

Dolor pélvico crónico en la mujer: más que una consulta ginecológica

Pelvic chronic pain in women:
beyond a gynecological diagnosis

Dor pélvica crônica em uma mulher:
mais que uma consulta ginecológica

Sandra Cecilia Ospina G.¹

RESUMEN

El dolor pélvico crónico (DPC) es un problema de salud que impacta al individuo en la esfera biológica, social, psicológica y laboral (1, 2). Se puede definir como el dolor localizado en la pelvis anatómica, con una duración mayor o igual a seis meses, que se presenta de forma cíclica o acíclica. Puede requerir tratamiento médico o quirúrgico, y su severidad puede causar alteración en la funcionalidad (3). Es significativamente más común en mujeres. A pesar de ser un motivo de consulta frecuente, el DPC es un fenómeno que no está totalmente entendido (2), pero es claro su componente multifactorial y su diferencia con el dolor agudo. Su etiología es heterogénea; por tanto, al ser multifactorial, el DPC requiere un abordaje integral dentro de un modelo biopsicosocial con aproximación multidisciplinaria. Este artículo es una revisión de tema de la fisiopatología, etiología, abordaje diagnóstico y terapéutico del DPC.

Palabras clave: dolor pélvico, dolor crónico, dismenorrea.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain (CPP) is a major health problem that impacts individuals biologically, socially, and psychologically, as well as at work (1, 2). It can be defined as pain in the pelvis area lasting 6 months or more, which is cyclic or non-cyclic, and may require medical or surgical treatment, with a severity that can cause a reduction in functionality (3). Is significantly more common in women. Despite being a frequent complaint, the DPC is a phenomenon that is not fully understood (2), but its multifactorial component is clear as well as its distinction with acute pain. Its etiology is heterogeneous; therefore, to be multifactorial, the DPC requires a comprehensive approach within a bio-psychosocial model with a multidisciplinary approach. This article reviews the subject of pathophysiology, etiology, diagnosis and therapeutic approach to DPC, as it is essential to learn more about

RESUMO

A dor pélvica crônica (DPC) é um grande problema de saúde que impacta o indivíduo na esfera biológica, social, psicológica e profissional (1,2). Pode ser definida como uma dor anatómica na pélvis, com duração maior ou igual a 6 meses, que se apresenta de forma cíclica ou acíclica, podendo requerer tratamento médico ou cirúrgico, cuja severidade pode causar alterações em sua funcionalidade (3). É significativamente mais comum nas mulheres. Apesar de ser um motivo de consulta freqüente, a DPC é um fenômeno que não é completamente entendido (2), mas é evidente seu componente multifatorial e sua diferenciação pela dor aguda. Sua etiologia é heterogênea. Por ser multifatorial, a DPC requiere uma abordagem integral dentro de um modelo biopsicosocial com envolvimento multidisciplinar. Este artigo é uma revisão da fisiopatologia, etiologia, abordagem diagnóstica e terapêutica da

this health problem in order to approach it from a more comprehensive bio-psychosocial perspective.

Key words: pelvic pain, chronic pain, dysmenorrhea, chronic pelvic pain.

DPC, sendo que é indispensável conhecer o problema melhor para abordá-lo de uma perspectiva integral, com enfoque biopsicosocial.

Palavras-chave: dor pélvica, dor crônica, dismenorrea.

Recibido: 2012-10-1; aprobado: 2013-05-22

1. Médica, especialista en Ginecología y Obstetricia. Estudiante de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad El Bosque. Ginecóloga Saludcoop, Bucaramanga. Ginecóloga Centinela de Auditoría en Calidad, Coomeva. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: sandrosipi@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) es un problema de salud que impacta al individuo en la esfera biológica, social, psicológica y laboral (1). Corresponde al 10% de las consultas ginecológicas, al 40% de las laparoscopias y entre el 10 y el 15% de las histerectomías (2). A pesar de ser un motivo de consulta frecuente, es un fenómeno pobremente entendido; tanto así que un número significativo de pacientes llega a laparoscopia sin una etiología clara (2). De igual forma, en un gran número de pacientes no es una condición curable, lo que se traduce en insatisfacción para la paciente y para los profesionales de la salud. Sin embargo, aunque el DPC no sea curable, puede ser manejado para permitir que las mujeres que lo sufren logren niveles de vida funcionales; por lo tanto, es imprescindible conocer acerca de su fisiopatología, etiología, diagnóstico y alternativas terapéuticas para ofrecer un mejor abordaje a una condición compleja. Dicho abordaje no puede limitarse a un enfoque ginecológico, sino que debe ir más allá, reconociendo su multifactorialidad y complejidad, para así emplear un enfoque biopsicosocial, con un equipo multidisciplinario que brinde más y mejores herramientas a las mujeres con dolor pélvico crónico.

