

Capítulo 9

Alternativas en dolor pélvico crónico

Martha Carolina Cifuentes Pardo

Ginecología Laparoscópica Universidad CES

Laparoscopista de la Unidad Endoscópica ginecológica de la Clínica del Prado Medellín

Docente Departamento de Obstetricia y Ginecología

Universidad de Antioquia

¿Qué es Dolor pélvico crónico (DPC)?

La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y la iniciativa ReVITALize definen el dolor pélvico crónico como “síntomas de dolor que se perciben como originarios de órganos o estructuras pélvicas que generalmente duran más de 6 meses. A menudo se asocia con consecuencias negativas cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales, así como con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario inferior, sexual, intestinal, del piso pélvico, miofascial o ginecológica”. El dolor pélvico cíclico se considera también una forma de dolor pélvico crónico si tiene consecuencias cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales significativas. Su severidad causa discapacidad o lleva a buscar atención. (1)

La International Pelvic Pain Society (IPPS por sus siglas en inglés), hace posteriormente una aclaración con respecto a la cronología en la definición de la ACOG de DPC, y afirma que “Las pacientes que presentan dolor pélvico no agudo deben ser evaluadas y tratadas independientemente de la duración del dolor. La duración de seis meses del dolor pélvico no es un requisito para iniciar una evaluación o tratamiento. Además, en pacientes con dolor no agudo, si existe la presencia de consecuencias negativas cognitivas, conductuales, sexuales o emocionales significativas o si hay sensibilización central, entonces el dolor puede considerarse como crónico, independientemente del período de tiempo de evolución”. (2,3)

En el estudio y manejo del DPC, se debe promover la atención “interdisciplinaria”, que se define como un equipo que colabora en el uso de un modelo biopsicosocial compartido y que tiene como objetivo brindar un tratamiento multimodal. Los miembros del equipo de todas las especialidades trabajan en estrecha colaboración, se reúnen periódicamente y se ponen de acuerdo sobre el diagnóstico, los objetivos y los planes terapéuticos. No se deben promover formas de tratamiento “multidisciplinarias” pues en este tipo de modalidades, los profesionales de la salud trabajan por separado con su propio objetivo terapéutico para el paciente y no se comunican entre sí. (4)

Las causas más comunes de DPC incluyen aquellas de origen gastrointestinal 37% (como el síndrome de intestino irritable SII), las urinarias 31%, (como el síndrome vesical doloroso/cistitis intersticial SVD/CI), las ginecológicas 20% (como la endometriosis, la vulvodinia, las masas anexiales, las

infecciones, etc), y las neuralgias (ilio inguinal e iliohipogástrica, pudenda, etc) y el síndrome miofascial (mialgia de piso pélvico y puntos gatillo de dolor en la pared abdominal), que juntos constituyen un 12%. (5-8)

El DPC casi siempre es multifactorial, es decir, rara vez está asociado con un solo trastorno doloroso, el 80% tiene más de una patología de dolor pélvico relacionada. Esto es conocido por the National Institutes of Health (NIH) como síndromes superpuestos crónicos. Por ejemplo, las pacientes con endometriosis pueden tener en un 48 a 70% síndrome vesical doloroso/cistitis intersticial coexistente, o pueden presentar al mismo tiempo, en un 21% síndrome miofascial. Las pacientes con SII pueden tener en un 57% SVD/CI subyacente, o puntos gatillo miofasciales en un 14% simultáneamente. Esto puede explicarse porque las aferencias de dolor visceral y somático de los órganos pélvicos tienen una inervación común o convergen en el mismo punto en el sistema nervioso central. (9)

Es importante entender la diferencia entre dolor pélvico agudo y el crónico para enfocar su manejo. El dolor agudo es un síntoma, no es una enfermedad, y se da por estimulación de las vías sensitivas o nociceptores, tiene una función protectora pues constituye una señal de alarma para alejarse de estímulos nocivos y tiene un origen conocido que generalmente es una lesión tisular. Dolor agudo se resuelve con el tiempo con tratamiento y reparación. En contraposición, el dolor crónico si es una enfermedad, que puede persistir a pesar de la resolución de la lesión, que suele ser de larga duración (más de 3 a 6 meses), que puede tener un origen incierto, y que puede generar cambios en la calidad de vida y en el comportamiento.

Cuando hay un estímulo persistente o muy intenso, el dolor inicial agudo nociceptivo se puede convertir en un dolor crónico patológico no nociceptivo, o sea que se perpetua, incluso si ha desaparecido la lesión inicial. El dolor, cuando se vuelve crónico, se asocia con cambios permanentes en el Sistema nervioso. Esto se da por una respuesta exagerada de las interneuronas, que amplifica la percepción del dolor. Esta es la base de lo que conocemos como sensibilización central del dolor. Los cambios patológicos resultantes de esto en el Sistema nervioso central es que estímulos que habitualmente son indoloros sean dolorosos (alodinia), y que estímulos que generalmente son dolorosos sean aún más dolorosos (hiperalgesia). (10)

XXIX Actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

En el DPC, están implicados los siguientes tipos de dolor o una combinación de estos y, además, existen otros factores que influyen en la percepción del dolor:

Dolor nociceptivo: se presenta porque hay nociceptores en o cerca de lesiones pélvicas actuando como estímulo nocivo y gatillo de la transducción del dolor.

Dolor inflamatorio: Se debe a la respuesta a la lesión tisular y el proceso inflamatorio resultante.

Dolor neuropático: se da porque las patologías que generan DPC tienen propiedades neurotróficas que pueden conducir a cambios permanentes en el sistema nervioso.

