



DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

MARÍA ELENA ARANGO ECHEVERRI*

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más preocupantes tanto para la paciente como para el médico, es discernir la causa del dolor pélvico crónico (DPC). Los síntomas son principalmente subjetivos, los hallazgos físicos a menudo son equívocos y los resultados de las pruebas de laboratorio y de los estudios de imágenes con frecuencia se hallan dentro de límites normales.

En algunos casos se puede identificar una causa orgánica (eg. Endometriosis), pero en muchos otros casos el diagnóstico es poco claro y casi siempre existe un componente psicológico importante para el dolor. Ello no significa que el dolor es imaginario, sino que el síntoma crónico de dolor pélvico produjo ciertos cambios del estilo de vida emocionales que no curan, ni se podrán solucionar instantáneamente mediante una operación o nueva medicación. En muchos casos no es posible curar el DPC como se podrá curar un dolor pélvico agudo (apendicitis). Puede ser necesario “tratarlo” o “manejarlo” en forma similar a la que se manejaría a un paciente con cefalea migrañosa.

*Especialista en Obstetricia y Ginecología. Coordinadora – Docente Grupo de Ginecología General. Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.



SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA

El DPC es un desorden común y significativo de la mujer; su prevalencia se ha estimado en 3,8% en mujeres entre 15 y 73 años, que es más alta que la prevalencia de migraña (2,1%) y similar a la de asma (3,7%) o dolor de espalda o lumbar (4,1%). (1, 5).

Aproximadamente 15% - 20% de las mujeres entre 18-50 años tienen DPC de más de un año de duración (2). Da cuenta del 10% de todas las pacientes referidas al ginecólogo; es la indicación de 12% de todas las histerectomías y más del 40% de las laparoscopias diagnósticas ginecológicas. (1, 3).

Los costos directos de los cuidados de salud para el DPC en Estados Unidos están estimados en ochocientos ochenta millones de dólares (US \$ 880.000.000) por año, y los costos directos e indirectos sobrepasan los dos Billones de Dólares por año. A un nivel individual el DPC lleva años de incapacidad y sufrimiento, con pérdida del empleo, problemas de pareja y divorcios y numerosos tratamientos médicos inadecuados e infructuosos; claramente, el DPC es un importante asunto discutido en la atención de salud de las mujeres y a pesar de los costos y magnitud de este problema, permanece aún pobremente entendido; es una condición difícil de tratar, que a menudo resulta en intervenciones quirúrgicas innecesarias. (1, 4).

El propósito de este artículo es dar una información sobre el diagnóstico diferencial de DPC y revisión de la evidencia disponible de opciones de tratamiento para las mujeres que tienen este problema.

DEFINICIÓN

El dolor en general se define como una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada con un potencial o actual daño



de algún tejido o es descrito en términos de tal daño. El dolor es siempre subjetivo. Muchos pacientes reportan dolor en ausencia de daño de tejido o de alguna causa fisiopatológica probable; en tal caso el dolor puede tener una base psicológica. Si la paciente considera su experiencia como dolor y lo reporta como causado por daño de tejido, deberá ser aceptado como dolor. Esta definición no incluye el dolor producido por estímulos. (2).

Una definición propuesta de DPC es el dolor no cíclico (no menstrual) de 6 meses ó más de duración, localizado en la pelvis anatómica, la pared abdominal anterior por debajo del ombligo, en la región dorsal baja o la cadera y es suficientemente severa para causar incapacidad funcional ó requerir tratamiento médico o quirúrgico. (1, 2, 5).

