

DOLOR PELVICO CRONICO

(The Chronic pelvic pain)

Revista Médica Sinergia
Vol.3 Num:5
Mayo 2018 pp: 3 – 8
ISSN:2215-4523
EISSN:2215-5279

* Dra. Karen Wedel Herrera
Fundación FIMRC
San José, Costa Rica

RESUMEN

El dolor pélvico crónico es una condición clínica de gran importancia en la consulta ginecológica. Es de carácter multifactorial y esto hace imprescindible un abordaje integral y multidisciplinario. Es un problema ginecológico frecuente en las mujeres en edad fértil y se calcula que su frecuencia es del 15%. Está asociado con un amplio rango de condiciones que envuelven el sistema reproductivo, gastrointestinal, genitourinario y musculo esquelético. Para entender más completamente su presentación clínica, se explican los mecanismos neuroanatómicos y neurofisiológicos implicados y las causas más comúnmente diagnosticadas. Se resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinario, ya que a pesar de su alta prevalencia no existe una clara aproximación de su abordaje primario en forma integral.

DESCRIPTORES

Dolor pélvico crónico, laparoscopia, endometriosis, adherencias pélvicas, enfermedad pélvica inflamatoria

SUMMARY

The Chronic pelvic pain is a clinical condition of great importance in the gynecological consultation. It is multifactorial in nature and this makes an integral and multidisciplinary approach essential. It is a common gynecological problem in women of childbearing age and it is estimated that its frequency is 15%. It is associated with a wide range of conditions that surround the reproductive, gastrointestinal, genitourinary and musculoskeletal system. To understand more fully its clinical presentation, the neuroanatomical and neurophysiological mechanisms involved and the causes most commonly diagnosed are explained. The need for a multidisciplinary approach is highlighted, since despite its high prevalence there is no clear approximation of its primary approach in an integral way.

KEYWORDS

Chronic pelvic pain, laparoscopy, endometriosis, pelvic adhesions, pelvic inflammatory disease.

*Médico General,
graduada de Universidad
Autónoma de Centro
América. Trabaja como
médico en Fundación
FIMRC, Costa Rica.
cod: 12961

INTRODUCCION

El dolor pélvico crónico (DPC) es un problema ginecológico frecuente en las mujeres de edad fértil y se calcula que su frecuencia es del 15%. Está asociado con un amplio rango de condiciones que envuelven el sistema reproductivo, gastrointestinal, genitourinario y musculo esquelético. Por lo anterior, se justifica una amplia historia clínica y un adecuado examen físico para el diagnóstico

Hasta ahora, no hay una definición mundialmente aceptada para el dolor pélvico crónico; sin embargo muchos investigadores le distinguen de la dismenorrea y la dispareunia, y lo delimitan como el dolor no cíclico que persiste durante seis meses o más, localizado en la pelvis, en la porción infra umbilical de la pared abdominal anterior, en la región lumbosacra o en la región de las nalgas provocando discapacidad funcional.

ETIOLOGIA

El pico de prevalencia de DPC ocurre aproximadamente a los 30 años. Un estudio que involucró 5051 pacientes con DPC en atención primaria determinó que la etiología comprende causas ginecológicas en un 20.2% de tracto urinario, un 30.8%, gastrointestinales 37.7% y musculo esqueléticas en 15%. El DPC es una indicación para evaluación laparoscópica. En diversos estudios donde se ha utilizado la laparoscopia como método de diagnóstico se ha detectado en 35% de los casos ninguna patología anormal asociada, endometriosis en 33% de

casos y adherencias en 24%. Las causas ginecológicas y descripción de las mismas se pueden observar en la **TABLA 1-1**

- **Endometriosis:** Es un trastorno en el que existe un crecimiento anormal de tejido parecido histológicamente al endometrio, en otros sitios fuera de cavidad uterina. Se estima que ocurre entre un 6 y un 10% en mujeres con de edad reproductiva y entre un 25 a un 35% de las mujeres con infertilidad.(4) Existen varias teorías etiológicas que incluyen:

1. Menstruación retrógrada hacia trompas uterinas resultando de la implantación endometrial en pelvis.
2. Proliferación hematógena y/o linfática de células endometriales.
3. Metaplasia del epitelio celómico.

Es una enfermedad progresiva que afecta del 5 al 10% de las mujeres. Alrededor de 24% de mujeres con DPC tienen esta patología. Típicamente presentan: dismenorrea, dispareunia y dolor lumbosacro; el dolor aumenta en periodo premenstrual y usualmente disminuye durante la menstruación. El diagnóstico es presuntivo y se confirma por laparoscopia.

- **Adherencias:** Constituye uno de los hallazgos orgánicos más frecuentes, detectados en el momento en que se practica una laparoscopia diagnóstica para evaluar el DPC en aproximadamente un 89% de los casos. Las adherencias suelen ser

consecuencia de alguna intervención quirúrgica previa pero también pueden aparecer después de procesos inflamatorios como la enfermedad pélvica inflamatoria, quistes rotos y sepsis posparto. El síndrome adherencial es un factor importante en la etiología de infertilidad, dispareunia y de la obstrucción intestinal, siendo una de las causas más probables de obstrucción; el diagnóstico se confirma con laparoscopia. Luego de la resección de las adherencias es más común la reincidencia cuando se realiza por cirugía abierta que con laparoscopia.

