

# Vulvodínia: diagnóstico e tratamento

Vulvodynia: diagnosis and treatment

Marilene Vale de Castro Monteiro<sup>1</sup>

Larissa Volpini Barreto<sup>2</sup>

Andrea Giroto Amorim<sup>2</sup>

Mucio Barata Diniz<sup>3</sup>

Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca<sup>1</sup>

Agnaldo Silva Lopes Filho<sup>4</sup>

## Palavras-chave

Prurido vulvar

Vulvodínia

Vestibulite vulvar

## Keywords

Pruritus vulvae

Vulvodynia

Vulvar vestibulitis

## Resumo

A vulvodínia é uma condição de desconforto vulvar crônico que afeta milhares de mulheres a cada ano. Trata-se de síndrome multifatorial com grande impacto na qualidade de vida das mulheres afetadas. Seu tratamento representa atualmente um desafio para o médico assistente que, apesar de estar mais atento ao seu diagnóstico, ainda não encontra evidências científicas para tratamento dessas pacientes. Ainda não é possível encontrar revisões sistemáticas ou metanálises pela heterogeneidade dos artigos. A abordagem multidisciplinar parece trazer melhores resultados. Habitualmente essas mulheres passam por vários especialistas à procura de alívio dos seus sintomas, na maioria das vezes sem sucesso. Este artigo objetiva fazer uma revisão atualizada do diagnóstico e tratamento da vulvodínia para orientar a prática clínica.

## Abstract

Vulvodynia is a vulvar discomfort and chronic condition that affects millions of women each year. It is a multifactorial syndrome with great impact on the quality of life of women affected by it. Its treatment is currently a challenge for the physician. Despite being closer to the diagnosis, scientific evidence for treating these patients has not yet been found. Systematic reviews and meta-analysis cannot be found due to the heterogeneity of the articles. A multidisciplinary approach seems to bring the best results. Usually these women consult several specialists seeking relief of their symptoms, most of the time without success. The aim of this article is to review the current diagnosis and treatment of vulvodynia to guide clinical practice.

Estudo realizado no Hospital das Clínicas, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>1</sup>Professora Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup>Residente do Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Coordenador do Serviço de Uroginecologia do Hospital Vila da Serra – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>4</sup>Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Marilene Vale de Castro Monteiro – Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – Avenida Professor Alfredo Balena, 190/217 – CEP: 30130-100 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: marilene.vale@gmail.com

**Conflito de interesses:** não há.

## Introdução

Desde sua primeira descrição em 1880, na ocasião referida como “sensibilidade excessiva dos nervos na mucosa vulvar”<sup>1</sup> ou “hipersensibilidade da vulva”<sup>2</sup>, a desordem dolorosa crônica vulvar recebeu várias denominações, como, por exemplo, vestibulite vulvar, hiperestesia vulvar, vulvodínia e síndrome de ardor vulvar. Atualmente, seguindo o conceito dado pela *International Society for the Study of Vulvovaginal Disease* (ISSVD), caracterizamos a vulvodínia como desconforto ou dor vulvar crônico, de duração mínima de três meses, caracterizado como ardor, irritação, prurido ou sensação de “picada”. Tais sintomas não devem ser associados à infecção, dermatose, doença neurológica ou neoplasia identificável na região genital.

Desde 2003 a ISSVD classifica a vulvodínia em generalizada e localizada, sendo cada uma dessas subdivida em provocada, não provocada e mista, de acordo com a característica dos sintomas<sup>3,4</sup>.

A vulvodínia localizada caracteriza-se pela dor ao toque em área específica: véstíbulo (vestibulodínia), clitóris (clitorodínia) ou unilateral (hemivulvodínia). Corresponde a 80% dos casos. As mulheres acometidas relatam dispareunia ou evitam o coito devido à dor em intróito vaginal. A dor pode durar horas ou até dias após a relação sexual. A inserção de tampões ou aplicadores vaginais, o uso de roupas justas, exercícios como cavalgar e andar de bicicleta, o exame especular e até a prática de atividade física também podem ser dolorosos. A vulvodínia localizada pode ainda ser subdividida em primária (dor iniciada desde a primeira relação sexual) e secundária (após um período de função sexual normal).

A vulvodínia generalizada é descrita como dor ou queimação na vulva, incluindo monte pubiano, grandes e pequenos lábios, véstíbulo e períneo. A dor pode ser constante ou intermitente, de surgimento abrupto ou gradual, variando de leve desconforto a dor intensa que limita as atividades diárias (como sentar-se).

