

Laura Juan Valdés, Marina Martínez Martínez y Paula Muñoz Cano

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Sra. Eva Maria Hernando Gimeno

Grado de Fisioterapia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2026

Vistiplau pel lliurament i defensa del
Treball de Fi de Grau de Fisioteràpia

En/na.....Eva Maria Hernando Gimeno.....en la
seva tasca com a tutor, considera que

EL TREBALL PRÀCTIC ANOMENAT:

Eficacia del tratamiento de fisioterapia en el dolor pélvico
crónico: Revisión sistemática

REALITZAT PER:

Laura Juan Valdés

Marina Martínez Martínez

Paula Muñoz Cano



ÉS ADEQUAT I, EN CONSEQÜÈNCIA, EN RECOMANA LA DEFENSA

Signatura tutor/ data

RESUMEN

Objetivos: Analizar la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento del dolor pélvico crónico en las disfunciones más prevalentes del suelo pélvico, así como las estrategias terapéuticas más efectivas según el tipo de disfunción.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA 2020 y la estrategia PICOS. Se consultaron las bases de datos PubMed y PEDro, analizando 25 ensayos clínicos publicados entre 2020 y 2025. Se incluyeron estudios con pacientes con dolor pélvico crónico tratados mediante fisioterapia. Se extrajeron datos de la muestra, intervención, variables de valoración y resultados. La calidad metodológica se evaluó mediante la escala Jadad, siendo la mayoría de los estudios de calidad moderada.

Resultados: La mayoría de las intervenciones fisioterapéuticas mostraron eficacia en la reducción del dolor, la mejora de la función del suelo pélvico y de la calidad de vida. Las técnicas más utilizadas fueron la terapia manual, el biofeedback, la electroestimulación, la radiofrecuencia, las ondas de choque, el ultrasonido y la crioterapia. Sin embargo, los abordajes multimodales resultaron más efectivos que las intervenciones aisladas, destacando los tratamientos combinados con diferentes técnicas, farmacoterapia o psicoterapia.

Discusión: Existe heterogeneidad en los estudios debido a la variabilidad en muestras, intervenciones y herramientas de evaluación. La fisioterapia es eficaz en el tratamiento del dolor pélvico crónico, especialmente desde un enfoque multidisciplinar y multimodal. Los hallazgos destacan la necesidad de individualizar el tratamiento y seguir investigando para establecer protocolos homogéneos, promoviendo terapias integrales que favorezcan el bienestar físico y emocional del paciente.

Palabras clave: dolor pélvico crónico; técnicas de fisioterapia; suelo pélvico; disfunciones del suelo pélvico; tratamiento del dolor.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the effectiveness of physiotherapy in the treatment of chronic pelvic pain in the most prevalent pelvic floor dysfunctions, as well as the most effective therapeutic strategies according to the type of dysfunction.

Materials and methods: A systematic review was conducted following the 2020 PRISMA guidelines and the PICOS strategy. The PubMed and PEDro databases were consulted, and 25 clinical trials published between 2020 and 2025 were analyzed. Studies involving patients with chronic pelvic pain treated with physiotherapy were included. Data on the sample, intervention, assessment variables, and outcomes were extracted. Methodological quality was assessed using the Jadad scale, with most studies being of moderate quality.

Results: Most physiotherapy interventions showed effectiveness in reducing pain, improving pelvic floor function, and improving quality of life. The most frequently used techniques were manual therapy, biofeedback, electrostimulation, radiofrequency, shockwave therapy, ultrasound, and cryotherapy. However, multimodal approaches proved more effective than isolated interventions, with combined treatments using different techniques, pharmacotherapy, or psychotherapy being particularly noteworthy.

Discussion: Heterogeneity exists in the studies due to variability in samples, interventions, and assessment tools. Physiotherapy is effective in the treatment of chronic pelvic pain, especially when approached from a multidisciplinary and multimodal perspective. The findings highlight the need to individualize treatment and continue research to establish standardized protocols, promoting comprehensive therapies that foster the patient's physical and emotional well-being.

Key words: chronic pelvic pain; physical therapy modalities; pelvic floor; pelvic floor disorders; pain management.

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) se define como un dolor persistente de al menos 6 meses de duración y que se localiza en estructuras, músculos y órganos relacionados con la pelvis (1,2). Se trata de una condición compleja que se asocia a afecciones como la endometriosis, el síndrome del intestino irritable o la cistitis intersticial (3). Su etiología es multifactorial, implica alteraciones ginecológicas, urológicas, gastrointestinales y musculoesqueléticas que interactúan entre sí (4).

Esta condición puede presentarse independientemente del sexo biológico de la persona. Supone un problema de salud debido a su impacto en la calidad de vida con afectación a nivel cognitivo, conductual, emocional y sexual (2). Las personas con DPC suelen experimentar un mayor malestar emocional, miedo al movimiento y pensamientos catastróficos, lo que puede intensificar la percepción del dolor y perpetuar un círculo de dolor. El deterioro de la calidad de vida de personas con DPC es comparable con los pacientes que sufren de angina de pecho o enfermedad de Crohn (4,5).

Presenta una prevalencia variable que puede llegar a afectar entre un 5,7% y un 26,6% de las mujeres y entre un 2% y un 10% de los hombres a nivel mundial, en las diferentes etapas de la vida (1). Asimismo, se estima que hasta el 15% de las mujeres entre 15 y 50 años pueden sufrir DPC, lo que evidencia una alta repercusión en diversas etapas y edades de la vida. Estos datos confirman la magnitud del problema y su impacto en la salud pública (2,6).

Entre las principales causas de DPC encontramos la endometriosis, la vulvodinia y la prostatitis abacteriana. También se asocia en la esfera musculoesquelética a disfunciones del suelo pélvico, aunque en muchos de los casos es una condición multifactorial.

La endometriosis, una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina y estrechamente relacionada con dolor pélvico intenso, está presente entre el 6% y el 10% de las mujeres con DPC (7). Además, muchas sufren también dispareunia, que cursa con dolor genital durante o después de las relaciones sexuales, con una prevalencia entre el 8% y el 22%, según la Organización Mundial de la Salud (8).

La vulvodinia se manifiesta como dolor en la zona vulvar, de causa desconocida, que puede aparecer de forma espontánea, durante la penetración o al aplicar presión sobre la zona o

con el solo roce sobre la zona vulvar. Se estima una prevalencia entre el 7% y el 16% de la población femenina. Tiene un impacto significativo sobre la función sexual y en la calidad de vida, dando lugar a afectaciones psicológicas y emocionales (9). Entre los subtipos de vulvodinia, el más común es la vestibulodinia, que se caracteriza por dolor ante la penetración o presión en la zona del vestíbulo vulvar. En la actualidad, constituye una disfunción con opciones de tratamiento limitadas y eficacia reducida (10).

En los hombres, la prostatitis crónica no bacteriana es el tipo más común, siendo un 95% de los casos de prostatitis. Es un trastorno inflamatorio abacteriano que afecta entre el 2% y el 10% de los hombres del mundo y en un sector cada vez más joven (4). Normalmente, cursa con dolor crónico en la zona prostática y puede dar lugar a disfunciones miccionales y molestias sexuales (3).

El dolor miofascial del suelo pélvico constituye un componente relevante en el DPC, presente en un 23% de la población. Es un síndrome caracterizado por la presencia de puntos gatillo sensibles en los músculos del suelo pélvico. Estos puntos hiperirritables pueden aparecer por sobrecarga o debido a una distensión muscular continua, provocando dolor crónico en la zona pélvica (6). Cuando este dolor se mantiene en el tiempo, puede activar mecanismos en el sistema nervioso que aumentan la sensibilidad al dolor, pudiendo causar hiperalgesia o alodinia debido a procesos de sensibilización central (11).

Actualmente, uno de los principales problemas que presentan los pacientes con DPC es el peregrinaje que realizan hasta su diagnóstico. Esto es debido a los múltiples factores etiológicos y la coexistencia de muchas afecciones clínicas que dificultan el diagnóstico y el tratamiento (12). Debido a esta complejidad multifactorial, el abordaje fisioterapéutico requiere la combinación de diferentes estrategias de tratamiento, como pueden ser la radiofrecuencia, estimulación eléctrica, técnicas miofasciales y crioterapia, entre otras. No obstante, también requiere de otro tipo de intervenciones, que ofrezcan un enfoque biopsicosocial que aborde tanto los síntomas físicos como psicológicos (1).

El objetivo de esta revisión es recopilar y valorar la evidencia publicada sobre el tratamiento de fisioterapia para el dolor pélvico crónico en las disfunciones del suelo pélvico más prevalentes y de esta forma poder establecer un protocolo de tratamiento más eficaz y completo para todos los pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento del dolor pélvico crónico en las disfunciones más prevalentes del suelo pélvico.

