



Lograr que el dolor pélvico crónico sea un poco menos doloroso

- Nicholas Andrews, MD, PhD
- Charlotte Pickett, MD

Julio 10, 2019

Volumen: 64 Emisión: 07

El dolor pélvico crónico es una queja principal común, que representa aproximadamente el 10% de las derivaciones a un ginecólogo, el 20% de las histerectomías y el 40% de las laparoscopias diagnósticas.¹ La naturaleza compleja y a menudo multifactorial del trastorno hace que el manejo sea un desafío para pacientes y proveedores por igual, lo que con frecuencia puede llevar a la insatisfacción del proveedor y del paciente.² Esta revisión directa de las etiologías más comunes, la evaluación y las estrategias de manejo de ahorro de opioides tiene como objetivo desmitificar el trastorno y empoderar a los proveedores para mejorar la calidad de vida de las mujeres a través de prácticas, estrategias basadas en la evidencia.

Definición de dolor pélvico "crónico"

El dolor pélvico crónico se ha definido tradicionalmente como un dolor no cíclico de 6 meses de duración que se localiza en la pelvis anatómica, la pared abdominal anterior en o debajo del ombligo, la espalda lumbosacra o las nalgas, y es de gravedad suficiente para causar discapacidad funcional o requerir atención médica.³ Esta región anatómica ampliamente definida necesita un diagnóstico diferencial igualmente amplio, con fuentes potenciales de dolor no limitadas al sistema genitourinario.

También se deben tener en cuenta las fuentes de dolor gastrointestinal, neurológico y musculoesquelético, con las cuales el obstetra / ginecólogo general puede estar menos familiarizado. Además de esta complejidad, los síndromes de dolor crónico generalmente tienen un componente del sistema nervioso central (SNC): la entrada de fuentes periféricas se transmite más fácilmente a través de la médula espinal a los centros corticales superiores, lo que lleva a un dolor percibido que puede parecer desproporcionado al estímulo periférico. Esta combinación de múltiples estructuras anatómicas sobre las que ninguna especialidad médica individual tiene un conocimiento exhaustivo, y las alteraciones en el procesamiento central del dolor, crean la necesidad de un enfoque multidisciplinario.

Establecer una relación de tratamiento.

Dada la prevalencia de ansiedad comórbida, depresión y abuso sexual con dolor pélvico crónico, el tratamiento exitoso depende en gran medida de establecer una relación terapéutica de confianza con estos pacientes. Un pequeño estudio cualitativo de las actitudes de los pacientes con dolor pélvico crónico hacia su atención reveló cuatro temas principales, que pueden reformularse como una guía útil para establecer una relación de tratamiento productiva ⁹:

1. Proporcionar una sensación de atención personalizada.
2. Ayudar al paciente a sentirse comprendido y tomado en serio.
3. Enfatizar las posibles explicaciones para el dolor, tanto como "curarlo"
4. Proporcionar tranquilidad

Proporcionar una sensación de atención personalizada y ayudar a los pacientes a sentirse comprendidos y tomados en serio a menudo se traduce en una cantidad significativa de tiempo cara a cara, lo que puede ser difícil de acomodar en un consultorio ocupado. Sin embargo, el tiempo adicional dedicado a la visita inicial a menudo se puede recuperar porque las visitas futuras son más cortas y menos frecuentes. De hecho, se ha demostrado que la impresión favorable del paciente de la visita inicial se asocia con una mayor probabilidad de resolución completa del dolor.¹⁰ Ayudar a los pacientes que sufren dolor crónico a sentir que se los toman en serio requiere atención especial, ya que los pacientes a menudo están sensibilizados, incluso por mensajes sutiles de los médicos de que su dolor está "en su cabeza". Por lo tanto, es útil proporcionar ejemplos tangibles a los pacientes de cómo las vías centrales y periféricas están involucradas en nuestra experiencia de dolor, como la experiencia común de notar una laceración solo mucho después de que la lesión haya ocurrido, o en momentos en que un dedo del pie golpeado resultó en una experiencia sorprendentemente intensa de dolor.

