



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



## NOTA CLÍNICA

### Dolor pélvico en la embarazada. Disfunción de la sínfisis púbica. Revisión de la literatura

E. Freire Vila\*, A. de la Iglesia López, C. del Corral Lorenzo y M.E. Canedo Carballeira

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España*

Recibido el 23 de julio de 2010; aceptado el 30 de agosto de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Diástasis sínfisis  
púbica;  
Complicaciones  
obstétricas;  
Dolor pélvico crónico

#### KEYWORDS

Pubic symphysis  
diastasis;  
Obstetric  
complications;  
Chronic pelvic pain

#### Resumen

La diástasis de la sínfisis púbica en la mujer embarazada es una entidad frecuente e infravalorada, que se relaciona con importante repercusión sobre la morbilidad maternal y con alta prevalencia de dolor crónico pélvico en las mujeres.

La impotencia funcional que llega a ocasionar y el importante dolor con el que se relaciona, implica la utilización de un grupo de alternativas terapéuticas, que van desde el reposo en cama, hasta una compleja corrección quirúrgica que refuerza la importancia y la necesidad de un correcto abordaje de la patología.

Nuestro objetivo será, a partir de varios casos remitidos a la Unidad de Tratamiento del Dolor de nuestro centro, el realizar una revisión de esta patología, con una aproximación a las pacientes, revisando las alternativas terapéuticas con las que contamos para este tipo de cuadros y su repercusión sobre la calidad de vida del binomio materno-fetal y cronificación del dolor.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S.L.

#### Pelvic pain in pregnancy. Pubic symphysis dysfunction. Literature review

#### Abstract

Pubic symphysis diastasis in pregnancy is a frequent and underestimated problem that has important repercussions on maternal morbidity and high prevalence of chronic pelvic pain in women. The functional impotence that it causes and the associated severe pain, entails the use of a number of therapeutic alternatives, ranging from bed rest to complex corrective surgery, reinforcing the importance and necessity of a correct approach to this pathology.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enriquefreire2000@yahoo.es (E. Freire Vila).

Our aim is, after studying many cases referred to the Pain Treatment Unit at our centre, to carry out a review of this pathology, contacting patients, reviewing the therapeutic alternatives available for these types of conditions and their repercussions on the quality of life of the maternal-foetal binomial and chronic pain.

© 2010 Published by Elsevier España, S.L.

## Introducción

La disfunción de la sínfisis púbica (DSP) se define como la relajación patológica de las articulaciones pélvicas. Se conoce también como artropatía sacroilíaca, insuficiencia pélvica o relajación de la cintura pélvica. Suele aparecer de manera insidiosa, entre otras circunstancias, durante el embarazo o el puerperio, y aunque se reconoce como una manifestación clínica frecuente, su incidencia real es desconocida y muy variable. Aunque su incidencia se estima entre 1:300 a 1:30.000 partos, la diástasis completa de la sínfisis se presenta con mucha menor frecuencia. Se trata de una patología infravalorada, a pesar de estar relacionada con una marcada morbimorbilidad.

Se trata de un dolor con etiología multifactorial y disfunción pélvica que en ocasiones no es evaluado minuciosamente por los ginecólogos y que podría ser el origen de dolor pélvico crónico en la mujer.

## Caso clínico

Se trata de una paciente de 32 años, 85 kg, talla de 167 cm, G2P1A0, en la 35 semana de embarazo, sin antecedentes clínicos de interés, salvo una discreta escoliosis y artrosis lumbar e infecciones de orina de repetición. La paciente relata que durante las últimas semanas presenta dolor e impotencia funcional a nivel de la sínfisis del pubis (SP) con irradiación inguinal y molestias a nivel de la región de la articulación sacroilíaca (escala visual analógica [EVA]: 8/10, Lattinen: [13+0]=13). El dolor en ambas articulaciones se ve exacerbado con el movimiento, la bipedestación, la marcha o al subir escaleras. La intensidad del dolor se ha incrementado a medida que avanzó el embarazo, mermando su calidad de vida y obligando a la paciente a guardar reposo encamada. En la exploración física encontramos una leve edematización con un incremento aparente del espacio articular a nivel de la SP, que posteriormente se demostró por ecografía abdominal y que reforzó el diagnóstico de sospecha de DSP, objetivando una distancia articular aproximada de 12 mm. Las analíticas de control durante

el embarazo se mantuvieron dentro de los límites de la normalidad y se descartó infección urinaria actual.