Entre los factores que se relacionan con la percepción del dolor están: el estrés, el estado hormonal y los mecanismos de afrontamiento del dolor.

Es posible que en una paciente un mecanismo particular de dolor pueda predominar sobre otro. Por lo tanto, los síntomas pueden responder a ciertos tratamientos y a otros no, por esta razón es muy importante dar manejo a todos los tipos de dolor. El médico debe luchar contra dos aspectos que se relacionan entre sí, pero que son diferentes: la enfermedad y el dolor que esta genera. (11)

¿Cuál es la estrategia ideal para tratar a la paciente con dpc?

Para el manejo de la paciente con DPC se sugiere seguir este orden:

- Primer paso: Evaluación inicial de la paciente.
- Segundo paso: Terapias de primera línea (educación, manejo del estrés, ejercicio y terapias cognitivo-conductuales), más fisioterapia.
- Tercer paso: Tratamientos específicos para el trastorno (medicamentos e intervenciones para la patología), más Intervenciones analgésicas (analgésicos y neuromodulación con agentes como gabapentin, pregabalina, inhibidores de la recaptación de serotonina, duloxetina, venlafaxina y tricíclicos), más Terapias para las comorbilidades no dolorosas (por ejemplo, privación del sueño, ansiedad, depresión).
- Cuarto paso: evaluación periódica según la patología cada 4-8 semanas

- Quinto paso: derivación a un especialista en manejo del dolor si no hay respuesta dentro de las 12 semanas (12)

Primer paso: Evaluación inicial de la paciente:

Para indagar los datos generales de la paciente, del dolor y de los síntomas de los diferentes dominios de los síndromes de DPC (urinario inferior, genital, gastrointestinal, musculoesquelético, neurológico, psicológico, sexual y otras comorbilidades), la Sociedad Internacional de Dolor Pélvico (IPPS) diseñó un cuestionario que puede ser descargado de su página de internet de forma gratuita en www.pelvicpain.org. Este cuestionario pregunta las características del dolor y los eventos desencadenantes. Contempla los antecedentes importantes. Incluye preguntas acerca de los síntomas ginecológicos, gastrointestinales, urinarios, de abuso sexual y físico, de varicocele/síndrome de congestión pélvica y de dolor neuropático. Indaga cómo ha sido estudiado y manejado el dolor, qué medicamentos ha usado, qué especialistas la han valorado, qué tratamientos ha recibido y qué mecanismos emplea para enfrentar el dolor. (13)

Posteriormente, se realiza el examen físico, durante el cual se busca realizar un mapeo objetivo y sistemático del dolor, para así replicar su localización exacta y poder orientarse sobre las posibles causas de este. El examen físico se realiza con en el algoritmo de “las 4 eses”, por sus siglas en inglés: Examen de pies (Standing), sentada (Sitting), posición supina (Supino), y estribos (Stirrups).

Examen de pies (standing): se evalúa marcha y postura, discrepancia de miembros inferiores, dolor en la sínfisis púbica, puntos de fibromialgia, dolor al inclinarse hacia adelante y hacia atrás, dolor lumbosacro, disfunción sacroilíaca y dolor a la rotación pélvica.

Examen sentada (sitting): se valoran cambios en la postura, asimetrías, discrepancia de los miembros inferiores, escoliosis y, si requiere, se realiza examen neurológico.

Examen en posición supina (supino): se realiza inspección general, se evalúa la presencia de cicatrices de cirugías previas, hernias, cambios de la coloración de la piel, se valora la presencia de masas y de dolor a la palpación. Con la ayuda de un aplicador se evalúan cambios en la sensibilidad de la pared abdominal como alodinia, hiperestesia, anestesia o sensación de quemadura, que pueden estar relacionadas con atrapamiento neural o neuropatía cerca de cicatrices abdominales previas, incluyendo los puertos de cirugía

laparoscópica. La neuropatía ilioinguinal y la iliohipogástrica son las condiciones más frecuentes de este tipo. Se deben buscar puntos gatillo de dolor miofascial. Para esto, se hace palpación no profunda de 1 a 3 segundos con el pulpejo de un solo dedo, realizando una evaluación sistemática, siguiendo la distribución de los dermatomas. Para poder diferenciar si la paciente presenta un dolor visceral intraabdominal o si se trata de un dolor miofascial, se usa la prueba de Carnett, en donde se realiza palpación del punto doloroso al tiempo que se le indica a la paciente que levante la cabeza o las piernas (logrando tensionar los músculos abdominales). Si el dolor aumenta, sugiere que el origen es miofascial, pero si el dolor no cambia o disminuye, sugiere que el dolor es de origen intraabdominal o visceral. Posteriormente, hacemos presión por 3 a 5 segundos en los puntos ováricos (ubicados en la unión del tercio medial con los dos tercios laterales de una línea imaginaria trazada entre el ombligo y la cresta iliaca anterosuperior). Si al palpar esta zona se reproducen los síntomas manifestados por la paciente, podemos pensar en la posibilidad diagnóstica de un síndrome de congestión pélvica. Por último, se valora la presencia de signos que indiquen radiculopatía como, por ejemplo, el signo de Lasègue.

