

GINECOLOGÍA

CAUSAS GINECOLÓGICAS DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Luis Alejandro García García*
 Jonathan Trejos Hernández**
 Carlos Alberto Poveda Rodríguez***
 Luis Roberto Villegas Sequiera****
 Eddy Alonso Marchena Vásquez*****
 David González Castro*****

SUMMARY

The approach to pelvic pain is not easy and sometimes difficult to diagnose for the general practitioner and a specialist, you need to conduct a thorough analysis because the causes of pelvic pain factors gynecological etiology should not only, reason this event which should be treated by a multidisciplinary team. This condition affects biological, psychological, social and labor patient, since management can be medical or surgical.

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico afecta

a la paciente dentro de la esfera biológica, psicológica y social. Del total de consultas en promedio un 10% representan valoraciones por dolor pélvico crónico, un 40% de los procedimientos laparoscópicos se asocian a esta causa y un 10-15% de las histectomías⁶. Este padecimiento es consultado frecuentemente en los servicios de emergencias, pero aun es deficientemente entendido, lo que da como resultado la realización de una importante cifra de laparoscopias donde la etiología no es clara. A esto hay que sumar que una gran parte de

los padecimientos crónicos no son del todo curables, esto genera en el individuo insatisfacción y el profesional médico debe de brindar el mejor tratamiento para que el paciente se reintegre funcionalmente a la sociedad. El dolor pélvico crónico se define según el Colegio de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), como un dolor que se localiza en la pelvis anatómica con una duración igual o mayor a seis meses, el cual se puede manifestar de forma cíclica o acíclica y donde su tratamiento puede ser médico o quirúrgico¹. Su severidad puede ser tal, que

* Médico General.

** Médico General.

*** Médico General.

**** Médico General.

***** Médico General.

***** Médico General.

llegue a repercutir negativamente sobre la funcionalidad del paciente.

PREVALENCIA

El dolor pélvico crónico se relaciona con mayor frecuencia en mujeres, pero en hombres también se presenta. En Estados Unidos la prevalencia del mismo se representa en mujeres en edad reproductiva entre un 15% a un 24%, mientras en el Reino Unido su prevalencia es de 3,8%, por lo que podemos afirmar que una de cada diez consultas al servicio de ginecología se deben a esta patología. En Colombia su prevalencia es de 30%¹⁰⁻¹²⁻¹⁷⁻²², mientras en Costa Rica en un estudio realizado en el hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, se documenta que la prevalencia es de un 25%² muy similar a las norteamericanas y colombianas. La prevalencia de dolor pélvico crónico en mujeres con depresión es de un 40% a un 50% en comparación con la población general que lo presenta en un 7%.

FISIOPATOLOGÍA

Cuando se aborda un paciente que manifiesta dolor crónico, debemos diferenciar este del dolor agudo. El dolor es producto de una lesión tisular que da como resultado un proceso inflamatorio, este libera

neurotransmisores que viajan por fibras delgadas no mielinizadas (A-delta y fibras C)¹⁸ desde la periferia hasta los cordones espinales posteriores y de ahí a la corteza cerebral. Las fibras C responden de manera exclusiva a estímulos prolongados o nocivos, estos estímulos nocivos se pueden originar desde cualquier parte de la pelvis. Los nervios aferentes viscerales entre un 30% a 80% son silentes, cuando algunas de estas fibras nerviosas son estimuladas, el cordón medular dorsal acoge un pronunciado estímulo nocivo que lleva a cambios neuropáticos³. Los cambios producidos se conocen como neuroplásticos o bien como plasticidad neuronal. La activación de los receptores de N-metil-D-aspartato, son los responsables de dichos cambios neuropáticos en los cordones posteriores. Estos cambios producen una pérdida de inhibición de las neuronas de los cordones posteriores y a su vez una disminución del umbral para estos nervios nociceptivos. A nivel clínico esta afección a los nervios va a producir en el paciente la presencia de dolor frente a estímulos que generalmente no producían dolor, esto se conoce como alodinia. Otro factor vital en la fisiopatología del dolor pélvico crónico es la inervación compartida de las vísceras pélvicas que genera un fenómeno conocido como hiperalgesia

viscero-visceral, donde la inflamación de un víscera genera la inflamación de la víscera adyacente, por medio de los cordones posteriores medulares se genera una inflamación neurogena.