Entre las alternativas terapéuticas que se barajaron, una de ellas fue la realización de una infiltración a nivel de la SP con anestésico local y corticoides. Se realizó consulta al Servicio de Obstetricia y Ginecología acerca de la conveniencia para el feto de la utilización de estos fármacos dada la edad gestacional del mismo, no habiendo contraindicación para su uso. Una vez evaluado el caso en particular, se explicó la técnica a la paciente y se obtuvo el consentimiento informado.

Se realizó la técnica apoyada con ecografía para la introducción de una aguja 22 G (Spinal Needle BD<sup>®</sup>, tamaño 0,7×90 mm) de manera perpendicular a la piel hasta alcanzar el nivel de la articulación SP, con aspiración negativa y sin desencadenamiento de parestesias. Se utilizó como anestésico local levobupivacaína (Chirocane<sup>®</sup>) a la concentración de 0,25% (9 ml), junto con 40 mg de triamcinolona acetónido (1 ml), para un total de 10 ml. Tras unos minutos de la realización de la técnica, la paciente manifestó una marcada mejoría, pasando de 8 a 2 puntos en la EVA. Transcurridas 48 h persistía la mejoría (EVA: 3, Lattinen: 7), no siendo necesario repetir la infiltración. El parto tuvo lugar sin incidencias a la 39<sup>+5</sup> semanas, eutócico, con analgesia epidural, de un recién nacido varón de 3.750 g con una puntuación en la prueba de APGAR de 10/10 a los (5 y 10 min) (tabla 1).

Tras un mes del parto, la evolución continuaba siendo favorable, precisando solo algún antiinflamatorio no esteroideo (AINE) (ibuprofeno) y/o paracetamol por vía oral de forma esporádica, además del reposo físico moderado.

## Discusión

La DSP o sobrecarga inguinopúbica es una patología frecuente y estimada con una frecuencia de 1:300 a 30.000 partos<sup>1</sup> y a la que a menudo no se le da la importancia con la que se manifiesta clínicamente. Su prevalencia es más elevada en los países escandinavos debido a un factor genético, donde los hijos de madres afectas también tienen una incidencia aumentada de displasia de cadera. Existe un

**Tabla 1** Puntuaciones en las escalas visual analógica (severidad dolor) y Lattinen (calidad de vida), tras la realización de infiltración a nivel de articulación de la sínfisis púbica y semanas siguientes

Tiempo/escala	Inicio basal previo	Tras 30 min infiltración	Tras 48 horas infiltración	Tras 1 semana infiltración	Puerperio+1 mes
EVA	8	2	3	2-4	1-2
Lattinen	13+0	9+0	7+0	7+0	5+0
Edad gestacional	35 sem			36 sem	39 sem

incremento de las tasas de incidencia con el paso del tiempo, que estaría relacionado con la creciente concienciación de la población en general y del personal sanitario, para el diagnóstico y tratamiento del dolor.

La transición entre la relajación fisiológica y patológica de esta articulación está mal definida, siendo la disfunción púbica y la diástasis de la sínfisis diferentes grados de la misma patología. Esta última se define como el desgarramiento, rotura espontánea o postraumática de la sínfisis (típicamente con una separación >10 mm), aunque en ocasiones se han definido separaciones de hasta 15 mm sin rotura<sup>2</sup>.