MÉTODO

Como se trata de una revisión de tema, para la búsqueda de la literatura se consultaron las bases de datos MEDLINE vía Pubmed, EMBASE y SCIELO. Se limitó la búsqueda a literatura en idioma inglés y español, entre los años 1990 y 2012.

DEFINICIÓN

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG), en su boletín de 2004, define el dolor pélvico crónico como un dolor localizado en la pelvis anatómica, con una duración mayor o igual a seis meses. Este se presenta de forma cíclica o acíclica, puede requerir tratamiento médico o quirúrgico, y su severidad puede causar alteración en la funcionalidad (3). También se define como dolor pélvico no cíclico de tres meses o más (1, 4). Por su parte, con el fin de enfatizar en la heterogeneidad del DPC, las últimas guías de la Asociación Europea de Urología hacen referencia a esta patología como un síndrome doloroso, definido como dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis (5).

PREVALENCIA

El dolor pélvico crónico afecta a hombres y mujeres; pero es significativamente más común en mujeres (6). Se ha reportado que en Estados Unidos anualmente afecta al 15% de las mujeres (7) y se relaciona con una alta morbilidad, lo cual genera costos de aproximadamente 2 billones de dólares por año. Mientras otros estudios estadounidenses reportan una prevalencia del DPC de hasta del 24% para mujeres en edad reproductiva, con costos que ascienden a los 3 billones de dólares al año (8), en el Reino Unido esta ha sido reportada en el 3.8% (9, 10), equivalente a la encontrada por migraña o por asma en ese país. De igual forma, una de cada diez consultas ginecológicas corresponde a dolor pélvico crónico con un gasto directo

de 1,2 billones de dólares por año en tratamiento, y un gasto indirecto de 760 millones de dólares por año en ausencias laborales (11). En Colombia, este síndrome doloroso presenta una prevalencia del 30%. Es uno de los principales motivos de consulta en el área de consulta externa y ocupa el cuarto lugar de consulta en institutos de referencia como el Instituto Materno Infantil de Bogotá (1).

FISIOLOGÍA Y ANATOMÍA

Es primordial reconocer que fisiopatológicamente el dolor agudo difiere del dolor crónico; por lo tanto, su abordaje diagnóstico y terapéutico es distinto.

Existen tres teorías sobre el dolor. La primera reconoce el dolor como señales neuronales desde la periferia hacia el cerebro, lo que genera un enfoque principalmente biológico. La segunda teoría analiza un poco más el origen del dolor y propone que las señales nociceptivas pueden ser moduladas por neurotransmisores relacionados con los estados de ánimo (por ejemplo, serotonina y endorfinas), lo que permite una visión que incluye factores físicos y psicológicos. La tercera teoría propone la relación entre vulnerabilidades preexistentes adquiridas y el riesgo de desarrollar dolor crónico, lo cual explicaría el gran número de pacientes con DPC que tienen historia de abuso sexual (2). Es importante agregar que el daño tisular podría no estar relacionado con la intensidad del dolor, lo cual es particularmente cierto en dolor pélvico crónico (2).

Inervación

La pelvis tiene inervación somática y visceral. El sistema nervioso somático tiene una porción aferente y una eferente. La porción aferente (sensitiva) transmite estímulos desde las estructuras de la pared corporal, extremidades, periné, piso pélvico y peritoneo parietal a la médula espinal. Los nervios aferentes del peritoneo parietal se distribuyen a dermatomas (áreas segmentarias cutáneas) y miomatomas (áreas segmentarias musculares); por esta razón, al irritarse el peritoneo parietal se percibe dolor en el dermatoma correspondiente y el miotoma se contrae produciendo rigidez de la pared abdominal. La porción eferente (motora) envía ramas nerviosas a los músculos estriados parietales, extremidades, piso pélvico y periné (1).