ETIOLOGÍA

El foco de esta revisión son las causas ginecológicas del dolor pélvico crónico, pero es importante mencionar que existe además de causas ginecológicas hay causas urológicas, gastrointestinales, óseas, musculares, entre otras²⁷. De manera equivocada la mayoría de profesionales en la salud tienden a relacionar todo dolor pélvico con una etiología ginecológica, pero no siempre es así¹⁴. Las causas más frecuentes de dolor pélvico crónico según un estudio Británico son la endometriosis 30,8%, adherencias por enfermedad pélvica inflamatoria 29,1%, síndrome de intestino irritable 10,4% y por último la cistitis intersticial 8,6%²⁰⁻²⁴⁻²⁹. Ya mencionadas las causas que se presentan con mayor frecuencia las causas ginecológicas las podemos dividir en dos²⁰.

1. Causas extrauterinas:

Enfermedad pélvica inflamatoria crónica, quiste anaxial, adherencias, endometritis, embarazo ectópico crónico, salpingitis por Chlamydia,

endometriosis, neoplasia del tracto genital, ovulación dolorosa, síndrome de congestión pélvica, quiste peritoneal post-operatorio.

2. Causas intrauterinas:

Miomas, adenomiosis, estenosis cervical, dismenorrea atípica, endometritis crónica, pólipo endometrial, polipo endocervical, prolapso genital sintomático, dispositivo intrauterino.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica: se debe estudiar a fondo las características del dolor, su frecuencia, intensidad, irradiación, atenuación o factores que lo desencadenen. Se debe investigar sobre el cambios en el estado de animo y si este dolor le ha afectado sus labores cotidianas. Examen físico: se debe explorar adecuadamente a la paciente antes de utilizar alguna otra herramienta de ayuda diagnóstica.

Ecografía pélvica intravaginal o transabdominal: se usa con frecuencia para detectar en su mayoría alteraciones anatómicas, por ende la importancia de esta técnica para definir una estrategia quirúrgica y consejería preparatoria²⁴.

Resonancia magnetica: es útil para realizar el diagnostico de adenomiosis, pero debido a su costo es mejor realizar una ecografía.

Rectosigmoidoscopia o colon por enema: son de gran utilidad cuando

se piensa en alguna etiología del tracto gastrointestinal.

Laparoscopia: se pueden encontrar alguna anormalidad entre un 35-83%, entre las más frecuentes encontramos endometriosis y el síndrome adherencial, esta herramienta no debe ser usada de primera elección debido a que no realiza el diagnostico de muchas entidades etimológicas del dolor pélvico crónico.

TRATAMIENTO

No farmacológico: terapia física en el fortalecimiento de las musculatura pélvica, psicoterapia, cambios en la dieta como no ingerir alcohol, bebidas cafeinadas o muy acidas²¹.

Farmacológico: se deben inicial con analgésicos no opioides como la acetaminofen y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), si con ellos no se logra resolver, se pueden usar opioides leves como tramadol, codeína, hidrocodona. Si estos no son suficientes se pueden usar opioides fuertes morfina, metadona, fentanil, oxicodona, hidromorfona.

Coadyuvantes: anticonvulsivantes y antidepresivos triciclicos son funcionales para pacientes que presentan dolor de origen neuropático.

Tratamiento hormonal como el uso de anticonceptivos, agonistas de la GnRH son de utilidad en el

dolor pélvico cíclico. Bloqueos nerviosos y neuromodulación sacra, son usados cada vez con mayor frecuencia.

Quirúrgico: entre los que se encuentran la liberación de las adherencias, la ablación del ligamento uterosacro y la histerectomía son actualmente las técnicas mas utilizadas para el alivio del dolor pélvico crónico, es importante destacar que un 50% de las mismas va a persistir con el dolor posterior al acto quirúrgico²¹.

