

DOLOR PELVICO CRONICO

SUSANA GARCIA DE RUEDA*

RESUMEN

Se presenta un artículo de revisión sobre el Dolor Pélvico Crónico (DPC) en el cual se hace énfasis en la semiología del dolor ginecológico, la neuroanatomía, neurofisiología, epidemiología y clasificación por causas. Se resaltan aspectos de interés sobre dismenorrea primaria, endometriosis, adherencias, congestión pélvica y dolor no ginecológico.

Se expone de manera planeada el enfoque de la paciente con DPC y la alternativa de tratamiento según la causa.

La revisión concluye resaltando 5 aspectos fundamentales en el manejo: énfasis en el manejo de la historia, respeto y gentileza durante el examen, agilidad para encontrar soluciones, manejo interdisciplinario y abordaje quirúrgico en situaciones bien definidas.

ABSTRACT

It is presented an article of revision about cronic pelvic pain (CPP), where is made emphasis on semiology of gynecologic pain, the neuroanatomy, neurophysiology, epidemiology, classification by causes. It is stood out aspects about interest about primary dismenorrea, endometriosis, adherences, pelvic congestion and non gynecologic pain.

It is exposed in a planed way the management of the patient with CPP and the alternative of treatment according to the cause.

This study is finished doing importance to 5 important points: emphasis in history, politeness during the patient examination, agility to found solutions, and surgery management in defined cases.

PALABRAS CLAVE

Dolor Pélvico Crónico (DPC), Dismenorrea, Adherencias, Congestión Pélvica.

INTRODUCCION

Desde hace 2 ó 3 millones de años, cuando se inicia el desarrollo del cerebro humano, ha estado presente esa sensación molesta que aflige, que causa sufrimiento y desanima.

El dolor amenaza desde que nacemos hasta que morimos. No tiene diferencias de clase, raza o posición. Es producto de nuestra actividad cerebral. Es orgánico y síquico. Es una experiencia única. Es personal.

La Asociación Internacional formada para su estudio viene intentando definirlo hace 10 o 15 años. Una traducción hecha del francés en 1983 por el doctor Juan Mendoza Vega, dice: "Experiencia emocional y sensación desagradable, producida por una amenaza real o potencial contra la integridad física o descrita en términos de tal amenaza"⁽¹⁾

El énfasis está en la parte no tangible. La amenaza real y la posibilidad de daño. Y eso deberá producir experiencia emocional. El dolor tiene una cualidad aversiva que lo diferencia de otras experiencias sensoriales tales como la vista, la audición o el tacto. La sensación de dolor estimula al organismo para iniciar una actividad que termine con él: por tanto el dolor tiene componentes motivacionales y de conducta. Es amigo y es enemigo. Amigo en el sentido de que constituye la primera señal de alarma; enemigo porque puede existir dolor intenso, agobiante, real, sin que aparezca lesión tisular que le dé soporte; de ahí el concepto, sobre todo en dolor crónico, de incluir aspectos no orgánicos en su estudio.

Hasta 1965 cuando Wall y Melzack plantearon su compleja teoría de las compuertas de control a nivel medular, el tratamiento del dolor podía ser obra de un solo profesional; desde entonces se da razón a Aristóteles y la "Pasión del alma" se ha convertido en un problema multifacético que puede afectar al ser humano y que requiere para su comprensión, el enfoque desde varias disciplinas. Esta característica hizo nacer a las Clínicas de dolor, donde el conjunto

* MD, Gineco-Obstetra Universidad de Antioquia. Docente Departamento de Gineco-Obstetricia. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander.

de diferentes profesionales miran al paciente como un ser bio-psico-socio-cultural para entender los mecanismos conscientes y subconscientes que contribuyen a dibujar el cuadro de dolor.

Es urgente que en nuestro medio el médico se forme con la convicción de que el dolor es algo de mucha importancia y que debemos manejarlo integralmente. Por tal razón quiero que analicemos algunos aspectos del dolor en nuestra especialidad.

DEFINICION

Según la Dra. Jean Jackson⁽²⁾, Antropóloga de Massachusetts, el dolor puede ser real cuando existe una causa orgánica en su origen; o no-real (la locura del dolor) y en este caso puede ser imaginario (histérico, hipocondriaco, alucinatorio) o somatizado; dolor que fue real en un principio pero convertido en ganancia primaria, secundaria o terciaria. Otro grupo bien diferente al real o no real, es el dolor fingido, aquel que nunca existió pero se imitan conscientemente sus síntomas para engañar. Descartada esta última posibilidad, el dolor es para el médico lo que el paciente dice que es.

Cuando hablamos de dolor agudo, generalmente tenemos un problema de corto tiempo de evolución, tal vez horas, días o pocas semanas y a cuyo diagnóstico etiológico se llega más rápido, lo cual permite encontrarle una solución efectiva.

El dolor crónico es parte de un síndrome; es la manifestación de un problema, más que el problema en sí; tiene un tiempo de evolución superior a 6 meses y su precisión etiológica en algunas ocasiones no se consigue. Se acompaña de respuestas fisiológicas, neurológicas, de comportamiento y afectivas que difieren de las del dolor agudo.

SEMIOLOGIA

En dolor crónico ginecológico las características de localización, irradiación, intensidad y relación con el ciclo ofrecen gran ayuda para definir su etiología. Puede estar localizado en la zona ventral, por debajo de las espinas ilíacas anterosuperiores; o dorsalmente, en la mitad superior del sacro y los glúteos. Es central si se origina en útero, cérvix, ligamentos uterosacos y/o fondo de saco posterior; o lateral, si es de los anexos.