Se han descrito casos sin un vínculo etiológico claro y en ausencia de factores de riesgo. Del mismo modo, una serie de factores de riesgo podrían influir positivamente a la hora del desencadenamiento del cuadro clínico (tabla 2).

La relajación de las articulaciones sacroilíacas y el incremento de la separación a nivel de la SP es típica durante el embarazo, aunque parece no haber correlación entre el grado de relajación de la SP y el nivel de dolor e incapacidad funcional<sup>3,4</sup>. Los ligamentos púbicos pueden experimentar un estiramiento de hasta 1,5 cm sin ruptura durante el embarazo y parto de manera fisiológica. Esta capacidad resulta del incremento de la elasticidad de los ligamentos púbicos en relación con la influencia hormonal de la progesterona y la relaxina, entre otros factores<sup>5</sup>. El estiramiento ligamentoso se inicia alrededor de la décima semana de gestación, es máxima cerca del término y persiste hasta la decimosegunda semana en el puerperio<sup>6</sup>. Desde entonces, la laxitud ligamentosa decrece y la pelvis regresa a su posición original de manera progresiva, de manera asintomática y sin necesidad de tratamiento<sup>2,7</sup>. Algunos autores sustentan la hipótesis de una susceptibilidad genética excesiva a la relaxina y no tanto un efecto hormonal durante el embarazo y parto en la influencia de

la DSP<sup>8</sup>. En ocasiones, también puede acompañarse de la separación de la articulación sacroilíaca, sobre todo si la DSP supera los 4 cm<sup>3</sup>.

Algunos trabajos han demostrado gran variabilidad entre la mayoría de las mujeres, aunque no todas, en el nivel de separación de la SP durante el parto. La separación llega a observarse a nivel del borde superior articular hasta en un 94% de las pacientes y en un 59% a nivel de la zona más estrecha de la SP según estudios de Rustamova et al<sup>9</sup>. En aquellas pacientes en las que la distancia de la SP se incrementó, hubo un rango de entre un 9-98% y entre un 2-139% de incremento de separación a nivel de la zona más estrecha y el borde superior, respectivamente.

La mayoría de los autores coincide en que las manifestaciones clínicas de la DSP se inician como un dolor o hipersensibilidad suprapúbica e impotencia funcional a nivel de la SP, de característica punzante, que puede irradiarse a la ingle, muslos, o región lumbar, y que se exacerba con el movimiento (subir escaleras, caminar, mantener o levantar objetos pesados, disfunción vesical, dificultad para la deambulación y signo de la «marcha de ánade»<sup>2,6,8,10</sup>. Otras manifestaciones clínicas incluyen: dolorimiento, inestabilidad y una hendidura, casi un verdadero espacio articular a nivel de la SP, palpable tanto por vía abdominal como por vía vaginal, entre las ramas pubianas. Signos patognomónicos de la afectación de esta articulación son el desencadenamiento de dolor importante a nivel articular con la palpación articular, con la compresión bimanual desde ambos trocánteres, y la imposibilidad de flexionar la cadera con las piernas extendidas.

Es importante percatarse de un posible enmascaramiento de la aparición de los síntomas durante el parto o en las siguientes 48 h en relación con el efecto de la analgesia vía epidural empleada para el trabajo de parto y hasta que esta disminuya en intensidad<sup>11,12</sup>.

Dada la ausencia de consenso en cuanto a criterios diagnósticos, éste lo realizaremos teniendo en cuenta los datos clínicos -anamnesis y exploración física-, y siempre realizando un diagnóstico diferencial con otras patologías musculoesqueléticas, enfermedades reumáticas o infecciones urinarias que pudieran confundir el diagnóstico.

