

Dolor pélvico crónico en la mujer

Chronic pelvis pain in women

Dr. Víctor José Vasallo Comendeiro, Dra. Susel Arjona Fonseca, Dra. Yelaine Fernández Romaguera, Dr. Joel Rondón Acosta, Dra. Lisbeth Quevedo Álvarez

Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el dolor pélvico es una entidad frecuente en mujeres, aunque no es un proceso exclusivo de ellas, pues también aparece en hombres.

Objetivo: identificar el comportamiento del dolor crónico pélvico en mujeres en la institución sede del estudio.

Método: se realizó un estudio en pacientes atendidas en la consulta de dolor crónico del Hospital Dr. Luís Díaz Soto, entre abril de 2011 y abril de 2012. Se incluyeron las pacientes remitidas a la consulta de dolor crónico, las cuales se evaluaron empleando como instrumento principal para la mensuración la escala visual análoga (EVA). Igualmente se les aplicó tratamiento multimodal con analgésicos, anti-inflamatorios, relajantes músculo liso, antidepresivos y ozono.

Resultados: se incluyeron 114 pacientes. El dolor pélvico crónico apareció en 114 mujeres con una edad promedio de 26 años. De ellas 61 tenían antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, y 45 cirugía ginecológica previa. Como causas contribuyentes se encontraron el empleo de monoterapia analgésica, la dosificación insuficiente y la cronofarmacoterapia inadecuada (horario). El empleo de una combinación de opioides anti inflamatorios no esteroideos antidepresivos ozono, logró aliviar a la mayoría de las pacientes (98 para el 85,96 %). Los efectos indeseables asociados a los agentes empleados predominaron con el empleo de tramadol (náuseas) y antiinflamatorios no esteroideos (epigastralgia), sin determinar la suspensión del tratamiento.

Conclusiones: el dolor pélvico crónico es frecuente en mujeres jóvenes, asociados a la enfermedad inflamatoria pélvica, los tratamientos deficientes son una causa contribuyente frecuente y la terapia multimodal ofreció resultados adecuados con pocos efectos indeseables.

Palabras clave: dolor pélvico crónico, analgésicos, anti-inflamatorios.

ABSTRACT

Introduction: the pelvis pain is a frequent entity in women, though it is not a process only for women because men can suffer from pelvis pains.

Objective: to identify the behavior of chronic pelvis pain in women from the institution where the study is carried out.

Methods: a study was carried out in patients assisted in the chronic pain consultation at Dr Luís Díaz Soto Hospital between April 2011 y April 2012. Patients referred to the chronic pain consultation were included in the study which was evaluated making use of a principal instrument for the measurement of the analogical visual scale (EVA). Likewise, a multimodal treatment was applied with analgesics, anti-inflammatories, smooth muscle relaxer, anti-depressive and ozone.

Results: 114 patients were included. The chronic pelvis pain appeared in 114 women with an average age of 26 years. 61 had previous antecedents of the inflammatory disease and 45 with a previous gynecology surgery. As contributor causes the use of mono analgesic therapy was found, the insufficient dosage and the chrono pharmacotherapy (schedule). The use of a combination of opioms - anti inflammatories non steropids - anti depressives - ozone, managed to alleviate in most of the patients (98 for a 85,96 %). The undesirables effects associated to agents employed prevailed the use of tramadol (nauseas) and anti inflammatories non steroids (epigastralgia), without determining the suspension of the treatment.

Conclusion: the chronic pelvis pain is frequent in young women associated to the pelvis inflammatory disease, inefficient treatments are a contributing frequent cause and the multimodal therapy offered adequate results with few undesirable effects.

Key words: chronic pelvic disease, analgesics, anti inflammatories.

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico es una entidad frecuente en mujeres, aunque no es un proceso exclusivo de ellas pues también aparece en hombres. Es tratado indistintamente por ginecólogos, gastroenterólogos, urólogos e internistas, sus causas y consecuencias, permanecen durante prolongados periodos de tiempo sin reconocerse. Cuando esto ocurre, el tratamiento esta dirigido más al síntoma doloroso crónico que a la causa que lo pueda originar.¹

La existencia de un servicio de ginecología y obstetricia, determinó la atención de pacientes con este diagnóstico. Es reconocido su mayor impacto, en mujeres durante la etapa mas activa de su vida sexual. Por lo que su aparición en la adolescencia, y en la juventud temprana es frecuente, especialmente relacionado con el desarrollo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).² Reconocer entonces, el rol que como entidad juega en nuestra población femenina, se constituye en una necesidad médica y epidemiológica.³ Particularmente cuando las consecuencias asociadas, (infertilidad, discapacidad, costos, limitaciones personales y sociales) no son para nada despreciables.