Examen con estribos (stirrups): con la paciente en posición de litotomía; inicialmente se inspecciona de manera general la presencia de lesiones específicas como zonas de eritema, secreciones, úlceras, cambios en la coloración de la piel, signos de infección, fístulas, traumas o fisuras. Posteriormente, se palpan ocho puntos en el vestíbulo, el himen y en el área de las glándulas vestibulares menores con un aplicador, y se indaga el grado de dolor en una escala de 0 a 4. Esta prueba (test del aplicador) es útil para evaluar la presencia de vulvodinia. Luego se realiza la prueba de Pinprick que es diagnóstica al examen físico para evaluar la presencia de neuralgia del pudendo. Evalúa las tres ramas de este nervio en cada lado: anal, perineal y clitoridia. Se valora la sensación dérmica en el territorio de estas ramas del pudendo y se comprada con la cara medial del muslo en 6 puntos. Luego se evalúa la presencia de bandas fibrosas musculares y los puntos gatillo en los músculos del piso pélvico pubococcígeos, obturadores y piriformes de cada lado por medio del examen unidigital en la dirección de las manecillas del reloj. Las pacientes con síndrome miofascial o mialgia por tensión del piso pélvico van a experimentar dolor con la palpación. Se le debe dar una puntuación de 0 a 4 en cada punto dependiendo de la intensidad del dolor, para un máximo de 24 puntos. También se realiza percusión

sobre el canal pudendo, el cual se encuentra medial a la espina isquiática. Si la paciente refiere que se reproducen sus síntomas con esta maniobra, se denomina fenómeno de Valleix positivo y sugiere neuralgia del pudendo. El dolor se puede irradiar a región perineal, vulvar, abdomen inferior, glúteos y miembros inferiores. Para la valoración de la uretra, el trigono vesical y la vejiga, se debe realizar palpación en la pared vaginal anterior sobre la base vesical. Si la paciente manifiesta dolor, podría sospecharse síndrome vesical doloroso o cistitis intersticial. Finalmente, se debe terminar el examen físico con una cervico-vaginoscopia, advirtiendo la presencia de patología cervical, infecciones o pólipos. Se realiza tacto vaginal bimanual tradicional para evaluar el útero, los fondos de saco y los anexos; el tacto rectal para evaluar el tabique recto vaginal y el esfínter del ano. Se deben buscar nódulos dolorosos sugestivos de endometriosis infiltrante profunda en el tabique rectovaginal. (14)

Segundo paso (terapias de primera línea) y tercer paso (tratamientos específicos para el trastorno, intervenciones analgésicas y terapias para las comorbilidades no dolorosas)

Para explicar cómo se abordan el segundo y el tercer paso, en la estrategia de tratamiento del DPC, a continuación, hablaremos brevemente del enfoque que se debe dar en cada una de las patologías más comúnmente implicadas en la generación de dolor pélvico crónico.

Endometriosis

Se define como la aparición y el crecimiento de tejido endometrial fuera del útero. Las formas antomoclinicas de esta enfermedad son la endometriosis peritoneal superficial, la ovárica (EO), y la infiltrativa profunda (EIP: lesiones que infiltran más de 5 mm por debajo del peritoneo pélvico, o que comprometen la capa muscular de los órganos). Esta enfermedad se sospecha en pacientes que presentan dispareunia, dismenorrea, disquecia, disuria, hematuria y síntomas urinarios catamenciales, sangrado rectal, suboclusión intestinal, distensión, constipación, sensibilidad al tacto vaginal y nodularidad en los ligamentos útero sacros o en el tabique recto vaginal, e infertilidad. Las terapias integrativas para el manejo del dolor pélvico crónico asociado a endometriosis (DPAE) incluyen en la primera línea de tratamiento la educación, la actividad física y el manejo del estrés. En cuanto a los tratamientos específicos para esta patología, se encuentran el tratamiento médico, el quirúrgico

XXIX Actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

y las técnicas de reproducción asistida (TRA). La selección de cada uno de estos tratamientos debe hacerse teniendo en cuenta los síntomas asociados (dolor y/o infertilidad), la edad de la paciente, la reserva ovárica y deseo de fertilidad. El tratamiento médico hormonal se puede ofrecer a pacientes con dolor, sin deseo cercano de maternidad y cuando la ecografía no sugiere signos de neoplasia en EO. El objetivo con esta terapia es la supresión del ciclo menstrual para así mejorar el dolor pélvico. En la primera línea de manejo médico, están las progestinas, especialmente el dienogest que es la molécula más estudiada para este trastorno, y los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) de estrógeno-progestina. La segunda línea de manejo hormonal son los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (aGnRH), que se usan cuando los AHC o las progestinas están contraindicados, o cuando estos generaron efectos secundarios o fallaron. Los aGnRH generan supresión de gonadotropinas, produciendo amenorrea y atrofia endometrial. Su uso a largo plazo está limitado por el hipoestrogenismo y por la pérdida de la densidad mineral ósea (DMO). ACOG y European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) recomiendan la terapia Add back concomitante con los aGnRH para reducir la pérdida de la DMO. Otras opciones hormonales alternativas son los inhibidores de la aromatasa, que la ESHRE recomienda en combinación con AHC, progestinas o aGnRH en pacientes con DPAE refractario a otro tratamiento médico o quirúrgico, sin embargo, falta evidencia de buena calidad al respecto.

