

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS DEL DOLOR PELVIANO CRÓNICO: ABORDAJE CLÍNICO

PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF CHRONIC PELVIC PAIN: CLINICAL APPROACH

DR. CÉSAR CARVAJAL A. (1).

1. Departamento de Psiquiatría y Centro de Piso Pelviano, Clínica Las Condes.
Departamento de Psiquiatría, Universidad de los Andes.

Email: drcesarcarvajal@gmail.com

RESUMEN

Las patologías del piso pelviano, que se traducen principalmente en dolor crónico, tienen una compleja etiopatogenia y se han asociado con frecuencia con fenómenos psicopatológicos en la aparición y mantenimiento de los síntomas además de las repercusiones personales, sociales y familiares que pueden determinar un importante deterioro en la calidad de vida. La ansiedad y la depresión constituyen los síntomas más frecuentes, junto con las repercusiones en el funcionamiento sexual. Para un adecuado manejo de estos pacientes se insiste en el empleo de la entrevista clínica como importante herramienta diagnóstica y terapéutica. La exploración de los síntomas ansiosos y depresivos, las características de personalidad y los antecedentes traumáticos junto con la eventual derivación a una evaluación de la esfera psíquica facilitarán el manejo en un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Dolor pelviano, depresión, ansiedad, abuso, calidad de vida.

SUMMARY

Pelvic floor pathologies with chronic pain have complex etiopathogenesis. These have been frequently associated with psychological and psychiatric factors in the onset as in the maintenance of the symptoms, with impact in quality

of life and in personal, social, and familial aspects. Anxiety, depression and the impact in sexual functioning are the most frequent psychopathological phenomens. Clinical interview is one of the main diagnostic and therapeutic resources in the management of these patients. The evaluation of anxious and depressive symptoms, personality traits and traumatic antecedents and the eventual derivation to psychological consultation will facilitate the analysis in a multidisciplinary team.

Key words: Pelvic pain, depression, anxiety, abuse, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La patología del piso pelviano agrupa principalmente alteraciones que traducen trastornos en los sistemas digestivo, urológico y ginecológico. Como denominador común está el hecho que la mayor parte de esas molestias se experimentan con una importante cuota de ocultamiento, intimidad, reserva, privacidad, secreto e incluso muchas veces vergüenza. Para una adecuada evaluación y manejo se requiere de un enfoque amplio del paciente, entendido éste como una persona única que está sufriendo y que solicita ayuda, la cual no puede limitarse a los aspectos exclusivamente orgánicos del cuadro clínico. Será importante poder determinar la repercusión emocional de las molestias propias de las patologías digestiva, urológica o ginecológica, e igualmente precisar si uno

de los síntomas importantes es el dolor (principalmente el dolor crónico), ya que este síndrome puede constituirse en una situación altamente invalidante para el paciente. Asimismo es frecuente la repercusión en la calidad de vida, con compromiso en las áreas personal, familiar, social, laboral, sexual y de esparcimiento.

Muchos de estos pacientes, especialmente si las molestias son de evolución prolongada, pueden ser parte de la categoría de “pacientes difíciles”, los cuales se caracterizan por la forma en que establecen la relación tanto con el equipo de profesionales que lo atienden, como con el sistema de salud al cual acceden. Se hará muy difícil la interacción con los distintos prestadores de salud y se generarán altos costos económicos derivados de numerosos exámenes de laboratorio, procedimientos, interconsultas, intervenciones quirúrgicas y en algunos casos pensiones de invalidez.

Dada la complejidad que tiene el manejo de estos pacientes es que se han generado equipos de atención multidisciplinaria, los que pueden ofrecer una aproximación más integrada y con mayor experiencia para establecer un adecuado proceso diagnóstico y de evaluación de las mejores decisiones terapéuticas que deban adoptarse y por otra parte reducir el desgaste que muchas veces se produce en los médicos tratantes (1). En este artículo se hará una revisión de algunos aspectos de los componentes psicológico-psiquiátricos presentes en pacientes con diversas manifestaciones de las patologías del piso pelviano con especial énfasis en el dolor crónico de esta zona.

¿CUÁLES SON LAS QUEJAS HABITUALES DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍAS DEL PISO PELVIANO Y CÓMO ABORDARLAS?