El sistema simpático y parasimpático inerva las diferentes vísceras pélvicas. La parte proximal de las trompas de Falopio, el cuerpo y cuello uterino están inervados por fibras simpáticas de T10 a L1; estas fibras incluyen neuronas que son parte de los ligamentos uterosacros y forman el plexo hipogástrico superior o nervio presacro. Este se divide en nervios hipogástricos que forman el plexo hipogástrico inferior, el cual se subdivide en plexo vesical, rectal y uterovaginal (plexo Frankenhauser). El plexo uterovaginal recibe sensaciones de dolor del cuerpo uterino y de la vagina; transcurre lateral a los ligamentos uterosacros y medial a las arterias uterinas y su sección al separar los ligamentos uterosacros puede ser una alternativa terapéutica en el manejo de dolor.

Por otro lado, la pelvis lateral transmite dolor a través de neuronas parasimpáticas S2-S4. Es importante resaltar que el nervio presacro no recibe fibras de los ovarios ni de las estructuras laterales de la pelvis; por lo que la neurectomía presacra es útil únicamente en el dolor originado en la línea media (1) y no mejora el dolor proveniente de los anexos.

Mecanismos neurofisiológicos en el dolor pélvico crónico

Hay dos mecanismos neurofisiológicos implicados en el dolor pélvico crónico (7). El dolor nociceptivo es resultado de una lesión en una estructura sensible al dolor y puede ser de origen somático y visceral. El primero se origina en la piel, músculos, huesos o articulaciones y es transmitido a través de fibras sensoriales. El segundo surge en las vísceras y se transmite por fibras simpáticas del sistema autónomo. Se describe como un dolor pobremente localizado y está asociado con frecuencia a fenómenos autonómicos como náuseas, vómito, sudoración o reacciones emocionales intensas.

Por su parte, el dolor no nociceptivo puede ser neuropático o psicógeno. En el primer caso, es causado por una noxa del sistema nervioso central o periférico (7), es decir que el dolor neuropático es aquel resultante de cambios en el nervio (12). Típicamente produce dolor quemante, lacerante y asociado a parestesias. En el segundo, factores psicológicos como personalidad premórbida, depresión y disturbios del comportamiento tienen

un efecto en la experiencia del dolor. Tanto así, que la prevalencia de depresión mayor en pacientes con DPC es de 30 a 40%, mientras en la población general es del 5 al 7% (7, 10).

FISIOPATOLOGÍA

El dolor pélvico crónico es una entidad multifactorial, distinta del dolor agudo; por ende, entender la fisiopatología permite lograr un abordaje integral con enfoque biopsicosocial y obtener mejores resultados terapéuticos. Para empezar, el dolor es una alarma de daño tisular. La lesión tisular produce una reacción inflamatoria, la cual genera señales de dolor que viajan desde la periferia a través de cordón espinal posterior hasta la corteza cerebral. Estas señales de dolor van por fibras delgadas desmielinizadas (A-delta y fibras C) (5).

Existe un grupo especial de fibras C llamadas fibras silentes que solo responden a estímulos prolongados o particularmente nocivos. Los estímulos nocivos pueden provenir de cualquier parte de la pelvis: vejiga, peritoneo, intestino o áreas vulvo-vaginales. Entre el 30% y el 80% de los nervios aferentes viscerales son de tipo silente, especialmente la vejiga. Cuando estas fibras son activadas, el cordón dorsal recibe un marcado estímulo nocivo que lleva a cambios neuropáticos (bioquímicos, metabólicos y electrofisiológicos) y genera una regulación hacia arriba del cordón dorsal (6). Estos cambios son denominados neuroplásticos o plasticidad neuronal.

Los cambios neuropáticos de los cordones posteriores son mediados por la activación de receptores N-metil-D-aspartato, los cuales causan pérdida de inhibición de las neuronas de dichos cordones y causa una disminución en el umbral de estos nervios nociceptivos. Clínicamente la pérdida de la inhibición de las neuronas de los cordones posteriores genera alodinia, que es la presencia de dolor ante estímulos que no suelen considerarse dolorosos, por ejemplo, la ovulación dolorosa. Como resultado del mecanismo de regulación hacia arriba, se libera hacia la periferia la sustancia p, que es proinflamatoria, y un neurotransmisor. Esta

inflamación neurogénica mediada centralmente causa cistitis, dolor vaginal y vulvodinia.

