

DOLOR PELVIANO CRÓNICO DESDE LA PERSPECTIVA DEL DOLOR

CHRONIC PELVIC PAIN FROM A PAIN POINT OF VIEW

DR. RUDY HERNÁN GARRIDO L. (1)

1. Postgrado Medicina del Dolor. Departamento de Anestesiología. Clínica Las Condes.

Email: rgarrido@clc.cl

RESUMEN

El dolor pélvico crónico (DPC) como entidad presenta características que le separan de otros dolores: Desde ya, existe una diferencia según sexo respecto de sus causas; así, no es infrecuente que el DPC sea enfocado en capítulos diferentes en un sinnúmero de libros de la especialidad según se trate del hombre o la mujer. En segundo término, la compleja anatomía de la región que reúne huesos, músculos, fascias, vasos, nervios y vísceras determinan signos y síntomas que, conforme avanza el tiempo, pierden sus características específicas y dificultan su diagnóstico. Por último y no menos importante, la relación estrecha entre órganos de la pelvis y representación mental consciente/ inconsciente es un coadyuvante importante en la aparición y/o mantención de dolor en esa región.

En el presente artículo se dan a conocer aspectos principales de este cuadro, haciendo énfasis en algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Palabras clave: Dolor pélvico crónico, manejo, fisiopatología, terapia intervencional.

SUMMARY

Chronic pelvic pain (DPC) as an entity has characteristics that separate it from other causes of pain: Of course, there is difference by sex in some of their causes; so it is not unusual that DPC is focused on different chapters of pain-

books depending on whether the patient is male or female. Second, the complex anatomy of the region that has bones, muscles, fascia, vessels, nerves and viscera determine signs and symptoms that, as time goes on, they lose their specific characteristics and make diagnosis difficult. Last but not least, the close relationship between pelvic organs and mental conscious / unconscious representation is an important adjunct in the onset and / or persistent pain.

In this article we present key aspects to this clinical profile, emphasizing some diagnostic and therapeutic procedures.

Key words: Chronic pelvic pain, management, physiopathology, interventional therapies.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor - IASP- definió en 1979 al dolor como “una experiencia sensorial y emocionalmente desagradable que surge de un daño tisular presente o potencial o que se describe en términos de dicho daño”. Esta definición, con limitaciones, otorga una plataforma operacional para seleccionar, seguir y definir estrategias de estudio y manejo del dolor.

Respecto al Dolor Crónico Pelviano (DCP), no existe una definición globalmente aceptada. La IASP lo define como un dolor crónico o recurrente, sin una patología obvia, que aparentemente tiene un origen ginecológico, pero para el cual no se ha encontrado una causa o lesión definitiva. Esta definición genera problemas como la exclusión del

género masculino e implica la ausencia de patología, lo que no siempre corresponde.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) generó una definición de DPC con mayor aceptación: "Dolor no cíclico presente al menos por 6 meses localizado por debajo del ombligo e incluye la pared abdominal, la región lumbo-sacra y las caderas. Es severo en términos de incapacidad o por necesitar apoyo médico".

Finalmente, la Asociación Europea de Urología definió el 2009 al DPC como un dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis sin distinción de género. En el caso de un dolor nociceptivo documentado que se hace crónico, el dolor debe ser continuo o recurrente por al menos 6 meses. Si no es agudo y los mecanismos de sensibilización central del dolor están bien documentados, el dolor se entiende como crónico independiente del tiempo transcurrido. En todos los casos, frecuentemente se asocia a consecuencias negativas en el ámbito cognitivo, de conductual, sexual y emocional (1).

Mientras el dolor agudo constituye una alerta biológica que avisa y evita un daño determinado, el DCP, insertado en el concepto global de dolor crónico, no es sólo un algia que se extiende en el tiempo: Deja de ser alerta y se constituye en una enfermedad en sí misma. Deja de ser lineal con respecto a la lesión orgánica, al menoscabo o discapacidad y en él comienzan a entremezclarse factores psico-sociales tales como alteraciones del ánimo, de los afectos, del pensamiento, limitación laboral y aislamiento social.