Las investigaciones también sugieren un posible papel para los moduladores selectivos del receptor de progesterona (SPRMs), que interactúan con los receptores de progesterona para inhibir la proliferación de células endometriales. De estos la Mifepristona tiene evidencia de calidad moderada para aliviar la dismenorrea, y evidencia de baja calidad que sugiere que disminuye la dispareunia. Hay evidencia insuficiente para permitir conclusiones firmes sobre la seguridad y efectividad de otros SPRMs. El danazol, que es un esteroide con actividad antigonadotrópica y antiestrogénica, se usó ampliamente en el pasado, porque generaba un ambiente alto en andrógenos y bajo en estrógenos, que producía atrofia de las lesiones endometrióticas y disminución del dolor. Sin embargo posteriormente se evidenció, que la vía oral no era recomendable pues daba lugar a efectos secundarios androgénicos irreversibles. Por esta razón diferentes grupos de estudio han evaluado su uso vaginal en anillos para EIP de ubicación recto vaginal. Se requieren trabajos adicionales para terapias no hormonales, como los fármacos anti-angiogénicos

y moduladores de la inmunidad. Con respecto al tratamiento quirúrgico, la cirugía laparoscópica tiene un papel importante en el tratamiento en endometriosis peritoneal (escisión o ablación de las lesiones), ovárica (cistectomía o escisión de la cápsula), y endometriosis infiltrativa profunda (resección de las lesiones). El tratamiento quirúrgico está indicado cuando el manejo médico está contraindicado, o no mejoró el dolor o generó efectos secundarios. También se ofrece cirugía a la paciente con EO cuando hay rápido crecimiento de un endometrioma o cuando tiene características en el ultrasonido sugestivas de neoplasia, o cuando la lesión ovárica mide más de 10 cm. En EIP solo se opera a la paciente cuando está sintomática, o si hay infertilidad sin respuesta a dos ciclos de TRA, o cuando hay obstrucción del tracto digestivo o urinario. Se recomienda tratamiento médico hormonal posquirúrgico en la medida de lo posible, para evitar recurrencia de la enfermedad. (15-20)

Para las intervenciones analgésicas en endometriosis, es indispensable saber que el DPAE está relacionado no solo con la lesión endometrial y con los procesos periféricos (dolor nociceptivo e inflamatorio), sino también con la sensibilización del Sistema nervioso central (SNC). Los factores psicológicos también pueden ser importantes en la gravedad del dolor, como cuando la paciente hace catastrofización de su enfermedad. Se pueden usar antiinflamatorios no esteroideos (AINE), que, según Cochrane, han sido efectivos para el tratamiento de la dismenorrea primaria no específica de endometriosis. Cochrane de 2017 encontró solo un estudio de baja calidad de 20 mujeres con datos adecuados para el análisis, que no fueron concluyentes con respecto específicamente a la efectividad de los AINE en DPAE. Sin embargo, ACOG y ESRHE los recomiendan. El tratamiento médico y quirúrgico convencional de la endometriosis no aborda directamente estos factores centrales y psicológicos que contribuyen al dolor pélvico. Por lo tanto, se pueden requerir otras estrategias de tratamiento, incluidos los neuromoduladores, como los tricíclicos, los análogos del GABA, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina, y otros antiepilépticos, para tratar el dolor neuropático (21, 22). Si las medidas anteriores no fueron suficientes para manejar el DPC, es posible que haya que reevaluar la paciente para buscar otros desencadenantes de dolor, remitir a la paciente para intervencionismo analgésico con bloqueos por parte de clínica del dolor, o derivar la paciente a medicinas complementarias. Aunque hay pocos ensayos clínicos aleatorios cegados, la literatura actual sugiere que la acupuntura podría reducir el DPAE.(23)

Síndrome vesical doloroso/cistitis intersticial (SVD/CI)

Se define como una sensación desagradable (dolor, presión, malestar) percibida y relacionada con la vejiga urinaria, asociada con síntomas del tracto urinario inferior de más de seis semanas de evolución, en ausencia de infección u otras causas identificables. Existen varias teorías etiológicas: daño en la permeabilidad del urotelio, disminución de la densidad de glucosaminoglicanos (GAG) en la superficie luminal de la vejiga, elevación en la cantidad de mastocitos en el detrusor, infecciones de la luz de la vejiga que causan modificaciones en la estructura y composición de los GAG y, la teoría de la disfunción de las vías de señalización neuroendocrina. Estas hipótesis etiológicas se han estudiado para encontrar nuevas estrategias de diagnóstico y de biomarcadores potenciales. El diagnóstico se puede hacer aplicando el cuestionario PUF (Pelvic Pain and Urgency/Frequency Symptom Scale). Al examen físico se encuentra dolor en el punto vesical. En la cistoscopia puede haber evidencia de glomerulaciones o úlceras de Hunner, pero si es negativa no descarta el diagnóstico. Se deben descartar otras patologías urinarias, para lo cual, se solicitan en algunas ocasiones, otros paraclínicos como urocultivo, urodinamia, citología, etc. Las terapias integrativas para SVD/CI se hacen de forma escalonada por líneas de tratamiento:

- Primera línea: cambios en el estilo de vida, relajación, educación a la paciente, autocuidado, terapia frío o calor en pelvis y periné, dieta evitando irritantes vesicales (cafeína, alcohol, edulcorantes, pimientos picantes y los alimentos que contienen vitamina C), manejo de líquidos individualizado, entrenamiento vesical con evacuaciones programadas, manejo del dolor.
- Segunda línea: fisioterapia (si hay mialgia del piso pélvico) y medicación oral como amitriptilina, imipramina, cimetidina, hidroxicina, pentosan polisulfato de sodio. Terapias intravesicales con dimetilsulfóxido (DMSO), heparina, lidocaína, hialuronano, sulfato de condroitina.
- Tercera línea: cistoscopia bajo anestesia con hidrodistensión (hasta 60 u 80 mmH2O) para interrupción de los nervios sensoriales dentro de la pared de la vejiga. Cauterización de las úlceras de Hunner.
- Cuarta línea: toxina botulínica en el detrusor para modular la neurotransmisión sensorial (esto puede aliviar los síntomas, pero hay riesgo de retención urinaria aguda y crónica). Neuromodulación de raíces sacras.
- Quinta línea: ciclosporina A.
- Sexta línea: cirugía de derivación (extraer los ureteres y desviar la orina a una urostomía o bolsa) con o sin cistectomía y la cistoplastia. (24,25)