Esta definición no es aceptada universalmente y permite ambigüedades que llevan a marcada inconsistencia de las poblaciones de pacientes incluidas en estudios publicados de DPC. (2). El criterio de seis meses es algo arbitrario porque el dolor pélvico agudo raramente pasa de un mes sin causar una crisis que se resuelve ó es curada; pero lo racional es que después de varios meses de dolor pélvico, el dolor por el mismo llega a ser una enfermedad más que una manifestación sintomática de alguna otra enfermedad. El dolor cíclico (dismenorrea) y el dolor intermitente (dispareunia) son algunas veces considerados como criterios para el DPC, pero es mejor considerarlos separadamente porque el diagnóstico y tratamiento de esos síntomas difieren frecuentemente de los del DPC. Sin embargo las mujeres con DPC a menudo tienen dismenorrea o dispareunia como parte de su complejo sintomático. (5)

“Pélvico” con frecuencia se asume que es una adecuada descripción de localización, pero el dolor pélvico visceral, se puede sentir vagamente en el área periumbilical, mientras el dolor pélvico somático es bien localizado, por en un punto de la articulación sacro-ilíaca. Adicionalmente el dolor vulvar crónico puede ser incluido como DPC



dependiendo de la definición de localización. Por esto para los investigadores es crucial conocer cual definición fue usada en sus revisiones. (2).

La falta de hallazgos físicos no niega el significado del dolor de la paciente y el resultado de un examen normal, no excluye la posibilidad de tener una patología pélvica. (2).

ETIOLOGÍA

Con mucha frecuencia la etiología del DPC no es clara. Fuentes viscerales potenciales de DPC incluyen los sistemas reproductivo, genito-urinario y gastrointestinal; fuentes somáticas potenciales incluyen los huesos pélvicos, ligamentos, músculos y fascias. El DPC puede resultar de desordenes psicológicos o enfermedades neurológicas centrales o periféricas. (1, 2, 4). También puede ser usada la clasificación etiológica de DPC como de origen ginecológico o no ginecológico, pero cualquier médico puede diagnosticar y aún tratar muchos desordenes ginecológicos. Tablas 1 y 2.

Ocasionalmente solo uno de estos desordenes está presente y en estos casos el tratamiento es curativo. En muchos casos el dolor está asociado con varios diagnósticos y un número de factores que contribuyen y que necesitan evaluación y tratamiento. Por ejemplo, endometriosis, síndrome de intestino irritable y estrés emocional pueden ser todos factores contribuyentes en una sola pacientes; el tratamiento en ellas con frecuencia no es curativo (1, 5). No se conoce aún porque estos desordenes llevan al síndrome de DPC en algunas mujeres, porque en otras son curados con el tratamiento inicial, ó aún sin falta causar algunos síntomas en todas; puede ser que estas respuestas diferentes sean debidas a cambios en los nervios viscerales o alteración del proceso nociceptivo central. Estas son áreas de investigación intensa actualmente. (1).



TABLA 1
CONDICIONES GINECOLÓGICAS
QUE PUEDEN CAUSAR O EXACERBAR EL DPC,
POR NIVELES DE EVIDENCIA

<p>NIVEL A Endometriosis Tumores malignos Síndrome ovario residual Síndrome ovario remanente Síndrome congestión pélvica Enfermedad inflamatoria pélvica</p>	<p>NIVEL B Adherencias Quistes benignos Leiomiomas Quistes peritoneales post-cirugía</p>
<p>NIVEL C Adenomiosis Quistes anexiales Estenosis cervical Embarazo ectópico crónico Relajación piso pélvico</p>	

Nivel A: evidencia científica consistente de relación causal
Nivel B: evidencia científica limitada o inconsistente de relación causal
Nivel C: relación causal basada en opinión de expertos.