Uno de los aspectos controversiales del dolor crónico pélvico es su fisiopatología. La existencia de un número importante de estructuras anatómicas aparato genital, vejiga, próstata, intestino, nervios, columna facilita el enmascaramiento y

superposición de síntomas, que dificulta el correcto diagnóstico y tratamiento.^{1, 3} En la actualidad se reconoce como un síndrome de dolor visceral crónico¹, y al papel etiológico hasta hace poco adjudicado a la inflamación, se le añaden otros mecanismos (vasculares, nerviosos) que permiten entender su forma de perpetuación.⁴ Aunque en su mecanismo de producción, debemos reconocer el rol tanto del dolor pélvico crónico no maligno como el provocado por enfermedad oncológica. En el primer caso, se incluyen una gama de más de 30 entidades etiológicas, las cuales justifican la variedad de síntomas, intervenciones y especialidades involucradas.⁴

Los costos asociados a esta entidad, no han sido apropiadamente estudiados, y la carencia de evidencias referidas a esta temática limita su conocimiento. Aunque ya aparecen algunos estudios bien conducidos (controlados y aleatorizados) que nos permiten iniciar el camino hacia una comprensión adecuada de este fenómeno.⁵

Este estudio se diseñó y se realizó con el objetivo de identificar el comportamiento de pacientes femeninas con dolor pélvico crónico. Igualmente aquellos factores determinantes del mismo, así como los que tuvieron una implicación en los mecanismos de perpetuación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio en dos etapas, primero observacional descriptivo y luego de cohorte (intervención) en pacientes atendidas en el HMC Dr. Luís Díaz Soto entre enero de 2011 y enero de 2012. Las que fueron remitidas a la consulta de dolor crónico de la institución, y previa obtención de su consentimiento se incluyeron en el estudio.

Criterios de inclusión

- Edad entre los 19 y 45 años
- Diagnóstico de dolor de origen pélvico
- Tiempo de evolución mayor de 60 días

Criterios de exclusión

- Enfermedad psiquiátrica
- Cirugía abdominal no ginecológica previa

Criterios de salida

- No asistencia a la consulta en mas de dos ocasiones
- No seguimiento del plan médico indicado

Instrumento de medición del dolor clínico empleado

Se empleó la escala visual análoga que aunque como instrumento unidimensional para exploración de la intensidad dolor (intensidad), permite la evolución del síntoma principal de estas pacientes.

Escala

0 Sin dolor

1 3 Dolor Ligero

4 6 Dolor Moderado

7 -10 Dolor Intenso

Pruebas estadísticas

Para el análisis de las variables cuantitativas se emplearon los números y porcentos, y como medida de tendencia central la media. La variable cualitativa (Dolor) se procesó con la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (Para comparación de medias). Se presentaron los resultados en tablas y gráficos para facilitar su análisis.

RESULTADOS

Se recibieron 114 pacientes remitidas por las especialidades de cirugía (26) y ginecología (88). Todas con diagnóstico de dolor pélvico de más de 90 días de evolución. La edad promedio fue de 26 años. Del total estudiado en 45 pacientes (39,47%) se habían realizado cirugías ginecológicas con anterioridad. El antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) previa se halló en 61 casos (53,50%), y en todas se habían implementado al menos alguna estrategia de tratamiento. Se encontró que 67 (58,77%) tenían al menos un embarazo previo y de estas 54 eran madres tabla 1.

Tabla 1. Características de las pacientes estudiadas

Características	Edad promedio	Cirugía previa	EIPA previa	Historia obstétrica	Madres
Valor	26 años	45 (39,47%)	61 (53,50%)	67 (58,77%)	54 (47,36%)

Se encontró entre las causas determinantes de la perpetuación del dolor, los tratamientos con un único agente, la dosificación insuficiente, y una crono farmacología (horario) inadecuada (Figura 1).

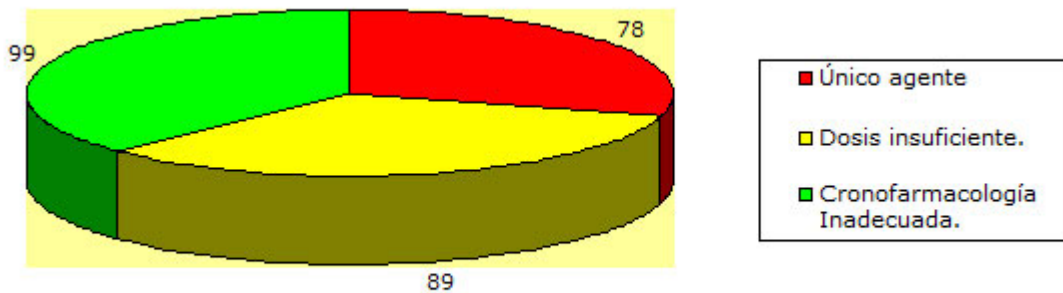


Fig. 1. Causas determinantes de la perpetuación del dolor en las pacientes del estudio.