EPIDEMIOLOGÍA

En Chile no se cuenta con cifras respecto a la prevalencia de DPC. En Estados Unidos o Alemania la prevalencia en la población general es de alrededor de 12-15%. En el caso de mujeres, esta prevalencia es similar a la de migraña, asma o dolor lumbar. Es más frecuente en la edad reproductiva y si bien se presenta en el hombre, se desconoce su real magnitud.

En EE.UU., cerca de un 10% de las consultas al ginecólogo son por esta causa. Y de aquellas pacientes que ingresan a pabellón con indicación de histerectomía por DPC, un 25% persiste con el cuadro después de ésta. Las pacientes aquejadas de DPC comparadas con mujeres sanas usan 3 veces más medicamentos, tienen 4 veces más cirugías ginecológicas y 5 veces más riesgo de tener una histerectomía. La actividad diaria y laboral también se ve afectada en diferente grado (2).

FISIOPATOLOGÍA

Desde el punto de vista anatómico la pelvis se ubica en la parte más baja del abdomen y tiene forma de embudo. Está constituida por huesos que se articulan entre sí formando un cinturón óseo reforzado por ligamentos. La pelvis mayor, como continuación del abdomen, comprende seis músculos a cada lado. La pelvis menor, por su parte,

tiene a cada lado al músculo obturador interno y por detrás al piramidal. El orificio inferior de la pelvis menor está cerrado por el perineo, que comprende tres grupos musculares.

Las vísceras pelvianas incluyen a la vejiga, porción terminal de los uréteres, colon sigmoide, recto, algunas asas de intestino delgado, vasos sanguíneos y linfáticos, ganglios, nervios y genitales internos. Estos últimos comprenden en el hombre a la próstata, vesículas seminales, conductos eyaculadores y conductos deferentes y en la mujer a los ovarios, trompas, útero y vagina (3).

La inervación de la pelvis y su contenido es compleja por su abundancia y porque diferentes estructuras comparten una misma inervación, lo que implica una interdependencia en su regulación. Está dada por los plexos hipogástricos superior, medio e inferior y por el nervio pudendo.

Los generadores de dolor pélvico se caracterizan por ser somáticos o viscerales. Las estructuras pélvicas somáticas tales como huesos, articulaciones, músculos y piel envían aferencias mediante neuronas de primer orden que hacen sinapsis en el asta posterior de la médula torácica baja, lumbar y sacra. Frecuentemente el dolor muscular profundo presenta un carácter sordo y vago que se confunde con el dolor visceral. Por otro lado, el dolor visceral se origina de aferencias inmersas o que descansan sobre estructuras internas de la pelvis, tales como vejiga, uréter u ovarios. La señal dolorosa se transmite mediante fibras sensitivas y motoras del sistema nervioso autónomo hacia la médula. El dolor pélvico frecuentemente se presenta sin evidencia de daño tisular, lo que sugiere la posibilidad de un dolor no-nociceptivo.

Es conocido que el dolor crónico se asocia a cambios en el SNC que pueden mantener la sensación de dolor en ausencia de un daño agudo. Estos cambios también pueden magnificar la percepción, de forma tal que estímulos no dolorosos se perciben como si lo fueran (alodinia) y aquellos estímulos dolorosos se perciben con mayor intensidad que lo esperable (hiperalgesia). Músculos de la pelvis pueden hacerse hiperalgésicos con múltiples puntos gatillo y algunos órganos pueden hacerse sensibles, como el útero con la dispareunia y la dismenorrea o el intestino en el síndrome de colon irritable. Los cambios dentro del SNC involucran a todo el neuroeje, por lo que actividad eferente anormal puede ser la causa de cambios funcionales y estructurales, así también podría ser responsable de algunos de los cambios psicológicos, que a su vez modifican los mecanismos del dolor (4).

Un trabajo reciente de Hoffmann (5) pretende dar luces respecto a la multiplicidad de síntomas que involucran a diferentes órganos en el DCP. Para ello describe cuatro posibles explicaciones en base a estudios neuroanatómicos previos:

1. La convergencia viscerovisceral o inervación entre vísceras que convergen en el asta dorsal de la médula que explicaría, mediante la propagación antidrómica, el que la enfermedad de un órgano afectaría al otro.