Otro mecanismo que explica la multifactorialidad del DPC es la innervación compartida de las vísceras pélvicas, que produce un fenómeno de hiperalgesia víscero-visceral y ocurre cuando una víscera se inflama y causa inflamación de la víscera vecina mediante inflamación neurogénica a través del cordón medular posterior.

Otra respuesta neuropática es un reflejo víscero-muscular anormal, el cual causa disfunción hipertónica del piso pélvico y dolor miofascial con puntos gatillo desencadenantes de dolor. De hecho, se ha reportado que el 85% de las pacientes pueden cursar con síndrome de dolor miofascial asociado. Otros autores han descrito la convergencia entre la fisiopatología de los síndromes somáticos funcionales (síndrome de dolor miofascial o la fibromialgia, entre otros) y la del DPC (13).

En resumen, la fisiopatología del dolor pélvico crónico no está totalmente entendida (1), pero es claro su componente multifactorial y su diferencia con el dolor agudo.

ETIOLOGÍA

La etiología puede ser muy variada y rara vez corresponde a un único factor (11). Además, no es posible establecer un diagnóstico definitivo en el 61% de los casos (14). De manera errónea, la mayoría de pacientes y de profesionales de la salud dan por hecho que todo dolor pélvico tiene una causa ginecológica; en contraste, un estudio británico evidenció que al evaluar el dolor pélvico crónico, los diagnósticos relacionados con los sistemas urinario y gastrointestinal eran más comunes que los diagnósticos ginecológicos (14). Los cuatro diagnósticos etiológicos más frecuentes en DCP son: endometriosis, adherencias por enfermedad pélvica inflamatoria, síndrome de intestino irritable (SII) y cistitis intersticial (9, 14, 15) (véase la Tabla 1).

Cohorte de 5051 mujeres		
Diagnóstico	Número de mujeres	% de mujeres
Cistitis	2103	30,8
Síndrome de intestino irritable	1057	29,1
Enfermedad pélvica inflamatoria	525	10,4
Otros diagnósticos gastrointestinales	434	8,6
Endometriosis	209	4,1
Quistes ováricos	127	2,5
Miomas	119	2,4
Adherencias	29	0,6
Síndrome de congestión pélvica	8	0,2

Tabla 1. Diagnósticos en dolor pélvico crónico (14)

Algunos autores proponen una clasificación que reúne la etiología del DPC en cuatro grupos (16):

1. Tracto reproductivo: dolor pélvico originado del tracto reproductivo; endometriosis, adherencias, entre otros.
2. Otros sistemas orgánicos: DPC originado en otros sistemas distinto al tracto reproductivo; síndrome de intestino irritable, cistitis recurrente, dolor miofascial abdominal, entre otros.
3. No evidencia de enfermedad orgánica, pero sí de enfermedad psiquiátrica: desórdenes de personalidad, trastorno de ansiedad o psicosis.
4. No evidencia de enfermedad orgánica o psiquiátrica: puede ser por historia de abuso sexual o físico.

Sin embargo, esta clasificación no presenta una interconexión entre los grupos, y los propone como excluyentes; esto podría ir en contra del enfoque integral del abordaje a la paciente con DPC.

En general, las causas de dolor pélvico crónico son variadas y no excluyentes. Por ejemplo, síntomas sugestivos de síndrome de intestino irritable o cistitis intersticial están con frecuencia presentes

en mujeres con DPC (SII: 50% y cistitis intersticial en el 38-84% de los casos) (12); el atrapamiento nervioso luego de cicatriz quirúrgica tipo Pfannenstiel se presenta en el 3,7% de los casos; y el 75% de las pacientes con DPC cursan con anomalías musculoesqueléticas (12). El síndrome de congestión venosa pélvica puede ser otra causa de dolor crónico; se presenta generalmente por reflujo de la vena ovárica y se ha reconocido que más del 60% de las personas con varices pélvicas pueden presentar este síndrome (17).

