos indicam que 60% das mulheres que são portadoras de sintomas característicos de vulvodínia vão à procura de ajuda e, entre estas, 40% nunca são diagnosticadas<sup>25</sup>. Além disso, a minoria que consegue obter diagnóstico encontra recursos de baixa qualidade e com escassa validação científica<sup>4</sup>, fator esse que contribui para a piora da qualidade de vida das mulheres nessa condição. Outro estudo mostra que há uma correlação dos níveis de ansiedade com a qualidade de vida da mulher com vulvodínia: quanto maior a ansiedade, pior é a qualidade de vida<sup>22</sup>.

A avaliação de distúrbios psicológicos como a ansiedade e a depressão são fundamentais no tratamento da vulvodínia<sup>26</sup>. Com isso, pode-se definir o perfil da paciente com vulvodínia, detectar um dos possíveis fatores causais, além de

poder direcionar a abordagem de tratamento<sup>27</sup>. A Quarta Consulta Internacional sobre Medicina Sexual afirma que intervenções psicológicas, fisioterapia pélvica e vestibulectomia para vestibulodínia provocada são as melhores abordagens na atualidade<sup>28</sup>. Sabendo da vasta gama de causadores da dor vulvar crônica de causa idiopática, têm-se uma larga opção de tratamentos. Dentre as opções farmacológicas, há a lidocaína tópica, que já foi tida como tratamento de primeira linha, mas um estudo duplo-cego controlado não observou diferenças entre a lidocaína e o placebo<sup>29</sup>. Outro fármaco em questão é a capsaicina, estudos não controlados observaram melhora na dor, porém, os estudos em questão combinaram capsaicina com lidocaína tópica, fato que dificultou a análise do efeito da capsaicina isolada, logo, seu efeito é inconclusivo<sup>30</sup>. Agentes anti-inflamatórios, neuromoduladores, relaxantes musculares e agentes hormonais são potencialmente benéficos quando individualizados, porém, ainda é necessário que mais estudos sejam feitos para que os tratamentos em questão sejam, de fato, recomendados<sup>16</sup>.

Por outro lado, há evidências atuais acerca de tratamentos não farmacológicos, que inclui desde abordagem de questões psicológicas, fisioterapia do assoalho pélvico e cirurgia, até tratamentos alternativos com laser e acupuntura<sup>28</sup>. A

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma opção precursora que pode ser feita de forma individual, em grupo ou em casal, e tem como intuito reduzir a dor e melhorar a função sexual dos envolvidos<sup>16</sup>. Recentemente, foi feita uma pesquisa com mulheres tratadas com vestibulectomia cirúrgica, biofeedback eletromiográfico (EMG) ou TCC, e seis meses após o tratamento foi evidenciado que as que passaram pela TCC tiveram grande melhoria na dor em relação às submetidas a vestibulectomia, e, dois anos e meio após, não houve diferença na dor durante a relação sexual entre esses dois grupos<sup>31</sup>. Já as que receberam o biofeedback EMG tiveram os mesmos resultados de melhora que as da TCC em seis meses, porém, após dois anos e meio não acompanharam os bons resultados de dor e satisfação sexual dos demais grupos, sendo assim, o suporte psicológico foi mantido para a totalidade<sup>31</sup>. Outro estudo randomizado foi realizado com um grupo de mulheres em tratamento com creme corticosteroide por treze semanas e outro com TCC<sup>32</sup>. Nisso, após seis meses, as mulheres do grupo de TCC tiveram melhores resultados comparado ao grupo das tratadas com corticosteroide<sup>33</sup>. Por fim, um estudo randomizado, durante um ano, obteve que a TCC comparada a psicoterapia de suporte individual apresentou melhora significativa da dor e da função sexual<sup>33</sup>.

## CONCLUSÃO

A vulvodínia é, inegavelmente, uma condição que causa impactos negativos na qualidade de vida das mulheres, tanto no que tange à vida sexual quanto no dia a dia. Atualmente, ainda não se tem clareza sobre a sua etiologia – é considerada de causa multifatorial – mas sabe-se que se associa direta e indiretamente a quadros de ansiedade e depressão. Por mais que seja um distúrbio muito frequente na Ginecologia, o diagnóstico da vulvodínia ainda é de exclusão e o tratamento deve ser individualizado.

Devido à correlação com a ansiedade e a depressão, a Terapia Cognitivo-Comportamental se mostra benéfica para as pacientes acometidas pela vulvodínia, uma vez que tem efeitos positivos inclusive na melhora da vida sexual dessas mulheres e dos seus parceiros. Alguns medicamentos como capsaicina e lidocaína tópica são usadas no tratamento dessa condição, bem como agentes anti-inflamatórios, neuromoduladores, relaxantes musculares e agentes hormonais, porém, ainda é necessário que mais estudos sejam feitos para que esses fármacos sejam, de fato, recomendados.