2. La convergencia víscero-somática explicaría por qué la patología de un órgano puede provocar hiperalgesia y disfunción muscular. Los signos de daño aferente generados en una víscera convergen con aferencias somáticas hacia un determinado segmento medular y de esa zona se genera una transmisión antidrómica hacia estructuras somáticas. Este mecanismo explicaría por ejemplo la hiperalgesia del músculo recto anterior en pacientes con dismenorrea y endometriosis.

3. La hipertonicidad del piso pélvico crearía síntomas viscerales mediante la compresión directa de órganos por músculos cortos y tensos y también a través de la convergencia víscero-somática. Este fenómeno se observa por ejemplo en el síndrome de vejiga dolorosa y la endometriosis.

4. La sensibilización central, que se refiere a los procesos que ocurren en el SNC secundarios a la percepción de dolor por largo tiempo y que además pueden expandir los campos receptivos, lo que se traduce en percibir el dolor como si se originara en estructuras mucho más extensas que las que originan el dolor.

CLÍNICA

El DPC es un cuadro complejo, en el cual con frecuencia se entremezclan síntomas del aparato reproductor, urológico, gastrointestinal, de la pared abdominal, del piso pélvico y factores psico-sociales, por lo que cobra gran importancia una **historia clínica exhaustiva**.

Hay que identificar el dolor (o dolores), sus características, el impacto en el sueño, en la actividad laboral y social; qué tipo de terapias ha realizado el paciente (médico, quirúrgico, psiquiátrico, psicológico, kinésico, medicina complementaria, etc.) y sus resultados. Hay que preguntar sobre estados mórbidos asociados, medicamentos y alergias. Además hay que delinear el mundo en que vive el paciente y su red de apoyo. Existen cuestionarios en línea que pueden servir de modelo.

El examen físico debe ser realizado en forma completa y sistemática, asociando los datos obtenidos de la historia, con las áreas de dolor encontradas, tratando de diferenciar los dolores somáticos de los viscerales (6). Esta primera evaluación fácilmente puede ocupar una hora.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL DOLOR

El DPC es un complejo sintomático que puede originarse de enfermedades gastrointestinales, urológicas, del aparato reproductor, músculo-esquelético o neurológicas. Cuando la causa del dolor es evidente, el tratamiento se dirige a tratarla. Sin embargo, un subgrupo de pacientes persiste con dolor a pesar del tratamiento de la o las causas subyacentes. Los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos resultan desalentadores para el paciente y el médico.

Es en este contexto que el manejo multidisciplinario del DPC, con la participación planificada e interactiva de diferentes especialistas (urólogo, ginecólogo, gastroenterólogo, coloproctólogo, especialista

en dolor, psiquiatra, psicólogo, kinesiólogo entre otros) cobra suma importancia tanto en el estudio como tratamiento. La terapia multimodal se reorienta a tratar el dolor y la causa subyacente -si existe- y todos aquellos factores biológicos, psicológicos y del medio ambiente que estén influyendo.

Escapa a este artículo referirse en forma específica a cada uno de los cuadros y su tratamiento. Baste señalar que los pilares fundamentales y a grandes rasgos lo constituyen el tratamiento médico (antiinflamatorios no esteroideos, opioides, antidepressivos, neuromoduladores, relajantes musculares, alfa bloqueadores), psicoterapia, terapia no farmacológica del piso pélvico (*biofeedback*, masaje miofascial), terapia farmacológica del piso pélvico (inyecciones en puntos gatillo, toxina botulínica), instilaciones vesicales, neuromodulación e intervenciones quirúrgicas (adhesiolisis, neuroablación uterina, neurectomía presacra) cuando corresponda (7).

PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL DPC

Desde hace muchos años se sabe que el uso de anestesia regional es efectiva en el manejo de pacientes con dolor por diferentes mecanismos: Interrumpe la fuente nociceptiva o la transmisión de esa información por nervios aferentes. Interfiere la aferencia de reflejos anormales que contribuyen en la patogénesis de algunos síndromes dolorosos. Interrumpe la conducción de impulsos eferentes simpáticos que son parte de un dolor postoperatorio o post-traumático y en aquellos cuadros que poseen un componente simpático. En el DPC los bloqueos con anestésico local pueden ser usados como herramienta diagnóstica, pronóstica o terapéutica o como combinación de ellos.