Por otro lado, los desórdenes hipertónicos del piso pélvico (vaginismo, vulvodinia, constipación, dispareunia) incluyen dolor y tensión muscular excesiva (18), pueden ser generadores o perpetuadores de DPC, se relacionan con puntos o eventos gatillo y se pueden manifestar en disfunción de las vísceras contenidas por el piso pélvico. Esto se debe a que la estimulación visceral nociva por la contracción persistente de los músculos pélvicos presente en patologías como la endometriosis o el síndrome de intestino irritable causan dolor y reducción de la función muscular del piso pélvico. Además, como respuesta adaptativa, el cuerpo contrae músculos cercanos (psoas e iliaco) causando dolor lumbar o dolor pélvico posterior (19). Su tratamiento implica rehabilitación del piso pélvico para lograr restaurar su control neuromuscular.

Es frecuente la presencia de trastornos psicógenos (20), que pueden ser vistos como causa o consecuencia del DPC. Similar a lo reportado en el ámbito internacional, a nivel nacional se ha encontrado una prevalencia alta (39,7%) de trastornos psicógenos (depresión, neurosis de ansiedad, psicosis hipocondriaca y neurosis traumática) (1) asociados a dolor pélvico crónico.

Con relación a los factores sociales, se reconoce que entre el 20 y el 30% de las mujeres con DPC han experimentado trauma o abuso sexual en la infancia (16). Un estudio en el que se comparan mujeres sanas con mujeres que sufren DPC y dolor lumbar, se encontraron antecedentes de abuso sexual, abuso físico, violencia física, violencia sexual o negligencia emocional en la niñez en el grupo de mujeres con dolor. Cabe recalcar que el desorden de estrés postraumático lleva a una

disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (disminución de niveles de cortisol), lo cual se ha relacionado con dolor (16).

Dado que frecuentemente hay más de un componente etiológico involucrado en el dolor pélvico

crónico, el abordaje debe ir encaminado a identificar factores contribuyentes, más que a asignar una causalidad a una patología única (12).

En la Tabla 2 se enumeran algunas enfermedades que pueden estar asociadas al DPC (10).

Causas de dolor pélvico crónico	
Ginecológicas	Extrauterinas: adherencias, quiste anexial, embarazo ectópico crónico, endometritis o salpingitis por Chlamydia, endometriosis, neoplasia del tracto genital, ovulación dolorosa, síndrome de congestión pélvica, quiste peritoneal postoperatorio, salpingitis por tuberculosis, salpingo-oforitis sobajada (enfermedad pélvica inflamatoria crónica) Intrauterinas: adenomiosis, dismenorrea atípica o dolor ovulatorio, estenosis cervical, endometritis crónica, pólipos endometrial o endocervical, dispositivo intrauterino, miomas, prolapso genital sintomático
Urológicas	Neoplasia vesical, infección crónica de vías urinarias, cistitis intersticial, cistitis por radiación, cistitis recurrente, uretritis recurrente, urolitiasis, contracciones no inhibidas del detrussor, divertículo uretral, síndrome uretral, carúncula uretral
Gastrointestinales	Carcinoma de colon, obstrucción intestinal intermitente crónica, colitis, constipación, enfermedad diverticular, hernia, enfermedad intestinal inflamatoria, síndrome de intestino irritable
Músculoesqueléticas	Síndrome miofascial de pared abdominal (puntos gatillo), dolor coccígeo crónico, compresión de vértebra lumbar, enfermedad articular degenerativa, hernia discal o ruptura discal, pobre postura, fibromiosis, hernia: ventral, femoral o inguinal, lumbalgia, espasmo muscular, neoplasia del cordón espinal o del nervio sacro, neuralgia de nervio: iliohipogástrico, ilioinguinal o genitofemoral, mialgia del piso pélvico (espasmo del elevador del ano), síndrome piriformis, espondilitis
Otras	Atrapamiento nervioso en cicatriz quirúrgica del nervio cutáneo abdominal, epilepsia abdominal, trastorno afectivo bipolar, depresión, fiebre familiar mediterránea, disfunción neurológica, porfiria, trastornos del sueño, somatización

Tabla 2. Causas de dolor pélvico crónico (10)

ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Es frecuente que se aborde el dolor pélvico crónico desde un modelo biológico cuyo eje central es el manejo quirúrgico para remover la fuente del dolor (2). Este modelo ha sido discutido ya que con frecuencia la cirugía no mejora el DCP y, de hecho, a largo plazo podría empeorarlo. En contraste, un metaanálisis con 3.000 mujeres mostró que un abordaje multidisciplinario del dolor pélvico crónico fue efectivo al reducir las mediciones subjetivas de dolor y mejorar la funcionalidad social y laboral de las pacientes (12). De manera similar, un estudio con 106 pacientes comparó el abordaje tradicional (enfoque biológico y realización inicial de laparoscopia) frente a la aproximación integral (enfoque biopsicosocial), y encontró que luego de un año esta última aproximación fue significativa-

mente más efectiva en el alivio de dolor (12). Por tal motivo, el modelo biopsicosocial es aceptado en la actualidad como el abordaje más adecuado para el dolor pélvico crónico (21), ya que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan con el proceso de la salud en general y del DCP en particular.

Colombia cuenta con una amplia experiencia en la aplicación del modelo biopsicosocial para pacientes con DPC gracias a la creación en 1989 de un equipo multidisciplinario en la Clínica de Dolor Pélvico Crónico del Instituto Materno Infantil de Bogotá. Este cuenta con la participación de ginecólogos, anesthesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos y personal de enfermería (1).

Historia clínica

Una historia clínica completa es vital en el abordaje de las pacientes con DPC y constituye la herramienta más valiosa en su evaluación. Entre otros datos, la anamnesis debe contar con una descripción de las características del dolor (duración, localización, tipo de dolor, factores agravantes o atenuantes del dolor, su relación con la menstruación, síntomas gastrointestinales y función urinaria) y preguntar sobre cambios de ánimo como depresión o ansiedad y acerca del impacto del dolor en la vida cotidiana (¿afecta su trabajo, sueño, actividad física o vida familiar?) (2). Teniendo en cuenta este enfoque integral del dolor pélvico crónico, es importante reconocer que alteraciones del sueño pueden estar asociadas con dolor crónico hasta en un 65 o 70% de los casos; así mismo, personas con problemas del sueño tienen 12 veces más riesgo de presentar dolor (22).

Es importante adoptar un método de cuantificación estandarizado de la severidad del dolor (4), así como discutir y explorar la naturaleza multifactorial del DPC desde el comienzo. Se considera una buena práctica establecer un programa de manejo en conjunto con la paciente (Recomendación A) (12).

Otras herramientas de evaluación

El examen físico juicioso es una herramienta diagnóstica que no puede ser dejada de lado aun cuando contemos con ayudas diagnósticas adicionales.

La ecografía pélvica transvaginal o transabdominal es uno de los recursos encaminados a detectar alteraciones anatómicas como quistes anexiales o varices pélvicas (adicionando doppler color se optimiza su diagnóstico ultrasonográfico) o miomatosis (2, 4, 23), y tiene una alta certeza diagnóstica en la identificación de endometriomas (likelihood ratio positivo de 8-30) (12).

La resonancia magnética (RM) podría ser útil en el diagnóstico de adenomiosis; no obstante el ultrasonido (US) puede resultar efectivo y menos costoso en la detección de esta entidad debido a su sensibilidad y especificidad. La RM tiene una sensibilidad del 70-78% y una especificidad del 86-93% en la

identificación de adenomiosis y el US tiene una sensibilidad del 65-68% y una especificidad del 65-98% (12).

La rectosigmoidoscopia o el colón por enema pueden ser estudios útiles en pacientes con sintomatología gastrointestinal específica (2).

Papel de la laparoscopia

La incidencia de hallazgos anormales en laparoscopia oscila entre el 35 y el 83%. Los hallazgos más comunes son endometriosis y adherencias; sin embargo, estas entidades no siempre se asocian a dolor. Por el ejemplo, la endometriosis puede ser identificada en el 44 al 49% de las mujeres asintomáticas (4). La laparoscopia podría ser útil cuando hay una alta sospecha de endometriosis, pero hay que recordar que muchos de los factores que contribuyen al DPC no pueden ser identificados por laparoscopia. Es decir, que no se trata de desechar la laparoscopia como una herramienta diagnóstica y terapéutica útil, sino que esta debe ser adecuadamente indicada.

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Es indispensable no olvidar que darle tiempo a la mujer para contar su historia es terapéutico (12).