Aunque la sintomatología variará según la etiopatogenia que tenga el cuadro clínico, hay algunos elementos que se repiten. A las molestias provocadas por dolor de los más diversos tipos y características, incontinencia o retención urinaria, dispareunia, constipación, diarrea, etc. se agregarán angustia, alteraciones del sueño, limitaciones para la vida diaria, rechazo a la vida íntima, sentimientos de pena, desilusión, agotamiento por los síntomas, obsesiones, culpas y diversos síntomas atribuibles a variadas manifestaciones psicopatológicas. Al intentar agrupar las tres quejas más frecuentes de los pacientes, éstas corresponden a: diversos síntomas propios de un distrés emocional, la falta de validación de sus síntomas y las malas experiencias con los profesionales de la salud con quienes han tenido contacto. (Tabla 1). Con estos elementos se favorece, *a priori*, un escenario de pacientes complicados en su manejo, pronóstico y evolución.

Si se considera que el dolor pelviano crónico (DPC) es el síntoma eje en estos pacientes, debe tenerse en cuenta que se requiere de un buen análisis semiológico de éste para intentar precisar cuánto de orgánico y cuánto de psíquico se está manifestando en cada paciente; esta exploración debe darse en el contexto de la entrevista clínica. Esta última es la principal y la más importante herramienta con que cuenta todo profesional de la salud. La entrevista clínica es una destreza que debe

TABLA 1. REPERCUSIONES PSÍQUICAS MÁS FRECUENTES DEL DOLOR PELVIANO

Distrés emocional	Angustia, pena, desilusión, rabia, culpa, alteraciones del sueño y de la vida sexual, limitaciones de la vida diaria, fenómenos depresivos, obsesivos o de somatización.
Falta de validación de los síntomas	Las molestias son consideradas “exageradas” o con un fin ganancial.
Mala experiencia con profesionales de la salud	Han recibido poca atención, tratamientos inadecuados o se han “aburrido” con ellos.

ser bien aprendida en los primeros años de formación y que se debe seguir desarrollando a lo largo de toda la vida profesional.

La entrevista: un gran recurso para todo clínico

Los objetivos de la entrevista clínica apuntan a generar una adecuada relación médico paciente, proponer una hipótesis diagnóstica, establecer un plan de estudio y tratamiento, y poder -a través de una motivadora educación- sentar las bases para una buena adherencia terapéutica. La entrevista está estructurada en diversos pasos que van desde la apertura, la exploración del motivo de consulta y de los aspectos sintomáticos y biográficos, pasando por los antecedentes personales y familiares hasta llegar al momento en que el médico debe pronunciarse respecto a sus hallazgos y plan de acción con lo que cierra este procedimiento. Sin lugar a dudas durante estos pocos minutos que transcurren (sin considerar el examen físico o algún procedimiento más específico) se juega el destino de esa relación médico paciente que puede ser ya desde el primer contacto contenedora, aliviadora y realistamente esperanzadora para el paciente (y también para el médico) o bien en algunos casos convertirse en una intervención de carácter iatrogénico.

Destrezas generales de la entrevista

El cómo se recibe al paciente, la actitud del médico, la capacidad de escucha interesada, la neutralidad para recoger el relato de eventuales atenciones y de manejo en el pasado sin emitir juicios de valor, el espacio que se le dé a la expresión de emociones y sentimientos, la delicadeza para explorar antecedentes previos que muchas veces pueden corresponder a hechos traumáticos con alta carga psicológica, etc. Son algunas de las destrezas que hay que desarrollar para una buena entrevista.

La derivación a psicología o psiquiatría: uno de los desafíos

Las repercusiones psíquicas de las patologías del piso pelviano, la conducta de enfermedad y la determinación de la comorbilidad psiquiátrica son los objetivos de la evaluación psicológica y psiquiátrica. Por otra parte, un tema no menor es el de la derivación para este tipo de atención. La explicación de la estrecha participación que tienen en el

enfermar, los componentes somáticos y psíquicos, como las “nuevas” formas de enfermar en que el cuerpo es el principal encargado de expresar diversos conflictos psicológicos o situaciones vitales mal elaboradas, pueden facilitar la aceptación para la derivación. Es probable que en algunos casos sea el componente psíquico el núcleo central que genera la sintomatología somática y si no se aborda adecuadamente, el manejo puede resultar muy difícil para una buena evolución del tratamiento.