É cabível ressaltar a importância de controlar os sintomas psicológicos das mulheres, uma vez que é comprovada a

relação entre a ansiedade e a depressão com a intensificação dos sintomas da vulvodínia e a piora da qualidade de vida das mulheres. Por isso, é necessário que o tratamento seja individualizado conforme as necessidades de cada paciente, mantendo-as informadas sobre o processo do tratamento, uma vez que podem não trazer os resultados esperados e piorar os sintomas psicológicos das mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Skalacka K, Gerymski R. Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*. 2019;19(3):195-201.
2. Chisari C, Monajemi MB, Scott W, Moss-Morris R, McCracken LM. Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *Eur J Pain*. 2021;25(1):39-50.
3. Vasileva P, Strashilov SA, Yordanov AD. Aetiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Prz Menopauzalny*. 2020;19(1):44-48.
4. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):36.
5. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D; consensus vulvar pain terminology committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD); International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH); International Pelvic Pain Society (IPPS). 2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *J Sex Med*. 2016;13(4):607-12.
6. Tribó MJ, Canal C, Baños JE, Robleda G. Pain, Anxiety, Depression, and Quality of Life in Patients with Vulvodynia. *Dermatology*. 2020;236(3):255-261.
7. Pukall CF, Goldstein AT, Bergeron S, Foster D, Stein A, Kellogg-Spadt S, Bachmann G. Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors. *J Sex Med*. 2016;13(3):291-304.
8. Dunkley CR, Brotto LA. Psychological Treatments for Provoked Vestibulodynia: Integration of Mindfulness-Based and Cognitive Behavioral Therapies. *J Clin Psychol*. 2016;72(7):637-50.
9. Bornstein J, Preti M, Radici G, Stockdale CK, Vieira-Baptista P. Vulvodynia: a neglected chronic pain diagnosis. *Pain*. 2019;160(7):1680-1681.
10. Chalmers KJ, Catley MJ, Evans SF, Moseley GL. Clinical assessment of the impact of pelvic pain on women. *Pain*. 2017;158(3):498-504.
11. Govind V, Krapf JM, Mitchell L, Barela K, Tolson H, Casey J, Goldstein AT.

Exploring Pain-Related Anxiety and Depression in Female Patients With Provoked Vulvodynia With Associated Overactive Pelvic Floor Muscle Dysfunction. *Sex Med.* 2020;8(3):517-524.

12. Groysman V. Vulvodynia: new concepts and review of the literature. *Dermatol Clin.* 2010;28(4):681-96.

13. Falsetta ML, Foster DC, Bonham AD, Phipps RP. A review of the available clinical therapies for vulvodynia management and new data implicating proinflammatory mediators in pain elicitation. *BJOG.* 2017;124(2):210-218.

14. Thomtén J, Lundahl R, Stigenberg K, Linton S. Fear avoidance and pain catastrophizing among women with sexual pain. *Womens Health (Lond).* 2014;10(6):571-81.

15. Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RH, Rydell SA, Turner RM, MacLehose RF. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(1):1-8.

16. Rosen NO, Dawson SJ, Brooks M, Kellogg-Spadt S. Treatment of Vulvodynia: Pharmacological and Non-Pharmacological Approaches. *Drugs.* 2019;79(5):483-493.

17. Loflin BJ, Westmoreland K, Williams NT. Vulvodynia: A Review of the Literature. *J Pharm Technol.* 2019;35(1):11-24.

18. Zolnoun DA, Hartmann KE, Steege JF. Overnight 5% lidocaine ointment for treatment of vulvar vestibulitis. *Obstet Gynecol.* 2003;102(1):84-7.

19. Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(11):1360-7.

20. Wesselmann U, Bonham A, Foster D. Vulvodynia: Current state of the biological science. *Pain.* 2014;155(9):1696-1701.

21. Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, Maclehorse RF, Stewart EG, Harlow BL. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(10):1445-51.

22. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S, Rhoads GG. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol.* 2006;107(3):617-24.

23. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Edwards RM, Chen D, Haefner HK. Relationship between vulvodynia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):145-51.

24. Tribó MJ, Andi6n O, Ros S, Gilaberte M, Gallardo F, Toll A, Ferrán M, Bulbena A, Pujol RM, Baños JE. Clinical characteristics and psychopathological profile of patients with vulvodynia: an

observational and descriptive study. *Dermatology*. 2008;216(1):24-30.

25. Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(3):545-50.

26. Alappattu M, Lamvu G, Feranec J, Witzeman K, Robinson M, Rapkin A. Vulvodynia is not created equally: empirical classification of women with vulvodynia. *J Pain Res*. 2017;10:1601-1609.

27. Reed BD, Plegue MA, Williams DA, Sen A. Presence of Spontaneous Pain and Comorbid Pain Conditions Identifies Vulvodynia Subgroups. *J Low Genit Tract Dis*. 2016;20(1):57-63.

28. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med*. 2016;13(4):572-90.

29. Foster DC, Kotok MB, Huang LS, Watts A, Oakes D, Howard FM, Poleshuck EL, Stodgell CJ, Dworkin RH. Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2010;116(3):583-593.

30. Murina F, Radici G, Bianco V. Capsaicin and the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a valuable alternative? *MedGenMed*. 2004;6(4):48.

31. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, Amsel R. A randomized comparison of group

cognitive--behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*. 2001;91(3):297-306.

32. Bergeron S, Khalifé S, Dupuis MJ, McDuff P. A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(3):259-68.

33. 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;141(1-2):31-40.