Las pruebas complementarias no siempre resultan útiles. La radiografía anteroposterior (AP) de la articulación confirma un característico espacio articular incrementado, aunque no siempre es definitiva ya que no es el método más adecuado por el riesgo de radiación sobre el feto (fig. 1). En ocasiones la presencia de quistes, cambios degenerativos u otras manifestaciones propias de otras patologías justificarían la etiología del cuadro clínico. La ecografía abdominal puede ayudar en el diagnóstico y monitorización del tratamiento, estableciendo la medida de la hendidura articular de manera inocua. La resonancia magnética nuclear, como prueba más específica, nos mostrará no sólo las estructuras óseas y sus cambios, sino también el estado de las partes blandas.

En cuanto al tratamiento, no existe en la literatura un consenso claro de actuación. Aunque todos los autores parecen de acuerdo en la importancia de un tratamiento precoz durante el embarazo para impedir un aumento de la morbilidad a largo plazo<sup>7</sup>, el tratamiento de elección será conservador en los casos de separación de la SP de ≤4 cm, combinando estrategias rehabilitadoras y/o farmacológicas<sup>12</sup>

**Tabla 2** Factores etiológicos y de riesgo en relación con la diástasis de la sínfisis púbica

**Factores etiológicos relacionables**

Hormonales (progesterona y relaxina)  
Metabólicos (calcio)  
Biomecánicos (sobrecarga articular durante el embarazo)  
Anatómicos (desproporción cefalopélvica)  
Genéticos

**Factores de riesgo\***

Macrosomía fetal o gemelaridad  
Parto precipitado  
Maniobras de extracción dificultosa (fórceps)  
Contracciones uterinas intensas (oxitocina)  
La propia analgesia epidural  
Posición en abducción forzada  
Patología pélvica previa (hiperlordosis lumbar, escoliosis, etc.)  
Traumatismos  
Menarquia precoz  
Antecedentes personales o familiares  
Ausencia de ejercicio de forma regular  
Parto postérmino y lactancia materna

\*Factores que podrían influir positivamente a la hora del desencadenamiento del cuadro clínico.



**Figura 1** Paciente en puerperio inmediato (+2 semanas). Obsérvese la anchura de la sínfisis púbica (SP). Separación de 8,7 mm en borde superior y 10 mm a nivel del borde inferior.

que incluyan el reposo, analgésicos por vía oral y fisioterapia fortalecedora de la musculatura abdominal. Esta consistirá fundamentalmente en el estiramiento progresivo de la musculatura adductora con el fin de reequilibrar muscularmente la zona. Además, podemos administrar fármacos como el paracetamol, los AINE (ibuprofeno, diclofenaco, etc.) o incluso opiáceos (codeína, oxicodona, etc.), siempre teniendo en cuenta la edad gestacional y/o lactancia<sup>7</sup>.

Se recomienda reposo en posición decúbito lateral como remedio transitorio<sup>11,12</sup>, evitando esfuerzos que sobrecarguen la articulación. Algunas pacientes han de permanecer varias semanas en reposo, en posición supina por incapacidad de movilización de las extremidades inferiores a causa del dolor. Se han documentado casos como el de Culligan et al<sup>13</sup>, en que la paciente que presentaba una DSP de 5 cm fue incapaz de mover las extremidades inferiores por dolor hasta el décimo día tras el parto; inició la terapia rehabilitadora a los 14 días del parto y fue incapaz de caminar sin muletas hasta transcurridas seis semanas.

También se han descrito buenos resultados con la aplicación de frío o calor local, con estimulación nerviosa transcutánea (TENS), con masajes suaves e incluso con acupuntura en el tratamiento del dolor pélvico o mixto (pélvico-lumbar) durante el embarazo<sup>14</sup>. En los casos graves, la infiltración local de anestésicos locales con la asociación o no de corticoides de liberación sostenida ha demostrado su utilidad, pudiendo repetirse en las siguientes 48 h<sup>15</sup>. Si los síntomas no remiten y la paciente continúa con un dolor intenso podría ser necesaria la inducción del parto o cesárea electiva<sup>3</sup>. En casos excepcionales de diástasis de más de 4 cm estaría indicada la cirugía ortopédica con reducción abierta y fijación esquelética, interna o externa<sup>12</sup>.