Manejo no invasivo

1. Terapia física, psicoterapia, ejercicio: la terapia muscular del piso pélvico combinada con ultrasonido ha demostrado una reducción clínicamente significativa del dolor (11). Así mismo, el abordaje integral con psicoterapia ha mostrado beneficios significativos en mejoría del dolor y de calidad de vida (24).
2. Recomendaciones dietarias: no consumir desencadenantes como alcohol, cafeína o comidas ácidas; así puede evitar el dolor relacionado con cistitis intersticial y síndrome de intestino irritable.
3. Farmacológico: la terapia analgésica inicial puede incluir analgésicos no opiodes como el acetaminofén y los AINES (antiinflamatorios no esteroideos). Si no hay respuesta a los AINES, se puede pasar al uso de opiodes

leves (codeína, hidrocodona o tramadol) y si persiste el dolor es posible iniciar opiodes fuertes (morfina, metadona, fentanil, oxiconona, hidromorfona). La combinación de AINES y opiodes es sinérgica y mejora el efecto analgésico (4); sin embargo, dentro de los efectos secundarios de los opiodes se encuentran dependencia, tolerancia al medicamento y depresión respiratoria.

Los coadyuvantes pueden ser usados solos o en combinación con analgésicos. Dentro de estos se encuentran los anticonvulsivantes y los antidepresivos tricíclicos. Estos son principalmente útiles en dolor de origen neuropático y cistitis intersticial (4).

Los manejos hormonales supresores con anticonceptivos orales, progestágenos continuos o análogos GnRH son de utilidad en dolor pélvico cíclico, especialmente relacionado con endometriosis, cistitis intersticial y síndrome de congestión pélvica (4, 25). La mayoría de las terapias hormonales mostraron ser significativamente efectivas en la mejoría clínica del dolor, sin que se demuestre diferencia entre una y otra (11); por tal motivo, la elección de una u otra terapia supresora debe ser hecha de forma individual, teniendo en cuenta los efectos colaterales y las condiciones particulares de cada paciente. Cabe agregar que, exceptuando el leuprolide de depósito, la evidencia es insuficiente al comparar terapia hormonal frente al placebo (11,25).

Manejo invasivo

Inyecciones

1. Anestésicos locales como bupivacaina en puntos de dolor (dolor miofascial).
2. Toxina botulínica A: parálisis local transitoria de músculos y reduce mediadores de inflamación neurogénica (dolor miofascial y cistitis intersticial).
3. Dependiendo de la localización y características del dolor se pueden usar anestésicos de larga acción en bloqueos nerviosos de los nervios genitofemoral e ilioinguinal (posthisterectomía o trauma), nervio pudendo (postrauma vaginal o postparto) o plexo

hipogástrico superior (dolor pélvico central: línea media) (4).

Neuromodulación sacra

Partiendo de la teoría fisiopatológica de disrupción del sistema nervioso como desencadenante de DPC, una revisión de diez artículos sobre el tema reportó que la tasa de éxito con este manejo fue del 60 al 77% con un seguimiento entre 19 a 36 meses; no obstante, la evidencia disponible no es concluyente para determinar el papel de esta técnica en el DPC (26) debido a muestras pequeñas y seguimientos cortos. Por tal razón, no es primera línea de manejo.

Quirúrgico

El manejo quirúrgico beneficia a un grupo seleccionado de pacientes. Se debe recordar la multifactorialidad del DPC.

1. Adhesiolisis por laparoscopia: al comparar el impacto de la laparoscopia diagnóstica y adhesiolisis por laparoscopia sobre calidad de vida y dolor, no se evidenciaron diferencias significativas en mejoría de calidad de vida o dolor (11).
2. LUNA (Ablación laparoscopia del ligamento uterosacro) / Resección de ligamentos uterosacos: no hay diferencias significativas sobre calidad de vida o estado del dolor al realizar LUNA o una laparoscopia diagnóstica. De igual manera, cuando se compara LUNA y resección de ligamentos uterosacos no hay diferencias en la mejoría del estado de dolor (11).
3. Histerectomía: el 12% de las histerectomías realizadas en Estados Unidos son indicadas por DPC. Cuando se realizó en ausencia de una patología clara, entre el 21 y el 40% de las pacientes continuó con dolor luego de la cirugía, el 5% reinició dolor y entre el 3 y el 5% empeoró el dolor (6). En un estudio de 2007 con 12.999 pacientes, los factores de riesgo identificados para presentar dolor luego de histerectomía fueron (6):
 - › Dolor pélvico previo a la cirugía: OR 3,2 (IC 95% 2,4–4,4);

- › Dolor como indicación de cirugía: OR 2,9 (IC 95% 1,5–5,7);
- › Problemas de dolor de cualquier tipo: OR 3,1 (IC 95% 2,2–4,4).