Outro termo utilizado é vestibulodínia, que pode ser classificada em vulvodínia localizada e provocada e em vulvodínia generalizada não provocada<sup>5,6</sup>. A vestibulodínia pode corresponder a até 80% dos casos<sup>7</sup>.

A primeira descrição de vestibulodínia foi feita em 1987 por E. Friedrich<sup>8</sup>, que descrevia três critérios para a síndrome:

1. dor intensa ao toque em véstíbulo ou na tentativa de penetração;
2. sensibilidade à pressão localizada em véstíbulo; e
3. eritema vulvar (inflamação). O termo vestibulite tem sido abandonado, visto que a inflamação não é achado comum<sup>9</sup>.

A vulvodínia afeta milhares de mulheres a cada ano, desde a adolescência à menopausa. Estima-se uma prevalência de

4 a 16% das mulheres nos Estados Unidos<sup>7,10</sup>. Não temos dados epidemiológicos no Brasil sobre essa doença. Interfere diretamente na autoimagem feminina e afeta a qualidade de vida dessas mulheres, com impacto físico, psicológico, sexual e social<sup>11</sup>. Dada a característica multifatorial da síndrome e a dificuldade de tratamento, as pacientes geralmente passam por vários especialistas, incluindo ginecologistas, especialistas em dor crônica e clínicos<sup>10</sup>.

## Metodologia

Foi realizada revisão dos artigos a respeito de vulvodínia publicados no período de 2001 a 2015, não sendo identificados estudos observacionais ou randomizados de relevância. Então, optamos por artigos de revisão com objetivo de realizar um guia prático para o dia a dia do ginecologista sobre como abordar e diagnosticar essa doença. Foi realizada busca nas plataformas MEDLINE, PubMed e também no site da *International Society for the Study of Vulvar Disease* (ISSVD).

## Discussão

A fisiopatologia sugere uma desordem crônica dos nervos da vulva<sup>12,13</sup>, porém não existe causa conhecida para a vulvodínia. Acredita-se numa teoria multifatorial, incluindo fatores genéticos e embriológicos, inflamação crônica, disfunção muscular do assoalho pélvico, alterações hormonais, alterações em vias nervosas, dietéticas, fatores imunes e psicossociais<sup>12,14-17</sup>. As infecções do trato geniturinário (vaginose, candidíase, condiloma, tricomoníase e infecção urinária) são fatores de risco conhecidos<sup>18-20</sup>.

Uma das teorias mais aceitas para a etiologia da vulvodínia é a dor neuropática (Quadro 1). A dor neuropática é definida pela Associação Internacional de Estudo da Dor como uma dor complexa iniciada por uma lesão primária ou disfunção do sistema nervoso<sup>21</sup>.

**Quadro 1** - Teorias mais aceitas para a fisiopatologia da vulvodínia

Vulvodínia generalizada	Vulvodínia localizada
Disfunção neuroseletiva do nervo pudendo	Fatores desencadeantes: infecção, alergia, trauma, parto
Neuropatia autônoma dos nervos menores	Alterações do tecido vestibular: inflamações, citocinas, dano oxidativo nos nervos, aumento localizado de fluxo sanguíneo, alteração de receptores hormonais
Hipersensibilidade de regiões periféricas do corpo	Alteração dos nervos vestibulares
Neuroadaptação alterada à dor crônica	Disfunção dos músculos do assoalho pélvico Sensibilização central na alça de feedback da dor

A dor descrita pelas pacientes com vulvodínia é similar à dor descrita por pacientes com nevralgia pós-herpética ou neuropatia diabética, como em queimação e frequentemente exacerbada por fatores desencadeantes. Além disso, pacientes com vulvodínia apresentam terminações nervosas nociceptivas em maior número e calibre, que podem contribuir para maior sensibilidade<sup>12,16,17</sup>. Estudos demonstraram que fatores genéticos podem estar associados a uma predisposição ao desenvolvimento de dor neuropática, especificamente associado ao alelo 2 da interleucina 1 beta<sup>22</sup>.

Outro dado interessante é que a vulvodínia encontra-se frequentemente associada a outras doenças, tais como cistite intersticial, fibromialgia e síndrome do intestino irritável. A associação dessas condições é encontrada em até 27% dos casos<sup>23,24</sup>. Outras condições associadas incluem a síndrome da fadiga crônica, estresse pós-traumático, depressão, enxaqueca e candidíase recorrente<sup>25-27</sup>.