La forma en que el paciente enfrenta sus síntomas, es clave para la terapia, por lo tanto se debe intentar comprometer al paciente con un papel protagónico en el manejo del cuadro clínico (por lo que él debe ser un actor y no un mero espectador de lo que realicen los profesionales de la salud).

Objetivos de la evaluación psíquica

Un elemento central es poder clarificar cuál es la repercusión de los síntomas y del diagnóstico para el paciente: en qué medida se puede estar modificando la percepción de sí mismo y su autoestima, cuánto se resienten sus actividades de la vida diaria (personal, laboral, social, familiar) por las limitaciones a causa de los síntomas y el grado de invalidez a que lo pueden llevar sus molestias, el cómo se enfrenta a su futuro al estar recibiendo diagnósticos que no siempre se acompañan de una buena explicación y cuyo pronóstico muchas veces es reservado. La conducta de enfermedad que tenga el paciente puede ser muy adecuada y con una actitud resiliente o bien traducirse en una conducta patológica en que los rasgos de personalidad anormal y las experiencias biográficas faciliten una mala aproximación a los síntomas. Cuando se sospeche que los síntomas puedan tener un componente ganancial hay que ser muy cuidadoso en la exploración clínica, para no generar una respuesta de rechazo inicial o que el paciente *a priori* se niegue a esta alternativa. La ganancia debe ser comprendida en el contexto del paciente y no sólo como un balance del costo beneficio de las molestias versus la sintomatología, desde la perspectiva e interpretación del médico.

Perfil psicopatológico de los pacientes con dolor pelviano

Los síntomas de la esfera psiquiátrica pueden manifestarse de diversas formas. Algunos pacientes junto con las molestias propias de la patología del piso pelviano, presentan fenómenos psicopatológicos como angustia, alteraciones del sueño, irritabilidad, desesperanza, entre otros que son muy destacables y que interfieren con la vida diaria. En otros, pacientes los síntomas predominantemente somáticos se van prolongando en el tiempo y el tratamiento se considera poco eficaz (lo que a veces para el médico tratante representa un paciente refractario) por lo que se asume que sería importante contar con una evaluación que ayude a identificar factores que expliquen la pobre respuesta terapéutica (ya sea alteraciones de la personalidad o determinados cuadros psiquiátricos como un trastorno ansioso o una depresión). Hay un grupo de pacientes que son derivados porque el “componente orgánico” no logra dar cuenta de la totalidad o gravedad de las molestias y se presume que debe haber algo más en la esfera psíquica que logre explicar este tipo de evolución clínica. También hay otros pacientes que tienen largas y complicadas historias médicas con una multiplicidad de síntomas y muchas veces también diversos procedimientos quirúrgicos sin resulta-

dos satisfactorios en quienes se busca una explicación psíquica para lo que les ocurre. Finalmente se tiene el grupo de aquellos pacientes que pueden englobarse en la definición de “difíciles”.

El paciente con patología del piso pelviano como un potencial “paciente difícil”

En general el paciente difícil se presenta como un consultante frecuente e insatisfecho, en que su presencia se “siente” en el equipo de salud, tiene más problemas médicos crónicos que sus pares, se le solicita un mayor número de exámenes, exploraciones diagnósticas y más interconsultas, y los costos económicos son más elevados tanto para él como para el sistema de salud. Con frecuencia los síntomas que presenta son más complejos, inusuales y variados, y por otra parte el soporte psicosocial de estos pacientes es escaso y/o conflictivo. Sin embargo, es destacable que a pesar de estas dificultades, muchos de ellos mantienen una gran “fidelidad” con los médicos tratantes, lo que obviamente dificulta la derivación a otro profesional y por lo tanto se mantendrán por tiempos prolongados en tratamiento, lo que genera otro desafío adicional para el o los médicos y personal tratantes.

¿Cómo explorar los síntomas?