Etiologías

Como ocurre con la mayoría de las otras afecciones, la etiología del dolor pélvico crónico se puede identificar de manera consistente a través de un historial detallado y un examen físico, siempre que el punto de partida sea una lista razonable de diagnósticos potenciales. El área anatómica amplia que cae bajo la definición de dolor pélvico requiere una lista igualmente amplia de condiciones potenciales, que a menudo puede ser abrumadora. Por lo tanto, puede ser útil organizar el diagnóstico diferencial anatómicamente en el útero, el cuello uterino, las trompas de Falopio, los ovarios, la vagina, la vejiga, los uréteres, el recto, los intestinos, los huesos pélvicos, la musculatura pélvica y los nervios pélvicos. El carácter del dolor de un paciente puede ayudar a reducir aún más el diagnóstico diferencial, dadas las dos vías fisiológicas diferentes que pueden estar involucradas en el dolor pélvico: visceral y somático ^{.11}

Si bien una lista exhaustiva de las etiologías del dolor pélvico es demasiado amplia para detallarla por completo, ¹² solo un puñado de afecciones explican la mayoría del dolor pélvico crónico, con múltiples causas a menudo concurrentes. Para el ginecólogo general, la capacidad de diagnosticar y tratar o referir adecuadamente estas afecciones tendría un tremendo impacto para la mayoría de las mujeres que sufren de dolor pélvico crónico.

El tiempo extendido antes mencionado en la visita inicial se puede utilizar mejor para recopilar un historial detallado, volver a nuestras raíces de entrenamiento y obtener las siete dimensiones del síntoma y realizar un examen detallado. Además, es fundamental preguntarle a la paciente qué cree que puede representar su dolor. Los pacientes a menudo temen que su dolor se deba a malignidad o alguna condición aún no descubierta y potencialmente letal. A menudo, estas ansiedades pueden aliviarse fácilmente en la evaluación inicial al tomarse el tiempo para explicar

la justificación del diagnóstico más probable. No identificar estas inquietudes puede afectar significativamente el tratamiento adicional.

La detección de cistitis intersticial identifica rápidamente un subconjunto de pacientes que padecen una afección no ginecológica que con frecuencia se presenta con dolor pélvico crónico. La frecuencia urinaria es a menudo el primer síntoma. La evaluación del dolor que mejora con la defecación o la aparición de síntomas asociados con cambios en la frecuencia o la forma de las heces detectará el síndrome del intestino irritable. La evaluación también debe incluir la evaluación de la situación psicosocial del paciente, incluida la función sexual, la presencia de depresión, el trastorno de estrés postraumático y cualquier historial de abuso físico o sexual. La International Pelvic Pain Society (IPPS) tiene un historial detallado y un formulario de examen físico disponibles para descargar en varios idiomas: [examination form](#)

Un examen abdominal cuidadoso, que incluye palpación ligera y profunda, identificará neuralgias. La palpación de un solo dígito con flexión y relajación de los músculos rectos abdominales distinguirá la patología de la pared abdominal de las fuentes intraabdominales: es muy probable que el dolor focal que empeora con el compromiso de los músculos abdominales esté relacionado con la pared abdominal, mientras que el dolor que mejora cuando los músculos rectos abdominales están flexionados puede sugerir una fuente visceral. La evaluación de los procesos espinosos y la sensibilidad muscular paraespinal junto con la fuerza, la sensación y el rango de movimiento de las extremidades inferiores pueden dilucidar fuentes musculoesqueléticas adicionales de dolor.¹⁵

Antes de comenzar el examen pélvico, los profesionales deben facultar al paciente para solicitar un descanso o solicitar que el examen concluya en cualquier momento. Siempre que se establezca la confianza adecuada entre el médico y el paciente, en nuestra experiencia, muy raramente es imposible completar los exámenes pélvicos en pacientes con dolor pélvico crónico, a pesar de la alta prevalencia de abuso sexual y trauma en estas mujeres.