Síndrome de congestión pélvica SCP

Es el DPC no explicado por otra causa y cuyos hallazgos incluyen insuficiencia venosa pélvica y várices pélvicas. El SCP debe cumplir estos tres criterios: várices pélvicas (dilatación de las venas uterinas y ováricas), congestión venosa (drenaje lento de las venas dilatadas con estasis venosa) y, dolor pélvico (dolor en hipogastrio, dolor aumentado al estar de pie, dispareunia, dolor poscoito, dismenorrea, dolor sacro). Se dice que las venas ováricas se dilatan por obstrucción del flujo o por falla en sus válvulas, y que en la etiología hay de por medio un mecanismo hormonal dado que la enfermedad se presenta más en multíparas y premenopáusicas. La obstrucción del flujo venoso puede ser secundario a compresión extrínseca, como en los casos de síndrome de May Thurner (compresión de la iliaca común izquierda por la arterina iliaca interna derecha) o al síndrome de cascanueces (compresión de la vena renal izquierda entre la entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior). Al examen físico podemos encontrar varices vulvares y dolor en los puntos ováricos. Para el diagnóstico nos podemos apoyar en la ecografía Doppler, en la venografía por resonancia o por tomografía, pero la venografía ovárica selectiva o flebografía gonadal con fluoroscopia es el estándar de oro. En la laparoscopia, la incompetencia venosa a menudo se pasa por alto porque el CO2 y el trendelenburg causan colapso de las venas. El tratamiento se puede realizar con inyectables de goserelina, implantes de etonogestrel y con medroxiprogesterona de depósito, pero, aunque este manejo puede ser efectivo, sus efectos secundarios sistémicos afectan el cumplimiento y su uso. No hay estudios a largo plazo con estas hormonas. El manejo quirúrgico está indicado solo en caso de no disponibilidad o falla de técnicas menos invasivas, e incluye la ligadura de venas ováricas por laparotomía o por laparoscopia, con la cual, se logra alivio de los síntomas hasta en el 75% (aunque solo hay estudios observacionales y series de casos con poca consistencia). Este manejo quirúrgico se reserva cuando hay otras patologías adicionales que también requieran manejo laparoscópico. Otra opción quirúrgica es la histerectomía más anexectomía, pero no siempre alivia el dolor, además de los efectos adversos y de las posibles complicaciones quirúrgicas inherentes al procedimiento. Existen procedimientos endovasculares percutáneos menos invasivos como la embolización de las gonadales, que han demostrado mejoría estadísticamente significativa de los síntomas postratamiento vs. pretratamiento con disminución de la escala análoga visual del dolor de 5,7 puntos (escala

de 0 a 10 puntos). El éxito clínico de la embolización se ha calculado entre el 70 y el 85% de las pacientes, sin efectos negativos en el ciclo menstrual, la fertilidad o los niveles de las hormonas ováricas. Las complicaciones reportadas fueron cercanas al 4%, entre ellas; tromboflebitis, embolización de vasos no diana, recurrencia de varices y ACV por émbolos paradójicos (26,27).

Neuralgia del pudendo

Es la condición neuropática dolorosa que involucra el dermatoma del nervio pudendo. Se debe sospechar en pacientes con trauma quirúrgico, en ciclistas, en postparto, en trauma perineal, en espasmo de músculos del piso pélvico y cuando se presente presión de los ligamentos que rodean el nervio. El diagnóstico es básicamente clínico, aunque se puede apoyar en métodos imagenológicos, electrofisiológicos o de laboratorio para su estudio, los criterios diagnósticos no son claros. Los criterios de Nantes se describieron en 2008 para ayudar a reconocer la neuralgia del pudendo. Hay cinco criterios esenciales y son: 1) dolor en el territorio del nervio pudendo desde el ano hasta el clítoris; 2) dolor predominantemente experimentado al estar sentado; 3) dolor que no despierta al paciente por la noche; 4) dolor sin deterioro sensorial objetivo; y 5) dolor aliviado por el bloqueo del nervio pudendo diagnóstico. Al examen físico podemos tener una prueba de Pinprick positiva (que evalúa las tres ramas del pudendo en cada lado) o un Fenómeno de Valleix positivo (percusión sobre el canal pudendo, medial a la espina isquiática). Las terapias integrativas para este trastorno incluyen un tratamiento que puede ser inicialmente conservador y, si la paciente no tiene respuesta, se debe recurrir a intervencionismo. El manejo conservador incluye la educación, los cambios en el estilo de vida, cojines pudendos con un espacio central para dejar libre de presión el territorio del nervio al sentarse, la fisioterapia de piso pélvico, a veces toxina botulínica en casos de espasmo muscular refractario a la terapia física y TENS. Se pueden usar medicamentos como los neuromoduladores tipo gabapentina, pregabalina, ciclobenzaprina y antidepresivos tricíclicos, diazepam intravaginal, supositorios rectales de belladona y opio. Los relajantes musculares tienen evidencia de mala calidad en neuralgia del pudendo. Por último, si el manejo conservador no fue suficiente, se debe recurrir al bloqueo pudendo que puede ser por abordaje transperineal, transglúteo, transrectal o transvaginal, guiado por TAC, fluoroscopia, neurografía por RNM o por ecografía. Generalmente se realiza con

corticoide y bupivacaina. La última alternativa ante la sospecha de atrapamiento del nervio y, si los bloqueos de los nervios pudendos han proporcionado alivio, pero este es parcial, es la descompresión quirúrgica por vía transvaginal, transglútea, isquiorrectal o laparoscópica. El objetivo de estas intervenciones es solucionar el atrapamiento del nervio que se localiza entre el ligamento sacroespinoso y el sacrotuberoso en cerca del 70%. (28,29)