TABLA 2

CONDICIONES NO GINECOLÓGICAS QUE PUEDEN CAUSAR O EXACERBAR EL DPC POR NIVELES DE EVIDENCIA				
EVIDENCIA	UROLÓGICAS	GI	MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	OTRAS
Nivel A	Cistitis intersticial Síndrome uretral Malignidad	S. Intestino irritable Ca colon Constipación	Dolor coccígeo Hernias Fibromialgia Puntos en gatillo	Depresión Atrapamiento de nervios después de cirugía
Nivel B	Inestabilidad del detrusor Divertículo uretral		Dolor dorsal bajo	Porfiria
Nivel C	Infecciones Tracto Urinario	Colitis Divertículos	Enfermedades degenerativas	Enfermedad bipolar



Pocas de las enfermedades que se cree que causan DPC cumplen criterios epidemiológicos tradicionales de causalidad. Evidencias suficientes sugieren fuertemente que las enfermedades más comunes que son causales en mujeres con DPC, son endometriosis, cistitis intersticial y síndrome de intestino irritable; pero muchas de las enfermedades listadas como causa de DPC solamente tienen evidencia limitada o soporte en opinión de expertos en cuanto a su relación etiológica; sin embargo en la práctica clínica, la mayoría son tratadas si son diagnosticadas en mujeres con DPC. Esta ambigüedad hace difícil interpretar causa y efecto con respecto al tratamiento en la mayoría de los estudios de mujeres con DPC (2).

La proporción de mujeres con DPC y un diagnóstico específico no es clara y varía enormemente en diferentes series reportadas. Una base de datos grande, en atención primaria del Reino Unido encontró que los diagnósticos del tracto urinario y gastrointestinal fueron más comunes que los diagnósticos ginecológicos; (30,8%) urinarios, (37,7%) gastrointestinales y (20,2%) ginecológicos (2). Además muchas mujeres con DPC tienen más de una enfermedad que pueda llevar a dolor; 25-50% de las mujeres que reciben atención médica en centros de atención primaria tienen más de un diagnóstico. Los más comunes son endometriosis, adherencias, síndrome de intestino irritable y cistitis intersticial. (2, 5).

Mujeres con diagnóstico que involucra más de un sistema orgánico, tienen dolor más severo que aquellas con un solo sistema involucrado. También las mujeres con DPC tienen más probabilidad que la población general de presentar dismenorrea (81% Vs 58%) y dispareunia (41% Vs 14%) y estos síntomas son más intensos en mujeres con DPC que tienen síntomas urológicos y gastrointestinales que en aquellas que no lo presentan (1, 2, 5).



EPIDEMIOLOGÍA

Los perfiles demográficos de grandes revisiones sugieren que las mujeres con DPC no son diferentes de aquellas sin DPC en términos de edad, raza, educación, estado socioeconómico ó empleo. Se presenta en todas las edades, pero es mas frecuente en la edad reproductiva, ya que en esta etapa de la vida se presentan muchas enfermedades que son factores de riesgo para desarrollar DPC.

La incidencia es un poco mayor en mujeres separadas o divorciadas y a menudo se presenta en forma asociada con trastornos psicológicos (depresión, ansiedad), una historia de abuso físico o sexual y una variedad de quejas somáticas. Esta complejidad hace que en las pacientes con DPC se dificulte la evaluación, diagnóstico y tratamiento. (3).

En la literatura actual se hace referencia a desordenes o enfermedades asociadas a DPC o que constituyen riesgo para desarrollarla, mas que a causa de DPC.

ENFERMEDADES O SITUACIONES QUE CONSTITUYEN FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR DPC.

1. **Abuso físico y sexual:** Si el abuso (físico o sexual) específicamente causa DPC no es claro, ni está establecido un mecanismo por el cual el abuso pueda llevar a desarrollar DPC. Estudios han encontrado que 40% - 50% de las mujeres con DPC tienen una historia de abuso.