Comience el examen con inspección externa y pruebe la vulvodinia provocada y no provocada a través de una palpación leve con un hisopo (Q-tip). Un examen interno de un solo dígito con palpación de la uretra, el obturador interno, la base de la vejiga, el recto, el elevador del ano, el fondo de saco anterior y posterior y los ligamentos uterosacros, además de la palpación del útero y los anexos, es esencial para identificar las múltiples posibles fuentes de dolor. Con la palpación de cada área, también es importante aclarar con la paciente si lo que siente es el mismo dolor que quería evaluar, porque el dolor producido en el examen pélvico a menudo no se experimenta en la vida diaria.

La ecografía pélvica no está indicada para todas las pacientes, pero debe considerarse en presencia de sensibilidad uterina o anexial, o si el examen pélvico se limita de forma secundaria a la constitución de la paciente. La evaluación de laboratorio rara vez se indica, excepto para abordar síntomas específicos o hallazgos del examen. La laparoscopia diagnóstica es común para la evaluación del dolor pélvico crónico, a pesar de los datos limitados que respaldan su uso. Dada la correlación relativamente pobre entre los hallazgos intraabdominales en el momento de la laparoscopia y la extensión de los síntomas, la laparoscopia diagnóstica debe reservarse para pacientes con patología conocida por ultrasonido, o en pacientes en quienes se sospecha endometriosis, pero que no responden o no pueden tolerar un ensayo de terapia hormonal.

Manejo

Múltiples estudios han demostrado la eficacia de un enfoque multidisciplinario para el tratamiento del dolor pélvico crónico^{7,16,17}. La decisión de derivar para recibir atención de otro profesional debe basarse en los recursos locales y la experiencia del médico. Si bien los ginecólogos generales están bien entrenados para controlar la endometriosis, el tratamiento de los otros tres diagnósticos más comunes (cistitis intersticial / síndrome de vejiga dolorosa,

síndrome del intestino irritable y trastornos musculoesqueléticos) puede estar fuera de su alcance. Además, para el subconjunto de pacientes con otras etiologías menos comunes de dolor pélvico crónico, se debe considerar la derivación a un especialista en dolor pélvico crónico. El IPPS mantiene un directorio de especialistas en dolor pélvico, que se puede buscar por código postal.

Para la endometriosis, los anticonceptivos orales (ACO) combinados continuos o solo con progesterona siguen siendo el tratamiento de primera línea. Es importante establecer expectativas claras sobre los posibles efectos secundarios, así como aconsejar a los pacientes que demoren de 2 a 3 meses de tratamiento para que su dolor mejore. Los pacientes cuyo dolor no responde o no responde adecuadamente a la terapia inicial deben ser evaluados con laparoscopia para confirmar el diagnóstico y potencialmente aliviar los síntomas. Una vez que se confirma el diagnóstico, el tratamiento para la endometriosis debe ser principalmente médico continuando con ACO continuos o una de varias terapias de segunda línea basadas en evidencia.¹⁸⁻²³

La sospecha de cistitis intersticial debe provocar un análisis de orina y un cultivo para descartar una infección del tracto urinario y luego, si es posible, el paciente debe ser derivado a un uroginecólogo. Estos subespecialistas están bien equipados para no solo hacer este diagnóstico, sino también para evaluar y tratar los diagnósticos comúnmente relacionados, como el síndrome de vejiga hiperactiva, la incontinencia urinaria y el prolapso de los órganos pélvicos. A los pacientes se les puede dar una lista de irritantes comunes de la vejiga y se les puede pedir que eliminen de manera secuencial cada uno de su dieta y que mantengan un diario de síntomas en preparación para su consulta. Un folleto útil para pacientes [patient handout](#) está disponible en la American Urogynecologic Society. Una guía de tratamiento de la American Urological Association puede ser útil en casos en los que no es posible derivar a un uroginecólogo.²⁴

El síndrome del intestino irritable es muy probable en pacientes con dolor pélvico crónico que tienen síntomas intestinales. Sin embargo, al igual que con el síndrome de vejiga dolorosa, es importante descartar otras afecciones más graves antes de decidirse por este diagnóstico. Los síntomas de "bandera roja" deben plantear la consideración de diagnósticos alternativos o derivación a un gastroenterólogo. En ausencia de estos síntomas preocupantes, los criterios ROME II ²⁵ pueden usarse para hacer el diagnóstico. La Academia Estadounidense de Médicos de Familia ofrece una guía práctica de tratamiento, [patient handout](#) que incluye un folleto para el paciente.

