

Pacientes con dolor pélvico crónico intervenidas por laparoscopia en el Hospital Universitario de Santander, 2010-2013

Janer Sepúlveda-Agudelo*
Juan Sebastián Fuentes-Porras**

*Médico Ginecobstetra. Especialista en Cirugía Endoscópica Ginecológica, Universidad CES. Profesor titular. Departamento de Ginecobstetricia. Universidad Industrial de Santander. Grupo de Investigación GINO. Bucaramanga, Santander, Colombia.

**Médico Ginecobstetra. Universidad Industrial de Santander. Especialista en Ginecología Oncológica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Profesor de Cátedra. Departamento de Ginecobstetricia. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Santander, Colombia.

Correspondencia: Dr. Janer Sepúlveda Agudelo. Dirección: Cra 30ª No.31-30 Barrio La Aurora, Bucaramanga, Santander, Colombia. Teléfono: +57 3153756341. Correo electrónico: janersepulveda@yahoo.es

Resumen

Introducción: el dolor pélvico crónico es un problema importante por su frecuencia y morbilidad, tiene una prevalencia del 3.8%, es considerado una de las principales indicaciones para histerectomía y realización de laparoscopia. Por otro lado, es adecuado seleccionar las pacientes que se beneficien de una laparoscopia. **Objetivo:** describir las características clínicas, hallazgos intraoperatorios, y complicaciones quirúrgicas de las pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica, en el Hospital Universitario de Santander, entre los meses de junio 2010 a diciembre de 2013. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo descriptivo y de corte transversal. El plan de análisis se realizó en el software STATA 12.0 con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** la población fue conformada por 41 mujeres, el enfoque terapéutico inicial realizado fue analgésico (55,3%), en menor proporción hormonal (29%), sin embargo, en el 70% de los casos se inició un tratamiento combinado, al no presentar respuesta en ninguna de las pacientes se realizó procedimiento quirúrgico, encontrando como principales causas de dolor pélvico crónico, masas anexiales 51,2% y adherencias densas 41,5%. **Conclusiones:** se debe hacer una mejor aproximación diagnóstica para utilizar de manera óptima los recursos disponibles, finalmente se evidencia como la laparoscopia es de gran utilidad para el manejo de endometriosis y síndrome adherencial. **MÉD.UIS.2020;33(2):25-32.**

Palabras clave: Dolor pélvico. Laparoscopia. Endometriosis. Dolor crónico.

Patients with chronic pelvic pain intervened by laparoscopy in the University Hospital of Santander, 2010-2013

Abstract

Introduction: chronic pelvic pain is a major problem due to its frequency and morbidity; it has a prevalence of 3.8%, it is considered one of the main indications for hysterectomy and laparoscopy. On the other hand, it is appropriate to select the patients who benefit from a laparoscopy. **Objective:** to describe the clinical characteristics, intraoperative findings, and surgical complications of patients with a diagnosis of chronic pelvic pain who underwent diagnostic and / or therapeutic laparoscopy at the University Hospital of Santander between the months of June. 2010 to December 2013. **Materials and methods:** a descriptive and cross-sectional retrospective study was carried out. The analysis plan was carried out in the STATA 12.0 software with a significance level of 5%. **Results:** the population was made up of 41 women, the initial therapeutic approach was analgesic (55.3%), in a lower hormonal proportion (29%), however, in 70% of the cases, a combined treatment was started, as there was no response in none of the patients a surgical procedure was performed, finding 51.2% adnexal masses and 41.5% dense adhesions as the main causes of chronic pelvic pain. **Conclusions:** a better diagnostic approach must be made to optimally use the available resources. Finally, laparoscopy is very useful for the management of endometriosis and adherent syndrome. **MÉD.UIS.2020;33(2):25-32.**

Keywords: Pelvic pain. Laparoscopy. Endometriosis. Chronic pain.