Hay evidencias que sugieren que el abuso puede resultar en cambios biofísicos, sugiriendo que la relación entre abuso y DPC puede ser psicológica ó neurológica. Se ha sugerido que la estimulación traumática o crónica, en la pelvis o región abdominal aumenta la



sensibilidad, produciendo dolor persistente abdominal ó pélvico u otros síntomas intestinales. Si una historia de abuso es obtenida, es importante asegurar que no está siendo abusada continuamente y en peligro. (2)

Por otro lado hoy se habla en términos neurológicos del síndrome de dolor regional complejo (CRPS). Que es una consecuencia de trauma ó enfermedad que afecta el limbo. Puede seguir a traumas menores o mayores y los síntomas emergen después de horas o semanas. La fisiopatología de este síndrome no es clara, hay sospechas de una respuesta inflamatoria a un trauma que libera citoquinas, las cuales sensibilizan las fibras nerviosas aferentes primarias; si estas fibras sensibilizadas llegan a ser activadas espontáneamente ó mecánicamente por movimientos, una exagerada liberación de neuropeptidos podría ocurrir, produciéndose en dolor.

También se sabe que solamente mecanismos cerebrales saben porqué el dolor está relacionado a las emociones, conductas, pensamientos y reacciones vegetativas. (6)

2. **Enfermedades inflamatorias pélvicas (EPI):** Aproximadamente 18% - 35% de todas las mujeres con EPI desarrollan DPC; el mecanismo no se conoce y no todas las mujeres con daño de órganos reproductivos secundarios a EPI desarrollan DPC. No influye en este proceso, si el tratamiento se realiza en forma ambulatoria u hospitalaria (34% con terapia ambulatoria Vs 30% hospitalizadas) (2).
3. **Endometriosis:** Aunque la endometriosis puede ser una causa directa de DPC, también puede indirectamente poner a la mujer en riesgo de DPC. Las mujeres con endometriosis tienen aumento en los episodios y severidad del dolor y episodios de cálculos urinarios, mayor que en mujeres sin endometriosis. Tales interacciones vícero-viscerales pueden tener un significativo papel en el DPC y puede explicar porqué después del tratamiento algunas mujeres persisten con DPV. (2)



4. **Cistitis intersticial:** Es una condición inflamatoria crónica de la vejiga que aumenta significativamente el riesgo de tener DPC. Clínicamente se manifiesta por síntomas irritativos al vaciamiento de la vejiga, urgencia y frecuencia, sin evidencia por ayudas paraclínicas y laboratorio de alguna enfermedad.

DPC es reportado en 70% de las mujeres con cistitis intersticial, y 38% - 85% de mujeres con DPC que consultan a ginecólogos pueden tener cistitis intersticial.

5. **Síndrome de intestino irritable:** Es un desorden funcional del intestino de etiología incierta y que parece ser uno de los más comunes desordenes asociados con DPC. Se ha visto que ocurre con mas frecuencia en mujeres con DPC que en la población general; los síntomas compatibles con síndrome de intestino irritable se encuentran en 50% - 80% de mujeres con DPC (2)
6. **Historia obstétrica:** El embarazo y el parto pueden ser causa de traumas en el sistema musculoesquelético, especialmente en la pelvis y dorso, pero hay pocos estudios bien designados que hayan fijado esta relación. Factores de riesgo asociados con el embarazo y dolor incluyen lordosis lumbar, partos de niños grandes, debilidad de músculos, pobre condicionamiento físico y partos instrumentados (2)
7. **Cirugías previas:** Una historia de cirugía abdomino pélvica está asociada con DPC. En algunos casos, la relación es realmente clara, como en el caso de una cirugía cervical que puede causar estenosis cervical y esta situación está asociada con endometriosis. Además 3-9% de las mujeres sometidas a histerectomía desarrollan dolor pélvico o lumbar. Un reciente estudio de casos y controles sugiere que el parto por cesárea también puede ser un factor de riesgo para DPC (OR: 3.7). (2).



8. Desórdenes musculoesqueléticos: Los desórdenes musculoesqueléticos como causa de ó factor de riesgo para DPC no ha sido ampliamente discutido en publicaciones ginecológicas, sin embargo ellos pueden ser mas importantes que lo que se ha reconocido. El dolor que comienza con el embarazo ó inmediatamente en el post-parto puede sugerir el síndrome de dolor pélvico periparto; se cree que este síndrome es causado por tensión de los ligamentos en la pelvis y región sacra, dada por una combinación de factores incluyendo cambios hormonales, daño de los ligamentos pélvicos, debilidad de los músculos, fetos grandes.