Para todos los pacientes y en especial para los “difíciles” es fundamental contar con una aproximación que esté centrada en el “lenguaje” del síntoma, o sea, lo que nos “quiere decir” o representa cada molestia. Para conseguir este objetivo es importante poder observar y describir bien todos los aspectos relacionados con la exploración de la apariencia del paciente, las características del discurso con que se refiere a su sintomatología, la actitud hacia el examinador y las conductas que ha tomado respecto del curso de sus molestias. Uno de los primeros desafíos que surge es cómo poder establecer junto con el paciente la eventual asociación psicológico-somática de sus molestias. Para esto se requiere conocer cuál es el concepto de enfermedad que tiene el paciente (exclusivamente orgánico o tal vez “psicosomático”), lo que naturalmente se deberá contrastar con la concepción que tenga el médico tratante. En ocasiones, cuando el resultado de los exámenes no aporta una evidencia que dé cuenta del origen orgánico principal de las molestias, por descarte se concluye que el paciente “no tiene nada” o bien “lo suyo es psicológico o -peor- mental”. Son estas intervenciones las que van dejando al paciente con una mala experiencia de la atención y dificultan el adecuado manejo de estas patologías (2).

Expectativas del paciente: un desafío compartido

Un aspecto relevante es el de las expectativas del paciente (como también de algunos médicos) de los exámenes diagnósticos, de los diversos procedimientos y más aun de las intervenciones quirúrgicas (3). Estas últimas en ciertas ocasiones pueden estar orientadas más bien a corregir variaciones anatómicas o mecanismos fisiológicos, en función de los hallazgos de los exámenes, y que no necesariamente constituyen la causa de los síntomas, por lo que en la evolución posterior es muy probable que las molestias persistan o tengan un alivio muy reducido. Lo que resulta más complejo es que algunas cirugías pueden llegar al extremo de ser intervenciones mutiladoras, sea por expectativas des-

proporcionadas de los médicos tratantes y/o por presiones ejercidas por los propios pacientes al centrar en el procedimiento la esperanza de un alivio definitivo de los síntomas. En este sentido la responsabilidad del médico que indica la cirugía tiene connotaciones médico-legales y éticas que deben ser muy bien sopesadas en un equipo multiprofesional.

EL DOLOR PELVIANO CRÓNICO Y LA PSICOPATOLOGÍA

Epidemiología del dolor pelviano

Si bien la patología del piso pelviano afecta tanto a hombres como a mujeres, en estas últimas la prevalencia es mayor. Aunque hay varios estudios epidemiológicos, estos tienen algunos aspectos metodológicos discutibles. Al focalizar los resultados sólo en mujeres con DPC, Latthe et al encontraron que la prevalencia en población general tenía un rango entre 4,0% y 43,4% al revisar estudios con anterioridad a 2005. Sin embargo, la prevalencia se redujo en los estudios de los años posteriores a cifras entre 2,1% y 29,9% (4). En los hombres la prevalencia de dolor pelviano se ha situado entre 2% y 10%, llegando hasta uno de seis sujetos con algún tipo de dolor en una muestra de población general en Australia (5). Respecto a la población adolescente en un grupo de 200 niñas entre 13 y 23 años en India se encontró una prevalencia de dolor pelviano de 37% y hubo diversos factores asociados con éste (depresión, ansiedad, inasistencias escolares, baja de peso, el pertenecer a familias con más de cuatro miembros, el tener sólo un padre, el que ambos padres trabajen y conflictos matrimoniales). En cambio, una buena comunicación acerca de la sexualidad entre los padres y las niñas, y una mejor preparación para la menarquía se asociaron con cifras menores de dolor pelviano en esta muestra (6). Estudios más recientes en Brasil encontraron una prevalencia del 11,5% en mujeres con DPC en población consultante del sistema de salud público en mayores de 14 años (7).

Aspectos psicológicos del dolor

Cualquier estructura del piso pelviano puede asociarse con un dolor agudo y en la medida que la etiopatogenia se resuelva será muy poco probable que se consolide un dolor crónico. En raras ocasiones el dolor puede corresponder a una forma de delirio (trastorno delirante persistente), donde a veces la molestia inicialmente puede tener un sustrato orgánico, pero luego el síntoma evolucionará con las características propias de la certeza apodíctica y con conductas concordantes con el delirio (insistencia en la búsqueda de especialistas, exámenes y procedimientos sin que ninguno de ellos pueda ayudarle a una comprensión racional de lo que le ocurre). Lo más frecuente es la evolución desde un cuadro de dolor agudo a uno crónico. A este respecto es importante considerar cómo los procesos cognitivos, los aspectos emocionales, las características de personalidad y los aspectos sociales y biográficos pueden constituirse en factores de riesgo para el dolor crónico.