- **Adeniosis:** Se trata de una condición en donde el tejido endometrial glandular se encuentra incrustado en el miometrio, afectando más comúnmente a mujeres entre los 35-45 años. El diagnóstico presuntivo

se puede realizar por laparoscopia con estructura macroscópica del útero, el diagnóstico definitivo se realiza por estudio histopatológico. Es una enfermedad cuyos síntomas incluyen hipermenorrea, dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico cíclico después de la menstruación y con el ejercicio vigoroso. El tratamiento es sintomático. El tratamiento definitivo es la la histerectomía en mujeres con paridad satisfecha.

- **Síndrome de congestión pélvica:** Causa potencial de DPC y está asociado con congestión vascular, causado por dilatación crónica de venas uterinas y ováricas que dan como resultado un flujo venoso lento. Es una condición típica de la etapa reproductiva. Los síntomas incluyen: dolor pélvico sordo e intenso que mejora con reposo y AINES, dolor lumbar, dispareunia profunda y dolor

TABLA 1 - 1. Causas de dolor pélvico crónico según localización.

Ginecología	TU	TGI	Músculo Esquelético	Neurológico	Mental
Endometriosis EPI crónica Adherencias Congestión pélvica Adeniosis Sd. Ovario remanente Sd. Ovario residual Leiomiomas Neoplasia Salpingitis	Cistitis intersticial ITU recurrente Divertículo uretral Sd. Uretral crónico Neoplasia	SCI CHRON CUCI Obstrucción intestinal Divertículos Neoplasia Constipación Enfermedad celíaca	Mialgia del piso pélvico Dolor miofascial Coxigodinia Sd piriforme Hernia Postura anormal Fibromialgia Sd de dolor pélvico periparto	Neuralgia Hernias del núcleo pulposo Neoplasia Dolor neuropático Epilepsia Migraña	Abuso de sustancias Somatización Abuso sexual y físico Depresión Trastornos del sueño

Abreviaturas: EPI: enfermedad pélvica inflamatoria, TU: tracto urinario, TGI: tracto gastrointestinal, SCI: síndrome colon irritable.

postcoital. El dolor pélvico debido a congestión vascular se exagera si el cuerpo se mantiene por tiempo prolongado en posición de pie y por actividad física. Para el diagnóstico se recomienda US transvaginal y venografía pélvica confirmatoria. Medicamentos que producen estados hipoestrogénicos se asocian con disminución del calibre venoso y por ende de los síntomas.

- **Cistitis Intersticial:** También denominada como síndrome de vejiga dolorosa. Es un síndrome clínico crónico que se caracteriza por el incremento de la frecuencia urinaria, incontinencia urinaria de urgencia y/o dolor pélvico, en ausencia de cualquier otra patología identificable. Las pacientes pueden presentar una variedad de síntomas e incluso diversos grados de dolor, de estas pacientes con dolor el 80,4% reportó dolor en el abdomen inferior, uretra, espalda baja, y vaginal, respectivamente. Los síntomas frecuentemente se presentan como episódicos, por lo tanto, se diagnostica como infección del tracto urinario. La prueba de oro en el diagnóstico, es la cistoscopia y para su tratamiento fue aprobado por la Food and Drug Administration

(FDA) el sulfóxido de dimetilo intravesical.

- **Síndrome de colon irritable (SCI):** Es un trastorno funcional del intestino sin etiología clara que se caracteriza por periodos de dolor abdominopélvico asociado a disfunción intestinal con episodios de estreñimiento, diarrea, inflamación y dolor. El inicio se asocia con cambios en la defecación y el dolor disminuye posterior a esta. El SCI está asociado con muchos trastornos ginecológicos y se exagera con la menstruación. Para su diagnóstico es muy importante la historia clínica detallada y se utilizan en la actualidad los criterios de Roma III (**TABLA 1 - 2**).

EVALUACION Y DIAGNOSTICO

Las causas del dolor crónico son variadas y la información que se obtiene en la exploración física ayuda a esclarecer el origen y a decidir los estudios posteriores.

Historia clínica: Para realizar una correcta aproximación diagnóstica es preciso hacer una historia clínica detallada dirigida a documentar muy bien las características del dolor, tiempo de

TABLA 1 - 2: Criterios de ROMA III para SCI.

Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a dos o más de los siguientes síntomas:

- Mejora con la defecación.
- Comienzo asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
- Comienzo asociado con un cambio en la consistencia de las deposiciones.

evolución, localización, ciclicidad y asociación con dismenorrea, relación con el embarazo o posparto, relación con la menarquia, sensación de calor y parestesias, síntomas urinarios, cuadros infecciosos urinarios previos, tratamientos recibidos y la respuesta obtenida a los mismos. Debe aclararse el patrón menstrual, la presencia y características de la dismenorrea, la presencia de dispareunia, el patrón miccional y el hábito intestinal.