A avaliação da paciente com vulvodínia começa pela descrição dos sintomas, dissociando-os de mudanças de vida, estresse, medicamentos, lactação, menopausa ou cirurgias. Deve-se descartar a possibilidade de irritantes locais (como produtos de contato, sabonetes, absorventes)<sup>6</sup>.

Na anamnese pode-se investigar a presença de vulvodínia ao perguntar se a paciente apresenta dor genital; se apresenta queimação genital há mais de três meses; se já teve dez ou mais episódios de dor ao colocar absorvente interno ou coito ou no exame ginecológico; e se essa dor limita (atrapalha) o coito. Alguns autores acreditam que quando a resposta é sim nessas 4 perguntas, existe 80% de chance do diagnóstico de vulvodínia.

Na inspeção vulvar deve-se procurar por alterações sugestivas de dermatoses ou lesões malignas e ficar atento a sinais de infecção e atrofia. Em casos de lesões suspeitas estão indicadas a vulvoscopia e a biópsia. Na ausência de alterações dermatológicas a vulvoscopia tem valor limitado<sup>28,29</sup>. O exame especular pode ser útil para afastar infecção concomitante por fungos e outras colpites e para a coleta de material para cultura quando necessário (Quadro 2).

#### Quadro 2 - Diagnóstico diferencial de vulvodínia

Candidíase vulvovaginal
Neoplasia intraepitelial vulvar
Trocominiase
Herpes genital
Dermatite de contato
Vaginite atrófica
Carcinoma escamoso de vulva
Líquen esclero-atrófico
Lesão de nervo pudendo, nervo genitofemoral e nervo ilioinguinal
Aprisionamento do nervo pudendo
Neuropatia periférica

O diagnóstico de vulvodínia e vestibulodínia é de exclusão e deve ser estabelecido diante do teste do cotonete positivo (Figura 1). Trata-se de um teste simples, no qual a paciente gradua a dor sentida ao toque da genitália externa com um cotonete. O examinador deve tocar levemente a vulva para identificar áreas de dor. O teste deve ser feito no sentido horário, tocando parte interna das coxas, monte de Vênus, grandes lábios, sulco interlabial, pequenos lábios, região periuretral/clitoriana, glândula de Bartholin, corpo perineal e vestibulo bilateralmente<sup>30</sup>. Apresentamos duas figuras dos achados mais comuns na vulvodínia localizada e generalizada após realização do teste do cotonete (Figuras 2 e 3).

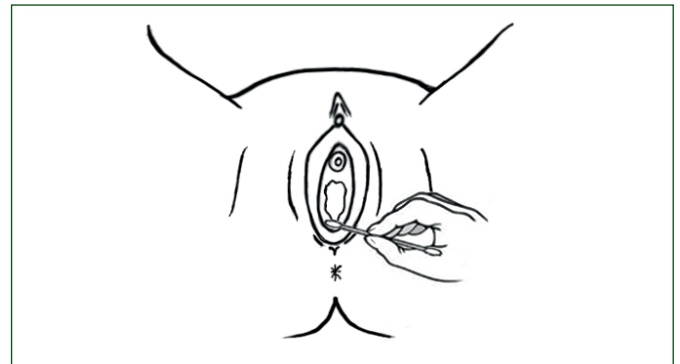


Figura 1 - Teste do cotonete

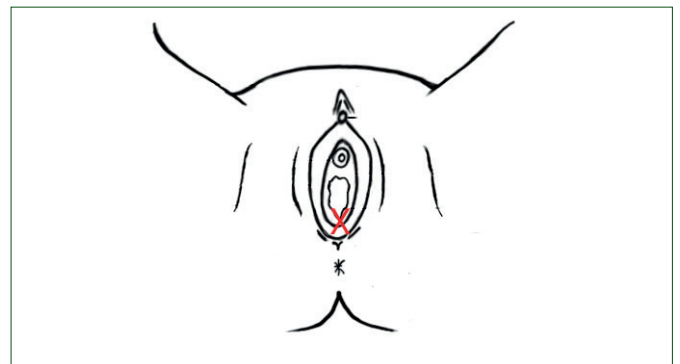


Figura 2 - Vulvodínia localizada (80%): "Dói ao distender/abrir com toque ou pressão"