Posturas defectuosas como lordosis lumbar exagerada y sífosis torácica (llamada postura típica de DPC) pueden dar cuenta de más de 75% de casos de DPC. Otros desordenes como puntos en gatillo, fibromialgias y mialgias del piso pélvico constituyen factores de riesgo para desarrollar DPC (2).

EVALUACIÓN DE LA MUJER CON DPC

La propuesta diagnóstica para las mujeres con DPC a menudo es dirigida más por la especialidad del clínico que por las características clínicas de las pacientes. La evaluación debe ser completa incluyendo consideración de los tractos reproductivos, gastrointestinales, urológicos, musculoesquelético, neurológico y también atención a los factores psicosociales. (1, 5).

La historia y el examen físico son componentes cruciales para la evaluación y cuidados de la mujer con DPC. No solamente son vitales para un diagnóstico seguro, sino que también son instrumentos terapéuticos. Ellos también deberían buscar identificar la localización, severidad y tiempo del dolor en la mujer. Como muchas de las condiciones asociadas con DPC no son ginecológicas, una evaluación y manejo interdisciplinario podrían ser necesarios.



Los exámenes diagnósticos deben ser realizados cuando están indicados por hallazgos de la historia y examen físico y cuando los resultados podrían cambiar el diagnóstico, una evaluación adicional o el tratamiento. (1, 2, 5).

- 1. Imágenes diagnósticas:** La ecografía transvaginal es particularmente útil para evaluación de la pélvis. En pacientes con masas pélvicas, puede ayudar a identificar el origen de las masas como uterina, anexial, gastrointestinal, o de la vejiga. Las imágenes de resonancia magnética o TAC pueden ser útiles en casos raros, cuando los hallazgos ecográficos son anormales (2).
- 2. Laparoscopia:** El DPC es la indicación para al menos 40% de todas las laparoscopias ginecológicas. La endometriosis y las adherencias dan cuenta de mas del 90% de los diagnósticos en mujeres con anormalidades laparoscópicas discernibles y la laparoscopia está indicada en toda mujer cuando se sospechan estas condiciones. (1)(2). Es importante recordar que una laparoscopia negativa no es sinónimo con no diagnóstico ó no enfermedad y no significa que una mujer no tiene bases físicas para su dolor. El uso mas discriminativo de la laparoscopia por medio de una buena historia clínica y ayudas paraclínicas indicadas podría decrecer la tasa de laparoscopias negativas de 39% a 4% (1)

Cuando la endometriosis es sospechada, durante la laparoscopia, es importante la biopsia y la confirmación histológica en las áreas atípicas, porque el diagnóstico visual es incorrecto en 10-90% de los casos. Entre 15% y 30% de mujeres con endometriosis tienen solamente lesiones atípicas (2, 4, 5).

Con frecuencia en las adolescentes la evaluación laparoscópica es evitada, con base a la edad, pero varios estudios muestran que la endometriosis es casi tan común en ellas como en el resto de la población (2).



Una nueva propuesta para el diagnóstico laparoscópico es “conscious laparoscopic pain mapping” o mapeo del dolor por laparoscopia consciente; este es un diagnóstico laparoscópico bajo anestesia local, con o sin sedación, dirigida a identificar la fuente del dolor, al provocar una replicación del dolor en algún órgano o tejido, igual al síntoma presentado por la paciente. Sin embargo, el DPC es un problema complicado y multifacético y es prematuro asumir que los hallazgos de sensibilidad producidos mecánicamente, se puedan trasladar directamente hacia la causa y curación. (1, 2, 4, 5).