¿Cómo citar este artículo?: Sepúlveda-Agudelo J, Fuentes-Porras JS. Pacientes con dolor pélvico crónico intervenidas por laparoscopia en el Hospital Universitario de Santander, 2010–2013. MÉD. UIS.2020;33(2):25-32. doi: 10.18273/revmed.v33n2-2020003

Introducción

El dolor pélvico crónico (DPC) se define como el dolor no cíclico de más de seis meses de duración localizado en la pelvis, pared abdominal anterior, por debajo del ombligo o región lumbo-sacra, con severidad suficiente que causa discapacidad o requiere intervención y tratamiento médico¹⁻⁶. Es un problema ginecológico muy común, importante por su frecuencia y gran morbilidad, llegando a afectar a más del 15% de las mujeres, es considerado que al menos el 33% experimentará este cuadro alguna vez en su vida⁷. Se considera que a nivel mundial tiene una prevalencia del 3,8%, mayor que la migraña, muy similar al asma y al dolor lumbar⁸. En una revisión sistemática de la literatura, se reporta una prevalencia de 5,7%-26,6%, pero no fue excluida la dismenorrea⁹. En países como Estados Unidos, aproximadamente el 10% de la población es remitida al ginecólogo por DPC, normalmente es una indicación para realizar un procedimiento quirúrgico diagnóstico y terapéutico¹⁰. En Colombia no se encontraron datos reales sobre la prevalencia de DPC, lo más aproximado aparece publicado en el VIII estudio nacional del dolor 2014, en 11 ciudades colombianas, incluida Bucaramanga que aportó el 5,8% de la muestra total de 1583 pacientes evaluadas, el 76% manifestó que ha sufrido algún tipo de dolor y el 46% sufrió algún dolor durante 3 meses o más, en cuanto a localización de dolor el 7,8% refirió en abdomen y el 0,9% en el aparato genito urinario¹¹.

El DPC es considerado como una de las principales indicaciones para realizar laparoscopia, que es un procedimiento quirúrgico que consiste en la visualización de la cavidad abdominal mediante la introducción de una cámara y posterior a la distensión de la misma con un gas que generalmente es gas carbónico^{7,10,12}; por otro lado, la frecuencia con las que se presentan las diferentes causas de DPC es influenciada por el grupo poblacional al que pertenece la paciente, antecedentes familiares y el enfoque que le da el médico tratante¹³.

Las causas de esta patología se pueden dividir según su localización, en ginecológicas, del tracto urinario, del tracto gastrointestinal, del sistema músculo esquelético y problemas de salud mental^{8,12,13}.

Para realizar una correcta aproximación diagnóstica es necesario documentar muy bien las características del dolor: intensidad, localización, ciclicidad, asociación con dismenorrea, relación con el embarazo o posparto, sensación de calor, parestesias, síntomas urinarios, cuadros infecciosos urinarios previos, tratamientos recibidos y respuesta obtenida; en la revisión por sistemas debe aclararse la presencia y características de la dismenorrea, patrón menstrual, dispareunia, patrón miccional y hábito intestinal^{14,15}.

Al momento del examen se debe identificar las áreas dolorosas, su relación con otros hallazgos al examen físico, como masas, hernias, cicatrices y movilidad de los órganos pélvicos a la palpación bimanual^{8,14,16}; la evaluación de la musculatura abdominal y pélvica, la búsqueda del signo de Carnett (en posición supina se palpa el área de mayor sensibilidad a nivel de la pared abdominal, evidenciar si hay o no aumento del dolor cuando la paciente contraiga los músculos, levantando la cabeza o elevando los miembros inferiores sin doblar las rodillas), son herramientas muy útiles a la hora de buscar causas al examen físico de una paciente con DPC^{14,17}; la búsqueda de anomalías ortopédicas y posturales, la marcha y la columna tóraco-lumbar son importantes como causa de dolor pélvico⁸, por otro lado, es requisito realizar una aproximación al estado psicológico de la paciente teniendo en cuenta los antecedentes referidos por la paciente y de ser necesario se solicita valoración por psiquiatría^{8,14}.

Al examen pélvico, determinamos la presencia de lesiones o puntos dolorosos², la especuloscopia orienta sobre lesiones cervicales o en las paredes vaginales; la palpación evalúa condiciones dolorosas durante el examen; si hay sospecha de lesión en el nervio pudendo debe evaluarse la presencia de alteraciones sensoriales sobre el área de inervación respectiva².