RESUMEN

El abordaje de dolor pélvico no es sencillo y en ocasiones resulta difícil de diagnosticar para el médico general y el especialista, se necesita realizar un análisis minucioso debido a que las causas de dolor pélvico no solo se deben a factores de etiología ginecológica, razón por la cual esta manifestación debe tratarse de manera multidisciplinaria⁶. Este padecimiento repercute biológica, psicológica, social y laboralmente al paciente, ya que el manejo puede ser médico o bien ser quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee on Practice Bulletin Gynecology. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2004; 103:

- 589-605.
2. Arito M. Dolor pélvico ginecológico. *Revista Medica De Costa Rica LII* (496) 119-122:1986
3. Butrick C. How many surgeries are enough? *Clin Obstet Gynecol.* 2007; 50 (2): 412-424.
4. Butrick C. Pelvic floor hypertonic disorders: identification and management. *Obstet Gynecol Clin N.* 2009; 36: 707-722.
5. Cicchiello L, Hamper U, Scoutt L. Ultrasound evaluation of gynecologic causes of pelvic pain. *Ultrasound Clin* 5. 2010; 209-231.
6. Ecurra R, Lamberto N, Peñas V. Dolor abomino pélvico en ginecología. *An Sistema Sanitario Navar.* 2009; 32 (Supl. 1): 49-58.
7. Gatchel R, Peng Y, Peters M, Fuchs P, Turk D. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin.* 2007; 133(4): 581-624.
8. Gelbaya T, Halwagy H. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv.* 2001; 56 (12): 757-764.
9. Gómez P. Dolor pélvico crónico en la mujer. Bogotá: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED; 2008.
10. Guerrero R, Anda L. Dolor pelvico en ginecología. *Revista Dolor Clínica y Terapia* 2003; (1): 5-8
11. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2003; 58 (9): 615-623.
12. Howard F. Dolor pélvico crónico. *OBG Management* 2009; 21: 1-5.
13. Howard F. Chronic pelvic pain. *ACOG.* 2003. 101: 594-611.
14. Karcaltincaba M, Karcaltincaba D, Dogra V. Pelvic congestion syndrome. *Ultrasound Clin.* 2008; 3: 415-425.
15. Lamvu G. Role of hysterectomy in the treatment of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2011; 117 (5): 1175- 1178.
16. Learman L, Gregorich S, Schembri M, Jacoby A, Jackson R, Kuppermann M. Symptom resolution after hysterectomy and alternative treatments for chronic pelvic pain: does depression make a difference? *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 269.e1-9.
17. Ling F. Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(1) 51-58.
18. Marcelissen T, Jacobs R, Kerrebroek P, Wachter S. Sacral neuromodulation as treatment for chronic pelvic pain. *Urol J.* 2011; 186: 387-393.
19. Ospina S. Dolor pélvico crónico en la mujer: más que una consulta ginecológica. *Revista Colombiana de Enfermería, Volumen 8, Págs.* 151-160.
20. Ortiz D. Chronic pelvic pain in women. *Ann Fam Med.* 2008; 77(11): 1535-1542.
21. Prather H, Spitznagle T, Dugan S. Recognizing and treating pelvic pain and pelvic floor dysfunction. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2007; 18: 477-496.
22. Scarella A, Devoto L, Villarroel C, Inzunza N, Quilodrán F, Sovino H. Ultrasonido transvaginal para la detección preoperatoria de endometriosis profunda en pacientes con dolor pélvico crónico. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia* 2013; 78(2): 114-118
23. Shaver J. Sleep disturbed by chronic pain fibromyalgia, irritable bowel, and chronic pelvic pain syndromes. *Sleep Med Clin.* 2008; 3: 47-60.
24. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 4: CD000387.
25. Tu F, Fitzgerald C, Kuiken T, Farrell T, Norman H. Comparative measurement of pelvic floor pain sensitivity in chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2007; 110(6): 1244-1248.
26. Vidal A, Rico B, Ayuso M, Angulo J, Ruiz M, Mugüerza J and Sanz M. Chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 375-389.
27. Warren J, Morozov V, Howard F. Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome? *AJOG.* 2011; 205: 199.e1-5.
28. Yunker A, Sathe N, Reynolds W, Likis F, Andrews J. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv.* 2012; 67 (7): 417-425.
29. Zondervan K, Yudkin P, Vessey M, Dawes M, Barlow D, Kennedy S. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *BJOG.* 1999; 106: 1156-1161.