PROPUESTA TERAPÉUTICA

En la práctica clínica hay dos propuestas para el tratamiento del DPC. Uno es tratar el DPC, por sí mismo como diagnóstico, y el otro es tratar enfermedades o desordenes que pueden ser una causa o una contribución al DPC. Estas dos propuestas no son excluyentes y en muchas pacientes una terapia efectiva se logra mejor con ambas propuestas (1). Cuando hay causa etiológica clara del DPC se debe tratar como tal.

TRATAMIENTO DEL DPC

Aunque no se conoce cómo, ni porque, después de 4 -6 meses de duración el dolor por sí mismo puede llegar a ser una enfermedad. En otras palabras, en tales pacientes el DPC es una enfermedad, no un síntoma. En estos casos el tratamiento necesita ser consistente con el entendimiento biológico común del dolor. El tratamiento del dolor crónico, diferente del dolor agudo, generalmente requiere aceptar el concepto de manejo, más que curación del dolor. Hay tres tratamientos propuestos para el dolor como diagnóstico:

1. **Farmacológico:** es basado en el conocimiento de que la transmisión y percepción del dolor involucra una serie de uniones neurales



y varios neurotransmisores. Los fármacos disminuyen la transmisión de la información del dolor y por lo tanto lo disminuye. (1).

Los analgésicos son los principales agentes del tratamiento farmacológico. Los que actúan periféricamente incluyen aspirina, aines y acetaminofen; la experiencia clínica sugiere que esta primera etapa analgésica es efectiva y se ha visto que es razonable usar al menos tres tipos de aines antes de abandonar esta terapia o agregar otra. Se debe tener una observación cuidadosa de los efectos secundarios. (1, 2).

Los opiodes son la principal categoría de analgésicos con actividad central usada para el dolor; el uso en DPC es controvertido por sus efectos secundarios, entre ellos la adicción, pero la experiencia clínica en centros de dolor, sugiere que la terapia crónica con opiodes puede permitir el retorno a la función normal, sin efectos adversos significativos, en quienes han fallado otros tratamientos. Se ha estimado que solo 3 – 16% de pacientes con DPC experimentan adicción con los opiodes, mientras que una inspección muestra que 55 – 71% de pacientes referidos a centros de dolor crónico están tomando opiodes regularmente. Ensayos clínicos aleatorizados muestran efectos analgésicos significativos, pero no necesariamente en función ó estado psicológico. (1, 2).

Los antidepresivos mejoran los niveles y la tolerancia al dolor en algunos casos, pero no en todos los síndromes de dolor crónico. Los inhibidores de la recaptación de serotonina no han mostrado mejoría en el DPC; ellos han sido útiles y aprobados en la depresión y además se pueden combinar con otros fármacos. (1, 2).

- 2. Psicológico:** idealmente una evaluación por un profesional especializado en psicología del dolor, debería hacer parte de la evaluación inicial y del tratamiento del DPC. Ayuda a disminuir el sufrimiento y la incapacidad en mujeres que padecen este problema.



- 3. Neuroablative:** las terapias neurolíticas pueden ser por neurectomía presacra que consiste en la excisión del plexo hipogástrico superior (nervio presacro). Se realiza para dismenorrea severa o para endometriosis asociada a dolor pélvico, es decir dolor central que no cede a otros tratamientos. Aproximadamente $\frac{3}{4}$ partes de mujeres con este síntoma tienen una mejoría de 50% en el dolor después de este procedimiento.

La ablación del nervio uterino, es la sección del ligamento úterosacro en su inserción junto al útero. ES menos efectiva que la neurectomía presacra en el tratamiento de la dismenorrea. No hay evidencias que la ablación del nervio uterino mejore el DPC no menstrual. (1, 2, 5).