Cuando se ha instalado la creencia que el dolor es más serio de lo que el médico le ha dicho o se debe a algo que no se le ha explicado, las pacientes con DPC tienden a experimentar dolor de mayor intensidad, aumentar el nivel de sufrimiento, recibir una menor preocupación de

parte de los cónyuges o de la familia, y presentar mayor incapacidad por el dolor (8).

El antecedente de abuso en el dolor pelviano crónico

Un área que ha sido bastante estudiada para tratar de dilucidar el impacto que puede tener en la instalación de un DPC es la que se puede englobar dentro de los antecedentes de abuso: ya sea físico por maltrato, como por abandono en la infancia o el de tipo sexual. El antecedente de abuso físico o sexual constituye un factor de riesgo para diversas patologías mentales (depresión, trastorno por estrés postraumático, cuadros psicóticos). En un estudio con una amplia casuística se evaluaron 3593 pacientes consultantes en ginecología de cinco países nórdicos mediante un cuestionario administrado por vía electrónica y se encontró que el 20,7% de ellas refería el antecedente de abuso sexual en la infancia, lo que se asoció significativamente con DPC para la primera consulta, cirugía laparoscópica, síntomas psicósomáticos, autopercepción de mala salud, repetidas consultas y varias licencias médicas (9). En mujeres con DPC, Poleshuck et al encontraron que las experiencias de abuso estaban asociadas significativamente con distrés psicológico. En este grupo de 63 consultantes de una clínica ginecológica especializada en patología del piso pelviano el antecedente de abuso físico se asoció con distrés psicológico, depresión, ansiedad y somatización y el antecedente de abuso sexual con distrés psicológico y ansiedad (10). Para intentar diferenciar el impacto del abuso en distintos tipos de dolor se estudiaron mujeres con DPC, dolor lumbar crónico y ausencia de dolor respecto a abuso físico y sexual en la niñez, acontecimientos vitales estresantes y síntomas depresivos. Estos tres factores se asociaron significativamente con los dos grupos de dolor; en cambio, el abuso sexual infantil se asoció exclusivamente con el dolor pelviano y se relacionó con depresión (11). Un estudio más centrado en pacientes víctimas de violación encontró que la frecuencia de dolor pelviano (como localización específica) fue diez veces más frecuente que en mujeres sin esta condición (12). Por otra parte, en mujeres con vulvodinia que llevaban en promedio cuatro años de síntomas, el antecedente de abuso sexual no se constituyó en un factor de riesgo para dolor, aunque sí la disminución de la libido fue mayor que en el grupo control (13). En pacientes con cistitis intersticial el 49% refirió historia de abuso (emocional, físico, sexual y doméstico) y el 68% de ellas tuvo abuso sexual (14). Por lo tanto, aunque hay resultados dispares el antecedente de abuso debe ser bien explorado en estos pacientes.

Los síntomas ansiosos, depresivos y por estrés postraumático

Aunque no existen evidencias categóricas acerca del papel determinante que tiene el distrés psicológico en la aparición del DPC, hay un sinnúmero de estudios que demuestran una alta asociación de síntomas tanto de la esfera ansiosa como depresiva con este tipo de dolor. Por lo tanto resulta muy importante analizar e interpretar el distrés psicológico, para así poder ponderar el efecto que estén provocando los distintos estresores en la calidad de vida y eventualmente establecer cómo se está constituyendo el círculo vicioso integrado por dolor pelviano, síntomas emocionales y mala calidad de vida. A la vez se debe tener en cuenta que la depresión puede tener entre sus manifestaciones, va-

riados síntomas de dolor y que el dolor crónico puede acompañarse de síntomas depresivos; esta doble relación también es aplicable a la ansiedad como síntoma y a algunos trastornos ansiosos en particular (como el trastorno obsesivo).