El que procede del útero tiende a irradiarse a la parte anterior del muslo, rara vez a la cara interna del mismo y nunca a la parte posterior. La irradiación hacia el abdomen superior no tiene naturaleza ginecológica, a menos que la lesión se haya salido de la pelvis o en su crecimiento haya comprometido otras estructuras.

El dolor que aparece en mitad de ciclo, recuerda la ovulación; si es más fuerte en fase premenstrual y disminuye de intensidad al comenzar la menstruación, puede ser ocasionado por parametritis o por retroversión. El que tiene un comienzo premenstrual y gradualmente se hace más severo hacia el final del período es sugestivo de endometriosis.⁽³⁾ La coincidencia de dolor ventral y dorsal sugiere una enfermedad intrapélvica, pero si el dolor se siente en la espalda y no en el abdomen inferior, probablemente no lo sea⁽¹⁰⁾.

El dolor crónico ginecológico, se alivia en posición horizontal y se empeora con el aumento de la presión intra-abdominal o los saltos; los movimientos del tronco no lo agravan y no produce rigidez de la columna vertebral⁽¹⁰⁾.

El dolor visceral tiene 2 componentes: el verdadero y el referido. El verdadero es difuso y profundo y no se asocia con hiperalgesia cutánea; el referido es bien localizado y superficial y se aprecia en el dermatoma del segmento del cordón espinal que inerva la víscera comprometida.

NEUROANATOMIA Y NEUROFISIOLOGIA DEL DOLOR PELVICO

La sensibilidad dolorosa de la pelvis es consecuencia de estímulos transmitidos por fibras delgadas mielínicas y amielínicas (A-delta y C) que pueden ser activadas en estructuras somáticas (piel, músculos, fascia, mesenterio, peritoneo parietal, genitales externos, ano, uretra, huesos, articulaciones) o en estructuras viscerales (útero, trompas, ovario, intestino, recto y vejiga). Estos estímulos incluyen:

- 1) Distensión o contracción muscular anormal de vísceras huecas (trabajo de parto);
- 2) Estiramiento repentino de cápsula de órganos sólidos (rotura quiste hemorrágico);
- 3) Hipoxia o necrosis de vísceras (degeneración leiomioma);

Dolor Pélvico Crónico

- 4) Producción de sustancias analgésicas o algógenas (prostanoides en dismenorrea);
- 5) Irritación química de terminaciones nerviosas viscerales (líquido sebáceo teratoma roto);
- 6) Compresión rápida de ligamentos o vasos;
- 7) Inflamación (anexitis)⁽¹¹⁾.

Un modelo sencillo⁽³⁾ puede ser usado para demostrar la fisiología de la sensación dolorosa. Este modelo consta de: sistema nervioso periférico, medula espinal y cerebro. En la periferia hay estructuras somáticas (piel, músculo, peritoneo parietal) que contienen nociceptores y estructuras viscerales (órganos, peritoneo visceral) que poseen mecanorreceptores.

Los moduladores neurohumorales periféricos son las prostaglandinas, leucotrienos, sustancia P, péptido intestinal vasoactivo (VIP), bradiquinina, e histamina; de su presencia depende la intensidad de la sensación dolorosa.

La medula espinal, en particular el asta dorsal, es asiento de importantes mecanismos tales como excitación, inhibición, convergencia y amplificación de estímulos. El dolor puede modificarse a través de órdenes cerebrales (sistema de control descendente) o de impulsos motores eferentes, por medio de neuropéptidos (endorfina, serotonina, sustancia P y VIP).

El tercer componente del modelo, el cerebro, aunque no tiene un centro de dolor específico, tiene vías centrales y regiones cerebrales diferentes para los componentes sensorial y afectivo de la respuesta de dolor. La sensación de dolor se modifica por neurotransmisores como la norepinefrina y serotonina que lo amortiguan.

Existe también un sistema analgésico endógeno que produce endorfinas y nor-endorfinas. El componente sensorial afectivo del cerebro puede afectarse por experiencias previas, condicionamiento, temor, depresión y ansiedad.

EPIDEMIOLOGIA

Se calcula que 2 a 10% de las mujeres que asisten a consultorios de ginecología, lo hacen por DPC. La edad promedio de consulta es de 27 a 34.3 años. El 55-71% de las pacientes con DPC, han tenido al menos 1 hijo y 44-87% son casadas^(4,5).

En promedio, 10 a 35% de las laparoscopias

practicadas en USA son para diagnosticar DPC⁸. Sin embargo, la Asociación Americana de Laparoscopistas Ginecólogos encuestó en 1988 a sus miembros e informó que de 36.928 procedimientos realizados, el DPC fue la indicación en 41% y la infertilidad en 40%.

Los procedimientos más comunmente realizados fue la destrucción de focos de endometriosis, la lisis de adherencias y la aspiración de quistes de ovario⁽⁹⁾.

En Profamilia -Medellín-, el Dr. Garcés⁽¹²⁾ encontró en la laparoscopia hecha a sus pacientes con DPC, endometriosis en el 19%, adherencias pélvicas en el 14%, sin patología ginecológica en el 39%.

El DPC es la indicación de 10 a 19% de las Histerectomías en los Estados Unidos, ocupando el tercer lugar por causa después de leiomiomas y sangrado anormal⁽⁵⁾.

Walker y cols⁽⁶⁾, encontraron que las pacientes con DPC mostraron mayor prevalencia de depresión, abuso de sustancias, disfunción sexual, somatización e historia de abuso sexual en la niñez o en la edad adulta, que las pacientes con una patología definida.

Las pacientes con DPC y Laparoscopia negativa al momento de remisión, a quienes se les detecta patología somática, son mayores en edad y tienen menos tiempo de evolución de sus síntomas que las del grupo sin patología evidente (29.9/26.5 años; 16/29 meses). La coexistencia de sicopatología se presenta en el 33% de todas las pacientes en este estudio.