Las ayudas diagnósticas para el manejo del DPC deben ser solicitadas según su indicación y naturaleza; los laboratorios indicados son cuadro hemático, velocidad de sedimentación globular, uroanálisis, serología para Chlamydia, gonococo y prueba de embarazo².

Mayo - agosto

La ecografía pélvica es altamente sensible para detectar masas pélvicas menores de 4 centímetros que a menudo no se pueden palpar en el examen bimanual; también es útil para la detección de hidrosálpinx, que apunta a la enfermedad pélvica inflamatoria como causa de DPC^{14,18}; por otro lado, la resonancia magnética estaría indicada para diferenciar algunos casos en los que la ecografía no logra detectar malformaciones o características propias de las masas; es de utilidad para el diagnóstico de adenomiosis y otras patologías causantes de DPC^{15,19,20}.

La laparoscopia ha cobrado un papel muy importante en el estudio y tratamiento de las pacientes con DPC, pero esta no hace parte de la primera línea del manejo cuando no se encuentra una causa clara de patología quirúrgica²¹; en grandes series los hallazgos laparoscópicos han sido: sin patología visible (35%), endometriosis (33%), adherencias (24%), enfermedad pélvica inflamatoria crónica (5%), quistes ováricos (3%) y otros hallazgos ocasionales²¹; sin embargo, la ausencia de patología no excluye una base física para el dolor de la paciente²¹.

El DPC es uno de los principales motivos de consulta al servicio de ginecología, causando un impacto negativo en la calidad de vida y el estado de salud de las pacientes que lo padecen. Al revisar la literatura en Colombia no hay estudios que muestren cuáles son las características de las pacientes que se estudian y se manejan por laparoscopia, además no hay estadísticas sobre los hallazgos quirúrgicos de las pacientes y la eficacia de realizar este procedimiento. Con los resultados de este estudio, procuramos identificar clínicamente las pacientes que se beneficiarían del manejo por laparoscopia y evidenciar cuál es la eficacia del manejo implementado en las pacientes con DPC, por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir las características socio-demográficas, clínicas, hallazgos intraoperatorios y complicaciones quirúrgicas de las pacientes con DPC a quienes se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica en el Hospital Universitario de Santander (HUS), entre los meses de junio 2010 a diciembre de 2013.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal, en pacientes con diagnóstico clínico de DPC, a las cuales se les realizó laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica en el

servicio de ginecología y endoscopia ginecológica del Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia, (Hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad), en un periodo comprendido entre el 1 de junio del 2010 hasta 31 de diciembre del 2013. Se debe tener en cuenta que si la paciente requería un procedimiento quirúrgico se hacía al mismo tiempo, sin tener que someterla a otro evento quirúrgico, dado que estos procedimientos fueron realizados por personal con entrenamiento y suficiente experiencia en endoscopia ginecológica.

Los criterios de inclusión fueron, pacientes programadas para laparoscopia que después de realizar una adecuada historia clínica, un examen físico completo y ayudas diagnósticas, se beneficiarían de la misma por presentar patología quirúrgica. Los criterios de exclusión fueron, pacientes que después de ser sometidas a laparoscopia no se encontraron las historias clínicas completas. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica de las pacientes, con las siguientes variables: datos socio-demográficos (edad, procedencia, estrato, seguridad social, ocupación), información relacionada con la gestación (paridad, vía de los partos, realización de legrado obstétrico), diagnóstico (reporte de paraclínicos y estudios de imágenes), hallazgos intraoperatorios y complicaciones de la cirugía; para realizar dicha recolección se utilizó un formato previamente diseñado con las variables a tener en cuenta, para la codificación de los diagnósticos se usó la clasificación internacional de enfermedades CIE 10, los datos recolectados se incluyeron en una base de datos, en el programa Microsoft office Excel 2010, y fueron posteriormente analizados en el programa estadístico Stata 12.0, con un nivel de significancia del 5%; el análisis estadístico se dividió en dos componentes: un análisis descriptivo, se compuso de medidas de frecuencia, tendencia central, dispersión para las variables cuantitativas, distribución de frecuencias y proporciones, y un análisis bivariado que consistió en evaluar la asociación de manera independiente entre el desenlace y cada una de las variables independientes empleando regresión logística. Se realizaron cruces de todas las variables con los patrones clínicos, los diagnósticos, los hallazgos quirúrgicos y los tratamientos realizados, con el fin de encontrar asociaciones estadísticas que pudieran tener plausibilidad biológica, entendiendo que la población es pequeña (41 pacientes incluidas).