Objetivos secundarios

- Analizar las estrategias terapéuticas de fisioterapia más efectivas.
- Comparar las estrategias terapéuticas de fisioterapia con otros tratamientos.
- Comparar la eficacia de los distintos abordajes fisioterapéuticos según el tipo de disfunción del suelo pélvico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de esta revisión sistemática se ha seguido la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) y se utiliza la estrategia PICOS (Pacientes, Intervención, Comparación, Resultados, tipo de Estudio) para centrar los objetivos y establecer los criterios de elegibilidad de la revisión (13,14).

Protocolo y registro

Esta revisión no está registrada en ninguna base de datos.

Criterios de elegibilidad

Siguiendo la estrategia PICOS, se establecen los siguientes criterios de inclusión y exclusión (14):

- Pacientes (P): personas que presentan dolor pélvico crónico.
- Intervención (I): aplicación de tratamiento de fisioterapia. Se incluyen estudios que evalúan la eficacia de diferentes tratamientos de fisioterapia en la disminución de la sintomatología y la mejora de la calidad de vida.

- Comparación (C): en los estudios que se incluyen, se compara la intervención con un grupo control al que se le aplica otro tratamiento, un placebo o no recibe ningún tipo de intervención.
- Resultados (O): se incluyen estudios que tengan en cuenta la eficacia del tratamiento y su impacto en la mejora de la función pélvica y de los músculos del suelo pélvico, así como una mejora en la calidad de vida y la sintomatología.
- Tipo de estudios (S): se incluyen ensayos clínicos publicados en los últimos 5 años (2020-2025).

Fuentes de información

Los artículos utilizados en esta revisión sistemática se han obtenido de la base de datos PubMed y de la base de datos PEDro. Las búsquedas se realizaron durante los meses de octubre de 2025 y noviembre de 2025.

Estrategia de búsqueda

Palabras clave: *chronic pelvic pain; female urogenital pain; male urogenital pain; pain with penetration; pelvic floor dysfunction; pelvic floor physical therapy; pelvic pain; vulvodynia; dyspareunia; physical therapy treatment; pelvic floor modalities; prostatitis; trigger points; myofascial pelvic pain; myofascial manipulation; myofascial pain syndromes; myofascial release therapy.*

Límites utilizados: *clinical trial; 5 years.*

Palabras clave	Base de datos PubMed
"Chronic pelvic pain"	13
"Persistent pelvic pain"	1
"Dyspareunia" AND "physical therapy treatment"	4
"Pelvic floor dysfunction" AND "pelvic floor physical therapy"	3
"Vulvodynia" AND "physiotherapy treatment"	1

Tabla 1. Estrategia de búsqueda PubMed.

Palabras clave	Base de datos PEDro
"Chronic pelvic pain"	3

Tabla 2. Estrategia de búsqueda PEDro.

Proceso de selección de los estudios

En primer lugar, introducimos las palabras clave en las bases de PubMed y PEDro. En nuestro caso, establecemos como filtros ensayos clínicos publicados entre los años 2020 y 2025. En segundo lugar, tras la aplicación de los filtros y a partir de la lista de ensayos que obtenemos, se realiza un cribado por título y resumen (abstract), donde se excluyen aquellos que no cumplen los criterios de inclusión establecidos previamente. Mediante este análisis prestamos atención también a aquellos que se encuentran duplicados, que serán eliminados. Finalmente, se lleva a cabo una lectura completa de los ensayos que no han sido excluidos, para incluirlos de manera definitiva en la revisión.

Análisis de datos y extracción

De cada estudio incluido en la revisión se extrajeron y organizaron los siguientes datos:

- Título.
- Autores.
- Tipo de estudio: metodología en el estudio.
- Objetivos del ensayo: finalidad principal del estudio.
- Características de los participantes: número de participantes, edad, sexo, criterios de inclusión y criterios de exclusión.
- Herramientas de valoración: escalas de valoración, cuestionarios o pruebas diagnósticas utilizadas para evaluar los resultados.
- Intervención: tipo de intervención, duración, frecuencia de aplicación y seguimiento durante y después de la intervención.
- Resultados: hallazgos principales del estudio.
- Conclusión.

Evaluación de la calidad metodológica

Para valorar la calidad metodológica de los estudios, se utilizó la escala Jadad. Esta valoración consiste en puntuar los artículos dependiendo de si responden o no a las siguientes preguntas:

1. ¿Se describió el estudio como aleatorizado?
2. ¿El método de aleatorización fue apropiado?
3. ¿Se describió el estudio como doble ciego?
4. ¿El método doble ciego fue apropiado?
5. ¿Hubo descripción de los retiros y abandonos?

Por cada respuesta que sea “sí” se otorgará 1 punto, en cambio, por cada respuesta que sea “no” se otorgarán 0 puntos. La puntuación total puede alcanzar un máximo de 5 puntos, cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor será la calidad del estudio. Una puntuación menor de 3 se considera un estudio de baja calidad (15).

RESULTADOS

Diagrama de flujo y criterios de exclusión

La búsqueda de estudios se realizó durante los meses de septiembre a noviembre del 2025 a partir de las bases de datos PubMed y PEDro, combinando términos MESH y las palabras clave. Se estableció como filtro que sean ensayos clínicos y que estén publicados entre el 2020 y el 2025.

Se obtuvieron un total de 643 ensayos en PubMed y 46 ensayos en PEDro haciendo un total de 689 ensayos clínicos. De estos ensayos se realizó una primera lectura de título y abstract donde se descartaron 598 por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos en el método PICOS y otros 54 por estar duplicados. De los 37 ensayos finales se realizó una lectura completa donde se eliminaron 7 por no estar relacionados con el tema de la revisión y 5 por utilizar terapias alternativas. Finalmente, se incluyeron 25 ensayos clínicos para la revisión.

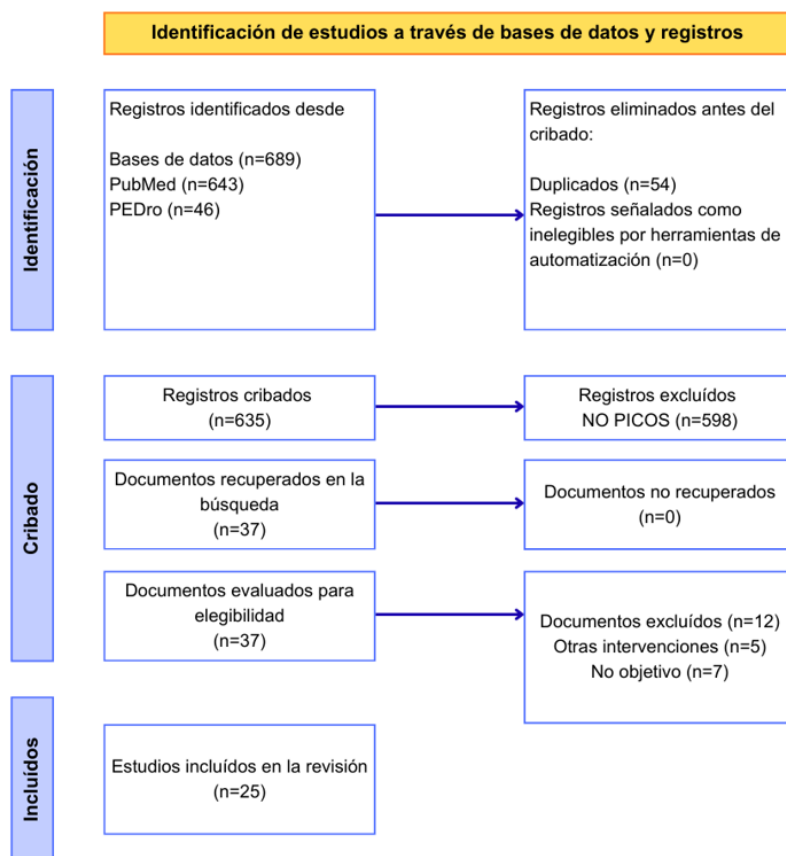


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 (13).

Características de los estudios

Los 25 estudios incluidos en esta revisión analizan muestras que corresponden tanto a hombres como a mujeres que sufren de dolor pélvico crónico. Estos estudios evalúan intervenciones fisioterapéuticas, técnicas instrumentales y diferentes protocolos de tratamiento, utilizando principalmente variables de evaluación para medir su efectividad.

Respecto a la efectividad, 24 de ellos demostraron que las intervenciones aplicadas fueron útiles para reducir el dolor, los síntomas o mejorar la calidad de vida y solo 1 demostró no ser un tratamiento útil. En general, los protocolos que combinan varias técnicas dentro de un mismo tratamiento obtuvieron mayores beneficios que las intervenciones aplicadas de manera aislada.

De los estudios analizados, 12 de ellos utilizaron un grupo control sin tratamiento, mientras que 9 de ellos compararon la intervención fisioterapéutica con tratamientos farmacológicos,

terapias complementarias o con otras intervenciones fisioterapéuticas. También hubo 4 estudios donde se compararon dos o más protocolos diferentes entre sí.

En cuanto a la duración, las intervenciones se aplicaron durante períodos variables, desde 1 sesión hasta programas de 12 sesiones, siendo lo más habitual una duración de entre 4 y 12 semanas, a condición de la intervención aplicada.