Las mujeres con DPC y laparoscopia negativa, a quienes no se les detecta patología somática, son más jóvenes, somatizan más, han tenido su primera relación más temprano, tienen más compañeros sexuales y han sufrido abuso antes de los 20 años.

En el estudio de Reiter no se encontraron diferencias entre pacientes con DPC y los controles sin DPC, en cuanto a menarquia, duración de ciclos, gravidez, paridad, aborto inducido, infertilidad, edad del primer coito; pero sí, en duración de menstruación (5.5 / 4.4 días), aborto espontáneo (33% / 13%), número de compañeros sexuales (5.5% / 3.4%) y presencia de trauma sexual (48% / 7%)^(7,8).

CLASIFICACION POR CAUSAS⁽¹⁰⁾

Dolor Abdominal Agudo

- 1.- Complicaciones del embarazo: Aborto, aborto séptico, embarazo ectópico, degeneración de fibromas.
- 2.- Desórdenes de los anexos: Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda (EPI), torsión del anexo, hemorragia en un quiste, ruptura de un folículo, hiperestimulación ovárica.
- 3.- Causas No Ginecológicas: Apendicitis, diverticulitis, obstrucción intestinal, litiasis ureteral, hematoma del músculo recto abdominal.

Dolor Pélvico Crónico y Recurrente

- 1.- Dolor Recurrente o Cíclico: Dismenorrea primaria y secundaria, Mittelschmerz, tensión premenstrual, dolor cíclico atípico.
- 2.- Dolor Crónico de Origen Ginecológico: Endometriosis, adherencias, EPI crónica, síndrome de congestión pélvica, prolapso genital, retroversión uterina, dolor ovárico.
- 3.- Dolor Crónico No Ginecológico: Síndrome de colon irritable, colitis ulcerativa, carcinoma de colon, diarrea infecciosa, diverticulitis, síndrome uretral, cistitis, obstrucción ureteral, riñón pélvico, síndrome mio-fascial.
- 4.- Dolor Crónico de Causa Sistémica: Porfiria, migraña abdominal, Lupus Eritematoso Sistémico, linfoma, neurofibromatosis.

Aspectos de Interés

En ésta revisión no pretendo abordar el tema de DPC causa por causa, si no que me referiré a algunos aspectos de interés en Dismenorrea, Endometriosis, Adherencias Pélvicas, Congestión Pélvica, Dolor Mio-fascial y Síndrome de Colon Irritable.

1.- Dismenorrea Primaria^(3,10,13,14):

Afecta al 50% de las mujeres. Se diferencia de la secundaria por sus características clínicas:

- Surge con los ciclos ovulatorios 6 a 12 meses después de la menarquía.
- El dolor es tipo cólico y se inicia horas antes o al tiempo con el sangrado.
- Se percibe en el hipogastrio y fosas ilíacas, irradiado a veces a región sacro-glútea y parte superior interna de los muslos.
- Su intensidad es mayor el primer día, variando de una mujer a otra, desde una sensación de opresión o calambre hasta un dolor severo e incapacitante que

obliga a permanecer en cama.

- La duración es de 48 a 72 horas.
- En ocasiones se acompaña de síntomas cardiovasculares -taquicardia, hipotensión, mareo, cefalea, oleadas-, digestivos -náuseas, vómito diarrea, distensión abdominal, disquesia-.
- El examen físico no señala signos positivos.

En la actualidad se sabe que la mayor producción de prostaglandinas (PG), leucotrienos y la disminución de prostaciclina, ocasionan contracciones uterinas potentes, vasoconstricción notable con isquemia e hipoxia, que son las responsables del dolor.

El dolor también aparece por disminución del umbral, por la acción de endoperóxidos y PG E-2 y además por aumento en la irritabilidad de los nervios debida a la acción de bradiquininas e histamina.

Cuando disminuye el nivel de Progesterona durante la luteolisis, los lisosomas liberan Fosfolipasa A2 generándose Acido Araquidónico y activándose la vía de la Ciclo-oxigenasa, la cual da origen a las PG. Los Anti-inflamatorios no esteroides (AINES), bloquean esta vía. En algunas mujeres con Dismenorrea Primaria se estimula la vía de la 5-Lipooxigenasa y no se presenta aumento de PG sino de leucotrienos; por lo tanto, a este grupo de mujeres no les mejora el dolor con AINES.

Para el tratamiento son útiles drogas como:

- Anovulatorios: Eficaces en el 90% de los casos, conveniente en mujeres que desean planificar. Su acción benéfica se debe a la disminución en el volumen de líquido menstrual, por supresión del crecimiento de la capa endometrial y por la anovulación que ocasionan. Se recomienda dar mínimo por 3 meses; si no hay alivio del dolor se deberán agregar AINES, y programar para laparoscopia.

- AINES: Respuesta positiva entre un 70 y 90%. De elección en mujeres que no desean anticonceptivos. Se deben dar por 2 a 3 días luego de iniciada la menstruación, cada 6 a 8 horas, en forma continua. En términos de eficacia, la mayoría de los AINES son comparables.

- Calcioantagonistas: Tienen la capacidad de impedir el paso de Ca⁺⁺ libre a través de la membrana celular, por lo cual impide la acción de las PG. Se ha utilizado la Nifedipina a dosis de 20 a 40 miligramos por vía oral. Su efecto inhibitorio es más rápido que los mismos AINES.

Otra forma de tratamiento es la Estimulación Transcutánea Eléctrica de Nervios (TENS) con estímulos de alta frecuencia, que ha demostrado eficacia hasta en un 30% de mujeres, cuando se usa como método único, y ha permitido reducir las dosis de AINES en las restantes.