El grado de dolor referido en la primera consulta, empleando la Escala Visual Análoga (EVA) fue de 7. Aunque evolutivamente se puede observar un decrecimiento del mismo a un valor medio de 2 (98 casos para el 85,96 %) en el cuarto momento de medición (60 días) (Figura 2).

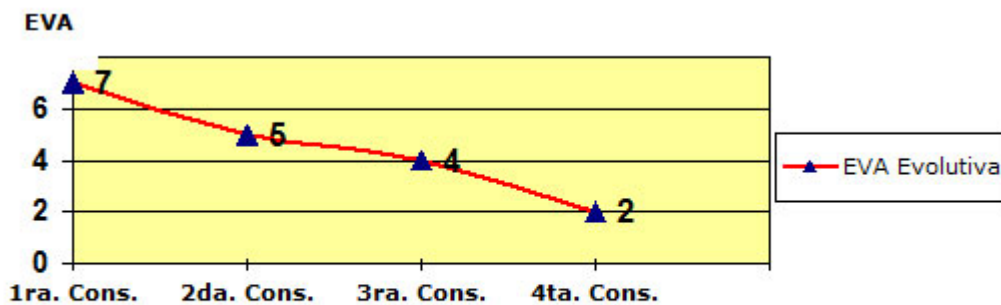


Fig. 2. Grado de dolor según la EVA referido por consultas.

Al analizar la evolución del dolor luego de implementar una estrategia combinada de tratamiento empleando opioides antiinflamatorios no esteroideos antidepresivos ozono, se encontró una reducción del grado de dolor, con diferencias significativas entre la primera y la cuarta consulta, en correspondencia a la terapia prescrita. Debiendo considerarse un tiempo entre consultas de 15 días y un tiempo total de 60 días.

Entre las causas etiológicas encontradas predominó la EIP con 57 pacientes, los miomas con 23 casos, el dolor posterior a la cirugía en 19 y 15 pacientes con enfermedad oncológica de origen ginecológico (Figura 3).

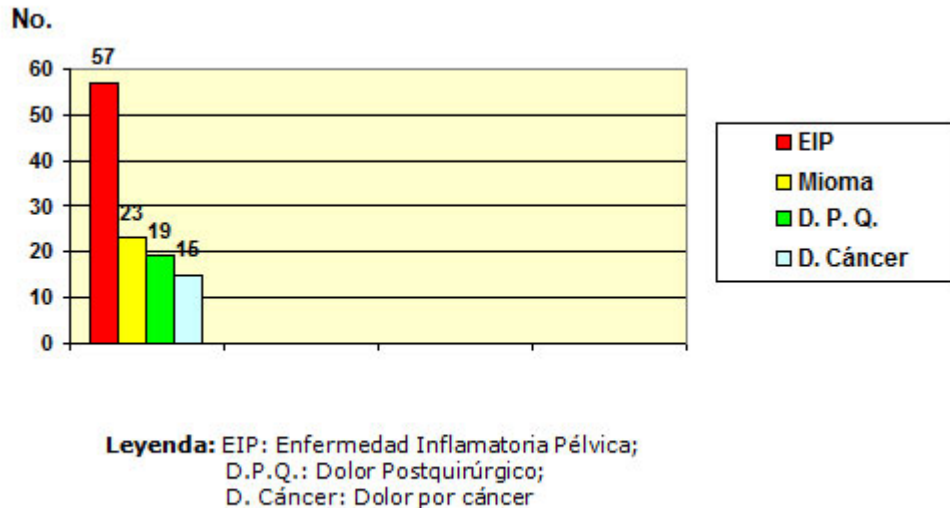


Fig. 3. Causas de dolor crónico pélvico de las pacientes del estudio.

Se logró la resolución sintomática en 98 pacientes (85,96 %), en un promedio de cuatro consultas (60 días), en 12 permaneció el dolor aunque con valores promedio de EVA en 5 (dolor moderado) y en 4 casos se considero un fracaso el tratamiento, al referir las pacientes no haber experimentado mejoría.