Las muestras incluyeron principalmente a población adulta con un rango amplio de edad. Por una parte, algunos de los estudios se centraron en la evaluación conjunta de ambos sexos, otros únicamente en hombres, aunque la gran mayoría de ellos se centró en el estudio de las mujeres.

Las variables evaluadas fueron relativamente homogéneas entre estudios, lo que permite una buena comparación entre ellos. Se emplearon escalas de valoración del dolor, cuestionarios para la función sexual y para la calidad de vida. También se utilizaron herramientas como la electromiografía, la ecografía transperineal, dinamometría vaginal y algometría, utilizadas para valorar la función y la actividad de la musculatura del suelo pélvico.

En la Tabla 3 se resume cada uno de los estudios seleccionados, el número de muestra, el sexo de los participantes, la duración de la intervención, el tipo de intervención realizada, las variables para valorar el resultado de la intervención, los resultados y las conclusiones del estudio.

Estudio	Muestra	Sexo	Duración	Intervención	Variables	Resultados
S. Del Forno et al., 2021	n=30	M	5 ses	Masaje de Thiele	NRS Ecografía transperineal 3D/4D	Se observó una mejora significativa de la dispareunia ($p<0,01$) y la capacidad de contracción. Se obtuvieron cambios durante la maniobra de Valsalva máxima ($p=0,02$), indicando mejor relajación muscular del SP. Intervención favorable
Dan Li et al., 2024a	n=176	M	5 ses	G1: radiofrecuencia intravaginal G2: liberación miofascial y tratamiento de PGM	Recopilación datos EVA Escala Oxford Electromiografía Laxitud vaginal	Ambos grupos mostraron una mejora significativa en la EVA ($p<0,001$). El G1 presentó una mejora significativa en la relajación vaginal ($p<0,001$). Intervención favorable para los dos grupos
A. Carralero Martínez et al., 2025a	n=81	M y H	10 ses	CRMRF	EVA Encuesta salud SF-12	El GI obtuvo una mejora significativa del dolor tras el tratamiento ($p=0,002$). Intervención favorable
Brünahl et al., 2021	n=60	M y H	9 sem	Terapia cognitivo-conductual y fisioterapia	Cuestionario de estrés percibido PHQ Discapacidad por dolor PCS Cuestionario McGill	En el GI hubo una reducción significativa del dolor ($p=0,02$) y la catastrofización ($p=0,04$). No diferencias respecto al grupo control
Carralero-Martínez et al., 2025b	n=81	M y H	10 ses	CRMRF + técnicas miofasciales	TSK-11 PCS Registro de eventos adversos y adherencia al tratamiento	El GI disminuyó significativamente el catastrofismo ($p=0,042$), y redujo la kinesiofobia 3 puntos en TSK-11. Sin diferencias significativas entre grupos ($p>0,05$). Intervención favorable

Xu et al., 2022	n=68	M	4 sem	G1: autoliberación miofascial + biorretroalimentación + estimulación eléctrica G2: estimulación eléctrica	NRS Grado activación PGM sEMG PFM Impresión global de mejoría del paciente	Ambos grupos disminuyeron el dolor ($p<0,01$) y la activación de PGM de forma significativa ($p<0,05$). El G1 mostró una mejora significativa de la actividad muscular en reposo respecto el G2 ($p<0,01$). G1 más favorable que G2
Baltazar et al., 2022	n=38	M	10 sem	G1: ultrasonido terapéutico sobre PGM G2: 2 mL lidocaína sobre PGM	EVA ECN Cuestionario McGill SF-36	Ambos grupos fueron eficaces en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida. Los resultados entre grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$). Ambos mejoran sin diferencias significativas entre ellos
Morsy et al., 2024	n=163	M	1 ses	G1: tubo centrífugo frío G2: tubo centrífugo a temperatura ambiente	EVA UDI-19 PFDI-20 PFIQ-7 PISQ-IR Diario de síntomas	Ambos grupos mostraron una mejora significativa del dolor miofascial ($p<0,05$). El G1 reportó una mejora significativa en el UDI-19 ($p=0,05$) y el dolor miofascial tras dos semanas de tratamiento ($p<0,01$). Intervención favorable
Li et al., 2024b	n=60	H	8 ses	G1: LIPUS G2: tadalafilo y doxazosina G3: LIPUS + tadalafilo y doxazosina	IIEF-5 NIH-CPSI Escala de dureza de erección	Los tres grupos mostraron mejoras significativas tras el tratamiento ($p<0,05$), siendo más pronunciadas en el G3. Intervención favorable
Peng et al., 2021	n=172	H	4 sem	Crioterapia (0 a 3°C) diaria	EVA IPSS NIH-CPSI	Las puntuaciones del NIH-CPSI, IPSS y EVA mejoraron tras el tratamiento ($p<0,001$). Intervención favorable

Sevim et al., 2023	n=80	H	12 ses	G1: TTNS G2: PTNS	EVA NIH-CPSI	El G2 mostró una mejora significativa ($p<0,01$) en las puntuaciones de la EVA y del NIH-CPSI, comparado con el G1. La PTNS es más eficaz que la TTNS
Mykoniatis et al., 2021a	n=50	H	6 ses	G1: 6 ses LiST 1 vez/sem G2: 6 ses LiST 2 veces/sem	NIH-CPSI IPSS IIEF-5 EVA Estado clínico fenotípico	Las puntuaciones del NIH-CPSI y IIEF-ED mejoraron significativamente en ambos grupos ($p<0,001$). Resultados más rápidos realizando 2 sesiones semanales. Mejor respuesta en el G2
Mykoniatis et al., 2021b	n=45	H	6 ses	G1: aplicación de gel G2 y G3: LiST 1 vez/semana	NIH-CPSI IPSS IIEF-5 EVA Estado clínico fenotípico	Los G2 y G3, mostraron mejoras significativas en todos los puntajes y tiempos de respuesta respecto al G1 ($p<0,001$). Mejor respuesta en los G2 y G3
Sakr et al., 2022	n=146	H	4 sem	ESWT: 3000 pulsos, 0,25 mJ/mm ² y 4 Hz	NIH-CPSI IPSS IIEF-5 EVA	El G1 mostró una mejora significativa en todos los puntajes ($p<0,05$). Intervención favorable
Murina et al., 2023	n=78	M	4 sem	G1: TENS 100 Hz y después 100 μ s G2: TENS 60 Hz y después 200 μ s	EVA IPSS NIH-CPSI	Sin diferencias significativas entre grupos en EVA ni en dispareunia ($p=0,01$). La EVA disminuyó significativamente en el G1 tras 120 días ($p=0,03$). Mejores resultados en el G1
Hurt et al., 2021	n=61	M	4 sem	ESWT: 4000 pulsos, 0,35 mJ/mm ² y 4 Hz	Escala dispareunia Marinoff EVA	El G1 redujo de manera significativa el dolor ($p<0,001$). Intervención favorable
Gruenwald et al., 2021	n=32	M	12 ses	LiST: 500 pulsos de baja intensidad, 0,009 mJ/mm ²	EVA Algómetro introital Escala FACES Wong-Baker FSFI PGIC	El tratamiento mejoró el dolor y la tolerancia de manera significativa ($p<0,05$), así como la función sexual femenina ($p<0,002$). Intervención favorable

Cyr et al., 2020	n=31	M	12 ses	Educación del dolor + terapia manual + ejercicios del SP con biorretroalimentación + ejercicios en casa	ICIQ-UI SF ICIQ-VS ICIQ-BS PGIC	Se observaron mejoras significativas en el dolor durante las relaciones sexuales, la función sexual y la calidad de vida ($p<0,05$). Intervención favorable
Cyr et al., 2022	n=29	M	12 ses	Tratamiento de fisioterapia multimodal	NRS C. McGill FSFI Escala FACES Wong-Baker	Se observó una reducción y mejora significativa del dolor y la función sexual tras el tratamiento ($p<0,028$). Intervención favorable
Cyr et al., 2022b	n=28	M	12 ses	Tratamiento de fisioterapia multimodal	Ecografía transperineal Espéculo dinamométrico intravaginal Índice de atrofia vaginal Medidas de parámetros de función muscular	Se observó una mejora significativa de la contractilidad ($p<0,05$) y la flexibilidad del tejido del SP ($p<0,01$). Intervención favorable
Osborne et al., 2022	n=88	M	6 ses	G1: tratamiento de fisioterapia G2: tratamiento de fisioterapia con psicólogo	Escala modificada Oxford QPFQ EQ-5D HADS	El G2 mostró una mejora significativa subjetiva en la calidad de vida ($p<0,05$) y la salud del SP ($p=0,05$). No hubo cambios significativos en la Escala Oxford ($p=0,202$) ni diferencias entre grupos. Intervención favorable para G1 y G2
Morin et al., 2021	n=212	M	10 sem	G1: fisioterapia + programas ejercicio + biofeedback + educación G2: lidocaína	FSDS C.McGill FSFI PGIC Diario de síntomas	La efectividad del G1 fue mayor en la mejora del dolor y la función sexual respecto al tratamiento farmacológico ($p<0,001$). Intervención favorable
Ashtiani et al., 2023	n=46	M	G1: 10 ses G2: 6 ses	G1: TENS, liberación PGM y biofeedback G2: radiofrecuencia	Prueba de Carnett Escala Oxford Biofeedback Electromiografía Posición del reloj pélvico EVA	Ambos grupos mostraron una reducción significativa de los PGM y el dolor ($p<0,001$). Solo el G1 aumentó la fuerza muscular, sin alcanzar significación estadística ($p=0,009$). Intervención favorable para ambos grupos

