

génica en modelos preclínicos de cáncer de mama.¹³¹ Faltan datos en las mujeres con o en riesgo de cáncer de mama.

Terapias en investigación y genéricas

El raloxifeno es un SERM que parece no tener efecto estrógeno-agonista sobre la vagina.¹³²⁻¹³⁵ Dos ensayos aleatorizados y controlados demostraron un uso seguro con estrógenos vaginales,^{135, 136} pero no con los estrógenos sistémicos debido a pequeños aumentos en hiperplasia endometrial.¹³⁷ El tamoxifeno ejerce un efecto estrógeno-agonista en el útero y la vagina, pero no está bajo consideración como una terapia para AVV.^{124, 128} Un efecto adverso del tamoxifeno, relacionado con la calidad de vida, es que molesta o empeora la secreción vaginal.¹³⁸

Lasofoxifeno

En mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, el lasofoxifeno produce mejoras significativas en el pH vaginal y en el IMV a los seis meses, en comparación con el placebo, mientras que no se ha encontrado que el raloxifeno mejore pH vaginal o el IMV.¹⁴⁰ En un ensayo separado se encontró que el lasofoxifeno reduce sustancialmente la incidencia de cáncer de mama (RR, 0.21, IC 95%, 0.08-0.55).¹⁴¹ Un ensayo de seis meses, aleatorizado y controlado, de 387 mujeres posmenopáusicas con AVV, reportó una reducción de los síntomas asociados con el coito.¹⁴² A pesar de que varios ensayos sugieren que el lasofoxifeno mejora la AVV, un desarrollo clínico en los Estados Unidos está en espera.

Bazedoxifeno-estrógenos conjugados

La combinación de bazedoxifeno (BZA) y la EC ha sido designada como un complejo estrógeno selectivo de tejido (TSEC). Los efectos vaginales de BZA/EC se evaluaron en dos grandes ensayos clínicos en los que BZA 20 mg/EC (0.45 mg o 0.625 mg) demostraron mejorías significativas de las medidas de AVV, con tasas de hiperplasia endometrial similar al placebo.

En el primer ensayo se encontró que dos dosis de BZA (10 mg / día o 20 mg / d) combinado con dos dosis de la EC (0.45 mg / día o 0.625 mg / d) mejoraron el IMV en comparación con placebo.¹⁴³ En el segundo ensayo de 12 semanas en mujeres posmenopáusicas con AVV moderada a grave, BZA 20 mg con el EC (0.625 mg/día y 0.45 mg/d) mejoró significativamente el IMV. BZA combinado con la dosis más alta de la EC (0.625 mg/día) mejoró el pH vaginal y los síntomas más molestos. Ambas dosis de EC (0.625 mg/día y 0.45 mg/d) en combinación con BZA mejoraron la sequedad vaginal. BZA solo no tiene efectos vaginales positivos.¹⁴⁴

DHEA intravaginal

La dehidroepiandrosterona (DHEA) es un derivado de andrógenos que se encuentra disponible en Canadá solo por prescripción y disponible en los Estados Unidos sin receta médica como un suplemento dietario. Se ha evaluado intravaginal para la eficacia en el tratamiento de AVV y se cree que ejercen su efecto a través de los receptores de andrógenos y estrógenos.¹⁴⁵ Un ensayo de 12 semanas mostró mejoras en el IMV vaginal y el pH a dos dosis, 3.25 mg y 13 mg, una vez al día. También mejoró significativamente los síntomas más molestos.¹⁴⁶ Hay más investigación en curso.

Testosterona

Se utilizó crema de testosterona en el pasado para el tratamiento de liquen escleroso vulvar, pero una revisión Cochrane encontró que no es mejor que placebo.¹⁴⁷ La testosterona se ha utilizado con crema de estrógeno por algunos médicos en el tratamiento de vestibulodinia provocada, pero los datos clínicos son insuficientes. Una prueba piloto de cuatro semanas de 20 mujeres posmenopáusicas con cáncer de mama encontró que la testosterona vaginal (150 Kg y 300 Kg) mejoró la dispareunia, la sequedad vaginal y el índice de maduración vaginal sin aumentar el estradiol; los niveles promedios de testosterona aumentaron de 15.5 ng/dl a 21.5 ng/dl ($p = 0.02$).¹⁴⁸ Los datos de los ensayos clínicos existentes son insuficientes para recomendar el uso de la testosterona vaginal