El estudio tuvo el aval del comité de ética de la Universidad Industrial de Santander, se garantizó la

confidencialidad de la información, fue financiado por los autores sin ayuda externa.

Resultados

Se encontró que en el periodo del estudio se realizaron 218 procedimientos de laparoscopia diagnóstica y/o terapéutica, de los cuales 47 presentaban diagnóstico de DPC, no se pudo conseguir información en 6 pacientes, por lo tanto, la población total estuvo conformada por 41 mujeres, con edad promedio $33,7 \pm 7,7$ años (rango de 17 a 52 años), procedentes principalmente del municipio de Bucaramanga (36,6%) (Ver Tabla 1). Por otro lado, 21 pacientes (51%) reportaron una duración mayor a 12 meses del DPC; los síntomas asociados que reportaron más frecuentemente las pacientes se presentan en la (Ver Tabla 2). El 36,5% de las mujeres no refirieron antecedentes obstétricos, el 39% refirió el antecedente de cirugía abdominal previa y el 7,3% mencionaron antecedente de histerectomía. (Ver Tabla 3).

Tabla 1. Características generales en mujeres con DPC en el HUS. Junio 2010 - diciembre 2013

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		N	%
Procedencia	Bucaramanga	15	36,6
	Floridablanca	3	7,3
	Girón	4	9,8
	Piedecuesta	3	7,3
	Otro	16	39
Edad	< 30 a años	12	29,3
	>= a 30 años	29	70,7
Nivel educativo	Secundaria	16	39
	Primaria	25	61
Condición de afiliación al sistema de Seguridad Social	Afiliada	40	97,6
	No afiliada	1	2,4
Ocupación	Con ocupación	16	39
	Desempleada	25	61
Estado civil	Soltera	9	22
	Casada	11	26,8
	Unión libre	21	51,2

N: Número de pacientes

%: porcentaje

Fuente: autores.

Al examen físico, el dolor a la palpación fue el hallazgo más predominante, el cual fue referido por 31 pacientes (75,6%), se encontraron 5 mujeres con masas a nivel pélvico (12,2%), cicatrices en pared abdominal en 17 mujeres (41,5%) y anomalías óseas en 5 mujeres (12,2%).

Tabla 2. Síntomas asociados en mujeres con DPC en el HUS. Junio 2010 - diciembre 2013

	N	%
Dismenorrea	15	36,6
Alteración del ciclo menstrual	15	36,6
Dispareunia	14	34,1
Disquecia	6	14,6
Síntomas urinarios	4	9,8

Una misma paciente presenta más de un síntoma

N: Número de pacientes

%: porcentaje

Fuente: autores.

Tabla 3. Antecedentes ginecobstétricos en mujeres con DPC en el HUS. Junio 2010 - diciembre 2013

ANTECEDENTES GINECOBSTRÍICOS		N	%
Embarazos	No	15	36,6
	Si	26	63,4
Partos	No	22	53,7
	Si	19	46,3
Cesáreas	No	31	75,6
	Si	10	24,4
Abortos	No	34	82,9
	Si	7	17,1
Legrados	No	34	82,9
	Si	7	17,1
Cirugía abdominal previa	No	25	61
	Si	16	39
Histerectomía	No	38	92,6
	Si	3	7,4

N: número de pacientes

%: porcentaje

Fuente: autores.

Entre los diagnósticos realizados, los más frecuentes fueron: endometriosis y presencia de masas, por otra parte, las ecografías reportan alguna anomalía en la mayoría de las mujeres (Ver Tabla 4). Estas pacientes fueron llevadas todas a laparoscopia para la realización del procedimiento quirúrgico.

El enfoque terapéutico previo a la laparoscopia realizado a estas mujeres con DPC fue principalmente analgésico (55,3%), y en menor proporción hormonal (29,0%), en el 70% de los casos se realizó un tratamiento combinado, como analgésico se usó acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos y con menor frecuencia codeína.