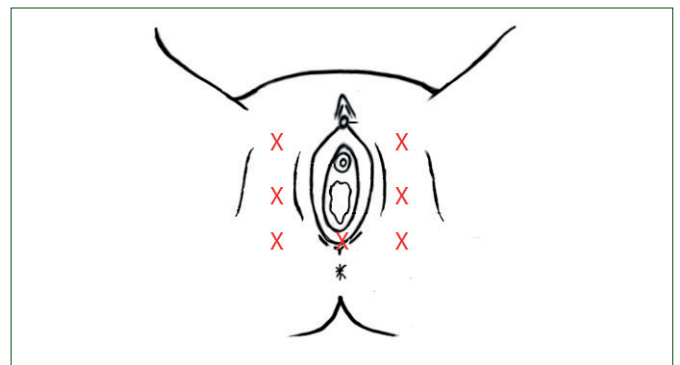


Figura 3 - Vulvodínia generalizada (20%): "Dói tudo, o tempo todo"

O exame físico deve ainda incluir a pesquisa de vaginismo, condição comumente associada à vulvodínia. Trata-se do espasmo involuntário da musculatura pélvica e pode ser pesquisado pressionando o dedo contra os músculos levantador do ânus e obturador interno. A dor ou contratura muscular diante do toque diagnóstica o vaginismo<sup>6</sup>.

Podemos propor um fluxo de diagnóstico e conduta baseado na presença ou não de sinais clínicos. Na presença de sinais clínicos, o tratamento será direcionado para o tipo de alteração encontrada, como inflamação, neoplasia ou desordem neurológica. Na ausência de sinais clínicos, a abordagem depende se a dor é localizada ou generalizada (Figura 4).

Considerando o caráter multifatorial e crônico dessa síndrome, o tratamento da vulvodínia representa grande desafio para as pacientes e seus médicos assistentes e requer assistência multidisciplinar incluindo ginecologistas, neurologistas, dermatologistas, psicólogos, dentre outros profissionais. O tratamento pode ser demorado e frustrante e o entendimento da paciente sobre sua condição e quais são os objetivos de seu tratamento são fundamentais. As evidências disponíveis atualmente para o tratamento da vulvodínia se baseiam em opinião de especialistas, experiência clínica ou estudos descritivos. Poucos estudos controlados e randomizados estão disponíveis<sup>6,31</sup>. As evidências atuais ainda são insuficientes para apoiar o uso de qualquer terapia não cirúrgica no tratamento da vulvodínia e grande parte dos efeitos pode ser atribuída ao efeito placebo (até 35%)<sup>5</sup>.

A diminuição da dor pode levar semanas a meses, mesmo com o tratamento adequado, e a resolução dos sintomas pode não ser completa<sup>31</sup>. O objetivo primário do tratamento não é a ausência de sintomas, mas sim a melhora do desconforto, da função sexual e o retorno às atividades diárias<sup>6</sup>.

Uma modalidade de tratamento isolada não é eficaz, e atualmente o tratamento da vulvodínia se baseia em cuidados locais/autocuidado, medicamentos tópicos, orais e/ou injetáveis, aconselhamento sexual, psicoterapia e/ou intervenções cirúrgicas<sup>29</sup>.

O cuidado com a pele e higiene da vulva é essencial para eliminar a possibilidade de irritantes como desencadeantes dos sintomas. Produtos em contato com a pele da vulva como perfumes, hidratantes, sabonetes íntimos, roupas íntimas de tecido sintético ou shampoo podem ser considerados irritantes e devem ser evitados<sup>29</sup>. A adesão aos autocuidados e higiene vulvar tem se mostrado uma estratégia inicial eficaz para a redução dos sintomas de queimação, prurido, dor e dispareunia<sup>30</sup>. A higiene deve ser realizada sempre com água morna e as relações sexuais com uso de lubrificantes. Os parceiros também devem ser orientados a evitar o uso de possíveis irritantes.

Recomenda-se cautela com banhos de assento e banheira pela possibilidade de ficarem resíduos irritativos. Algumas pacientes relatam alívio com a colocação de compressas de gelo local por 2 a 3 minutos<sup>30</sup>. Podem ser usados óleos vegetais com função emoliente. O óxido de zinco e a pomada com vitamina A podem ser usados duas vezes ao dia com objetivo de formar barreira protetora na pele<sup>6</sup>.

Outra abordagem terapêutica são os exercícios do assoalho pélvico, o uso de dilatadores, a eletroestimulação elétrica transcutânea (TENS) vaginal e o treinamento vaginal, todos, porém, sem dados suficientes para comprovar eficácia.