Nygaard et al., 2020	n=62	M	12 ses	G1: tratamiento base de fisioterapia G2: tratamiento con un fisioterapeuta experto en SP	NRS Test Mensedick TSK Escala Likert cuatro puntos EQ-5D Cuestionario síntomas Hopkins-25 SHC	El G2 redujo significativamente la intensidad media de dolor ($p=0,027$). Intervención más favorable en el G2
Bardin et al., 2023	n=86	M	4 sem	G1: amitriptilina G2: amitriptilina + electroterapia G3: amitriptilina + fisioterapia del SP	NRS Prueba del hisopo de algodón FSFI	Las pacientes tratadas con amitriptilina y fisioterapia mostraron una mejora significativa en la intensidad de dolor y la función sexual ($p<0,001$). Intervención más favorable en el G3

Tabla 3: características de los estudios.

Abreviaturas: (M): Mujeres, (H): Hombres; (G): Grupo; (GI): Grupo de Intervención; (ses): Sesiones; (sem): Semanas; (μ S): Microsegundos, duración del pulso; (mJ/mm^2): Milijulios por milímetro cuadrado, densidad de energía; (Hz): Hercios, frecuencia; (NRS): Escala de calificación numérica; (PGM): Punto gatillo miofascial; (EVA): Escala visual analógica; (CRMRF): Radiofrecuencia monopolar capacitiva resistiva; (PHQ): Cuestionario de salud del paciente; (PCS): Escala de catastrofización del dolor; (TSK-11): Escala de Tampa para la kinesiofobia; (sEMG): Electromiografía de superficie; (ECN): Escala categórica numérica; (SF-36): Cuestionario de la calidad de vida; (UDI-19): Cuestionario de molestias urogenitales; (PFDI-20): Inventario de molestias del suelo pélvico; (PFIQ-7): Cuestionario de impacto en el suelo pélvico; (PISQ-IR): Cuestionario de función sexual para prolapso de órganos pélvicos/incontinencia urinaria; (SP): Suelo pélvico; (LIPUS): Ultrasonido pulsado de baja intensidad; (IIEF-5): Índice internacional de función eréctil; (NIH-CPSI): Índice de síntomas de prostatitis crónica; (IPSS): Puntuación internacional de síntomas prostáticos; (TTNS): Estimulación transcutánea del nervio tibial; (PTNS): Estimulación percutánea del nervio tibial; (ESWT): Terapia de ondas de choque extracorpóreas; (TENS): Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea; (ICIQ-UI SF): Cuestionario sobre incontinencia urinaria; (ICIQ-VS): Cuestionario de síntomas vaginales; (ICIQ-BS): Cuestionario sobre síntomas intestinales; (PGIC): Impresión global de cambio del paciente; (FSFI): Índice de función sexual femenina; (FSDS): Escala de distrés sexual femenino; (EQ-5D): Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud; (LiST): Terapia de ondas de choque de baja intensidad; (QPFQ): Cuestionario de función del suelo pélvico; (HADS): Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; (SHC): Cuestionario de quejas de salud subjetivas.

Análisis de la calidad metodológica de los estudios

Para analizar la calidad metodológica de los estudios seleccionados, se utilizó la escala Jadad. Esta herramienta permitió puntuar los ensayos clínicos en función del cumplimiento de los siguientes ítems, asignando 1 punto cuando el criterio se cumplía y 0 cuando no se cumplía (15):

1. Aleatorización del estudio.
2. Método de aleatorización.
3. Cegamiento.
4. Explicación de método de enmascaramiento.
5. Registro de pérdidas y abandonos.

Estudios	Aleatorización	Aleatorización apropiada	Doble ciego	Doble ciego apropiado	Retiros y abandonos	Total	Calidad metodológica
Del Forno <i>et al.</i> , 2021	1	1	0	0	1	3	Moderada
Li <i>et al.</i> , 2024a	1	1	0	0	0	2	Baja
Carralero-Martínez <i>et al.</i> , 2025a	1	1	0	0	1	3	Moderada
Brünahl <i>et al.</i> , 2021	0	0	0	0	1	1	Baja
Carralero-Martínez <i>et al.</i> , 2025b	1	1	1	1	1	5	Alta
Xu <i>et al.</i> , 2022	1	1	0	0	1	3	Moderada
Baltazar <i>et al.</i> , 2022	1	1	0	0	1	3	Moderada
Morsy <i>et al.</i> , 2024	1	1	0	0	1	3	Moderada
Li <i>et al.</i> , 2024b	1	1	0	0	1	3	Moderada
Peng <i>et al.</i> , 2021	1	1	0	0	1	3	Moderada
Sevim <i>et al.</i> , 2023	1	1	0	0	1	3	Moderada
Mykoniatis <i>et al.</i> , 2021a	1	1	0	0	1	3	Moderada
Mykoniatis <i>et al.</i> , 2021b	1	0	1	1	1	4	Alta

Sakr <i>et al.</i> , 2022	1	0	1	0	1	3	Moderada
Murina <i>et al.</i> , 2023	1	1	1	0	1	4	Alta
Hurt <i>et al.</i> , 2021	1	1	1	0	1	4	Alta
Gruenwald <i>et al.</i> , 2021	1	1	1	1	1	5	Alta
Cyr <i>et al.</i> , 2020	0	0	0	0	1	1	Baja
Cyr <i>et al.</i> , 2022a	0	0	0	0	1	1	Baja
Cyr <i>et al.</i> , 2022b	0	0	0	0	1	1	Baja
Osborne <i>et al.</i> , 2022	1	0	0	0	1	2	Baja
Morin <i>et al.</i> , 2021	1	1	0	0	1	3	Moderada
Ashtiani <i>et al.</i> , 2023	1	1	0	0	1	3	Moderada
Nygaard <i>et al.</i> , 2020	1	1	0	0	1	3	Moderada
Bardin <i>et al.</i> , 2023	1	0	0	0	1	2	Baja

Tabla 4: Evaluación de la calidad metodológica según el método Jadad (15).

Los 25 estudios seleccionados fueron analizados. En general, la mayoría presentaron una calidad metodológica moderada, con varios estudios de alta calidad y un número menor de baja calidad.

La principal fortaleza metodológica que se observa es que la mayoría de estudios son aleatorizados, y en muchos casos, el método de aleatorización fue considerado apropiado, ya fuese mediante aleatorización por computadora, números al azar o sobres cerrados. Así mismo, la descripción de retiros y abandonos en cada grupo y el motivo de estos estuvo presente en casi todos los ensayos, lo que contribuye a mayor fiabilidad de los resultados y menor riesgo de sesgo.

Sin embargo, una limitación metodológica identificada fue la ausencia de enmascaramiento (doble ciego), ya que en la mayoría de estudios este criterio no se cumplió o no fue

adecuadamente descrito. En muchos casos, se aplicó un simple ciego, generalmente por parte de los participantes, mientras que los evaluadores o fisioterapeutas conocían la intervención asignada, hecho que podría incrementar el riesgo de sesgo.

En conjunto, los estudios, aun teniendo una evidencia metodológica moderada, pueden presentar limitaciones que influyan en los resultados, especialmente las relacionadas con el enmascaramiento.

Análisis de cada estudio

Del Forno *et al.*, 2021 evaluaron la efectividad del tratamiento de fisioterapia sobre la musculatura del suelo pélvico (MSP) en mujeres con endometriosis infiltrante profunda y dispareunia superficial. Los resultados mostraron una mejora en la contracción, dolor y relajación muscular respecto al grupo control, evidenciada por cambios en la respuesta durante la maniobra Valsalva máxima. Estos cambios indican que la mejoría del dolor podría estar relacionada con cambios estructurales de la MSP. En resumen, produjo una mejora de la dispareunia superficial, reflejada en la disminución de las puntuaciones de la escala de calificación numérica (NRS) tras la intervención.

Li *et al.*, 2024a compararon los efectos de la radiofrecuencia intravaginal y la liberación miofascial para el abordaje del dolor pélvico miofascial. Los resultados mostraron una reducción significativa del dolor en ambas terapias, sobre todo en el grupo tratado con terapia manual miofascial. Sin embargo, ninguna de las intervenciones ofreció una mejora significativa en la fuerza muscular. Como resultado, aunque ambas terapias resultan efectivas, la radiofrecuencia ofrece mayor comodidad y una mejora de la relajación vaginal.