Mayo - agosto

Tabla 4. Diagnóstico clínico o paraclínico en mujeres con DPC en el HUS. Junio 2010 - diciembre 2013

	N	%
Endometriosis	14	34,2
Masa	6	14,6
Miomatosis	4	9,8
Pólipo	4	9,8
Quiste	3	7,3
Malformación	2	4,9
Enfermedad pélvica inflamatoria	2	4,9
Endometritis	1	2,4
Patología urinaria	1	2,4
Resultado de Ecografía previa anormal	32	78

N: número de pacientes

%: porcentaje

Fuente: autores.

Se reportaron 77 hallazgos intraoperatorios (diagnósticos) en las 41 mujeres, para una razón de 1,87 hallazgos quirúrgicos por paciente; se describen en la (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Hallazgos Intraoperatorios en mujeres con DPC en el HUS. Junio 2010 - diciembre 2013

	N	%
Masa anexial	21	51,2
Adherencias densas	17	41,5
Endometriosis III-IV	11	26,8
Endometriosis I-II	9	21,9
Adherencias laxas	9	21,9
Miomas	4	9,8
Malformaciones	2	4,9
Pólipo endometrial	2	4,9
Congestión pélvica	1	2,4
Adenomiosis	1	2,4

N: número de pacientes

%: porcentaje

Fuente: autores.

De las mujeres a las que se les encontró como hallazgos intraoperatorios masa anexial, fue en; 5 pacientes hidrosálpinx bilateral; 5 pacientes con teratoma maduro; 3 pacientes con hidátide de Morgagni; 5 pacientes con endometrioma; 2 pacientes con quistes paraováricos; y una paciente con cistadenoma seroso, asociado a quiste de inclusión peritoneal.

Los procedimientos quirúrgicos mayormente registrados son descritos en la (Ver Tabla 6). No se presentaron laparoscopias negativas ni

complicaciones durante las cirugías. A una paciente por ser menor de edad y no estar autorizada, no se le realizó ningún procedimiento quirúrgico (2,4%), con hallazgo de malformación congénita, correspondiente a un útero bicorne con trompa derecha hipoplásica.

Tabla 6. Tratamiento quirúrgico en mujeres con DPC en el HUS. Junio 2010 - diciembre 2013

	N	%
Se realizó algún procedimiento	40	97,6
Liberación de adherencias	23	56,1
Resección de masa	21	51,2
Coagulación de focos de endometriosis	13	31,7
Miomectomía	4	9,8
Ablación de nervios úterosacos por laparoscopia	2	4,9

A una misma paciente se le realizó más de un procedimiento.

N: número de pacientes

% porcentaje

Fuente: autores.

Dentro de las variables socio-demográficas se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad (categorizada) de las mujeres y el patrón menstrual ($X^2 = 10,2857$; $p = 0,003$), siendo el patrón irregular más frecuente en las mujeres menores de 30 años y también entre la edad y el diagnóstico intraoperatorio de endometriosis III-IV, siendo este hallazgo igualmente más frecuente de manera diferencial en las mujeres menores de 30 años ($X^2 = 13,7152$; $p=0,001$).

Aunque sin suficiente evidencia en la literatura científica, el nivel educativo resultó asociado a la ciclicidad del dolor ($X^2 = 8,4201$; $p=0,007$), al diagnóstico clínico de endometriosis ($X^2 = 6,0136$; $p=0,022$), al diagnóstico quirúrgico de adherencias laxas ($X^2 = 8,4142$; $p=0,007$) y al dolor postoperatorio ($X^2 = 5,7287$; $p=0,041$).

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas relacionadas con las características del dolor, ni tampoco con los síntomas asociados al DPC.

Con respecto a los antecedentes médicos, la variable cirugía abdominal previa se encontró muy cerca de estar asociada de manera significativa al hallazgo quirúrgico de adherencias densas ($X^2 = 4,3649$; $p=0,053$); en cuanto a los hallazgos al examen físico, se encontraron asociaciones entre el dolor a la palpación y la miomatosis uterina ($X^2 = 5,8047$; $p = 0,043$); presencia de masas en el examen físico y el hallazgo quirúrgico de quistes ($X^2 = 22,4196$; p

= 0,001); y presencia de masas en el examen físico y el hallazgo intraoperatorio de masa anexial ($X^2 = 5,4233$; $p=0,048$).

