

PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dolor pélvico crónico

PROTOCOLO N.º 59

Actualizado en diciembre de 2001

El dolor pélvico crónico o pelvialgia crónica es la queja de un cuadro doloroso en la porción inferior del abdomen, región sacra o periné que tiene una duración superior a 6 meses. Aunque hace años se exigía, para catalogar este cuadro, una duración superior a un año, últimamente se ha acortado el plazo y cada vez más los autores se inclinan por los 6 meses como tiempo suficiente para darle entidad de crónico. En este concepto podemos incluir cuadros con remisiones temporales pero que mantienen cierta constancia en el tiempo como, por ejemplo, los dolores cíclicos. Aunque el origen de este dolor puede ser muy variado, es importante la referencia por la paciente del interior de la pelvis para descartar de entrada el origen osteoarticular o neurológico. La importancia del problema deriva de dos cuestiones: por un lado, de la magnitud del problema, ya que afecta aproximadamente al 10% de todas las consultas ginecológicas y, por otro, de la propia cronicidad del cuadro, por lo que en muchas ocasiones la paciente ya ha sido estudiada por otros especialistas, ginecólogos o no, y habitualmente ha tenido distintos diagnósticos y ha hecho diferentes tratamientos, sin haber conseguido un resultado claro. En pocos cuadros como éste se impone una anamnesis lo más pormenorizada posible, sin ningún tipo de prisas, en la que es fundamental que la paciente describa el dolor, el tipo, la localización, las irradiaciones, las agravaciones, las mejorías, etc. La presencia de dispareunia, esterilidad o relación con el ciclo son cuestiones importantes a tener en cuenta como referencia del origen ginecológico del problema. Aparte de los aspectos ginecológicos, serán de especial interés los síntomas digestivos, urinarios (disuria), generales (astenia, cefaleas, febrícula) y vasculares.

Detrás de un cuadro de algia pélvica lo más frecuente es que exista, desde el punto de vista ginecológico, alguno de los siguientes procesos: vestibulitis vulvar, síndrome uretral, cervicitis, endome-

triosis, enfermedad inflamatoria pélvica residual, varicocele y lesiones ligamentarias.

415

ESTUDIO CLÍNICO

Debe hacerse una exploración clínica completa, ecografía y analítica básica de sangre y orina. En la inspección, serán detalles a tener en cuenta el enrojecimiento vulvar o la coloración violácea de la vagina. Un examen del moco cervical, incluido el microbiológico, es imprescindible. También puede ser importante la realización con pinzas de garfio de una tracción cervical orientada a tensionar los ligamentos cervicales, ya que esta prueba será muy significativa en las lesiones ligamentarias si reproduce el dolor con las mismas características que el de la paciente. En el tacto bimanual tendremos especialmente en cuenta la movilidad cervical, tanto por exceso como por defecto, y la sensibilidad dolorosa que la exploración despierta. En la medida en que conseguimos reproducir el dolor y podemos localizarlo durante la exploración, tanto más cerca del origen del mismo estaremos.

Junto a esta exploración física básica haremos una exploración psicológica elemental, que consistirá básicamente en lo que se denomina una anamnesis biográfica y alguna prueba psicométrica. La biografía de la paciente debe ser confeccionada en relación con la dolencia actual, detectando las situaciones importantes desde el punto de vista de su desarrollo personal y, además, haciendo hincapié en situaciones ambientales estresantes que sean concomitantes con el inicio o agravación de las molestias. Un capítulo importante será el referente a la sexualidad: comienzo, frecuencia, satisfacción, etc., así como la anticoncepción que se practica y la aceptación de la misma. En cuanto a los tests psicológicos, podemos recurrir a cualquiera de las escalas validadas en medición de ansiedad y depresión, fundamentalmente.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

A partir de aquí haremos la primera evaluación de la paciente teniendo en cuenta los hallazgos, y éste será un momento clave en la atención del proceso, porque es fundamental la manera y el enfoque