Carralero-Martínez *et al.*, 2025a evaluaron la eficacia de la radiofrecuencia monopolar capacitiva resistiva (CRMRF) en el DPC, asociado a síndrome miofascial, ya sea de forma aislada o en combinación con otros trastornos. Se observó una reducción significativa de la intensidad de dolor del grupo de intervención frente al grupo control, además de una mejora en la calidad de vida. Por tanto, se trata de una terapia eficaz y segura, cuyos beneficios podrían potenciarse al combinarse con fisioterapia.

Brünahl *et al.*, 2021 investigaron el efecto de combinar terapia conductual con tratamiento de fisioterapia en el DPC en hombres y mujeres. Gracias al tratamiento fisioterapéutico y la secuencia psicoterapia-fisioterapia, disminuyó el dolor y la catastrofización. Este estudio evidencia los beneficios de la combinación de ambas terapias, así como el orden de las

intervenciones podría influir en la eficacia del tratamiento. No obstante, no se encontraron diferencias significativas entre grupos, lo que limita la interpretación de los beneficios.

En el estudio de Carralero-Martínez *et al.*, 2025b también se estudió el uso de la CRMRF combinada con técnicas miofasciales para la mejora de la kinesiofobia en pacientes con DPC. Los resultados mostraron una disminución no significativa de la kinesiofobia, pero sí del catastrofismo entre los grupos de tratamiento. De modo que, mediante esta terapia combinada y la educación sobre el dolor, se consiguió una reducción de la catastrofización, mejorando la calidad de vida y disminuyendo las conductas de miedo.

Xu *et al.*, 2022 evaluaron el efecto de añadir técnicas de autoliberación miofascial a la estimulación eléctrica con biorretroalimentación en el tratamiento de dolor pélvico miofascial frente al tratamiento exclusivo de estimulación y biorretroalimentación. La intensidad del dolor se midió mediante la NRS visual, observándose una mejora significativa en ambos grupos. No obstante, el grupo que recibió la combinación de ambas técnicas reportó una reducción significativamente mayor en el grado de inactivación de los PGM, concretamente en el elevador del ano y el obturador interno, así como la actividad muscular en reposo y el dolor. En resumen, aunque ambos tratamientos fueron efectivos, el protocolo combinado fue superior.

Baltazar *et al.*, 2022 compararon la eficacia del ultrasonido terapéutico y la inyección de anestésico local para la mejora del dolor en mujeres con DPC secundario a síndrome miofascial abdominal. Durante 10 sesiones, un grupo recibió ultrasonido sobre los PGM abdominales y el otro 2 mL de lidocaína. Como resultado, ambos abordajes resultaron eficaces para reducir el dolor y mejorar la calidad de vida, sin diferencias significativas entre ellos, lo que indica una eficacia comparable entre ambas intervenciones.

Morsy *et al.*, 2024 estudiaron el efecto de la crioterapia vaginal en mujeres con dolor miofascial. Este estudio consistió en la inserción vaginal de un tubo de centrifugado, frío o a temperatura ambiente, durante 10 minutos. Ambos grupos recibieron una sesión en consulta y siguieron el tratamiento en domicilio durante dos semanas, la diferencia de tratamiento era la temperatura del tubo centrífugo. Por un lado, en la consulta, ambos grupos redujeron el dolor sin diferencias entre ellos. Sin embargo, en domicilio, solo el grupo de crioterapia mostró una mejora significativa, aunque sin diferencias frente al grupo control. No se registraron efectos adversos y la principal incomodidad reportada fue la inserción del tubo vaginal, además las mejoras en el grupo control sugieren un posible efecto placebo que sería de interés estudiar.

Por otro lado, Li *et al.*, 2024 investigaron el efecto del ultrasonido pulsado de baja intensidad (LIPUS) en hombres con síndrome de dolor pélvico crónico mediante la comparación de tres grupos de intervención. El primer grupo recibió un tratamiento con LIPUS, el segundo grupo un tratamiento farmacológico mediante la administración de tadalafilo y doxazosina y el tercer grupo recibió un tratamiento combinando los dos anteriores. Como resultado, todos los grupos mostraron mejoras tanto en los síntomas de dolor pélvico como en la función eréctil, siendo más pronunciadas en el tercer grupo. Estos resultados sugieren que el LIPUS puede ser un tratamiento efectivo, especialmente combinado con terapia farmacológica, aunque se recomiendan más estudios para asegurar su eficacia.

Peng *et al.*, 2021 analizaron el efecto de la crioterapia en hombres con prostatitis crónica. El tratamiento consistió en la introducción en el recto de un dispositivo de crioterapia a una temperatura de 0 a 3°C durante 6 minutos, este proceso se repitió diariamente durante 4 semanas. Los resultados mostraron una mejora significativa en el grupo de intervención, efecto que se mantuvo durante 12 y 24 semanas. Esta intervención no solo demostró mejorar el dolor y calidad de vida a largo plazo, sino también los síntomas urinarios, sin producir efectos adversos sobre los pacientes.

Sevim *et al.*, 2023 compararon dos técnicas de neuromodulación del nervio tibial para el tratamiento de la prostatitis crónica. Un grupo fue tratado mediante TENS y el otro, mediante estimulación percutánea, durante 12 sesiones de tratamiento de 30 minutos cada una. Los resultados mostraron una disminución significativa de las puntuaciones en el grupo tratado con estimulación percutánea. Por ello, este tratamiento demostró ser más eficaz en la reducción de la sintomatología y el dolor en comparación con el TENS.

En los estudios de Mykoniatis *et al.*, 2021a y Mykoniatis *et al.*, 2021b se evaluó la eficacia y seguridad de un tratamiento mediante ondas de choque de baja intensidad (LiST) en pacientes con prostatitis crónica. En el primer estudio, se compararon dos frecuencias de aplicación, seis sesiones repartidas una vez por semana frente a dos veces por semana. Las mejoras fueron visibles en ambos grupos, aunque sin diferencias significativas entre ellos. La respuesta más rápida fue a las 3 semanas, en el grupo que realizaba dos sesiones semanales. En el segundo estudio, se comparó la aplicación semanal de LiST frente a un grupo control durante seis sesiones, obteniendo una diferencia significativa en el puntaje NIH-CPSI. Por tanto, la LiST es un tratamiento seguro y eficaz en la reducción de los síntomas y el dolor.

Por otro lado, *Sakr et al.*, 2022 demostraron la eficacia de la terapia de ondas de choque extracorpóreas en el tratamiento del DPC asociado a la prostatitis crónica. Utilizaron una unidad de ondas de choque electromagnéticas aplicadas por la región prostática y pélvica en los pacientes del grupo de intervención. El dolor y la calidad de vida mostraron una mejora significativa tras las 4 y 12 semanas posteriores al tratamiento, además de una diferencia significativa respecto al grupo control.

Murina et al., 2023 investigaron el efecto de la aplicación domiciliar de dos protocolos diferentes de TENS en mujeres con vestibulodinia, utilizando diferentes parámetros de frecuencia y pulso. El primer grupo recibió un tratamiento de 15 minutos a alta frecuencia con pulsos cortos, seguido de 15 minutos a baja frecuencia con pulsos largos. El segundo grupo comenzó con una frecuencia media con pulsos cortos, combinado con una frecuencia baja con pulsos más largos. La disminución del dolor fue visiblemente mayor combinando frecuencias altas con pulsos cortos y bajas frecuencias con pulsos largos.

Hurt et al., 2021 demostraron la eficacia de la terapia de ondas de choque extracorpóreas en el tratamiento del DPC asociado a la dispareunia. El tratamiento consistió en la aplicación de ondas de forma perineal, que resultaron en una mejoría significativa hasta 12 semanas después del tratamiento. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos y una importante disminución del dolor tras la aplicación de las ondas de choque.

Gruenwald et al., 2021 estudiaron la viabilidad y seguridad de la terapia de ondas de choque de baja intensidad para el tratamiento de mujeres con vestibulodinia. El grupo intervenido recibió un tratamiento durante 12 sesiones, 2 por semana, aplicando pulsos de baja intensidad. Así pues, hubo una disminución significativa del dolor durante la penetración, además de un aumento significativo del umbral y la tolerancia al dolor. Los resultados posicionan la terapia de ondas de choque de baja intensidad como un tratamiento viable, seguro y eficaz que ayuda en la reducción del dolor y la mejora de la función sexual.

Los estudios de *Cyr et al.*, 2020, *Cyr et al.*, 2022a y *Cyr et al.*, 2022b evaluaron los efectos de la fisioterapia multimodal del suelo pélvico en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico con dispareunia. El programa consistió en un abordaje multidisciplinar que incluía oncología ginecológica, psicología, educación sobre la salud sexual y el manejo del dolor y fisioterapia. Esta última consistió en técnicas de liberación miofascial, estiramientos y ejercicios de la MSP con biorretroalimentación, además de una pauta de ejercicios para realizar en casa. En los primeros dos estudios se observaron mejoras significativas en todos

los parámetros de dolor, función sexual y aspectos psicológicos. En cambio, en el tercer estudio se observaron cambios significativos en la MSP, destacando una disminución del tono muscular y mejoras en la flexibilidad, fuerza, control y resistencia. Por tanto, se considera un tratamiento eficaz.