Romao et al en un grupo de pacientes con DPC en Brasil encontraron que en comparación con grupos control sin dolor, los síntomas depresivos se presentaron en el 40% v/s el 30% y los síntomas ansiosos en el 73% v/s el 37%, y además a mayor puntuación de estos síntomas peor fue la calidad de vida (15). Una patología importante dentro de los trastornos ansiosos es el trastorno por estrés postraumático. En relación con este cuadro en un total de 713 pacientes que consultaron en forma consecutiva a una clínica especializada en dolor pelviano se encontró que el 31,3% tuvo resultados positivos para síntomas de un trastorno por estrés postraumático y además el antecedente de abuso físico o sexual se presentó en el 46,8% de la muestra (16).

¿Cómo repercute el dolor pelviano crónico en el funcionamiento sexual?

En estos pacientes es importante precisar las características del funcionamiento sexual y explorar el antecedente de algún tipo de abuso sexual (reciente o remoto). Roth et al intentaron determinar algún perfil psicológico más específico de mujeres con DPC y encontraron que estas pacientes sólo presentaban menos satisfacción matrimonial y más disfunciones sexuales que mujeres con migraña crónica (17). En mujeres con cistitis intersticial y dolor vesical utilizando metodología de análisis de regresión se determinó que los factores relacionados con el funcionamiento sexual no estaban asociados con la calidad de vida física ni mental de estas pacientes. En cambio la mayor duración de los síntomas, el desempleo y la mayor intensidad del dolor se asociaron con una peor calidad de vida física; y por su parte la edad y los pensamientos catastróficos lo fueron con una peor calidad de vida psíquica, lo que incentiva a un estudio más preciso de estos factores (18).

Para identificar posibles predictores del funcionamiento sexual en mujeres con DPC, Randolph y Reddy investigaron las interrelaciones entre diversas variables del funcionamiento sexual y de experiencias de abuso, con depresión y dolor pelviano crónico en 63 mujeres concluyendo que la intensidad de los síntomas depresivos era determinante para adjudicarle al antecedente de abuso un efecto importante en el funcionamiento sexual (19).

Desde otra aproximación se evaluó la respuesta sexual de las mujeres de hombres con DPC, por prostatitis crónica y se encontró que la frecuencia de dispareunia, vaginismo y síntomas depresivos era mayor que en las mujeres control; por su parte los hombres con dolor pelviano crónico no mostraron una menor satisfacción que fuera significativa en el funcionamiento sexual respecto de los hombres del grupo control (20).

Tratamiento y evolución de los síntomas

Si bien el paciente al final de la consulta o de un proceso de evaluación clínica está esperando el "veredicto" del facultativo, lo más importante

es "lo que se le diga y cómo se lo diga" para una adecuada comprensión y facilitación de la aceptación que se debe tener respecto de una enfermedad para así hacerse parte del proceso terapéutico. Para conseguir estos objetivos se debe tener algún mínimo conocimiento de las características psicológicas y de algunos rasgos de personalidad del paciente, para entregar la información adecuada a cada uno de ellos mediante una educación médica general o psicoeducación en el caso de los fenómenos psicopatológicos, que le permitan comprender las variables etiopatogénicas involucradas, las opciones terapéuticas y el pronóstico.

En esta patología crónica la ausencia de intervención terapéutica se asocia con una recuperación de los síntomas que puede alcanzar a uno de cuatro pacientes; sin embargo, la desaparición de las molestias es bastante reducida. En el año 2007 Weijenborg et al publicaron los resultados de un estudio de seguimiento algo mayor a tres años de 72 mujeres que consultaron por DPC en un departamento universitario de ginecología en Holanda que demostró que sólo el 11% de ellas se recuperó luego del tratamiento quedando asintomáticas; el resto persistió con molestias de diversa magnitud. Estos autores no encontraron ningún factor demográfico, clínico, asociado con el dolor o alguna intervención que se hubiera relacionado con la evolución (21). Considerando entonces la alta frecuencia de pacientes que seguirá con molestias en forma crónica es que se debe establecer una aproximación terapéutica que surja de una evaluación personalizada y en el contexto de un manejo multidisciplinario que incorpore diversos medicamentos, incluyendo psicofármacos cuando estén indicados o cirugía cuando corresponda, kinesiterapia, intervenciones para manejo del estrés y psicoterapias específicas principalmente de tipo cognitivo conductual. La participación de una psicóloga tanto para una terapia psicológica de apoyo, una psicoterapia más específica o la aplicación de técnicas para el manejo del estrés será de gran utilidad en estos casos.