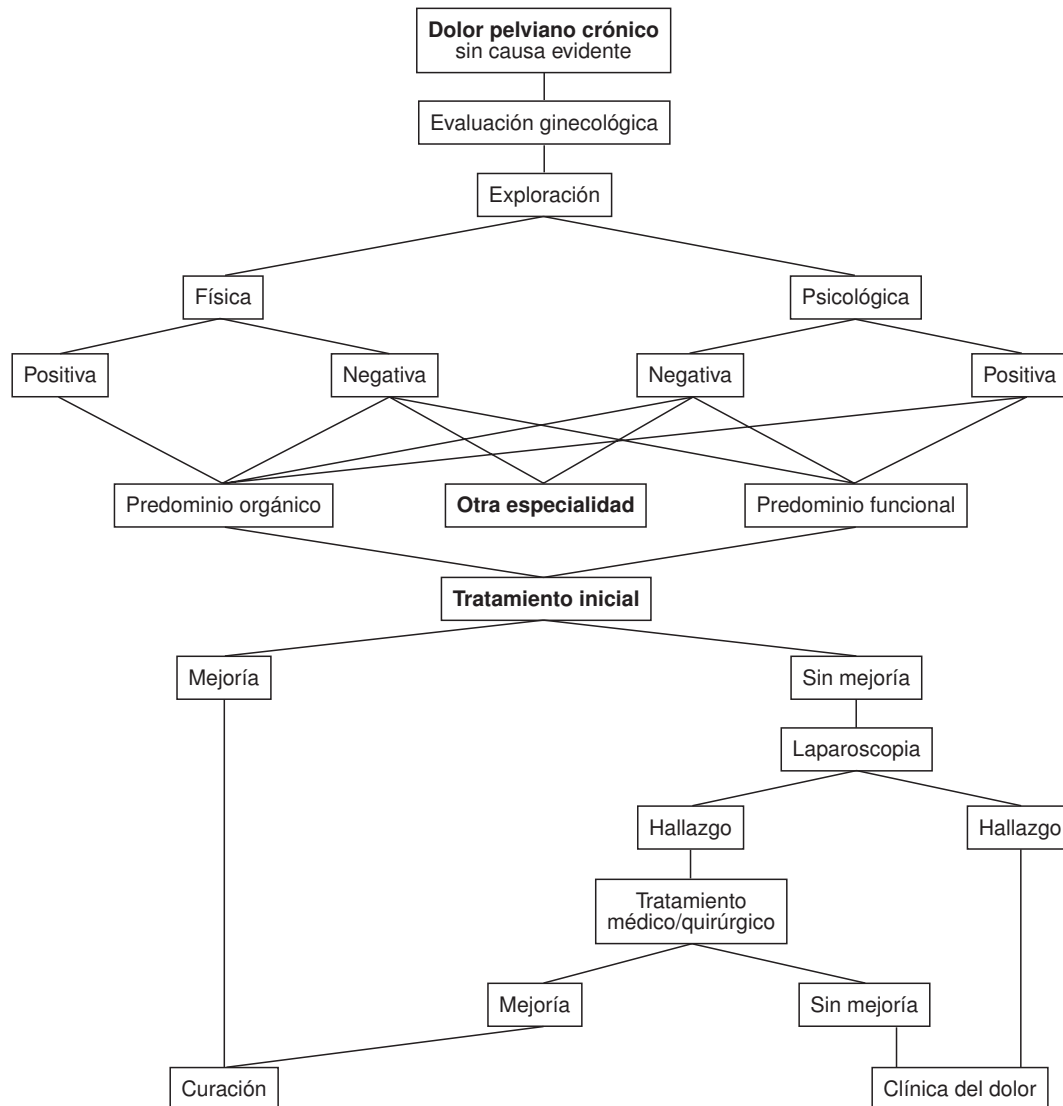


Figura 1. Árbol de decisiones en la evaluación y el tratamiento del dolor pélvico crónico.