Adicionalmente, un estudio que incluyó 701 mujeres con DPC reportó que la coexistencia de depresión al momento de la histerectomía influye en la percepción de la salud, pero no interviene en la resolución de los síntomas, función sexual u otros aspectos de calidad de vida luego de la cirugía (27).

CONCLUSIONES

1. El dolor pélvico crónico corresponde a un conjunto de factores más que a un diagnóstico de etiología única.
2. Es importante reconocer que fisiopatológicamente el DPC es diferente al dolor agudo y, por tanto, su abordaje también debería ser distinto.
3. Al ser multifactorial, el DPC requiere un abordaje integral dentro de un modelo biopsicosocial con aproximación multidisciplinaria.
4. A nivel nacional e internacional la implementación de equipos multidisciplinarios ha demostrado un impacto positivo en el abordaje diagnóstico y terapéutico de las mujeres con dolor pélvico crónico.
5. Como profesionales de la salud debemos tomarnos el tiempo para escuchar a las mujeres con DPC con el fin de mejorar el abordaje y manejo de una condición compleja que va más allá de la consulta ginecológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez P. Dolor pélvico crónico en la mujer. Bogotá: Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED; 2008.
2. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv.* 2001; 56 (12): 757-764.
3. ACOG Committee on Practice Bulletin-Gynecology. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2004; 103: 589-605.
4. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2003; 58 (9): 615-623.
5. Marcelissen T, Jacobs R, van Kerrebroek P, de Wachter S. Sacral neuromodulation as treatment for chronic pelvic pain. *Urol J.* 2011; 186: 387-393.
6. Butrick C. How many surgeries are enough? *Clin Obstet Gynecol.* 2007; 50 (2): 412-424.
7. Lamvu G. Role of hysterectomy in the treatment of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2011; 117 (5): 1175-1178.
8. 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.
9. Ortiz D. Chronic pelvic pain in women. *Ann Fam Med.* 2008; 77(11): 1535-1542.
10. Howard F. Chronic pelvic pain. *ACOG.* 2003. 101: 594-611.
11. 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.
12. RCOG. Guideline N° 41. 2005; 41: 1-12.
13. Warren J, Morozov V, Howard F. Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome? *AJOG.* 2011; 205: 199.e1-5.
14. 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.
15. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 4: CD000387.
16. Lovrincec M. Chronic pelvic pain in women of childbearing age. *Curr Opin Anesthesiol.* 2003; 16: 275-280.
17. Karcaltincaba M, Karcaltincaba D, Dogra V. Pelvic congestion syndrome. *Ultrasound Clin.* 2008; 3: 415-425.
18. 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.
19. Butrick C. Pelvic floor hypertonic disorders: identification and management. *Obstet Gynecol Clin N.* 2009; 36: 707-722.

20. Heappy A, Kerns R. Psychological and Behavioral assessment. En*: RajPP, Abrams BM, Benson HT. Practical Management of Pain, 4a ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2008: cap. 13.
21. 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.
22. Shaver J. Sleep disturbed by chronic pain fibromyalgia, irritable bowel, and chronic pelvic pain syndromes. *Sleep Med Clin*. 2008; 3: 47-60.
23. Cicchiello L, Hamper U, Scoutt L. Ultrasound evaluation of gynecologic causes of pelvic pain. *Ultrasound Clin* 5. 2010; 209-231.
24. Wilson KE. Psychological implications of chronic pain. En: Raj PP, Abrams BM, Benson HT. Practical Management of Pain, 3ra ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2000: 316-329.
25. 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.
26. Marcelissen T, Jacobs R, van Kerrebroek P, de Wachter S. Sacral neuromodulation as treatment for chronic pelvic pain. *Urol J*. 2011; 186: 387-393.
27. 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.