Neuralgia iliohipogástrica, ilioinguinal y genitofemoral

Generalmente se presenta como dolor y parestesia en la región inguinal o púbica superior. El término síndrome del nervio fronterizo se usa a veces para referirse a la neuralgia causada por cualquiera de estos tres nervios dada su cercanía. Muchas de estas neuralgias son el resultado de un daño mecánico al nervio durante las cirugías abdominales inferiores. El diagnóstico generalmente se hace de forma clínica, pero la neurografía por RNM del plexo lumbosacro puede ayudar a identificar la neuropatía en caso de atrapamiento del nervio. Las pruebas electrofisiológicas no son lo suficientemente específicas ni sensibles. El potencial evocado somatosensorial puede ser útil para diagnosticar la rama cutánea lateral del nervio iliohipogástrico. La electromiografía (EMG) ha demostrado ser valiosa en la evaluación de la neuralgia ilioinguinal para saber qué pacientes pueden beneficiarse de una neurectomía o neurólisis. Los tratamientos farmacológicos pueden ser beneficiosos, incluidos los anestésicos tópicos, los antidepresivos tricíclicos, la pregabalina, la gabapentina, los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los AINEs y los agonistas del receptor de NMDA. Los bloqueos nerviosos guiados por TAC o ultrasonido terapéuticos con anestesia local y corticosteroides han demostrado ser exitosos. La ablación por radiofrecuencia ha brindado alivio del dolor a largo plazo sin causar riesgo de formación de neuroma. La estimulación del nervio periférico proporciona reducción del dolor en el 70% de los pacientes con la neuralgia genitofemoral. La crioblación es otra intervención que tiene éxito. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los síntomas no controlados por métodos más conservadores y no debe realizarse hasta 6 a 12 meses después de una cirugía que dio lugar a neuralgia. Dentro de los tratamientos quirúrgicos están la neurectomía retroperitoneal endoscópica (30).

Síndrome miofascial de la pared abdomino pélvica y mialgia de los músculos del piso pélvico

Es un síndrome específico causado por la presencia de puntos gatillo dentro de los músculos o su fascia. Se estima que del 14 al 22% del dolor pélvico puede atribuirse a causas musculoesqueléticas. Las afecciones comunes incluyen espasmos musculares del piso pélvico, dolor miofascial de la pared abdominal, fibromialgia y artritis de la cadera o displasia del desarrollo. El síndrome de dolor miofascial de la pared pélvica generalmente se presenta como un dolor sordo, constante o intermitente, y puede producirse por trauma muscular o microtrauma repetitivo. Al examen físico el dolor aumentado al realizar el test de Carnett-Forhergill (palpación del punto doloroso en el abdomen mientras se le indica a la paciente que levante la cabeza o las piernas logrando tensionar los músculos abdominales) sugiere el origen es miofascial. El tratamiento incluye fisioterapia y el uso de inyecciones en los puntos gatillo con aguja hueca o con anestésicos locales y la eliminación de cualquier factor precipitante. También está descrita la acupuntura en estos casos.

Los signos de mialgia o espasmos en el piso pélvico incluyen aumento del tono de los músculos pélvicos y sensibilidad en el examen físico. El tratamiento de primera línea es la terapia física y las inyecciones de analgésicos pueden considerarse para el dolor refractario, así como la toxina botulínica (31 - 33).

Vulvodinia

Se define como un dolor vulvar de al menos tres meses de duración sin una causa clara identificable. Es muy importante distinguir entre dolor vulvar secundario a una causa específica y vulvodinia. Se debe hacer una inspección sistemática ordenada con un hisopo de algodón palpando todas las áreas de la región anogenital para localizar el dolor y se deben descartar otras patologías que causen dolor vulvar. Para orientar el tratamiento, es indispensable diferenciar la vestibulodinia provocada (vulvodinia localizada, provocada al contacto), de la vulvodinia generalizada (no provocada al tacto, con dolor espontáneo, sin necesidad de contacto y puede ser en toda la vulva). El manejo inicial es conservador, empezando por la promoción de la salud y se le indica a la paciente evitar el uso de irritantes. Se puede hacer abordaje multidisciplinario con psicología, medicinas complementarias (acupuntura) o con fisioterapia de piso pélvico (si hay mialgia de piso pélvico concomitante).

El manejo médico de la vulvodinia provocada puede ser con ungüentos tópicos sobre las áreas de dolor previamente mapeadas con la prueba del hisopo. No hay buena evidencia científica a cerca de este tratamiento, la mayoría de las recomendaciones son basadas en series de casos, estudios observacionales o descriptivos. Los preparados tópicos que se usan contienen: lidocaína, gabapentina, amitriptilina, baclofen, estradiol, testosterona o capsaicina. El manejo quirúrgico de la vestibulodinia provocada, se ofrece si los preparados tópicos no fueron efectivos, es actualmente el tratamiento más eficaz con tasas de éxito del 60 al 100%. La evidencia se limita a series de casos y cohortes prospectivas. Consiste en la resección quirúrgica de las zonas dolorosas vulvares marcadas previamente con la paciente consciente. Para la vulvodinia generalizada, se usan agentes sistémicos como los tricíclicos, la duloxetina, la gabapentina y la pregabalina, su utilización se basa en el uso exitoso en otros estados de dolor neuropático crónico, pero en vulvodinia hay escasez en la evidencia de alta calidad (34, 35).