que hagamos a la paciente de los hallazgos (fig. 1). Lo más probable, por la trayectoria del proceso, es que no encontremos una única causa orgánica llamativa sino pequeños hallazgos de tipo orgánico y otros de tipo biográfico, sexual o psicológico. Es importante que entendamos y transmitamos a la paciente que casi nunca estos hallazgos son determinantes, ya que cualquier alteración orgánica crónica produce alteraciones psicológicas. A veces, los hallazgos orgánicos en otras pacientes similares a los que aquí podemos observar son casuales y no pro-

ducen dolor. Si los hallazgos son puramente psicológicos, las molestias de la paciente casi siempre se relacionan con cuadros depresivos, fobia al cáncer y, más raramente, como manifestaciones de tipo histérfico.

Es fundamental en estos casos que la paciente sienta que ha sido escuchada y bien estudiada y, a partir de aquí, lo más correcto es que, en función de los hallazgos y con la valoración que hemos hecho de los mismos, indiquemos un tratamiento inicial. Preferimos no llamar a éste “tratamiento de prueba”

porque debe estar bien fundado, y transmitir ese fundamento es esencial. Los fármacos más comúnmente utilizados serán, dependiendo del tipo de hallazgo, analgésicos, antiinflamatorios, anticongestivos venotónicos, antidepresivos y ansiolíticos. Un buen consejo anticonceptivo es fundamental y el grado de aceptación de cualquier método por la pareja es todo un test de equilibrio afectivo y de relación marital. También pueden estar indicados ejercicios de gimnasia perineal si existen problemas de posición de los órganos por anomalías de suelo pélvico. Insistiremos a la paciente en que es fundamental que vaya anotando en un cuaderno la evolución diaria del dolor y los momentos de mejoría o agravamiento.

La efectividad del tratamiento y los cambios que vayamos introduciendo en el mismo se hará en las distintas revisiones periódicas que vayamos realizando. Si se consigue una remisión paulatina del dolor puede que hayamos resuelto el caso, pero si las molestias persisten o se agravan, se impone la realización de una laparoscopia, que constituye el segundo momento crucial en el tratamiento de la pelvialgia.

LAPAROSCOPIA

Algunos autores consideran que la laparoscopia debería ser una exploración rutinaria en este cuadro

y hacerse de entrada para no “entretener” aún más a una paciente que padece un cuadro ya de por sí crónico. Sin embargo, esta conducta no parece correcta. Primero, porque como hemos indicado anteriormente, en bastantes casos será evitable, y en segundo lugar, porque tampoco debemos sobrevalorarla pues, siendo una exploración importante, en este caso no es definitiva, como se ha puesto de manifiesto en el hecho de que los hallazgos laparoscópicos en mujeres sin dolor son a veces sorprendentes, y viceversa. Lo que es cierto es que ya desde la primera visita debemos considerar, con la paciente, la posibilidad de esta exploración si no conseguimos una remisión de las molestias en un plazo de tiempo prudencial.

La laparoscopia puede poner de manifiesto hallazgos orgánicos que se pueden corregir con esta técnica o precisar cirugía o nuevo tratamiento médico. Si el hallazgo es completamente negativo tendríamos que plantearnos la consulta con otros especialistas: psiquiatra, neurólogo, etc., o el tratamiento por una unidad específica contra el dolor. Una consideración especial merece la indicación de histerectomía por este motivo, que debe ser indicada con prudencia, pues es cierto que en determinados casos el problema se resuelve, pero casi en la mitad de las ocasiones el dolor reaparece después de una intervención importante y con apariencia de definitiva. En las distintas publicaciones, la tasa de histerectomías por esta indicación oscila alrededor del 5%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blackwell RE, Olive DL. Chronic pelvic pain. Evaluation and management. New York: Springer, 1998.
2. Mimoun S. Traité de gynécologie-obstétrique psychomatique. Paris: Flammarion, 1999.
3. Salvatierra V. Dolor pelviano crónico. *Toko-Gin Pract* 1992;51:21-35.
4. Steege JF, Metzger DA, Levy BS. Dolor pélvico crónico. México: McGraw-Hill, 2000.