Su mecanismo de acción es saturar las neuronas del asta dorsal, bloqueando la propagación de impulsos dolorosos (Teoría de la Compuerta); además, se conoce que libera endorfinas de dichas neuronas, y contribuye al alivio del dolor.

Cuando el dolor no se alivia en los primeros 3 meses de tratamiento, está indicado realizar una laparoscopia diagnóstica, con el fin de descartar causas de Dismenorrea Secundaria.

2.- Endometriosis:

Cuando se evalúan pacientes con DPC a través de una laparoscopia diagnóstica, se encuentra que en el 62.7% de los casos existen anormalidades, y de éstos, alrededor del 32 al 35% tienen Endometriosis⁽¹⁵⁾. De 15 a 30% de las mujeres con endometriosis son asintomáticas, las restantes muestran como síntomas más comunes, dismenorrea, dispareunia, infertilidad, sangrado uterino anormal y masas anexiales.

Las pacientes con dolor por endometriosis pueden consultar por dismenorrea, dispareunia o dolor pélvico no relacionado con la menstruación o con las relaciones sexuales. La endometriosis es la causa más frecuente de dismenorrea secundaria. Fedele⁽¹⁶⁾ encontró en 160 pacientes con endometriosis diagnosticada mediante laparoscopia, que la prevalencia de dismenorrea era de 78%, dolor pélvico 39% y dispareunia 32%.

Está comprobado que el dolor no está relacionado con la severidad de la enfermedad, pero sí con la apariencia de las lesiones. Cuando se estableció la clasificación por estados de la endometriosis, se hizo pensando más en el efecto que la enfermedad tiene sobre la fertilidad y no como causante de dolor; se dió más énfasis a las adherencias que a la apariencia y al tipo de lesiones.

El estudio de Vercellini⁽¹⁷⁾ en Milán, demostró que el dolor sí está relacionado con el tipo de lesiones y detectó mayor prevalencia de dispareunia profunda cuando las lesiones son "típicas" (nódulos negros, manchas amarillo-marrón y cicatrices estrelladas), que cuando las lesiones son "atípicas" (vesículas

claras, pápulas claras o rojas y lesiones polipoides rojas).

El autor sugiere que las lesiones atípicas, afresadas, polipoides y expuestas al líquido peritoneal, pueden causar dismenorrea por la mayor concentración de PG; las lesiones típicas por su mayor poder de infiltrar, provocan estimulación de fibras del dolor, ocasionando dispareunia.

En el grupo de mujeres con la enfermedad, las características del dolor son muy variadas y se asocian con otros signos y síntomas. Puede haber dolor pre-menstrual con aumento durante el sangrado, o dolor continuo sin intensificación. El dolor puede durar todo el período y aún 2 a 3 días después, e irse incrementando cada día un poco más. La localización está relacionada con el sitio de las lesiones, pudiendo percibirse en las fosas ilíacas o en el hipogastrio e irradiarse a la región sacro-glútea.

La dispareunia profunda está relacionada con la retroversión uterina por compromiso del fondo de saco, los ligamentos útero-sacos y el septum recto-vaginal. Las pacientes frecuentemente describen el dolor como una sensación de presión en el abdomen inferior, la espalda y el recto, con irradiación a la vagina, las piernas y el perineo. Cuando las lesiones están en el tabique vesíco-uterino, puede aparecer disuria y hematuria durante la menstruación y si comprometen al tabique recto-vaginal y al recto, provocan disquexia y/o melenas.

El examen pélvico puede revelar un útero fijo, en retroversoflexión, doloroso, con nódulos en los ligamentos útero-sacos o cara posterior del útero. Las masas para-uterinas hacen sospechar endometriomas y éstos pueden romperse, provocando un cuadro de abdomen agudo.

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas y se confirma mediante la laparoscopia. El tratamiento se hace combinando laparoscopia operatoria y drogas.

La laparoscopia de segunda mirada está indicada 6 meses después, cuando el tratamiento fue médico; o 12 meses después cuando el tratamiento fue combinado (médico y quirúrgico), ya que los síntomas y hallazgos clínicos son poco confiables⁽¹⁸⁾ para definir endometriosis recurrente.

Se explora actualmente la posibilidad de medir el

nivel de CA-125 en sangre menstrual en pacientes con DPC, como una forma de buscar endometriosis. Los autores japoneses midieron el CA-125 en 55 mujeres con DPC, encontrando niveles mayores de 72.000 U/ml en el 90% de las pacientes con endometriosis (Sensibilidad 90%, Especificidad 96%).

3.- Adherencias Pélvicas.

Cuando se evalúa a pacientes con DPC por laparoscopia el segundo diagnóstico en frecuencia es el de adherencias pélvicas⁽³⁾. En estos estudios el hallazgo de Adherencias va de 16 a 48%. Se cree que el origen de las adherencias está relacionado con infección pélvica o cirugía y su consecuencia es la tracción y deformación del peritoneo por los órganos intraabdominales.

La pregunta interesante es si éstas causan dolor. Kresch⁽²¹⁾ en 1984 sugiere que sí, pues en su estudio de 100 pacientes con DPC, el 48% tenían adherencias, 10% de las cuales eran al intestino; y de las 50 pacientes asintomáticas en laparoscopia para ligadura de trompas solo 12% tenían adherencias y únicamente 2% eran al intestino, siendo estas diferencias altamente significativas.

