

Manejo y tratamiento de la vulvodinia. Revisión bibliográfica.

Sánchez Reyes, Rosalía; Salmerón Martín, Marcos; Palacios Vega, Carlos Manuel; González Lumbreras, Natalia; Pastor Salvador, Paola María; De la Fuente Ruiz, Claudia. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN

La vulvodinia es una entidad clínica que se define como dolor vulvar crónico e idiopático de al menos tres meses de duración. Puede ser localizado o generalizado; provocado, espontáneo o mixto; primario o secundario según el momento de inicio; y con patrones temporales variados (intermitente, persistente, constante, inmediato o retardado). Tiene repercusiones negativas en las mujeres que la padecen, y, ocasionalmente, la respuesta al tratamiento es errática.



OBJETIVOS

Por ello, consideramos importante realizar una revisión de los distintos tratamientos disponibles y las opciones alternativas en caso de refractariedad a los mismos. Debemos realizar una evaluación completa de las pacientes, identificar causas, disminuir factores que exacerban el dolor y hacer un abordaje multidisciplinar incluyendo profesionales de diferentes especialidades, con el objetivo de conseguir un manejo global de dicha patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos una revisión bibliográfica estructurada sobre las últimas recomendaciones disponibles respecto al manejo de la vulvodinia.



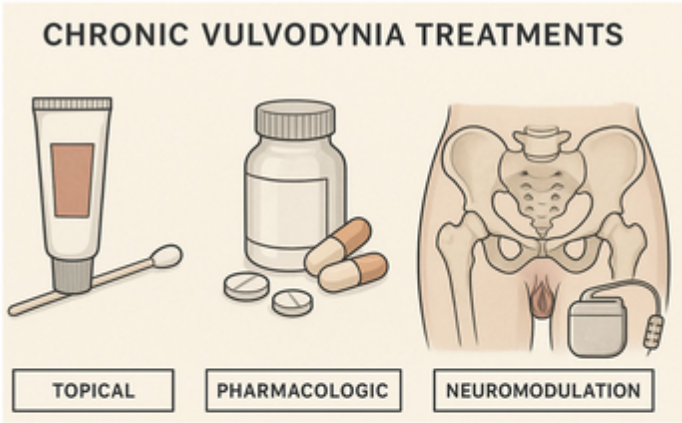
RESULTADOS

Tratamiento	Tipo	Indicaciones	Nivel de evidencia / Comentario
Lidocaína tópica 5%	Anestésico local	Dolor localizado, previo a relaciones sexuales	1ª línea. Evidencia moderada, buen perfil de seguridad.
Estrógenos tópicos (estradiol 0.01%)	Hormonal	Mujeres peri/postmenopáusicas, atrofia, inicio tras ACO	1ª línea. Efectivo en casos hormonales.
Testosterona tópica (opcional)	Hormonal	Asociado a estrógenos en algunos casos específicos	Evidencia limitada, uso individualizado.
Amitriptilina / Nortriptilina	Antidepresivo tricíclico	Dolor neuropático, alodinia, hiperestesia	2ª línea. Evidencia moderada, buena respuesta en algunos.
Duloxetina / Milnacipran / Venlafaxina	SNRI	Dolor neuropático asociado a depresión/ansiedad	2ª línea. Alternativa a TCAs, mejor tolerancia.
Gabapentina / Pregabalina (oral)	Anticonvulsivante	Dolor neuropático generalizado o localizado	2ª línea. Evidencia creciente, especialmente gabapentina.
Gabapentina tópica (6%, 2%)	Anticonvulsivante tópico	Dolor vulvar localizado, alodinia	2ª línea. Menos efectos sistémicos.

Tratamiento	Tipo	Indicaciones	Nivel de evidencia / Comentario
Diazepam vaginal	Relajante muscular local	Hipertonía del piso pélvico, dispareunia	2ª línea. Uso off-label, buena evidencia clínica.
Cromoglicato disódico tópico (cromolina 5-10%)	Estabilizador mastocitario	Vulvodinia asociada a mastocitosis, prurito, ardor	2ª-3ª línea. Evidencia limitada (casos/series).
Antifúngicos orales (fluconazol)	Antifúngico	Vulvodinia con candidiasis recurrente sospechada o confirmada	2ª línea. Indicado solo en sospecha clara.
Botox (toxina botulínica tipo A)	Neuromodulador muscular	Casos refractarios, hipertonía del piso pélvico	3ª línea. Evidencia moderada, terapéutica invasiva.
Capsaicina tópica	Desensibilizante local	Casos refractarios, dolor neuropático localizado	3ª línea. Requiere uso concomitante de lidocaína.
Combinaciones (amitriptilina, ketamina, baclofeno, tópicos)	Multimodal	Dolor mixto (neuropático/muscular) localizado	3ª línea. Uso en unidades especializadas.
Prasterona (DHEA vaginal)	Hormonal local	Mujeres con atrofia vaginal postmenopáusica	Apoyo en casos hormonales.
Ospemifeno	Modulador estrogénico oral	Atrofia vaginal + dolor, mujeres menopáusicas	Alternativa en síndrome genitourinario menopáusico.

CONCLUSIONES

Por último, como conclusión de esta revisión, nos gustaría remarcar la importancia de fomentar la planificación de ensayos clínicos que evalúen las diferencias entre los tratamientos disponibles y la implicación y participación que deben tener los anestesiólogos especialistas en dolor crónico para manejar la vulvodinia, una entidad clínica cada vez más prevalente y con consecuencias negativas para las mujeres que la padecen.



REFERENCIAS

- Kellogg, S; Kingsberg, S. (2022). Vulvar pain of unknown cause (vulvodynia): Treatment. En T. W. Post (Ed.), *UpToDate*. UpToDate. <https://www.uptodate.com>

- Manríquez, V., Sandoval, C., Lecannelier, J., Naser, M., Guzmán, R., Valdevenito, R., & Abedrapo, M. (2010). Neuromodulación en patologías de piso pélvico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75(1), 58-63. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000100010>

- Durán Zamudio, M. E. (2010). *Manejo de la vulvodinia con terapia neural* (Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Medicina Alternativa, Universidad Nacional de Colombia). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Medicinas Alternativas.