Entre los efectos indeseables del tratamiento se aprecia que predominaron las náuseas en relación a la ingesta de tramadol (17 para el 14,91 %), y en dieciséis casos (14,03 %) la epigastralgia en relación a la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos.

DISCUSIÓN

La evidencia obtenida, nos permite apreciar que el comportamiento de la entidad estudiada (DPC - M) presenta similitud con los reportes que en la literatura aparecen al respecto. Harrison⁴ refirió el papel jugado por el mismo, tanto benigno como maligno - dolor -, especialmente en pacientes femeninas, con un comportamiento característico para ellas.

Al observar la edad de aparición del cuadro de dolor, se aprecia una ocurrencia en edades tempranas, lo cual coincide con los reportes de Wysocki.² Otros autores entre los que se encuentra Adamson⁶, encontraron una relación estrecha entre algunos factores predisponentes y esta entidad. Evidentemente la enfermedad inflamatoria pélvica a estas edades tempranas juega un rol determinante. Igualmente aparece con no poca frecuencia el número de embarazos y las cirugías previas de tipo ginecológica, lo que asociado a los mecanismos vasculares invocados en la actualidad, y que son aceptados por autores como Cambitzi³ y Harrison⁴ pueden ayudar a entender por que aparece este tipo de dolor.

Debe ser detenidamente considerada, la relación que puede desarrollarse entre la edad y el diagnóstico más frecuentemente encontrado en nuestro estudio (EIP). Surrey⁷ describe la estrecha correlación que existe entre la infertilidad y el antecedente de dolor pélvico crónico. Si apreciamos la edad, el diagnóstico y la posibilidad de desarrollar infertilidad, tal como la literatura muestra en el caso de esta

última, comprenderíamos el riesgo que estas pacientes pueden desarrollar en el futuro, de no poder gestar.

Al analizar las causas que favorecieron la perpetuación del dolor, se evidenció que el manejo inadecuado del síntoma dolor, fue mayoritario en estos casos en particular. Existiendo tres aspectos fundamentalmente involucrados, ellos son el empleo de monoterapia, la dosificación insuficiente y la crono farmacología (horario) inadecuada. Los cuales por si solos y mas aun cuando se asocian, determinan un dolor exagerado, sin correspondencia con las causas que lo determinan.

Johnston y Rigaud^{8,10} han expresado su preocupación por los mecanismos fisiopatológicos muy particulares involucrados en el desarrollo y perpetuación del dolor crónico pélvico; de manera tal que consideran el enfoque multidisciplinario, y el estudio exhaustivo de estos casos como premisas básicas para alcanzar algún resultado satisfactorio. En nuestra experiencia, la inadecuada prescripción farmacológica realizada, y la subvaloración del síntoma en cuestión, han sido los mecanismos iniciales más importantes. Lógicamente en las pacientes en las cuales no se logra una resolución sintomática adecuada, se estableció como directiva de trabajo, la reevaluación por las especialidades responsables y la interconsulta con otros servicios, con fines diagnósticos y terapéuticos.

Investigadores como St Martin,¹¹ formulan los retos que se enfrentan al tratar estas pacientes, especialmente por las características de la fisiología del dolor desarrollado. Y que condicionan no pocas dificultades tanto a pacientes como profesionales en el plano asistencial. Riant¹² ha empleado y aboga por el tratamiento medicamentoso, con el cual trata de manera efectiva a pacientes tanto con DPC M como con dolor perineal. En base a los resultados obtenidos en nuestro estudio apreciamos que la combinación de agentes de diverso grupo ofreció una buena alternativa terapéutica, lo que asociado al empleo del ozono por vía rectal en dos sesiones de 10 frecuencias cada una mejoro sustancialmente su estado de salud.

Lamvu¹³ criticó la realización de intervenciones quirúrgicas a pacientes con este diagnóstico, por los costos asociados, que en el caso de los Estados Unidos rebasan los 2 billones de dólares anuales y afectó al 15 % de las mujeres. Especialmente por la recurrencia entre un 21-40 %, del dolor en pacientes histerectomizadas, y el desarrollo en el 5 % de un nuevo tipo de dolor, todo lo cual debe llamarnos a reflexionar sobre la pertinencia de la realización de un a intervención quirúrgica como alternativa. En nuestra casuística la realización de intervenciones quirúrgicas no fue una alternativa terapéutica empleada, aunque si con fines diagnósticos.