¿Cuál es la real eficacia de los psicofármacos?

Dentro de los tratamientos con psicofármacos se han realizado algunos ensayos clínicos que han empleado preferentemente inhibidores de la recaptura de serotonina con el objetivo de manejar tanto los síntomas depresivos y ansiosos como de conseguir algún alivio del DPC con resultados interesantes, aunque la cantidad de pacientes fue reducida. Un pequeño grupo de hombres con prostatitis crónica tuvo una respuesta favorable a sertralina durante 13 semanas con disminución moderada de los síntomas prostáticos y depresivos respecto al placebo (22). Más recientemente un grupo de 42 pacientes con dolor pelviano por prostatitis crónica (que no habían respondido a antibióticos y bloqueadores alfa) y síntomas depresivos fueron sometidos a terapia con fluoxetina 20 mg durante tres meses con buena respuesta en ambos tipos de síntomas, mejoría en la calidad de vida y buena tolerabilidad al antidepresivo (23). Por otra parte también se han empleado antidepresivos duales y una dosis de 100 mg diarios de milnacipran resultó eficaz en la mejoría de síntomas ansioso-depresivos y de la disfunción eréctil de origen psicógeno en un grupo de 54 pacientes con dolor pelviano crónico no inflamatorio, pero tuvo un efecto más leve sobre el dolor propiamente tal (24).

Algunos hallazgos neurobiológicos: ¿Cuánto repercute el estrés en marcadores neuroendocrinos?

Dentro de las investigaciones neurobiológicas de los pacientes con DPC están las repercusiones a nivel neuroendocrino. En 45 pacientes con DPC por prostatitis crónica se encontraron niveles más elevados de cortisol libre en saliva y de indicadores de ansiedad y de estrés respecto a un grupo control, lo que sugiere una eventual relación entre estrés y DPC (25). Sin embargo hubo resultados opuestos en 93 mujeres con DPC debido a endometriosis en quienes se encontraron concentraciones bajas de cortisol en saliva, lo que se asoció con una alta percepción de estrés y una mala calidad de vida al compararlas con controles sanas (26). La hipocortisolemia de estas pacientes podría interpretarse más bien como un mecanismo de adaptación al estrés crónico, situación que también se observa en el estrés postraumático crónico.

SÍNTESIS

Los pacientes con DPC constituyen un importante desafío para la medicina actual. El abordaje de ellos debe hacerse desde una perspectiva clínica que, partiendo desde la entrevista, consiga una adecuada precisión de los síntomas, tanto somáticos como psíquicos, para poder establecer un estudio que se justifique por los hallazgos semiológicos y esté orientado más bien a la confirmación de la o las hipótesis diagnósticas, en lugar que sean los resultados de los exámenes los