Las etiologías musculoesqueléticas del dolor pélvico son extremadamente comunes y pueden obtenerse fácilmente mediante un examen cuidadoso, como se describe. Si bien la mialgia del elevador del ano o del obturador interno puede ser una causa principal de dolor pélvico crónico, la mialgia pélvica se debe con mayor frecuencia a la contracción muscular crónica y a la consiguiente lesión en respuesta a otros estímulos dolorosos. Además de tratar la (s) otra (s) fuente (s) de dolor, la fisioterapia pélvica es altamente efectiva, con un estudio que sugiere que aproximadamente dos tercios de los pacientes pueden esperar una mejora moderada o marcada en los síntomas del dolor²⁶ y otro que demuestra que los pacientes calificaron la eficacia del tratamiento como 8 /10.²⁷ La Asociación Estadounidense de Terapia Física mantiene un registro de fisioterapeutas que se puede buscar por código postal y área de especialización (aptaapps.apta.org/findapt/SearchResults.aspx).

¿Qué pasa con los opioides?

En 2015, hubo 20,101 muertes por sobredosis relacionadas con medicamentos recetados para el dolor; casi el doble de las muertes relacionadas con la heroína.³¹ No podemos tomar la epidemia de opioides a la ligera. Sin embargo, no debemos pasar por alto la prescripción cuidadosa de opioides como una opción para el manejo del dolor. Múltiples estudios han demostrado que los opioides disminuyen el dolor agudo en aproximadamente un 30% ^{32, 33} Su efecto duradero sobre el dolor crónico es mucho más controvertido. Debido a que la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados controlados con placebo que evalúan los opioides para el

tratamiento del dolor duran ≤ 6 semanas, no hay pruebas suficientes para guiar la prescripción de opioides para el dolor crónico.

Conclusión

El dolor pélvico crónico es una afección compleja, a menudo multifactorial, que afecta a muchas mujeres y representa un desafío importante para nuestro sistema de salud. La evaluación debe incluir una historia completa y física con consideración de las fuentes de dolor ginecológicas y no ginecológicas. Existen tratamientos prácticos no basados en opioides para las causas más comunes de dolor pélvico crónico, que deben administrarse junto con la terapia para cualquier factor de estrés psicosocial coexistente. Los opioides se deben recetar solo después de una cuidadosa consideración y teniendo en cuenta la seguridad del paciente.

Si bien es un desafío, el tratamiento del dolor pélvico crónico puede ser gratificante y tener un impacto duradero en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Declaraciones: los autores informan que no existen conflictos de intereses potenciales con respecto a este artículo.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

FUENTE: <https://www.contemporaryobgyn.net/pelvic-pain/making-chronic-pelvic-pain-little-less-painful/page/0/2>

Referencias:

1. Shin JH, Howard FM. Management of chronic pelvic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2011;15(5):377-385.
2. 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):446-452.
3. Howard FM. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2004;103:589-605.
4. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 1984;64(5):672-674.
5. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med.* 2003;163:2433-2445.
6. Anderson RU, Orenberg EK, Chan CA, Morey A, Flores V. Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2008;179(3):956-960.
7. Allaire C, Williams C, Bodmer-Roy S, et al. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(1):114.e111-114.e112.
8. Lamvu G, Williams R, Zolnoun D, et al. Long-term outcomes after surgical and nonsurgical management of chronic pelvic pain: one year after evaluation in a pelvic pain specialty clinic. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(2):591-598; discussion 598-600.
9. 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):446-452.
10. Selfe SA, Matthews Z, Stones RW. Factors influencing outcome in consultations for chronic pelvic pain. *J Womens Health.* 1998;7(8):1041-1048.
11. Shoja MM, Sharma A, Mirzayan N, et al. Neuroanatomy of the female abdominopelvic region: A review with application to pelvic pain syndromes. *Clin Anat.* 2013;26(1):66-76.
12. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv.* 1993;48: 357-87.
13. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2002;100:337-341.
14. EA, Katon WJ, Jemelka R, Alfrey H, Bowers M, Stenchever MA. The prevalence of chronic pelvic pain and irritable bowel syndrome in two university clinics. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1991;12(suppl):65-75.
15. Gyang A, Hartman M, Lamvu G. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):645-650.
16. Meissner K, Schweizer-Arau A, Limmer A, et al. Psychotherapy With Somatosensory Stimulation for Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2016;128(5):1134-1142.
17. Lamvu G, Williams R, Zolnoun D, et al. Long-term outcomes after surgical and nonsurgical management of chronic pelvic pain: one year after evaluation in a pelvic pain specialty clinic. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(2):591-598; discussion 598-600.
18. Hornstein MD, Surrey ES, Weisberg GW, Casino LA. Leuprolide acetate depot and hormonal add-back in endometriosis: a 12-month study. Lupron Add-Back Study Group. *Obstet Gynecol.* 1998;91(1):16-24.
19. Tanmahasamut P, Rattanachaiyanont M, Angsuwathana S, Techatraisak K, Indhavivadhana S, Leerasiri P. Postoperative levonorgestrel-releasing intrauterine system for pelvic endometriosis-related pain: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012;119(3):519-526.

20. Carvalho N, Margatho D, Cursino K, Benetti-Pinto CL, Bahamondes L. Control of endometriosis-associated pain with etonogestrel-releasing contraceptive implant and 52-mg levonorgestrel-releasing intrauterine system: randomized clinical trial. *Fertil Steril*. 2018;110(6):1129-1136.
21. Ferrero S, Camerini G, Seracchioli R, Ragni N, Venturini PL, Remorgida V. Letrozole combined with norethisterone acetate compared with norethisterone acetate alone in the treatment of pain symptoms caused by endometriosis. *Hum Reprod*. 2009;24(12):3033-3041.
22. Taylor HS, Giudice LC, Lessey BA, et al. Treatment of Endometriosis-Associated Pain with Elagolix, an Oral GnRH Antagonist. *N Engl J Med*. 2017;377(1):28-40.
23. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12):CD008475.
24. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM, Association AU. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *J Urol*. 2015;193(5):1545-1553.
25. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut*. 1999;45 Suppl 2:II1-5.
26. Fitzgerald MP, Anderson RU, Potts J, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol*. 2013;189(1 Suppl):S75-85.
27. Schmitt JJ, Singh R, Weaver AL, et al. Prospective outcomes of a pelvic floor rehabilitation program including vaginal electrogalvanic stimulation for urinary, defecatory, and pelvic pain symptoms. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017;23(2):108-113.
28. Travell J, Simons T. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. In. Vol 2: Lippincott Williams and Wilkins; 1992.
29. Graboski CL, Gray DS, Burnham RS. Botulinum toxin A versus bupivacaine trigger point injections for the treatment of myofascial pain syndrome: a randomised double blind crossover study. *Pain*. 2005;118(1-2):170-175.
30. Affaitati G, Fabrizio A, Savini A, Lerza R, Tafuri E, Costantini R, et al. A randomized, controlled study comparing a lidocaine patch, a placebo patch, and anesthetic injection for treatment of trigger points in patients with myofascial pain syndrome: evaluation of pain and somatic pain thresholds. *Clin Ther*. 2009;31(4):705-720.
31. Rudd RA, Seth P, David F, Scholl L. Increases in drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2010–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65(50-51):1445-1452.
32. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, et al. American Pain Society-American Academy of Pain Medicine Opioids Guidelines Panel. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain*. 2009;10:113-130.
33. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, Fiellin DA. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med*. 2007;146:116-127.
34. Walker