## Conclusiones

Podemos definir como normal una mínima separación de la SP durante el embarazo y el período posparto sin que esta separación alcance el rango de patológica. Aunque la mayoría de los casos son clínicamente leves y autolimitados,

existe un reducido número de casos que continuarán con molestias incluso durante varios años. No obstante, en los casos de diástasis, esta no predice la evolución, y aunque la persistencia de la separación en la SP sí se relacionaría con la aparición de dolor pélvico crónico, este podría ser útil como herramienta pronóstica. Una separación mayor de 21 mm, medida por ecografía, se asociaría a un retraso de la recuperación superior a los tres años.

La tasa de recurrencias es muy elevada y generalmente se asocia a los factores predisponentes de desencadenamiento del cuadro clínico, siendo habitualmente los síntomas más graves que en el episodio anterior.

Puesto que este dolor en relación con DSP y durante el embarazo, parto y período posparto ha sido descrito por varios autores como un importante factor de riesgo para sufrir dolores pélvicos crónicos en la mujer, es interesante, por lo tanto, realizar un diagnóstico y tratamiento precoces junto con un seguimiento adecuado de estas pacientes para un control de la morbilidad a largo plazo.

Será fundamental el hecho de dejar reflejado en el historial clínico los episodios de dolor a nivel de la SP para poder manejar correcta y previsiblemente esta patología. Además, esto ayudará a establecer en el futuro unos índices más aproximados de prevalencia y con ello a incrementar las posibilidades terapéuticas para la DSP.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: a systematic review of diagnosis: part I. *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60:379–85.
2. Jain N, Sternberg LB. Symphyseal separation. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1229–32.
3. Cueto M, Teulón M, Sánchez-Robles G, Ballesteros R, Miranda P. Diástasis traumática de pubis en gestante a término. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53:112–5.
4. Leadbetter RE, Mawer D, Lindow SW. Symphysis pubis dysfunction: a review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004;16:349–54.
5. Kristiansson P, Svardsudd K, Von Schoultz B. Obstetric: serum relaxina, symphyseal pain, and back pain during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:1342–7.
6. Smith MW, Marcus PS, Wurtz LD. Orthopedic issues in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2008;63:103–11.
7. Dunivan GC, Hickman AM, Connolly A. Severe separation of the pubic symphysis and prompt orthopedic surgical intervention. *Obstet Gynecol.* 2009;114:473–5.
8. MacLennan AH, MacLennan SC. Symptom-giving pelvic girdle relaxation of pregnancy, postnatal pelvic joint syndrome and development dysplasia of the hip. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76:760–4.
9. Rustamova S, Predanic M, Sumersille M, Cohen WR. Changes in symphysis pubis width during labor. *Perinat Med.* 2009;37:370–3.
10. Scicluna JK, Alderson JD, Webster VJ, Whiting P. Epidural analgesia for acute symphysis pubis dysfunction in the second trimester. *Int J Obst Anesth.* 2004;13:50–2.
11. Snow RE, Neubert GA. Peripartum pubic symphysis separation: a case series and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 1997;52:438–43.

12. Bonnin M, Bolandard F, Storme B, Sibaud F, Rabishong B. Pelvic pain by acute symphysis pubis separation after vaginal delivery. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2006;25:644-7.
13. Culligan P, Hill S, Heit M. Rupture of the symphysis pubis during vaginal delivery followed by two subsequent uneventful pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2002;100:1114-47.
14. Fe CC, Manheimer E, Pirotta MV, White AR. Acupuncture for pelvic and back pain in pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:254-9.
15. Schwartz Z, Katz Z, Lancet M. Management of puerperal separation of the symphysis pubis. *Int J Gynaecol Obstet.* 1985;23:125-8.