Osborne *et al.*, 2022 investigaron el efecto de combinar terapia conductual junto al tratamiento de fisioterapia en las disfunciones del suelo pélvico en mujeres. El grupo que realizó las sesiones de fisioterapia junto con un psicólogo reportó una mejora significativa tanto en la salud de la MSP como en la calidad de vida. Aun así, la diversidad de las disfunciones fue limitada, por lo que es necesario continuar la investigación en este campo.

Morin *et al.*, 2021 demostraron la eficacia de la fisioterapia multimodal comparada con la lidocaína tópica, que se usa frecuentemente como tratamiento de primera línea en mujeres con vestibulodinia. Las técnicas de fisioterapia consistieron en educación, ejercicios de la MSP con biofeedback, terapia manual y técnicas de dilatación durante 10 sesiones. Aunque la mejora del dolor fue significativa en ambos grupos, el grupo que recibió fisioterapia mostró una diferencia significativamente mayor en la reducción del dolor, la función sexual y el malestar respecto al que recibió tratamiento farmacológico.

Ashtiani *et al.*, 2023 compararon una terapia de modulación de radiofrecuencia con un tratamiento de fisioterapia para mujeres con DPC de origen miofascial. A las participantes del grupo de fisioterapia se les aplicó TENS local y se les realizó liberación de PGM en diferentes músculos del suelo pélvico, biofeedback y ejercicios de fortalecimiento de la MSP durante 10 sesiones. El otro grupo recibió tratamiento de radiofrecuencia durante 6 sesiones. Se observó una reducción significativa de la presencia de PGM en ambos grupos, así como una mejora de la fuerza de la MSP y el dolor, sin embargo, no fue significativa en ninguno de los grupos, por lo que se recomiendan estudios que sigan estas líneas de intervención.

Nygaard *et al.*, 2020 demostraron los beneficios del tratamiento a partir de un equipo multidisciplinario, incluyendo un psicólogo en el entrenamiento de la MSP. El grupo de intervención recibió 12 sesiones totales de un tratamiento biopsicosocial, en comparación con el grupo control, que solo recibió fisioterapia. Los resultados mostraron una mejora significativa tanto en la intensidad media de dolor como en el miedo al movimiento en el grupo de intervención. No obstante, la diferencia es menor de la esperada y la relevancia clínica es incierta.

Finalmente, Bardin *et al.*, 2023 evaluaron la efectividad de la fisioterapia en combinación con el tratamiento farmacológico para tratar la vulvodinia. Se realizaron tres grupos de intervención, en el primero se administraba amitriptilina, el segundo combinaba la amitriptilina con electroterapia y el tercero combinaba la amitriptilina con fisioterapia. Se observó una efectividad igual o similar entre las tres intervenciones, no obstante, la intensidad de dolor y la función sexual mostraron una mejora en el tercer grupo, el tratado con amitriptilina y fisioterapia, convirtiéndose en la combinación más efectiva para tratar la vulvodinia.

DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática incluye un total de 25 estudios, que evalúan diferentes tipos de intervención: 18 estudios exploran tratamientos de fisioterapia, 4 comparan tratamientos farmacológicos y fisioterapéuticos y 3 analizan estrategias conductuales asociadas a las técnicas de fisioterapia. Todos ellos, excepto uno, mostraron resultados favorables en la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida de las personas.

Desde el punto de vista clínico, la fisioterapia del suelo pélvico se posiciona como una intervención de primera línea. El abordaje multimodal ha demostrado ser superior a las intervenciones aisladas. El conjunto de técnicas como ejercicios de la MSP, biofeedback, terapia manual y educación del dolor no solo ha llegado a generar mejoras significativas en el dolor, la dispareunia y la función sexual, sino también cambios estructurales y funcionales en la MSP, efecto que potencia los resultados (1,3,6,7,9,16,17,18,19).

Por otro lado, las técnicas de fisioterapia combinadas con terapias instrumentales muestran algunos de los mejores resultados globales. Las más utilizadas para el tratamiento del DPC son la radiofrecuencia, las ondas de choque, la estimulación eléctrica, el ultrasonido y la crioterapia.

La CRMRF destaca como una de las más eficaces, con una gran influencia sobre el dolor, la regeneración tisular y la elasticidad muscular. Además, no presenta efectos adversos relevantes, solo produce reacciones leves y transitorias como el aumento temporal del dolor o irritación cutánea ocasional, demostrando que su aplicabilidad es muy efectiva, así como segura. Asimismo, su potencial terapéutico aumenta al unirse con tratamiento manual. Se trata de una práctica común en el tratamiento de patologías musculoesqueléticas que ha demostrado buenos resultados en el tratamiento del DPC, principalmente en el abordaje del dolor pélvico miofascial. Su efecto en la reducción de puntos gatillo presentes en la MSP y

abdominal, junto con la comodidad y tolerancia del procedimiento, la posicionan como una opción preferente de tratamiento. Aunque la literatura actual no establece un número de sesiones exacto, la aplicación semanal de la técnica durante 6 a 10 semanas supone una mejora evidente en la intensidad del dolor (1,3,11,18).

Comparando estos resultados con la revisión sistemática de González-Gutiérrez *et al.* se confirma su éxito en la reducción del dolor y el fortalecimiento de la MSP, sobre todo en pacientes con dispareunia y endometriosis. Sin embargo, aunque supone una herramienta útil de tratamiento, la literatura actual no permite demostrar la eficacia de la técnica de manera aislada, lo que refuerza la necesidad de combinarla con ejercicio fisioterapéutico.

La terapia de ondas de choque se trata también de una técnica muy efectiva y poco invasiva, que puede aplicarse mediante ondas de baja intensidad o extracorpóreas. Ambas actúan disminuyendo los aspectos fisiopatológicos de la prostatitis crónica, aportando una mejora de la calidad de vida y el dolor. De igual manera, se trata de un procedimiento utilizado para el tratamiento de la dispareunia y la vestibulodinia mediante la regulación de la inflamación, induciendo a la regeneración tisular, la mejora del dolor y de la función sexual. No presenta efectos adversos y es tolerable, por ello, su aplicabilidad debe ser considerada en el tratamiento del DPC (5,20,21).

Labetov *et al.* en su revisión analizaron el efecto de la terapia de ondas de choque extracorpóreas en el tratamiento de la prostatitis crónica, en la cual llegaron a una conclusión similar, que la técnica es efectiva para la disminución del dolor y la mejora de la calidad de vida. Estos hallazgos refuerzan que se trata de una herramienta eficaz para la disminución de la sintomatología del suelo pélvico.

Por otra parte, la electroestimulación también es una herramienta efectiva para el tratamiento de la prostatitis crónica al asociarse con una mejoría de la calidad de vida y reducción del dolor. En particular, la electroestimulación percutánea ha conseguido los resultados más favorables, lo cual apunta a una mayor efectividad. El TENS también es útil en el tratamiento de la vestibulodinia, por su acción analgésica y de mejora en la función muscular. Los resultados apuntan a una mayor eficacia al combinar frecuencias altas con pulsos cortos y frecuencias bajas con pulsos largos durante 30 minutos. De igual manera, la inclusión de estas técnicas como parte de una terapia multidisciplinar maximiza sus efectos (12,22).

En la revisión de Babazadeh-Zavieh *et al.* se demostró que el uso de TENS produce una mejora del dolor, siempre que su aplicación tuviera una duración mínima de 20 minutos. En conjunto, la evidencia demuestra que el TENS puede contribuir al tratamiento del DPC, aunque sus efectos son moderados y dependientes del protocolo utilizado. Esta variabilidad limita establecer comparaciones más seguras.

Por otro lado, el ultrasonido de baja intensidad y la crioterapia también presentan resultados prometedores, aunque su evidencia es menor y se necesitan más estudios. En ambos casos, al revisar la literatura publicada, no se ha encontrado ninguna revisión que evalúe la efectividad de estas intervenciones en el tratamiento del DPC. Esto pone de manifiesto la necesidad de desarrollar revisiones sistemáticas que integren la evidencia existente y permitan establecer conclusiones más sólidas sobre la efectividad del ultrasonido y la crioterapia, así como su papel en el tratamiento del DPC (4,23).

En términos generales, las terapias instrumentales potencian su eficacia cuando se aplican de forma combinada con fisioterapia y psicoterapia, lo que se traduce en mejores resultados en el abordaje del DPC.

El tratamiento farmacológico sigue situándose como primera elección en el manejo de la vulvodinia y de la prostatitis crónica. Sin embargo, la aplicación de ultrasonido es igualmente eficaz, segura y sin efectos adversos para la reducción del dolor y la mejora de la calidad de vida en comparación con el anestésico local (24).