Sin embargo Rapkin en 1986 notó que muchas mujeres infértiles con adherencias severas no tienen dolor; las adherencias anexiales se vieron en el 50% de los casos en las pacientes con DPC y en 33% de las pacientes infértiles; las adherencias de anexos al peritoneo fueron de 34% en DPC y 33% en infértiles y las adherencias al intestino fueron de 8% en DPC y 17% en infertilidad. Cuando se evaluó el sitio y la densidad de las adherencias no hubo diferencias entre pacientes con DPC y pacientes infértiles sin dolor, lo cual cuestiona el papel de las adherencias como causa común de DPC⁽²⁰⁾.

Los trabajos publicados por Malinak⁽²²⁾ en 1980 en los cuales se recomendaba lisis de adherencias para resolver el problema del dolor, tienen la desventaja de no tener seguimiento a largo plazo y no encontrarse correlación entre eliminación de adherencias y suspensión de los síntomas. Peters en 1992, evaluando el beneficio de la adhesiolisis para mejorar el DPC, concluyó que éste procedimiento no estaba indicado en mujeres con grado leve o moderado de adherencias y solo se beneficiaban aquellas que tenían compromiso extenso que involucraba al intestino⁽²³⁾.

La clasificación por Estadios hecha por Kapur en 1967, es la usada actualmente y define la extensión y severidad del compromiso adherencial:

ESTADIO I: Adherencias laxas, no vascularizadas, fáciles de liberar en la laparoscopia.

ESTADIO II: Extensas, no vascularizadas; comprometen varios órganos abdominales.

ESTADIO III: Numerosas, parcialmente vascularizadas; comprometen varios órganos, posiblemente interfiriendo con su función.

ESTADIO IV: Numerosas, densamente vascularizadas; fijan el intestino.

Existen estudios⁽²⁴⁾ que tratan de explicar el dolor cuando hay adherencias, a través de la liberación de mediadores inflamatorios del tipo de PG, leucotrienos y sustancia P.

Sin embargo Rapkin⁽³⁾ midió éstos mediadores en líquido peritoneal en 100 pacientes durante la laparoscopia y no halló diferencias en ninguno de los 3 grupos de pacientes (endometriosis, adherencias o sin patología). Estos estudios sugieren que es improbable que las PG o leucotrienos del líquido peritoneal, medien o reflejen la fisiopatología del dolor pélvico. En la actualidad se investiga la producción tisular de prostanoïdes en los diferentes grupos de pacientes.

Los autores están de acuerdo en que el encontrar adherencias durante la laparoscopia no anula la necesidad de más estudios para detectar causas de DPC.

4.- Congestión Pélvica:

Descrito desde hace más de 100 años con nombres diferentes. En 1954 Taylor hace una descripción detallada de sus características clínicas: Mujeres en sus años reproductivos, cuya queja principal es el dolor pélvico (que aumenta con las relaciones sexuales y la bipedestación), se acompaña de otros síntomas como dismenorrea secundaria, dolor de espalda bajo, dispareunia, infertilidad y menorragia.

En muchas mujeres se asocia tensión premenstrual, tensión nerviosa, fatiga, sensibilidad mamaria, trastornos de personalidad, disminución del deseo sexual. Al examen físico se detecta sensibilidad sobre el útero, parametrios dolorosos y engrosados.

El interés sobre este diagnóstico resurgió en 1962

con los trabajos de Hughes y Curtis quienes demostraron las varicosidades pélvicas en la venografía de las mujeres con ése cuadro clínico. Los autores concluyeron que los hallazgos de congestión no son específicos de una sola entidad y se presentan en pacientes con cervicitis, EPI, relajación pélvica y aún en pacientes asintomáticas.

En 1984 Beard y cols. realizaron un estudio doble ciego de venogramas en tres grupos diferentes de pacientes con DPC y laparoscopia negativa, pacientes con dolor y patología y controles sin dolor ni patología, y concluyeron a raíz de ésto, que las varicosidades pélvicas se hallan con más frecuencia en pacientes con DPC sin otro tipo de patologías⁽²⁵⁾

Reginald y cols. comprobaron que la dihidroergotamina es un venodilatador específico, y que el dolor de las pacientes con DPC fue mejorado a las 4 y 8 horas después de la administración, efecto que permaneció a los 2 y 4 días cuando se comparó con un placebo. Los venogramas demostraron disminución de la congestión mediante un aumento del flujo sanguíneo de suplencia.

Los autores sugirieron que varios péptidos tales como la sustancia P pueden acumularse durante episodios de congestión venosa y pueden ser responsables del dolor. La etiología de la dilatación venosa no se ha determinado⁽²⁶⁾.

En conclusión, en la actualidad no existe una demostración objetiva y convincente de que la congestión pélvica sea una entidad causante de dolor.

5.- D.P.C. no ginecológico:

Cuando se practican laparoscopias diagnósticas por DPC quizá el hallazgo más frustrante sea el no encontrar la evidencia de ese dolor en la pelvis y específicamente en los genitales internos; porque a partir de ahí comienza una búsqueda casi siempre desordenada de identificación de posibles causas que en muchos casos no logra precisar el diagnóstico.

Reiter⁽⁷⁾ en 1991 evaluó 122 mujeres con DPC y laparoscopia negativa y detectó que la patología somática se presentó en 47% de los casos: siendo el Dolor Miofascial el diagnóstico más común seguido de Dolor Cíclico Atípico (Dismenorrea y Mittelsmers que se prolongan), enfermedades gastrointestinales, urológicas, infecciosas y congestión vascular pélvica.

El Dolor Miofascial se sospecha por su cuadro clínico: está limitado a un área localizada y es reproducible al palpar el abdomen durante la contractura muscular; se confirma con la desaparición del dolor al infiltrar el punto gatillo con bupivacaina al 0,25%.