Ainda não há estudos suficientes para garantir as vantagens da terapia cognitiva comportamental, porém sempre se destaca a importância de uma abordagem multidisciplinar, incluindo tratamento psicológico, terapia de casal/sexual, acupuntura, dentre outros vários ainda em estudo. A adoção de dietas para diminuir o oxalato urinário possui poucas evidências<sup>30,31</sup>.

Dentre as medicações tópicas para o tratamento da vulvodínia, as pomadas são mais utilizadas do que as medicações disponibilizadas em óleo, visto que o óleo apresenta maior quantidade de conservantes e estabilizadores que podem causar irritação.

Inúmeras medicações têm sido utilizadas e, segundo a revisão feita por Andrews em 2011, não há dados suficientes para recomendar o uso de medicações tópicas como gabapentina e cetoconazol<sup>5</sup>. Os cremes de estrogênio vaginais são indicados nos casos de vaginite atrófica.

Os anestésicos locais como a lidocaína podem proporcionar alívio. A lidocaína gel 2% deve ser aplicada 15 a 20 minutos antes do coito/penetração. O anestésico pode provocar irritação peniana, por isso deve-se aconselhar uso de condom e higiene após o coito, bem como evitar contato oral<sup>32</sup>.

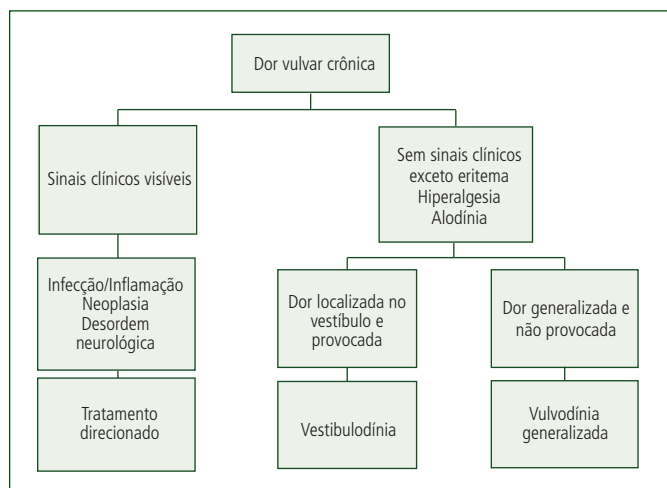


Figura 4 - Roteiro de diagnóstico da vulvodínia

Antidepressivos tópicos como a gabapentina 2% e 6%, amitriptilina 2% e baclofeno 2% também podem ser utilizados<sup>33</sup>.

Medicamentos com ação central podem diminuir a dor quando essa também é central, alterando a transmissão de impulsos dolorosos. Várias opções terapêuticas foram e estão sendo utilizadas, como amitriptilina, gabapentina, venlafaxina, duloxetine e topiramato na tentativa de tratamento da dor neuropática. Dentre eles, a amitriptilina mostrou melhores resultados, podendo ser associada ou não à triancinolona<sup>34</sup>.

A vestibulectomia para pacientes com dor localizada é um tratamento que deve ser considerado após falha das outras modalidades terapêuticas. A taxa de sucesso varia de 60 a 90% de acordo com revisão da literatura e estudo prospectivo<sup>35</sup>. Ainda não há dados suficientes para recomendar uma técnica específica<sup>5</sup>.

As medicações para dor neuropática geralmente são mantidas após a cirurgia para melhorar a qualidade de vida e ajudar no retorno à atividade sexual<sup>36</sup>.

## Conclusão

No tratamento da vulvodínia recomenda-se definir os objetivos do tratamento proposto; estimular mudanças e adaptação no estilo de vida que possam aliviar os sintomas; evitar que a paciente se sinta responsável pela falha de algum tratamento, pois ela é frequente; não superestimar o tratamento para não causar frustração; informar a paciente sobre os recursos disponíveis e o que há de evidência na atualidade sobre eles. O tratamento deve ser multidisciplinar e individualizado.