que principalmente den las luces respecto a eventuales etiopatogenias. La visión del paciente como una "unidad psicosomática" y la necesidad de un abordaje desde la medicina personalizada facilitarán un tratamiento muchas veces más conservador y que además esté orientado a otorgar al paciente un papel activo frente a su patología. Como en la mayoría de las enfermedades si no se abordan los aspectos somáticos simultáneamente con las repercusiones psicológicas y en algunos casos con una establecida sintomatología de algún trastorno psiquiátrico el tratamiento será parcial y lo más probable es que se tenga una peor evolución y un reservado pronóstico. Resulta central poder abordar estos aspectos desde la o las primeras consultas de los pacientes en esta área del ejercicio profesional para facilitar una mejor evolución. Por lo tanto la invitación es a no dejar atrás el ejercicio de la medicina centrada en el paciente, en lo que concierne a la atención individual de cada profesional de la salud y además complementar este manejo con la integración en un equipo multidisciplinario, más que atender sólo con el esquema de un médico tratante que se relaciona uno a uno con los diversos interconsultores. Con este tipo de funcionamiento es más probable que se reduzca la tendencia a catalogar fácilmente a estos pacientes de "funcionales" o que fácilmente se lo considere como portador de una patología psiquiátrica que explique casi la totalidad de sus molestias y por esa vía se aleje la posibilidad de realizar efectivamente un manejo integral de los pacientes con estas patologías.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cambitzi J. Chronic pelvic pain: causes, mechanisms and effects. *Nurs Stand* 2011;25:35-8
2. McGowan L, Luker K, Creed F, Chef-Graham CA. How do you explain a pain that can't be seen?: the narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *Br J Health Psychol* 2007;12:261-74
3. Cheong Y, Stones RW. Doctors and the chronic pelvic pain patient. *Minerva Ginecol* 2007;59:613-8
4. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Publ Health* 2006;6:177.
5. Pitts M, Ferris J, Smith A, Sëller J, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian men. *J Sex Med* 2008;5:1223-9
6. Wadhwa L, Sharma JB, Arora R, Malhotra M, Sharma S. Severity, affect, family and environment (SAFE) approche to evaluate chronic pelvic pain in adolescent girls. *Indian J Med Sci* 2004;58:275-82
7. Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirao Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (Sao Paulo)* 2011;66:1307-12
8. Roth RS, Punch MR, Bachean JE. Patient beliefs about pain diagnosis in chronic pelvic pain: relation to pain experience, mood and disability. *J Reprod Med* 2011;56:123-9
9. Hilden M, Schei B, Swahnberg K et al. A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG* 2004;111:1121-7
10. Poleshuck EL, Dworkin RH, Howard FM et al. Contributions of physical and sexual abuse to women's experiences with chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 2005;50:91-100
11. Lampe A, Doering S, Rumpold G et al. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J Psychosom Res* 2003;54:361-7
12. Chandler HK, Ciccone DS, Raphael KG. Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med* 2006;7:344-52
13. Plante AF, Kamm MA. Life events in patients with vulvodynia. *BJOG* 2008;115: 509-14
14. Peters KM, Kalinowski SE, Carrico DB, Ibrahim IA, Diokno AC. Factor fiction: is abuse prevalent in patients with interstitial cystitis? Results from a community survey and clinical population. *J Urol* 2007;178:891-5
15. Romao AP, Gorayeb R, Romao GS et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract* 2009;63:707-11

16. Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2007;109:902-8
17. Roth RS, Punch MR, Bachean JE. Psychological factors and chronic pelvic pain in women: a comparative study with women with chronic migraine headaches. *Health Care Women Int* 2011;32:746-61
18. Tripp DA, Nickel JC, Fitzgerald MP, Mayer R, Stechyson N, Hsieh A. Sexual functioning, catastrophizing, depression, and pain, as predictors of quality of life in women with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology* 2009;73:987-92
19. Randolph ME, Reddy DM. Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support, and abuse. *J Sex Res* 2006;43:38-45
20. Smith KB, Pukall CF, Tripp DA, Nickel JC. Sexual and relationship functioning in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome and their partners. *Arch Sex Behav* 2007;36:301-11
21. Weijenborg PT, Greeven A, Dekker FW, Peters AA, Ter Kuile MM. Clinical course of chronic pelvic pain in women. *Pain* 2007;132 (Suppl 1): S117-23
22. Lee RA, West RM, Wilson JD. The response to sertraline in men with chronic pelvic pain syndrome. *Sex Transm Infect* 2005;81:147-9
23. Xia D, Wang P, Chen J, Wang S, Jiang H. Fluoxetine ameliorates symptoms of refractory chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Chin Med J* 2011;124: 2158-61
24. Selitskii GV, Kaprin AD, Izvozchikov SB, Molotov AV, Troshina AV. Milnacipran (xel) in the treatment of anxiodepressive and sexual disorders in patients with noninflammatory syndrome of chronic pelvic pain. *Ter Arkh* 2007;79:81-4
25. 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;179:956-60
26. Petrelluzzi KF, Garcia MC, Petta CA, Gras-Kassisse DM, Spadari-Bratfisch RC. Salivary cortisol concentrations, stress and quality of life in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Stress* 2008;11:390-7

El autor declara no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.