Los tratamientos neurolíticos no quirúrgicos pueden ser hechos con crioablación, termocoagulación o inyección de agentes químicos como alcohol, fenol e hipertónicos. La ablación del plexo hipogástrico superior con fenol al 10%, ha sido realizado para dolor pélvico intratable asociado con cáncer, con una tasa de éxito de 69% a los seis meses.

La inyección de anestésico local de puntos en gatillo en la pared abdominal, vagina y sacro para mejorar el DPC ha demostrado una respuesta del 68%.

TERAPIA HORMONAL PARA EL TRATAMIENTO DEL DPC

Los anticonceptivos orales mejoran significativamente la dismenorrea primaria. En caso de endometriosis se han comparado con análogos de la GnRH y son equivalentes en cuanto a mejoría del DPC y dispareunia, pero menos efectivos en mejoría de la dismenorrea. El dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, puede ser efec-



tivo para el tratamiento de dismenorrea asociada con endometriosis, pero la evidencia es limitada.

Los análogos de la GnRH son más efectivos que el placebo y tan efectivos como el Danazol en mejorar el dolor pélvico asociado a endometriosis. Los síntomas de síndrome de congestión pélvica, intestino irritable y cistitis intersticial varían con el ciclo menstrual y en algunos casos responden a los agonistas de GnRH . (1, 5).

Las progestinas son efectivas en el tratamiento de DPC asociado con endometriosis y síndrome de congestión pélvica.

PROPUESTA QUIRÚRGICA PARA EL DPC

Se ha estimado que el DPC es la principal indicación preoperatorio para 10 – 12% de las histerectomías. Estudios han mostrado que 90% de las mujeres tuvieron mejoría del dolor un año después de esta cirugía. (2). La histerectomía parece tener un papel en el tratamiento de muchas mujeres con DPC.

Frecuentemente se piensa que las adherencias son una causa potencial de DPC. Estudios observacionales sugieren que 85% de las mujeres mejoran después de adhesiolisis; pero estudios clínicos de adhesiolisis muestran que solamente las adherencias densas involucrando el intestino son las que producen dolor. (2, 5).

CONCLUSIONES

- DPC es una afección común en la mujer, frecuentemente difícil de curar o manejar adecuadamente.



- El tratamiento usualmente es dirigido a enfermedades específicas que causan DPC, pero algunas veces no es clara la etiología para el dolor y el tratamiento debe ser dirigido al alivio de los síntomas.
- Las mujeres que sufran de DPC son un grupo heterogéneo y los posibles diagnósticos y factores contribuyentes son numerosos y variados.
- Aunque el DPC como diagnóstico es difícil aceptar por el médico y su paciente, en ocasiones permite el uso de terapias dirigidas propiamente al dolor que aunque no son curativas, permiten al paciente progresar hacia una vida más normal, sin ser dominada por el dolor.
- En un futuro podrá haber tratamientos curativos definitivos de acuerdo a las investigaciones de las disfunciones psiconeurológicas identificadas como responsables del DPC

BIBLIOGRAFÍA

1. Fred M, Howard, MS, MD. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 594-611: 2003.
2. Acog Practice Bulletin No. 51 Chronic Pelvic Pain. *Clinical Management Guidelines For obstetrician – Gynecologists*. Number 51, March 2004.
3. Georgine Lamvu, MD Et Al. Long- Term Outcomes After Surgical And Nonsurgical Management of Chronic Pelvic Pain: One year after evaluation in a Pelvic Pain Specialty Clinic. *American Journal Of Obstetric And Gynecology* (2006) 195, 591-600.



4. Georgine Lamvo MD Et Al. The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of conditions associated with chronic pelvic pain, *Obstetrics Ana Gynecology Clinics N.Am* 31 (2004) 619-630.
5. Fred M. Howard MD, MS. Chronic pelvic pain in women. *The American Journal of managed care*. Vol 7, No. 10, 1001 – 1003, October 2001.
6. Frank Birklein, MD, PHD et Al. Does pain change the brain. *neurology* 2005; 65: 666-667.