Hubo una buena correlación entre el diagnóstico clínico de endometriosis con el hallazgo quirúrgico de endometriosis grado I-II ($X^2 = 6,0040$; $p=0,028$) y al de endometriosis grado III-IV ($X^2 = 9,2509$; $p=0,007$), así también el diagnóstico clínico y/o paraclínico de miomatosis con su hallazgo quirúrgico ($X^2 = 15,7578$; $p=0,003$).

Discusión

Latthe P. y colaboradores realizaron una revisión sistemática incluyendo 122 estudios con 48 factores de riesgo, llegaron a la conclusión que 13 de estos factores mostraron evidencia de tener relación con DPC, entre ellos tenemos, los problemas de salud mental, violencia doméstica y antecedentes ginecológicos, como menstruaciones prolongadas, cesáreas previas, enfermedad pélvica inflamatoria, abortos previos, adherencias pélvicas y endometriosis²².

Al compararlos con los resultados de este trabajo, estos factores de riesgo no demuestran asociaciones estadísticamente significativas con DPC, por lo tanto, las características del dolor solo lograron una aproximación diagnóstica que guió la realización del examen pélvico.

Con respecto a esto, Hebbar y Chawla, en un estudio de 86 participantes, quisieron encontrar una correlación entre el examen pélvico pre quirúrgico y los hallazgos intraoperatorios, encontrando que de 29 laparoscopias sin hallazgos positivos hubo 7 pacientes que tenían examen pélvico anormal antes de la cirugía²³; al examen físico, detectaron anomalías sólo en el 33% de las pacientes, mientras que en la laparoscopia detectaron hallazgos anormales en el 66%²³; estos hallazgos son diferentes a los de este estudio, ya que los diagnósticos clínicos presentaron una buena correlación quirúrgica, encontrándose asociaciones estadísticamente significativas; lo cual soporta la propuesta de que un enfoque clínico basado en una correcta aproximación diagnóstica requiere una historia clínica dirigida a documentar muy bien las características del dolor, para guiar un diagnóstico presuntivo e iniciar un tratamiento oportuno que permita mejorar la calidad de vida de las pacientes³.

De acuerdo a las recomendaciones para el manejo de DPC, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia basados en la evidencia clínica consideran como primera línea de tratamiento médico los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), y los anticonceptivos orales combinados (estrógenos y progestágenos cíclicos o continuos)^{21,24}. En este estudio se encontró que el enfoque terapéutico inicial fue analgésico en un 55,3% de los casos, y en menor proporción hormonal 29%, sin embargo, en la mayoría de los casos se inició un tratamiento combinado.

A pesar de estas recomendaciones, algunas pacientes con DPC sugieren que se les haga diagnóstico quirúrgico más no someterse a terapia empírica; entre las consideraciones de la laparoscopia se debe tener en cuenta el costo, las complicaciones y el subdiagnóstico comparado con el manejo médico^{15,21}; el estudio con laparoscopia estaría recomendado ante la clínica de dismenorrea severa, dispareunia y alteraciones en fondo de saco que sugieran la presencia de endometriosis²¹.

Zondervan K y cols, en el año 2000 describieron que del 20 al 80% de las pacientes que van a laparoscopia por DPC no tienen ningún hallazgo²⁵; esto difiere con el presente trabajo, ya que la totalidad de las pacientes presentaron hallazgos positivos; de igual manera Howard FM, en el 2003 describió que de 1524 laparoscopias, el 35% no tenía hallazgos, 33% correspondieron a endometriosis, 24% a adherencias, 5% a enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), 1% a miomas, 3% a quiste de ovario, 1% a varicosidades pélvicas, 4% a otros hallazgos; incluso las hernias inguinales fueron causa del 1-6% de los casos de DPC²¹; en este estudio, por el contrario, aunque el diagnóstico clínico pre quirúrgico más frecuente fue la endometriosis, en los hallazgos intraoperatorios la primera causa de DPC presentada fueron las masas anexiales en un 51.2%, seguido por las adherencias densas en un 41.5%, y la endometriosis grado III-IV en el 26.8%; lo cual está en concordancia con lo encontrado en la literatura²⁶, 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 e infección posparto²⁶; según Behera M. y colaboradores, seguido a esta patología se encuentra la endometriosis que afecta alrededor del 24% de las mujeres que consultan por DPC²⁷; en un estudio de 30 pacientes, Criollo C.