El tratamiento a largo plazo se logra con inyección de anestésicos de más larga acción y esteroides. Las causas están relacionadas con cicatrices previas sean transversas o de línea media, compresión de los nervios cutáneos y puntos gatillo cuyo origen no se tiene claro.

El Dolor Atípico funcional se refiere a dismenorrea que se presentan desde 1 a 6 días antes de menstruar y se prolonga hasta por quince días y dolor ovulatorio que dura de 4 a 6 días. La característica importante es su ciclicidad; la prueba terapéutica con anovulatorios confirma el diagnóstico. Los quistes ováricos funcionales de 5 a 8 cm recurrentes documentados por ecografía son otra causa de dolor atípico.

El Síndrome de Intestino Irritable es una alteración motora del intestino que causa dolor, con ausencia de patología orgánica demostrable; se inicia desde tercera o cuarta década y su curso no es progresivo. El dolor ha sido descrito de diferentes formas: vago, calambre, quemadura, sordo, peso; de intensidad variable y localización difusa, con frecuencia mayor en cuadrante inferior izquierdo e hipogastrio y se propaga a región posterior.

Puede desencadenarse luego de la ingesta de cualquier alimento y se alivia al defecar o con solo expulsar flatos. En los períodos de agudización alternan períodos de diarrea con estreñimiento y se encuentra moco en las deposiciones. La distensión abdominal y el aumento del gas intestinal está siempre presente, al parecer por aerofagia, desdoblamiento de azúcares no digeribles y disminución de la absorción.

Se acompaña de síntomas digestivos altos como dispepsia, eructos, pirosis, náuseas y vómito por disminución de la presión del esfínter esofágico inferior y contracciones anormales de éste. Al 40% de las pacientes se les ha realizado apendicectomía y de éstas más de la mitad persisten con los mismos síntomas. La dismenorrea se presenta en más del 90% de las pacientes y la dispareunia en un 40%, polaquiuria en 65% y disfunción de vejiga comprobada

por urodinamia en 50%. La migraña se ve en éstas pacientes con más frecuencia que en la población general.

Todos éstos síntomas asociados hacen sospechar una alteración autonómica generalizada que incluye sistema gastrointestinal, genitourinario y vascular. Los síntomas empeoran en períodos de tensión emocional y se demuestran alteraciones psicológicas en el 85% de las mujeres, siendo las más frecuentes la depresión, ansiedad y somatización de afectos. El intento de suicidio ha sido señalado en el 20% de los casos.

El diagnóstico se logra por exclusión metódica de otras patologías orgánicas, con base en su cuadro clínico. Longstreth⁽²⁷⁾, de San Diego -California-, identificó Síndrome de Intestino Irritable en la mitad de las mujeres sometidas a laparoscopia por DPC (42/86) y en 40% (68/172) de las pacientes sometidas a histerectomía electiva. Este síndrome está asociado con mucha frecuencia a sintomatología ginecológica y afecta el pronóstico de las pacientes sometidas a laparoscopia o histerectomía.

Psicopatología: Dentro del grupo de causas que ocasionan DPC, lo más llamativo es la cantidad de desórdenes somáticos y la coexistencia en la mayor parte de los casos de alteraciones psicológicas, que para muchos son el comienzo del problema y para otros una consecuencia.

Hace ya más de 34 años los doctores Kroger y Benson exponían la necesidad de tratamiento médico y psicológico para las pacientes con DPC; desde entonces se da importancia a este aspecto y se trata de explorar en sus orígenes. Reiter⁽⁸⁾, ha mencionado que el abuso sexual predispone a DPC y somatización y que éste se presenta más frecuentemente en el grupo de mujeres en quienes no se puede determinar una causa orgánica para el dolor.

Igualmente Schei⁽²⁸⁾ encuentra asociación entre vivir en una relación abusiva y tener disturbios ginecológicos. El abuso sexual ha sido asociado con numerosas secuelas en mujeres adultas, las cuales incluyen disfunción sexual, promiscuidad, dependencia, depresión y somatización.

Enfoque de la paciente con DPC

Teniendo en cuenta la multicausalidad del DPC, se ha determinado la necesidad del Manejo Interdisciplinario con igual énfasis en cada disciplina.

El grupo debe incluir Ginecólogos y Psicólogos, Urologos, Gastroenterólogos y Anestesiólogos. El estudio psicológico debe ser integrado y la psicoterapia puede ser a corto o a largo plazo, según la necesidad de la paciente.

La experiencia con el tratamiento multidisciplinario del DPC ha demostrado la importancia de descartar y tratar problemas no ginecológicos, como el síndrome mio-aponeurótico, el de intestino irritable, el síndrome uretral, así como el dolor psicógeno en pacientes con DPC y datos normales en la laparoscopia. Igualmente es muy importante prestar atención a causas orgánicas y no orgánicas desde el comienzo del tratamiento para obtener mejoría a largo plazo.

El manejo de la paciente con DPC debe hacerse de manera ágil y respetuosa, para lo cual se propone:

Primera consulta

Historia

Es el mejor método de diagnóstico de DPC; en muchos casos se puede hacer el diagnóstico antes de examinar la paciente. Debe incluir:

Características del dolor: Tipo, localización, intensidad, irradiación, iniciación, factores que lo aumentan o disminuyen, horario (se despierta por dolor?), relación con el ciclo y la menstruación, efecto del ejercicio, trabajo, stress, relación sexual, y orgasmo.

Tiempo de Evolución.

Situación que lo generó: Post-aborto, parto, raptó, violación.

Situación actual: Incapacidad para trabajar, tener relación sexual; demandas existentes.