Los estudios que evalúan la fisioterapia multimodal o combinada con tratamiento farmacológico no solo aportan beneficios en la reducción del dolor, sino también en la función sexual. Esto se observa en el estudio de Morin *et al.*, donde se comparó el efecto de la lidocaína frente al de la fisioterapia, que resultó ser más efectiva y cuyos efectos fueron más duraderos en el tiempo. Lo mismo ocurre en los estudios de Li *et al.* y Bardin *et al.* donde la combinación de amitriptilina o tadalafilo y doxazosina junto con la fisioterapia demostró ser más beneficiosa que las intervenciones aisladas. Estos resultados demuestran que, aunque los tratamientos aislados son eficaces, las intervenciones que incluyen fisioterapia combinada con otros tratamientos, como son los fármacos, ofrecen un mayor beneficio y efectos más duraderos. Por tanto, la fisioterapia, aislada o combinada, debería plantearse como tratamiento de primera línea en lugar de recurrir al uso exclusivo de la farmacología (9,25,26).

En esta misma línea y considerando que el DPC tiene un origen multifactorial, es necesario plantear estrategias que aborden tanto los síntomas físicos como los psicológicos, ya que la respuesta al tratamiento puede verse influida por factores individuales (27). Los pacientes que presentan historia clínica de trastornos psicológicos presentan una respuesta significativamente más baja al tratamiento, lo que sugiere individualizar el abordaje y priorizar inicialmente estrategias educativas y de control del dolor. En este sentido, la combinación de psicoterapia y fisioterapia se plantea como estrategia dentro del abordaje multimodal. No obstante, la evidencia sugiere que el orden de aplicación condiciona los resultados. Iniciar el tratamiento con psicoterapia muestra un mayor beneficio respecto a iniciar el tratamiento con fisioterapia. Aunque no presenta efectos adversos para las personas, sus resultados no son tan prometedores como los que incluyen terapias instrumentales, por eso el tratamiento único de fisioterapia y psicoterapia no debería considerarse una estrategia de primera elección (2,9,28).

Estos hallazgos se ven respaldados por la revisión sistemática de Starzec-Proserpio *et al.*, donde la fisioterapia multimodal fue la intervención más eficaz entre las terapias conservadoras no farmacológicas en mujeres con DPC. Esto refuerza la importancia de enfocar el tratamiento de manera multidisciplinar y no solo centrado en los síntomas.

Limitaciones del estudio

Los ensayos utilizados para esta revisión presentan cierta heterogeneidad entre sí, lo que dificulta la interpretación global de los resultados.

En primer lugar, las muestras utilizadas en los ensayos son diferentes, ya que algunos de ellos se han centrado en valorar el DPC en mujeres, otros en hombres y otros incluyen ambos sexos. Además, los pacientes presentan DPC debido a diferentes disfunciones del suelo pélvico, como son la dispareunia, la prostatitis o la vulvodinia, entre otras, lo que limita aplicar los resultados a toda la población con DPC. Por otro lado, el tamaño de las muestras varió entre ensayos, desde muestras de 28 participantes hasta otras de 212. Esta diferencia puede influir en la potencia estadística de los ensayos y en la fiabilidad de los resultados.

Por otro lado, la duración de las intervenciones no fue uniforme en todos los ensayos, la mayoría de ellos aplicaban el tratamiento durante varias semanas, pero otros aplicaban las técnicas en una única sesión. Esto dificulta identificar qué intervención es la más eficiente.

En cuanto a las medidas de valoración, la mayoría de los ensayos utilizaron herramientas homogéneas, utilizando principalmente la escala EVA o cuestionarios sobre la calidad de vida, aunque otros ensayos utilizaron herramientas de valoración adicionales. Por otro lado, existe variabilidad en las intervenciones aplicadas, ya que en muchos casos se realizaron diferentes técnicas de fisioterapia como la terapia manual, tratamiento de PGM o la CRMRF comparadas con un placebo, en otros casos se compararon con otras técnicas de fisioterapia o con terapias farmacológicas. Esta diversidad dificulta la comparación directa entre las intervenciones.

Por último, cabe destacar el posible riesgo de sesgo de algunos estudios, ya que, aunque la mayoría presenten una calidad metodológica moderada-alta, hay casos donde no se aplicó un doble ciego o los métodos de aleatorización fueron poco claros, lo que podría afectar a la validez de los resultados.

En resumen, los resultados de esta revisión deben interpretarse con precaución debido a la heterogeneidad de los estudios y sus limitaciones, ya que dificulta sacar conclusiones claras. Por ello, sería recomendable contar con más estudios y más similares entre sí para determinar con mayor seguridad qué intervenciones son más efectivas para el DPC.

Aplicabilidad y líneas futuras

El abordaje del DPC continúa siendo un desafío en la actualidad, debido a la complejidad que supone la elección de un tratamiento adecuado que, en muchos casos, no acaba dando los resultados esperados. La evidencia reciente muestra resultados prometedores en la aplicación de intervenciones fisioterapéuticas. En este sentido, se priorizarían estrategias como el fortalecimiento de la MSP y la terapia manual, que aumentan su potencial terapéutico al unirse a terapias instrumentales como la radiofrecuencia o la electroestimulación, siempre teniendo en cuenta la disfunción y la experiencia individual del paciente al que nos dirigimos.

Dada su repercusión a nivel personal y social, el tratamiento del DPC debe incluir un acompañamiento profesional e incorporar tratamiento psicológico. No solo deben abordarse los aspectos físicos, sino también los psicológicos, que desempeñan un papel clave en la cronificación del dolor. De esta manera, la educación en dolor y el tratamiento de los aspectos cognitivo-conductuales como el miedo o la catastrofización son fundamentales, siendo necesaria su inclusión en programas multimodales.

El abordaje terapéutico debe priorizar la comodidad y seguridad del paciente, minimizando efectos adversos. En este sentido, siempre que las intervenciones no farmacológicas igualen o superen los resultados, se les priorizará como primera opción terapéutica. Por ello, la fisioterapia se debería plantear como primera línea de tratamiento, ya que ha demostrado superar a los tratamientos farmacológicos en disfunciones como la vulvodinia o la prostatitis, como indican los estudios de Morin *et al.*, Li *et al.*, Bardin *et al.* y Baltazar *et al.*

Durante mucho tiempo, los pacientes han experimentado dolor, falta de comprensión, retrasos diagnósticos y tratamientos fragmentados. Es necesario establecer guías clínicas donde se incluyan nuevas intervenciones fisioterapéuticas que permitan un abordaje precoz, coordinado, multimodal e interdisciplinar. Asimismo, se deben seguir estudiando las diferentes líneas de investigación emergentes que han mostrado ser prometedoras, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y visibilizar el problema tanto en el ámbito sanitario como social.

CONCLUSIÓN

Los resultados han mostrado que la fisioterapia es una herramienta efectiva para tratar el dolor pélvico crónico, especialmente en la reducción del dolor, la mejora de la función del suelo pélvico y el aumento de la calidad de vida. Sin embargo, puede tener limitaciones, ya que la eficacia varía según el tipo de intervención aplicada, la combinación de técnicas y las características individuales de cada paciente.

La evidencia demuestra que los abordajes multimodales ofrecen mayores beneficios que las intervenciones aisladas, especialmente aquellos que combinan terapia manual, ejercicios de fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico y educación del dolor. Asimismo, las terapias instrumentales como la radiofrecuencia, las ondas de choque y la electroestimulación presentan los mejores resultados, mientras que otras terapias, como el ultrasonido y la crioterapia, ofrecen resultados prometedores, aunque todavía se necesitan más estudios que respalden su eficacia.

La eficacia de las intervenciones varía en función de la disfunción, lo que refuerza la importancia del tratamiento personalizado, valorando los efectos adversos y donde se priorizará la opción de mayor tolerabilidad cuando el beneficio sea similar. En disfunciones como la prostatitis y el dolor miofascial destacaron las terapias instrumentales, mientras que en disfunciones como la dispareunia y la vulvodinia funcionan mejor los abordajes multimodales e interdisciplinarios.