El-Din¹⁴ y de Bernardes¹⁵ han empleado con éxito la terapia ablativa pélvica (nervio útero sacro) y la estimulación eléctrica intravaginal como recurso en este síndrome, aunque realmente por sus indicaciones precisas no recomiendan su extensión a todos los casos, con especial énfasis en aquellas que presentan endometriosis. Mientras que para otros como Singla¹⁶ con el cuales coincidimos, la combinación de opioides y antiinflamatorios no esteroideos continua siendo una estrategia no invasiva muy efectiva. En nuestro medio no disponemos de algunas de estas alternativas (Ablación y estimulación eléctrica vaginal), ni tampoco de algunos otros recursos como la cannabis sintética¹⁷ y el botox,¹⁸ por lo que consideramos que el empleo de los recursos disponibles a nuestro alcance (fármacos y ozono) nos permiten de alguna manera enfrentar estas pacientes y situaciones con resultados alentadores.

Por todo lo anterior se concluye que el dolor pélvico crónico en las mujeres es una entidad que aparece con no poca frecuencia, especialmente en edades tempranas (menores de 30 años). La enfermedad inflamatoria pélvica es la más asociada, y se reconoce que las insuficiencias terapéuticas son un determinante primordial en su

aparición y perpetuación. Igualmente se evidenció que el empleo de terapias combinadas (multimodales) permite la resolución sintomática en un corto periodo de tiempo con escasos efectos indeseables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wesselmann U, Czakanski PP. Pelvic pain: a chronic visceral pain syndrome. >Curr Pain Headache Rep. 2001; 5(1):13-9.
2. Wysocki S. An adolescent with chronic pelvic pain. J Fam Pract. 2007; 56(3 Suppl Diagnosis):S18-9.
3. Cambitzi J. Chronic pelvic pain: causes, mechanisms and effects. Nurs Stand. 2011;25(20):35-8.
4. Harrison GR. Chronic pelvic pain in women. Pain and pathology. BMJ. 2010; 26; 341.
5. Chiarioni G, Asteria C, Whitehead WE. Chronic proctalgia and chronic pelvic pain syndromes: new etiologic insights and treatment options. World J Gastroenterol. 2011; 17(40):4447-55.
6. Adamson GD. Control of chronic pelvic pain. J Minim Invasive Gynecol. 2006; 13(6):578-82.
7. Surrey ES. Compromised fertility in a patient with chronic pelvic pain. J Fam Pract. 2007; 56; S14-5.
8. Johnston K, Johnston L, Clark W, Chou D. A multidisciplinary approach to the diagnosis and management of chronic pain associated with pelvic venous incompetence. J Minim Invasive Gynecol. 2007; 14(1):2-3.
9. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Treatment algorithms for the management of chronic pelvic and perineal pain: from syndrome to treatment. Prog Urol. 2010; 20(12):1132-8.
10. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Chronic pelvic and perineal pain: best understanding to better treat. Prog Urol. 2010; 20(12):833-5.
11. St Martin L. The challenges of chronic pelvic pain. Nurs N Z. 2008;14(7):11-3.
12. Riant T, J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. Drug treatments in the therapeutic management of chronic pelvic and perineal pain. Prog Urol. 2010; 20(12):1095-102.
13. Lamvu G. Role of hysterectomy in the treatment of chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2011; 117(5):1175-8.
14. El-Din Shawki H. The efficacy of laparoscopic uterosacral nerve ablation (LUNA) in the treatment of unexplained chronic pelvic pain: a randomized controlled trial. Gynecol Surg. 2011;8(1):31-39.

15. de Bernardes NO, Marques A, Bahamondes L. Use of intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain: a randomized, double-blind, crossover clinical trial. *J Reprod Med.* 2010; 55(1-2):19-24.
16. Singla N, Pong A, Newman K; MD-10 Study Group. Combination oxycodone 5 mg/ibuprofen 400 mg for the treatment of pain after abdominal or pelvic surgery in women: a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled parallel-group study. *Clin Ther.* 2005; 27(1):45-57.
17. Karst M, Salim K, Burstein S, Conrad I, Hoy L, Schneider U. Analgesic effect of the synthetic cannabinoid CT-3 on chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2003; 290(13):1757-62.
18. Thomson AJ, Jarvis SK, Lenart M, Abbott JA, Vancaillie TG. The use of botulinum toxin type A (BOTOX) as treatment for intractable chronic pelvic pain associated with spasm of the levator ani muscles. *BJOG.* 2005; 112(2):247-9.

Recibido: Julio 10, 2013
Modificado: Julio 19, 2013
Aprobado: Agosto 23, 2013

Dr. Víctor José Vasallo Comendeiro. Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto". La Habana, Cuba. Teléfono 768 05 09. Correo electrónico: vivaco@infomed.sld.cu