Mayo - agosto

y cols, en mujeres con DPC llevadas a laparoscopia diagnóstica, se encontró que todas las pacientes presentaban patología pélvica; las más frecuentes fueron, adherencias en el 26,6%; adherencias densas al intestino y pared lateral en el 30% de las pacientes, adenomiosis en el 20%, varicocele en el 12,5%; con menor frecuencia la endometriosis en el 10%, ovario poliquístico 10%; en el 43.4% restante lo constituyeron las combinaciones de múltiples patologías²⁸.

Hasta la fecha no se ha demostrado que la laparoscopia mejore a largo plazo los síntomas de las pacientes con DPC, ya que hasta un 44% de las pacientes que han mejorado con esta intervención recaen en el año siguiente^{29,30}, esto se debe a que a menudo la investigación por laparoscopia no revela una causa obvia del dolor y por otro lado, la fisiopatología del DPC no se comprende completamente y su tratamiento a menudo es insatisfactorio, limitándose solo al alivio de los síntomas³⁰, igualmente, en una revisión sistemática en la que se realizó adherensiolisis por laparoscopia en pacientes con DPC se evidencia que hay disminución del dolor en la fase inicial, después del tratamiento, en un 70%, sin embargo, hay poca evidencia de la eficacia a largo plazo³¹, el uso de la laparoscopia debe ser individualizado, dirigido según los hallazgos clínicos, ya que hay condiciones patológicas que pueden ser diagnosticadas por métodos no invasivos³²; se han descrito procedimientos laparoscópicos como la ablación del nervio uterosacro y neurectomía presacra, sin evidencia suficiente de su utilidad, lo cual soporta los hallazgos encontrados en este estudio en donde solo al 4,2% de las pacientes se les realizó este tipo de procedimiento³³.

Conclusiones

El DPC es una condición clínica de gran importancia en la consulta de ginecología, es de carácter multifactorial, por lo tanto requiere un abordaje integral e interdisciplinario. Se debe hacer una mejor aproximación diagnóstica, para utilizar de manera óptima los recursos disponibles, asumir de la mejor manera el manejo, y aportar en la mejora de la calidad de vida de quienes lo padecen; por otro lado, la laparoscopia es de gran utilidad para el manejo de endometriosis y síndrome adherencial, especialmente para pacientes con adherencias densas con compromiso intestinal o vascular, debe evitarse intervenciones innecesarias que puedan acarrear riesgos para las pacientes, igualmente, la

realización de una adecuada selección de pacientes que realmente se benefician de una laparoscopia diagnóstica y/o quirúrgica.

Finalmente, se hace necesaria la búsqueda de mayor información en países en vías de desarrollo, teniendo en cuenta que la mayor parte de la casuística con la que se cuenta actualmente proviene de países con alto flujo de recursos, en los cuales las características culturales y medioambientales de la población podrían ser diferentes; en nuestro medio se requiere realizar estudios con poblaciones más grandes, que permitan la validez externa de los hallazgos y para que los resultados sean extrapolables a las pacientes que consultan por esta patología.