Finalmente, subrayar el impacto funcional y psicosocial del dolor pélvico crónico, más allá del dolor físico, afecta a múltiples esferas de la vida del paciente. La fisioterapia se posiciona como posible tratamiento de primera línea en el manejo de dolor pélvico crónico, aunque todavía es necesario seguir desarrollando y establecer protocolos más específicos y eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carralero-Martínez A, Naranjo-Ortiz C, Blanco-Ratto L, Kauffmann S, Ramírez-García I. Assessing Kinesiophobia and Catastrophizing Patient-Reported Outcomes in a Randomized Controlled Trial: Efficacy of Capacitive-Resistive Monopolar Radiofrequency Combined with Myofascial Techniques vs. Sham Radiofrequency in Chronic Pelvic Pain Syndrome—A Secondary Analysis. *Int Urogynecology J*. 2025;36:799-811. doi:10.1007/s00192-025-06052-x
2. Brünahl CA, Klotz SGR, Dybowski C, Albrecht R, Höink J, Fisch M, et al. Physiotherapy and combined cognitive-behavioural therapy for patients with chronic pelvic pain syndrome: results of a non-randomised controlled feasibility trial. *BMJ Open*. 2021;11(12):e053421. doi:10.1136/bmjopen-2021-053421.
3. Carralero-Martínez A, Naranjo-Ortiz C, Blanco-Ratto L, Kauffmann S, Ramírez-García I. Efficacy of capacitive-resistive monopolar radiofrequency in physiotherapeutic treatment of chronic pelvic pain syndrome: a randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*. 2022;41(5):1271-81. doi:10.1002/nau.24903.
4. Peng X, Gao H, Wang J. Cryotherapy alleviates symptoms in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: The first results. *Andrologia*. 2021;53:e13920. doi:10.1111/and.13920
5. Sakr AM, Fawzi AM, Kamel M, Ali MM. Outcomes and clinical predictors of extracorporeal shock wave therapy in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2022;25:93-9. doi:10.1038/s41391-021-00464-8
6. Xu J, Chen K, Ding B, Zhu M, Yao S, Ren M, et al. Effectiveness of self-myofascial release combined with biofeedback and electrical stimulation for the management of myofascial pelvic pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain*. 2022;26:405-16. doi:10.1002/ejp.1867
7. Del Forno S, Arena A, Pellizzone V, Lenzi J, Raimondo D, Cocchi L, et al. Assessment of levator hiatal area using 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic

floor muscle physiotherapy: randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2021;57:726-32. doi:10.1002/uog.23590

8. Hurt K, Zahalka F, Halaska M, Rakovicova I, Rakovic J, Cmelinsky V. Extracorporeal shock wave therapy for treating dyspareunia: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Ann Phys Rehabil Med.* 2021;64:101545. doi:10.1016/j.rehab.2021.101545
9. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand MH, Khalifé S, Waddell G, et al. Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;224(2):189.e1-12. doi:10.1016/j.ajog.2020.08.038.
10. Gruenwald I, Gutzeit O, Petrusseva A, Gartman I, Lowenstein L. Low-Intensity Shockwave for Treatment of Vestibulodynia: A Randomized Controlled Therapy Trial. *J Sex Med.* 2021;18:347-52. doi:10.1016/j.jsxm.2020.11.006
11. Li D, Li M, Wu G, Wu L, Ma Y, Zhang X. Evaluating the Effectiveness of Radiofrequency Therapy and Manual Pelvic Fascial Release in Treating Myofascial Pelvic Pain. *Int Urogynecology J.* 2024;35:1219-25. doi:10.1007/s00192-024-05763-x
12. Sevim M, Alkiş O, Kartal İG, Kazan HO, İvelik Hİ, Aras B, et al. Comparison of transcutaneous tibial nerve stimulation versus percutaneous tibial nerve stimulation in category IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized prospective trial. *The Prostate.* 2023;83:751-8. doi:10.1002/pros.24513
13. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372:n160. doi:10.1136/bmj.n160
14. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:579. doi:10.1186/s12913-014-0579-0

15. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996;17:1-12. doi:10.1016/0197-2456(95)00134-4

16. Cyr MP, Dostie R, Camden C, Dumoulin C, Bessette P, Pina A, et al. Improvements following multimodal pelvic floor physical therapy in gynecological cancer survivors suffering from pain during sexual intercourse: Results from a one-year follow-up mixed-method study. *PLOS ONE*. 2022;17:e0262844. doi:10.1371/journal.pone.0262844

17. Cyr MP, Dumoulin C, Bessette P, Pina A, Gottlieb WH, Lapointe-Milot K, et al. Changes in pelvic floor morphometry and muscle function after multimodal physiotherapy for gynaecological cancer survivors suffering from dyspareunia: a prospective interventional study. *Physiotherapy*. 2022;114:54-62. doi:10.1016/j.physio.2021.09.003

18. Ashtiani EM, Shokouhi N, Mohseni M, Saedi N, Haeri-Mehrzi AA, Bakhtiyari M. A novel radiofrequency modulation therapy versus routine physiotherapy modalities in treatment of myofascial pelvic pain syndrome: a pilot randomized trial. *Obstet Gynecol Sci*. 2023;66(3):230-40. doi:10.5468/ogs.22171

19. Nygaard AS, Rydningen MB, Stedenfeldt M, Wojniusz S, Larsen M, Lindsetmo RO, et al. Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(10):1320-9. doi:10.1111/aogs.13896

20. Mykoniatis I, Pyrgidis N, Kalyvianakis D, Zilotis F, Kapoteli P, Fournaraki A, et al. Comparing two different low-intensity shockwave therapy frequency protocols for nonbacterial chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A two-arm, parallel-group randomized controlled trial. *Prostate*. 2021;81(9):499-507. doi:10.1002/pros.24119

21. Mykoniatis I, Kalyvianakis D, Zilotis F, Kapoteli P, Fournaraki A, Poullos E, et al. Evaluation of a low-intensity shockwave therapy for chronic prostatitis type IIIb/chronic pelvic pain syndrome: a double-blind randomized sham-controlled clinical trial. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2021;24:370-9. doi:10.1038/s41391-020-00284-2

22. Murina F, Recalcati D, Di Francesco S, Cetin I. Effectiveness of Two Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) Protocols in Women with Provoked Vestibulodynia: A Randomized Controlled Trial. *Med Sci.* 2023;11:48. doi:10.3390/medsci11030048
23. Morsy H, Meister M, Spitznagle T, Scott C, Zhang T, Ghatti C, et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of Vaginal Cryotherapy for the Treatment of Pelvic Floor Myofascial Pain. *Int Urogynecology J.* 2024;35:215-25. doi:10.1007/s00192-023-05692-1
24. Baltazar MCDV, Russo JA de O, De Lucca V, Mitidieri AM de S, da Silva APM, Gurian MBF, et al. Therapeutic ultrasound versus injection of local anesthetic in the treatment of women with chronic pelvic pain secondary to abdominal myofascial syndrome: a randomized clinical trial. *BMC Womens Health.* 2022;22:325. doi:10.1186/s12905-022-01910-y
25. Li Z, Li D, Zu X, Xiang B, Wang G, Tang Z. Evaluation of efficacy and safety of low-intensity pulsed ultrasound in patients with concurrent erectile dysfunction and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective, randomized controlled study. *BMC Urol.* 2024;24:232. doi:10.1186/s12894-024-01630-5
26. Bardin MG, Giraldo PC, Lenzi J, Witkin SS, De Mira TAA, Morin M. Does the addition of electrical stimulation or kinesiotherapy improve outcomes of amitriptyline treatment for women with vulvodynia? A randomized clinical trial. *Int Urogynecology J.* 2023;34:1293-304. doi:10.1007/s00192-023-05454-z
27. Cyr MP, Dumoulin C, Bessette P, Pina A, Gotlieb WH, Lapointe-Milot K, et al. Feasibility, acceptability and effects of multimodal pelvic floor physical therapy for gynecological cancer survivors suffering from painful sexual intercourse: A multicenter prospective interventional study. *Gynecol Oncol.* 2020;159:778-84. doi:10.1016/j.ygyno.2020.09.001
28. Osborne LA, Whittall CM, Emery S, Reed P. Cluster randomised control trial of the effect on attendance and outcomes of multi-disciplinary teams involving psychologists during pelvic floor muscle training for pelvic floor dysfunction. *J Obstet Gynaecol.* 2022;42:310-5. doi:10.1080/01443615.2021.1904222

ABREVIATURAS

CRMRF: Radiofrecuencia monopolar capacitiva resistiva.

DPC: Dolor pélvico crónico.

EVA: Escala visual analógica.

LIPUS: Ultrasonido pulsado de baja intensidad.

LiST: Terapia de ondas de choque de baja intensidad.

MSP: Musculatura del suelo pélvico.

NIH-CPSI: Índice de síntomas de prostatitis crónica.

NRS: Escala de calificación numérica.

PGM: Punto gatillo miofascial.

TENS: Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora Eva, por depositar su confianza y compartir sus conocimientos en la realización de este trabajo. Gracias por guiarnos durante estos últimos meses de carrera y abrirnos las puertas al mundo de la fisioterapia del suelo pélvico.

A nuestras familias, que un día se encontraron la habitación de casa vacía. Gracias por vuestro apoyo incondicional, por hacernos sentir valientes, fuertes y queridas, porque todo lo que somos hoy es gracias a vosotros.

A las nuevas amistades, que primero fueron compañeros de clase y han terminado convirtiéndose en casa y, especialmente, a aquellas amistades que lo han sido desde siempre, demostrando que la distancia son solo unos kilómetros de más. Vos volem.

Y a ti, Reus, por haber cruzado nuestros caminos y convertirte, poco a poco, en nuestro hogar durante estos 4 años. Gracias por ser testigo de nuestro crecimiento y aprendizaje, por todas las experiencias que nos has regalado y por dejarnos recuerdos y personas que ya forman parte de nosotros.