Síndrome de intestino irritable SII

El diagnóstico de SII se hace con los criterios de Roma IV. Consisten en dolor o molestia abdominal recurrente durante más de tres días por mes durante los tres meses previos, asociado con dos o más de los siguientes criterios: relacionado a la defecación, asociado con un cambio de frecuencia en las evacuaciones, o asociado con un cambio en la forma o apariencia de las evacuaciones, con inicio de los síntomas al menos 6 meses antes del diagnóstico.

El tratamiento primario para el SII son las modificaciones en la dieta. La lactosa, el sorbitol, la fructosa, la cafeína, el chicle y el alcohol causan molestias abdominales y deben eliminarse de la dieta. El tratamiento médico está dirigido hacia los síntomas primarios de la paciente: dolor y distensión abdominal, diarrea o estreñimiento. En dolor abdominal, deben considerarse agentes antiespasmódicos como dicyclomine e hiosciamina, el aceite de menta, la desipramina, la amitriptilina, la paroxetina, la sertralina, el citalopram, la linaclotida, el alonsetron, la lubiproston y la plecetanida. Si el síntoma predominante es la diarrea se pueden utilizar: loperamida, colestiramina, colestipol, colesevelam, alosetron, eluxadolina probióticos, rifaximina y ondansetron. Si el síntoma primario es el estreñimiento, podrían usarse: psyllium, poliethylenglicol PEG, lubiproston, linaclotida, plecetanida. Los estudios han indicado que la incorporación de técnicas de mente – cuerpo como el tratamiento psicológico

con terapia cognitiva conductual, acupuntura y la hipnoterapia, pueden mejorar los resultados de la paciente en comparación con la medicación sola. (36)

Terapias para las comorbilidades no dolorosas

Es importante anotar que además de lo anterior, se debe dar tratamiento para las comorbilidades no asociadas al dolor, como por ejemplo la privación del sueño, la ansiedad y la depresión. Muchas mujeres con DPC también tienen problemas psicosociales que pueden influir en el grado de sufrimiento y de discapacidad. Una historia de abuso sexual o dificultades matrimoniales son problemas comunes que pueden ser fuente o motivo de exacerbaciones del dolor pélvico crónico. El tratamiento psicológico y el apoyo pueden ser beneficiosos, además de los antidepresivos (37).

Cuarto paso: evaluación periódica

Esta evaluación de control se recomienda según la patología de base, y la evolución de la enfermedad. Al inicio del tratamiento, la evaluación puede ser a las 4 a 8 semanas, y luego dependiendo de la progresión del cuadro clínico.

Quinto paso: derivación a un especialista en manejo del dolor

Las pacientes que no mejoren con tratamiento tradicional indicado anteriormente dentro de 12 semanas de iniciado el manejo deben ser remitidas a Clínica de dolor, en donde es probable que se practique algún tipo de intervencionismo analgésico como bloqueos nerviosos. Por ejemplo, el bloqueo hipogástrico superior se ha usado tradicionalmente en el tratamiento del dolor pélvico oncológico, pero también ha sido utilizado en el dolor asociado a endometriosis o DPC benigno. El bloqueo del ganglio impar se ha realizado para aliviar causas benignas de dolor perineal intratable. Existen otros múltiples procedimientos de intervencionismo analgésicos que se podría ofrecer a nuestras pacientes. (38)

Conclusiones

El DPC es un reto para los médicos y un problema desafiante para las pacientes. Es importante evaluar tanto las fuentes ginecológicas como las no ginecológicas del dolor pélvico. A menudo pueden existir varios factores contribuyentes que requieren tratamiento. Es importante ser claros con las pacientes e informarles que aunque en algunas ocasiones el tratamiento puede no ser curativo, se trata de disminuir el dolor y, que esto le permita tener una mejor calidad de vida.

Bibliografía

1. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstet Gynecol.* 2020 Mar;135(3):e98-e109. doi: 10.1097/AOG.0000000000003716. PMID: 32080051.
2. IASP. Classification of chronic pain, Second edition GROUP XXIII: CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROMES. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673&navItemNumber=677>. Accessed April 5, 2020.
3. IPPS response to ACOG. Comments on CPP ACOG Practice Bulletin Number 218
4. Allaire C, Williams C, Bodmer-Roy S, et al. Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2018. doi:10.1016/j.ajog.2017.10.002
5. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 26;17(9):3005. doi: 10.3390/ijerph17093005. PMID: 32357440; PMCID: PMC7246747.
6. Benjamin-Pratt AR, Howard FM. Management of chronic pelvic pain. *Minerva Ginecol* 2010; 62(5):447.
7. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol* 2009; 25(3):149.
8. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *J Pain.* 2016. doi:10.1016/j.jpain.2016.06.002
9. Aredo JV, Heyrana KJ, Karp BI, Shah JP, Stratton P. Relating chronic pelvic pain and endometriosis to signs of sensitization and myofascial pain and dysfunction. *Semin Reprod Med* 2017;35:88–97. (Level III)
10. Carrillo J, Lamvu G. The Force is With You: Mind Tricks for Chronic Pelvic Pain. *Pain week.* 2019;7(4):36-43. <https://www.painweek.org/node/4653>.
11. Yosef A, Ghaffar Ahmed A, Al-Hussaini T, Abdellah MS, Cua G, Bedaiwy MA. Chronic pelvic pain: pathogenesis and validated assessment. *Middle East Fertil Soc J.* 2016;21(4):205-21.
12. U.S. Department of Health and Human Services ITF. Executive Summary Pain Management Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force Report: Updates, Gaps, Inconsistencies, and Recommendations.; 2019. <https://www.hhs.gov/ash/advisory-committees/pain/reports/index.html>.
13. International Pelvic Pain Society. Documents and forms: history and physical. Available at: https://www.pelvicpain.org/IPPS/Professional/Documents_Forms/IPPS/Content/Professional/Documents_and_Forms.aspx. Retrieved September 23, 2019. (Level III)
14. Zambrano C y cols. Cirugía Mínimamente Invasiva en Ginecología, FLASOG, Capítulo 36, Utilidad de la historia clínica y el examen físico en aproximación diagnóstica del dolor pélvico crónico, Noviembre de 2017
15. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* 2014;10(5):261–75.
16. Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, Borghi A, Drudi D, Somigliana E. Medical treatment of endometriosis-related pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Aug;51:68-91. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.01.015. Epub 2018 Feb 15. PMID: 29530425.
17. Jensen JT, Schlaff W, Gordon K. Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain: a systematic review of the evidence. *Fertil Steril.* 2018 Jul 1;110(1):137-152.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.03.012. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29937152.
18. Borghese P, Santulli L, Marcellin C, Chapron. Definition, description, clinicopathological features, pathogenesis and natural history of endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.02.017>
19. Flyckt R, Kim S, Falcone T. Surgical Management of Endometriosis in Patients with Chronic Pelvic Pain. *Semin Reprod Med.* 2017 Jan;35(1):54-64. doi: 10.1055/s-0036-1597306. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28049215.