Examen pélvico: Se debe realizar en cuatro posiciones: De pie, para identificar espasmos musculares, postura inadecuada y hernias inguinales. Sentada, en busca de fibromialgias, hernias discales puntos gatillo. Decúbito supino, para inspección, auscultación, palpación y percusión. En posición de litotomía, el cual debe iniciar con la evaluación de los genitales externos, la vulva, el introito y la uretra, donde se pueden encontrar lesiones o puntos dolorosos. Se debe realizar el examen con pujo para identificar prolapso de los órganos pélvicos. Se debe incluir especuloscopia para visualizar vagina y cérvix. Posteriormente, se procede a realizar la palpación bimanual, la cual permite identificar el útero y los anexos evaluando condiciones dolorosas; en pacientes con antecedente de histerectomía se debe examinar la cúpula vaginal y su relación con eventos dolorosos.

Estudios diagnósticos: los exámenes de laboratorio están indicados para descartar procesos inflamatorios crónicos y embarazo. Incluye cuadro hemático,

velocidad de sedimentación globular, uroanálisis, pruebas serológicas para Chlamydia y Neisseria y prueba de embarazo; adicionalmente, si el examen físico lo amerita, se solicita Ca 125. Las enfermedades tiroideas alteran la fisiología y con frecuencia causan síntomas intestinales o vesicales, es por esta razón que a menudo se analiza la concentración de hormona estimulante de la tiroides (TSH).

Estudio de imágenes: la ecografía pélvica es altamente sensible para detectar masas o quistes y determinar el origen de éstas, ya sea a nivel del útero, ovarios o trompas. La más utilizada para evaluar DPC es la ecografía transvaginal. No obstante la ecografía tiene una sensibilidad muy reducida para identificar implantes endometriósicos o adherencias.

Herramientas quirúrgicas: aproximadamente un tercio de las pacientes con DPC es llevada a laparoscopia. En estudios realizados en varios casos, se ha concluido que los hallazgos de la laparoscopia han sido sin patología visible en el 35% de los casos, endometriosis en el 33%, adherencias en el 24%, enfermedad pélvica inflamatoria crónica en el 5%, quistes ováricos en el 3% y otros hallazgos ocasionales en menor porcentaje.

TRATAMIENTO

La terapia de primera línea es el tratamiento médico con analgésicos tipo AINES y anticonceptivos orales combinados (estrógenos y

progestágenos, cíclicos o continuos). Se recomienda dosis máximas de AINES por cuatro a seis semanas, antes de considerar una falla terapéutica. En el caso que esta combinación no sea eficaz, existe una terapia de segunda línea con progestágenos continuos; se recomienda el acetato de medroxiprogesterona en dosis de 10 miligramos diarios o acetato de medroxiprogesterona subcutáneo en dosis 104 miligramos cada tres meses. El dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel mostró eficacia similar al manejo con análogos de GnRH. El manejo con análogos de GnRH es considerado un test de supresión, indicado ante la sospecha clínica de endometriosis, se ha encontrado respuesta favorable hasta en el 61% de las mujeres con esta patología.

La terapia con Danazol, en dosis de 200 a 400 miligramos diarios, divididos en dos dosis para llegar hasta 800 miligramos diarios, es posible para lograr rápidamente la amenorrea y respuesta al dolor. Este manejo debe ser continuo por dos meses y se puede mantener hasta nueve meses si existe una respuesta

adecuada. Entre las consideraciones de la laparoscopia se debe tener en cuenta el costo, las complicaciones y el subdiagnóstico; a pesar de que no se ha demostrado que la laparoscopia mejore a largo plazo a las pacientes con DPC, es considerada como la prueba de oro para el diagnóstico y manejo de esta condición clínica. Sin embargo, se debe tener en cuenta, que hasta un 44% de las pacientes que han mejorado con esta intervención recaen en el año siguiente.

CONCLUSION

El DPC es una condición clínica de gran importancia en la consulta ginecológica. Es de carácter multifactorial y esto hace imprescindible un abordaje integral y multidisciplinario. Es de suma importancia hacer un cuadro clínico adecuado para evitar la polifarmacia y el tratamiento quirúrgico de forma innecesaria.

Un buen examen físico e historia clínica puede acercarnos a un diagnóstico certero para iniciar con el tratamiento y utilizar los recursos disponibles de la mejor manera.

BIBLIOGRAFIA

1. Williams Ginecología . 2009, Capítulo 11. Dolor Pélvico. Página 244-265.
2. Review of Clinical Signs, Bernard M. Karnath, MD. July 2007 Acute and Chronic Pelvic Pain in women.
3. Abordaje Integral de Dolor Pélvico Crónico: Revisión de la literatura, Juan Sebastián Fuentes Porras, Janer Sepúlveda Agudelo.
4. Allan H. De Cherney, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico, 11va edición. Capítulo 56, Endometriosis, página 911-919.

Recepción: 10 Febrero de 2018

Aprobación: 20 Abril de 2018