Síntomas somáticos acompañantes. Del tracto genital: sangrado, flujo, infertilidad, dismenorrea, dispareunia, mittelzmerz. Síntomas gastrointestinales: constipación, diarrea, flatulencia, tenesmo y sangrado.

Síntomas musculares: predominio en región baja de la espalda, irradiación a región posterior de los muslos, aumento con los cambios de posición, fatiga.

Síntomas urológicos: disuria, urgencia, frecuencia, dolor suprapúbico.

Antecedentes: médico-quirúrgicos, gineco-obstétricos, tóxico-alérgicos, anatómico-patológicos si hubo cirugías o biopsias.

Historia psicológica actual y pasada: abuso emocional, sexual, físico, hospitalizaciones, intentos de suicidio, dependencia de drogas, actitud de paciente y familia alrededor del dolor.

Examen físico

Debe ser practicado gentil y respetuosamente para disminuir la incomodidad de la paciente. Será un examen completo, con particular énfasis en el examen del abdomen, espalda, vagina, tacto bimanual, y rectovaginal.

Se recomienda en el examen del abdomen, hacerlo con músculos tensos (cabeza o piernas ligeramente levantadas). Evaluar de pié para ver hernias abdominales o pélvicas. Intentar localizar por palpación los tejidos que reproducen el dolor.

Laboratorio

Cuadro hemático, VSG, parcial de orina, urocultivo, cultivo de cérvix y uretra, frotis y citología cérvicovaginal⁽⁹⁾, sangre en materia fecal, coprocultivo. Si se requiere para aclarar dudas: Ecografías, radiografías, resonancia magnética.

Plan

Registro diario del dolor, durante 2 meses: aparición, intensidad etc.

Droga tomada y alivio obtenido o empeoramiento. Escala análoga visual para calificar el dolor. No dolor = 1, Dolor severo = 10

Cita a los 15 días.

Segunda consulta

Nueva revisión de los factores sicosociales y sexuales.

Revisión del registro diario del dolor e interpretación.

Revisión del laboratorio y de historias viejas.

Tratar condiciones detectadas.

Repetir examen abdominal, pélvico, dorsal, para detallar (con Q-tip o con el dedo) PUNTOS GATILLO, marcarlos y tratarlos con Bupivacaina al 0,25% (3 c.c. aguja #22) infiltrando la grasa sobre la fascia en cada punto.

Si la paciente es adicta a las drogas debe ir a un centro especial luego de ser descartada o tratada patología somática.

Evaluación por el sicólogo dedicado a manejar DPC, ojalá del mismo centro hospitalario.

Remisión al urólogo, gastroenterólogo, según el diagnóstico efectuado. Cita en 15 días.

Tercera consulta

Revisar registro diario de dolor. Si se detecta que es cíclico o atípicamente cíclico, se programa para laparoscopia.

La laparoscopia debe ser diagnóstica y operatoria, e incluye: si existe endometriosis, biopsia peritoneal, fulguración, vaporización con láser o resección de endometriomas. La neurectomía y la lisis de adherencias, son un procedimiento que también se hace por laparoscopia y del cual hablaremos más adelante.

La laparoscopia diagnóstica y quirúrgica es una técnica relativamente inocua, pero conlleva algunos riesgos. Murphy⁽²⁹⁾ citó como complicaciones posibles: traumatismo mecánico, lesión eléctrica o térmica, hemorragia y lesión de intestinos, vejiga, uréteres.

La laparoscopia diagnóstica ha sido un procedimiento estándar en pacientes con DPC. Vercellini⁽¹⁵⁾ luego de su análisis en 126 mujeres con DPC recomendó hacerla en todas las que tengan este diagnóstico, pues encontró anomalías en el 62,7 % de los casos.

Sin embargo Rapkin⁽³⁾ evaluando el uso de la laparoscopia en el diagnóstico de DPC cita los informes de autores como Liston, Lundberg, Renaer, Kresch, quienes detectaron ausencia de patología en un rango de 17 hasta 77% y adherencias pélvicas en 2/3 de sus pacientes; situación que puede o no tener responsabilidad en el dolor pélvico, lo anterior lleva a proponer un manejo no quirúrgico del DPC, es decir, al abordaje en grupo interdisciplinario y al tratamiento de los puntos gatillo, con la posibilidad de obtener 65 hasta 90% de éxito en pacientes con patología mínima⁽³⁾; dejando reservada la laparoscopia para las pacientes con dolor cíclico, e infertilidad.

Lisis de Adherencias

El papel de las adherencias en la génesis de DPC no está claro. Por el momento se recomienda tratar los casos de adherencias en estados severos (III-IV) y en lo posible hacerlo durante la laparoscopia ya que existe mayor neoformación de ellas cuando su lisis

es por medio de laparotomía.

Histerectomía

Ha sido practicada para curar el dolor. De 10 a 19% de ellas se han hecho solo por esa razón. De las pacientes remitidas a las clínicas de dolor, el 30% ya tienen histerectomía sin que eso las haya mejorado. Cuando el DPC se maneja en equipo multidisciplinario, la indicación de histerectomía disminuye de 16.3 a 5.8%³.

Si se llega a la histerectomía abdominal por una indicación uterina y se reinterroga a las pacientes por el dolor, se encuentra que el 80 a 96% habían tenido dispareunia, dismenorrea o sensibilidad uterina, y en este grupo la desaparición de los síntomas alcanza 75% a los 12 meses^{3, 30}.

Neurectomía Presacra

Fue descrita por Cote en 1937, para el manejo de la dismenorrea y perdió utilidad cuando se observó una alta eficacia con el manejo médico (anovulatorios y AINES). Recientemente ha sido usada para el manejo del dolor pélvico central, sea éste de origen cíclico o no cíclico.