20. Kho RM, et al. Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms, *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* (2018).
21. Brown J, Crawford TJ, Allen C, Hopewell S, Prentice A. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 23;1(1):CD004753. doi: 10.1002/14651858.CD004753.pub4. PMID: 28114727; PMCID: PMC6464974.
22. Wattier JM. Antalgiques et alternatives thérapeutiques non médicamenteuses pluridisciplinaires, RPC Endométriose CNGOF-HAS [Conventional analgesics and non-pharmacological multidisciplinary therapeutic treatment in endometriosis: CNGOF-HAS Endometriosis Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018 Mar;46(3):248-255. French. doi: 10.1016/j.gofs.2018.02.002. Epub 2018 Mar 3. PMID: 29510963.
23. Xu Y, Zhao W, Li T, Zhao Y, Bu H, Song S. Effects of acupuncture for the treatment of endometriosis-related pain: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Oct 27;12(10):e0186616. doi: 10.1371/journal.pone.0186616. PMID: 29077705; PMCID: PMC5659600.
24. Marcu I, Campian EC, Tu FF. Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. *Semin Reprod Med*. 2018 Mar;36(2):123-135. doi: 10.1055/s-0038-1676089. Epub 2018 Dec 19. PMID: 30566978.
25. Akiyama Y, Homma Y, Maeda D. Pathology and terminology of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: A review. *Histol Histopathol*. 2019 Jan;34(1):25-32. doi: 10.14670/HH-18-028. Epub 2018 Jul 17. PMID: 30015351.
26. Herrera-Betancourt AL, Villegas-Echeverri JD, López-Jaramillo JD, López-Isanoa JD, Estrada-Alvarez JM. Sensitivity and specificity of clinical findings for the diagnosis of pelvic congestion syndrome in women with chronic pelvic pain. *Phlebology*. 2018 Jun;33(5):303-308. doi: 10.1177/0268355517702057. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28379058.
27. Saadat Cheema O, Singh P. Pelvic Congestion Syndrome. 2020 Jul 22. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. PMID: 32809625.
28. Soon-Sutton TL, Feloney MP, Antolak S. Pudendal Neuralgia. 2020 Dec 17. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. PMID: 32965917.
29. Khoder W, Hale D. Pudendal neuralgia. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014 Sep;41(3):443-52. doi: 10.1016/j.ogc.2014.04.002. Epub 2014 Jul 9. PMID: 25155124.
30. Elkins N, Hunt J, Scott KM. Neurogenic pelvic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017;28(3):551-69.
31. Bishop LA. Management of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol*. 2017;60(3):524-30.
32. Silva AP, Montenegro ML, Gurian MB, Mitidieri AM, Lara LA, Poli-Neto OB, Rosa E Silva JC. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017 Jan;39(1):26-30. English. doi: 10.1055/s-0036-1597651. Epub 2016 Dec 27. PMID: 28027568.
33. Bonder JH, Chi M, Rispoli L. Myofascial Pelvic Pain and Related Disorders. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017 Aug;28(3):501-515. doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.005. PMID: 28676361.
34. Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, Coady D. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstet Gynecol*. 2016;127(4):745-51.
35. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Apr 30;6(1):36. doi: 10.1038/s41572-020-0164-2. PMID: 32355269.
36. Alammam N, Stein E. Irritable Bowel Syndrome: What Treatments Really Work. *Med Clin North Am*. 2019 Jan;103(1):137-152. doi: 10.1016/j.mcna.2018.08.006. PMID: 30466670.
37. Urits I, Callan J, Moore WC, Fuller MC, Renschler JS, Fisher P, Jung JW, Hasoon J, Eskander J, Kaye AD, Viswanath O. Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2020 Sep;34(3):409-426. doi: 10.1016/j.bpa.2020.08.001. Epub 2020 Aug 8. PMID: 33004156.
38. Nagpal AS, Moody EL. Interventional Management for Pelvic Pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2017 Aug;28(3):621-646. doi: 10.1016/j.pmr.2017.03.011. Epub 2017 May 27. PMID: 28676368.