## Leituras suplementares

1. Thomas TG. Practical treatise on the diseases of women. Philadelphia: Henry C Leason; 1880. 145 p.
2. Skene AJ. Diseases of the external organs of generation. In: Ashwell S. A practical treatise on the diseases of women. New York: D Appleton & Co; 1888. p. 77-99.
3. Haefner HK. Report of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease terminology and classification of vulvodínia. *J Low Genit Tract Dis.* 2007;11(1):48-9.
4. Moyal-Barracco M, Lynch PJ. 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodínia: a historical perspective. *J Reprod Med.* 2004;49(10):772-7.
5. Andrews, JC. Vulvodínia interventions: systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv.* 2011;66(5):299-315.
6. Shah M, Hoffstetter S. Vulvodínia. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2014;41(3):453-64.
7. Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodínia? *J Am Med Womens Assoc.* 2003;58(2):82-8.
8. Friedrich EG. Vulvar vestibulitis syndrome. *J Reprod Med.* 1987;32(2):110-4.
9. 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.
10. Bachmann GA, Rosen R, Pinn VW, Utian WH, Ayres C, Basson R, et al. Vulvodínia: a state-of-the-art consensus on definitions, diagnosis and management. *J Reprod Med.* 2006;51(6):447-56.
11. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Legocki LJ, Edwards RM, Arato N, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodínia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(2):170.e1-9.
12. Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Increased intraepithelial innervation in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest.* 1998;46(4):256-60.
13. Weström LV, Willén R. Vestibular nerve fiber proliferation in vulvar vestibulitis syndrome. *Obstet Gynecol.* 1998;91(4):572-6.
14. Gardella B, Porru D, Ferdeghini F, Martinotti G, Nappi RE, Rovereto B, et al. Insight into urogynecologic features of women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Eur Urol.* 2008;54(5):1145-51.
15. Reed BD, Harlow SD, Sen A, Edwards RM, Chen D, Haefner HK. Relationship between vulvodínia and chronic comorbid pain conditions. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):145-51.
16. Bohm-Starke N, Hilliges M, Falconer C, Rylander E. Neurochemical characterization of the vestibular nerves in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol Obstet Invest.* 1999;48(4):270-5.
17. Tympanidis P, Terenghi G, Dowd P. Increased innervation of the vulvar vestibule in patients with vulvodínia. *Br J Dermatol.* 2003;148(5):1021-7.
18. Nguyen RH, Swanson D, Harlow BL. Urogenital infections in relation to the occurrence of vulvodínia. *J Reprod Med.* 2009;54(6):385-92.
19. McCormack WM. Two urogenital sinus syndromes. Interstitial cystitis and focal vulvitis. *J Reprod Med.* 1990;35(9):873-6.
20. Fitzpatrick CC, DeLancey JO, Elkins TE, McGuire EJ. Vulvar vestibulitis and interstitial cystitis; a disorder of urogenital sinus-derived epithelium. *Obstet Gynecol.* 1993;81(5 Pt 2):860-2.
21. Dieleman JP, Kerklaan J, Huygen FJ, Bouma PA, Sturkenboom MC. Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. *Pain.* 2008;137(3):681-8.
22. Gerber S, Bongiovanni AM, Ledger WJ, Witkin SS. Interleukin-1beta gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;107(1):74-7.
23. Gardella B, Parro D, Nappi R, Daccò MD, Chiesa A, Spinillo A. Interstitial cystitis is associated with vulvodínia and sexual dysfunction: a case-control study. *J Sex Med.* 2011;8(6):1726-34.
24. Carrico DJ, Sherer KL, Peters KM. The relationship of interstitial cystitis/painful bladder syndrome to vulvodínia. *Urol Nurs.* 2009;29(4):233-8.
25. Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. *J Urol.* 2007;177(2):450-6.
26. Arnold LD, Bachmann GA, Rosen R, Kelly S, Rhoads GG. Vulvodínia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstet Gynecol.* 2006;107(3):617-24.
27. Balgia BS, editor. Principles & practice of colposcopy. New Delhi: JP Medical Pub; 2011. p. 195-206.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion number 345. Vulvodínia. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2006.
29. Eppsteiner E, Boardman L, Stockdale CK. Vulvodínia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(7):1000-12.
30. Lifits-Podorozhansky YM, Podorozhansky Y, Hoffstetter S, Gavard JA. Role of vulvar care guidelines in the initial management of vulvar complaints. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(2):88-91.
31. Bergeron S, Binik YM, Khalifé S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. 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. Clinical Effectiveness Group. 2014 UK National Guideline on the Management of Vulval Conditions. London: British Association for Sexual Health and HIV (BASHH); 2014. 22 p.
33. Edwards L. Vulvovaginal pain causes and management. *Vulvovaginal disease update 2013.* Durham; 2013.
34. Brown CS, Wan J, Bachmann G, Rosen R. Self-management, amitriptyline, and amitriptyline plus triamcinolone in the management of vulvodínia. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(2):163-9.
35. Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Surgical treatment of vulvar vestibulitis: a review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(11):1385-95.