



# Año Global Contra el Dolor en las Mujeres

## mujeres verdaderas, dolor verdadero

### Dolor Pélvico Crónico

El dolor pélvico crónico (chronic pelvic pain, CPP) es una condición común, debilitante y compleja cuya etiología aún se conoce en forma deficiente. Puede asociarse con una morbilidad significativa y una pérdida de las funciones física y sexual

Las pacientes están molestas debido a sus síntomas continuos, a las numerosas y reiteradas investigaciones que deben realizarse y, generalmente, a la incapacidad del profesional médico de brindarles un diagnóstico y un tratamiento efectivos. Muchas pacientes describen experimentar un sentimiento de frustración debido a que no se toma su dolor seriamente o a las sugerencias de que el dolor se debe a razones psicológicas.

#### Mecanismos y causas del dolor pélvico

El dolor pélvico crónico puede ser causado por condiciones ginecológicas, tales como endometriosis, adhesiones, infección o, con poca frecuencia, un tumor; y por razones no ginecológicas que pueden estar relacionadas con el intestino, tales como el síndrome del intestino irritable (irritable bowel syndrome, IBS), o relacionadas con la vejiga, o condiciones musculoesqueléticas o neuropáticas. Por lo general, la causa no está bien definida.

Pueden estar implicados múltiples órganos pélvicos. Por ejemplo, entre el 30 y el 50% de las mujeres con dolor pélvico tienen micción frecuente. Por lo general, el IBS coexiste con el dolor pélvico.

Se describen a continuación tres tipos de hiperalgesia visceral que pueden ser relevantes para la presentación clínica de las pacientes con dolor pélvico (1):

- 1) Hiperalgesia visceral: hiperalgesia de una víscera por inflamación y/o estimulación excesiva de dicha víscera, p. ej., síndrome del intestino irritable
- 2) Hiperalgesia referida de una víscera: hiperalgesia de tejidos somáticos en el área de dolor referido de una víscera, p. ej., puntos desencadenantes en los tejidos de las paredes corporales
- 3) Hiperalgesia víscero-visceral: hiperalgesia de una víscera considerada clínicamente manifiesta por una condición dolorosa de otra víscera, p. ej., exacerbación del cólico urinario en pacientes con cálculos urinarios y dismenorrea.

#### Epidemiología

- La prevalencia del CPP en la comunidad es alta.
- En los EE. UU., se encontró una prevalencia de un período de 3 meses (con exclusión del dolor intermenstrual) del 15% en mujeres de entre 18 y 50 años (2).
- En el Reino Unido, la prevalencia anual en atención primaria fue de 38/1.000, una tasa similar a la informada para el asma o el dolor de espalda (3).
- En Nueva Zelanda, se informó una prevalencia del 25,4% (4).
- Las mujeres que se quejan de síntomas del dolor pélvico crónico alcanzan entre el 15 y el 20% del total de consultas en la clínica ginecológica general y hasta el 10% de todas las asistencias femeninas en la práctica general.
- El dolor pélvico crónico es la indicación para entre el 10 y el 15% de las histerectomías realizadas en los Estados Unidos.
- Se encontró que las mujeres con dolor pélvico crónico se han sometido a casi cinco veces más cirugías y han buscado tratamiento por el cuádruple de condiciones somáticas no relacionadas con el dolor pélvico crónico, en comparación con los controles realizados en personas de la misma edad que no presentan dolor.

#### Evaluación de mujeres con dolor pélvico

- Consulta: la evaluación de mujeres con dolor pélvico crónico requiere un enfoque sistemático e integral. La evaluación es la principal oportunidad de establecer una buena relación con la paciente e iniciar el concepto de que el médico clínico y la paciente están trabajando juntos para manejar los síntomas.
- Examen: es importante realizar una observación general de la paciente, especialmente de la postura. Las cicatrices pueden ser una fuente de dolor. Los puntos desencadenantes de la pared abdominal pueden

identificarse mediante palpación. El examen vaginal da la oportunidad de evaluar los órganos ginecológicos y el tono de la musculatura del suelo pélvico.

- Investigación: las investigaciones que se realizan con más frecuencia son la ecografía transvaginal, la laparoscopia y la resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI). Más del 40% de las laparoscopias se realizan para diagnosticar dolor pélvico crónico. Esta investigación conlleva un riesgo y es costosa.

### **Factores psicológicos:**

Los factores psicológicos pueden contribuir tanto a la experiencia como a las consecuencias del dolor pélvico. Uno de los desafíos para las pacientes es aceptar que los factores psicológicos pueden ser importantes para comprender su condición de dolor y su manejo. Debería crearse una relación terapéutica en la cual la paciente se sienta escuchada y comprendida, y pueda hacer preguntas acerca de sus inquietudes y creencias.

Las mujeres con CPP pueden tener altos niveles de ansiedad y depresión, y temer una enfermedad grave no diagnosticada. Puede producirse una alteración sexual y un malestar en las relaciones. Pueden ser útiles las intervenciones específicas, como los ejercicios de Kegel, el uso de dilatadores graduados, el asesoramiento sobre lubricación, posiciones sexuales y ejercicios focalizados sensatos.

Una cantidad de estudios controlados han demostrado que las mujeres con dolor pélvico crónico tienen una incidencia más alta de abuso sexual y físico previo (5). Deberían hacerse preguntas acerca de experiencias sexuales previas no deseadas o no placenteras en un entorno de contención y abierto. Si tiene antecedentes de abuso sexual o físico que están afectando su funcionamiento actual, puede ser adecuado realizar una terapia psicológica.

### **Tratamiento**

Tradicionalmente, el tratamiento se ha focalizado en identificar la patología y utilizar intervenciones médicas, hormonales y quirúrgicas para aliviar el dolor. La terapia hormonal y la cirugía pueden ayudar a algunas pacientes con dolor pélvico, adenomiosis y endometriosis, pero lamentablemente no a todas. Puede ser beneficioso realizar ejercicios de estabilidad central y rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico. Se ha demostrado que los fármacos usados para el dolor neuropático reducen el dolor pélvico en un pequeño grupo de pacientes que no responden a opioides suaves (6).

Dado que la comprensión médica de la complejidad del CPP ha avanzado y ha incorporado los aspectos psicosociales del dolor, el consenso ha cambiado a la aplicación de un enfoque multidisciplinario hacia el manejo, reconociendo que el dolor implica interacciones complejas entre los mecanismos psicológico, neurológico y fisiológico (7).