Conflicto de intereses

No se presenta conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. ACOG Committee on Practice Bulletins--Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2004; 103 (3): 589-605.
2. Fuentes JS, Sepúlveda J. Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014; 79(4): 330- 339.
3. Green IC, Cohen SL, Finkenzeller D, Christo PJ. Interventional Therapies for Controlling Pelvic Pain: What is the Evidence?. *Curr Pain Headache Rep* 2010; 14(1): 22-32.
4. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol.* 2009; 25(3): 149-58.
5. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *Eur Urol.* 2010; 57(1): 35-48.
6. Ayorinde AA, Bhattacharya S, Druce KL, Jones GT, Macfarlane GJ. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. *Eur J Pain.* 2017; 21(3): 445-455.
7. González PA, Ruiz JI, Cubillana PL, Iñiguez GD, Morcillo JC, Albacete MP. Alternativa terapéutica para el dolor pélvico crónico de origen vesical. *Actas urológicas españolas.* 2009; 33(6): 681-685.
8. Howard FM. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol.* 2003; 101(3): 594-611.
9. Yunker A, Sathe NA, Reynolds WS, Likis FE, Andrews J. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv.* 2012; 67(7): 417-25.
10. Miller D. Keep a low threshold in diagnosing PID. *Patient Care.* 2000; 34(10): 75.
11. Guerrero AM, Gómez MP. VIII Estudio Nacional de Dolor 2014. Prevalencia del Dolor Crónico en Colombia [Internet]. Colombia; 2014. Disponible en: <https://dolor.org.co/biblioteca/encuestas/VIII%20Estudio%20Prevalencia%20dolor%20cronico%20en%20colombia%20publicacion%20pagina%20ACED%202014.pdf>
12. Zubor P, Szunyough N, Galo S, Biringer K, Dókus K, Visnovský J, et al. Laparoscopy in Chronic pelvic pain - a prospective clinical study. *Ceska Gynecol.* 2005; 70(3): 225-31.
13. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(2): 337-41.
14. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women.

- Am Fam Physician. 2016; 93(5): 380-7.
15. Price J, Farmer G, Harris J, Hope T, Kennedy S, Mayou R. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. *BJOG*. 2006; 113(4): 446-52.
 16. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 198(3): 272.e1-272.e7.
 17. Shelkey J, Huang C, Karpa K, Singh H, Silvis M. Case report: Pelvic Congestion Syndrome as an Unusual Etiology for Chronic Hip Pain in 2 Active, Middle-age Women. *Sports Health*. 2014; 6(2): 145-8.
 18. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on Primary Care: Chronic Pelvic Pain in Women. *Obstet Gynecol Surv*. 2001; 56(12): 757-64.
 19. Derasari MD. Taxonomy of pain syndromes: classification of chronic pain syndromes. En: Raj PP, Abrams BM, Benson HT, et al., eds. *Practical Management of Pain*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2000. 10-16.
 20. Tirlapur SA, Daniels JP, Khan KS. Chronic pelvic pain: how does noninvasive imaging compare with diagnostic laparoscopy?. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015; 27(6): 445-8.
 21. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46(4): 749-66.
 22. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*. 2006; 332(7544): 749-55.
 23. Hebbar S, Chawla C. Role of Laparoscopy in evaluation of chronic pelvic pain. *J Minimal Access Surg*. 2005;1(3): 116-20.
 24. Metler L, Alhujicily M. Role of laparoscopy in identifying the clinical significance and cause of adhesions and chronic pelvic pain: a retrospective review at the Kiel school of Gynecological Endoscopy. *JSL*. 2007;11(3):303-8.
 25. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;14(3):403-414.
 26. Steege JF. *Dolor pélvico crónico*. México, DF: McGraw-Hill Companies; 2000.
 27. Behera M, Vilos G, Hollett-Caines J, Abu-Rafea B, Ahmad R. Laparoscopic findings, histopathologic evaluation, and clinical outcomes in women with chronic pelvic pain after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006;13(5):431-435.
 28. Criollo C, Romero N, Salazar O, Briceño F, Navarro H, Herrera J. Características ginecológicas y psicosociales del dolor pélvico crónico. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2004;55(2):129-135.
 29. Fall M, Baranowski A, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink E, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *Eur urol*. 2010;57(1):35-48.
 30. Stones W, Cheong YC, Howard FM, Singh S. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; Issue 2. Art. No.: CD000387.
 31. Van den Beukel BA, de Ree R, van Leuven S, Bakkum EA, Strik C, van Goor H, et al. Surgical treatment of adhesion-related chronic abdominal and pelvic pain after gynaecological and general surgery: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2017;23(3):276-288.
 32. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):229-34.
 33. Gunter J. Chronic Pelvic Pain: An Integrated Approach to Diagnosis and Treatment. *Obstet Gynecol Surv*. 2003; 58(9):615-23.