De acuerdo al trabajo de Candiani y cols⁽³¹⁾, no se encontró diferencia significativa en la mejoría del DPC en las pacientes con endometriosis, cuando se trataron con cirugía conservadora sola o con cirugía conservadora más neurectomía.

En definitiva, la indicación de la neurectomía presacra queda confinada a pacientes con DPC de tipo central, en quienes no se encuentra ninguna alteración orgánica.

CONCLUSIONES

Luego de hacer la revisión bibliográfica sobre el DPC quiero resaltar lo que a mi modo de ver es fundamental para el enfoque de este problema:

- Énfasis en la Historia Clínica.
- Respeto y gentileza durante el examen.
- Agilidad para encontrar soluciones.
- Manejo interdisciplinario con igual importancia en cada ramo.
- Abordaje quirúrgico en situaciones bien definidas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Mendoza-Vega J. Consideraciones preliminares sobre el dolor. En: Mendoza-Vega J. (ed) Dolor Documento publicado por Pfizer. Bogotá Febrero 1990 p 3-7.
- 2.- Medina BA. Conceptos Clínicos del DPC Clínica de Dolor Pélvico Crónico. Boletín informativo 1990; 1:2 p.1
- 3.- Rapkin AJ and Reading AE. Chronic Pelvic Pain. Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility 1991; Jul/Ag: 102-134.
- 4.- Botero RW. Epidemiología del dolor pélvico crónico. En: Departamento de Ginecología (Ed) Dolor Pélvico. Enfoque multidisciplinario. Universidad de Antioquia. Medellín. 1991 :11-16.
- 5.- Reiter RC. Perfil de mujeres con dolor pélvico crónico. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1990; 1:129-135.
- 6.- Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J et al. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. Am J Psychiatry. 1988 Jan; 145(1); p 75-80.
- 7.- Reiter RC and Gambone JC. Nongynecologic Somatic Pathology in Women with Chronic Pelvic Pain and Negative Laparoscopy. The Journal of Reproductive Medicine. 1991; 36(4): p 253-259.
- 8.- Reiter RC, Shakerin LR, Gambone JC, et al. Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. Am J Obstet Gynecol 1991; 165:104-109.
- 9.- Peterson HB, Hulka JF and Phillips JM. American Association of Gynecologic Laparoscopists 1988 membership survey on operative laparoscopy. J Reprod Med 1990; 35(6):587-589.
- 10.- Renaer M. Gynaecological pain. In: Wall P., Melzak R. (eds) Textbook of Pain New York: Churchill Livingstone, 1984 :359-376.
- 11.- Rapkin A. Neuroanatomía, neurofisiología y neurofarmacología del dolor pélvico. Clin Obst y Ginec 1990; 1:119-128.
- 12.- Garcés CH. Dolor Pélvico Crónico y Laparoscopia-Profamilia. Medellín. Revista CES Medicina 1990 4:91
- 13.- Dawood MY. Dismenorrea. Clin Obst y Ginec 1990; 1:167-176.
- 14.- Sanchez F. Dismenorrea. En: Departamento de Ginecología (ed). Dolor Pélvico. Enfoque Multidisciplinario. Universidad de Antioquia. Medellín 1991: 103-114.
- 15.- Vercellini P, Fedele L, Molteni P, et al. Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. Int J Gynaecol Obstet. 1990; 32(3): 261-265.
- 16.- Fedele L, Parazzini F, Bianchi S, et al. Stage and localization of pelvic endometriosis and pain. Fertil Steril. 1990; 53(1): 155-158.
- 17.- Vercellini P, Bocciolone L, Vendola N, et al. Peritoneal endometriosis. Morphologic appearance in women with chronic pelvic pain. J Reprod Med. 1991; 36(7): 533-536.
- 18.- Fedele L, Vercellini P, Viezzoli T, et al. Second look laparoscopy in the treatment of endometriosis. Int J Fertil 1988; 33(4): 237-240.
- 19.- Abu-Musa A, Takahashi K, Nagata H, et al. CA-125 in menstrual discharge in patients with chronic pelvic pain. Int J Gynaecol Obstet 1992; 37(2): 111-114.
- 20.- Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain: a retrospective study. Obstet Gynecol 1986; 68: 13-15
- 21.- Kresch AJ. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1984; 64:672-674.
- 22.- Malinack LR. Operative management of pelvic pain. Clin Obstet Gynecol 1980; 23: 191-199.
- 23.- Peters AAW, Trimbos-Kemper GCM, Admiraal C et al. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99: 59-62.
- 24.- Williams TJ. Interactions between prostaglandins, leukotrienes, and others mediators of inflammation Br Med Bull 1983; 39:239-242.

- 25.- Beard RW, Highman JH, Pearce S, et al. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet* 1984; 2: 946-949.
- 26.- Reginald PW, Beard RW, Kooner JS, et al. Intravenous dihydroergotamine to relieve pelvic congestion with young women. *Lancet* 1987; 2: 351-353.
- 27.- Longstreth GF, Preskill, Youkeles L. Irritable bowel syndrome in women having diagnostic laparoscopy or hysterectomy. Relation gynecologic features and outcome. *Dig Dis Sci* 1990; 35(10): 1285-1290.
- 28.- Schei B. Psycho-social factors in pelvic pain. A controlled study of women living in physically abusive relationships. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1990; 69(1): 67-71.
- 29.- Murphy AA. Operative Laparoscopy. *Fertil Steril* 1987; 47:1
- 30.- Stovall TG, Ling FW, Crawford DA. Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology. *Obstet and Gynecol* 1990; 75: 676-679.
- 31.- Candiani GB, Fedele L, Vercellini P, et al. Presacral neurectomy for the treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 100-103.