En el caso de **bloqueos diagnósticos**, éstos pueden determinar el sitio anatómico que es fuente del dolor, diferenciar el dolor local del referido, el dolor somático del visceral, determinar la contribución del simpático en algunos tipos de dolor y diferenciar entre dolor central o periférico.

En los **bloqueos pronósticos**, la administración de anestésico local permite a paciente y tratante observar la disminución del dolor, déficit sensitivo y otros posibles efectos antes de usar un agente irreversible sobre ese nervio.

Finalmente, los **bloqueos terapéuticos** en el contexto de síndromes de dolor crónico pueden ser eficaces en términos del bloqueo simpático que produce, de analgesia y de interrumpir aquellas aferencias nociceptivas que perpetúan el dolor a nivel central. En este último caso, el efecto analgésico se extiende mucho más allá del efecto farmacológico del anestésico local (8).

Se debe hacer hincapié en las condiciones de asepsia con que deben realizarse este tipo de procedimientos, con el paciente en una sala de procedimientos o pabellón, debidamente monitorizado, con el material adecuado para enfrentar una emergencia y con el apoyo imaginológico

que corresponda, amén de la experiencia con que debe contar el médico tratante en dicho bloqueo.

Inyección de trigger point:

Se usan para áreas musculares sensibles y específicas relacionadas con dolor miofascial o neuromas. Los músculos del piso pélvico comúnmente se afectan por las vísceras vecinas y el dolor puede determinar contracciones musculares voluntarias y reflejas. La aplicación de anestésico local con un corticoide ha mostrado ser efectivo en el espasmo del elevador del ano. Langford CF y col. en un estudio prospectivo con 18 mujeres con DPC y puntos gatillo en el músculo elevador del ano obtuvo una tasa de éxito de 72% en disminuir el dolor, al menos a la mitad del existente, previo inicio del tratamiento y 6/18 mujeres quedaron sin dolor en un seguimiento de 3 meses. Siguiendo esa misma línea, se han realizado inyecciones transvaginales de toxina botulínica A en pacientes portadoras de espasmo del músculo elevador del ano y de músculos del piso pélvico, con resultados estadísticamente significativos en disminución del dolor pélvico, presión del piso pélvico y dispareunia. Su uso en otras patologías de DCP parece prometedor (7, 9).

Bloqueo de plexo hipogástrico superior:

El bloqueo secuencial con anestésico local del plexo hipogástrico superior en pacientes con dolor visceral o mediado por el simpático puede atenuar la sensibilización central y otorga una mejoría prolongada del dolor, por ejemplo en aquellos pacientes con DPC asociado a endometriosis, adhesiones, inflamaciones y cistitis intersticial, entre otros. Corresponde a una técnica que requiere apoyo imaginológico y habilidad en su ejecución. Puede usarse también como método diagnóstico para establecer, por ejemplo, si un dolor lumbar bajo es producto de alguna patología de la columna o es referido de un DCP. La neurolisis química del plexo hipogástrico superior laparoscópicamente o vía percutánea, si bien un procedimiento reservado para pacientes con dolor oncológico, ha mostrado ser efectiva en disminuir el dolor en pacientes seleccionados portadores de DPC o endometriosis (10). En oncología se ha descrito una disminución del dolor de un 70%. En patología benigna no hay trabajos prospectivos serios que establezcan la tasa de éxito.

Bloqueo del ganglio impar:

También conocido como ganglio de *Walter*, corresponde al ganglio

terminal de las cadenas simpáticas paravertebrales y se localiza por delante de la articulación sacro-coccígea. Útil en la evaluación y manejo del dolor con mayor componente simpático, que se origina en el periné, recto o genitales. Se ha usado en la endometriosis, dolor regional complejo, proctalgia y post radioterapia, con apoyo imaginológico y administración de anestésico local y corticoide. Mediante radiofrecuencia o neurolisis química se ha realizado en pacientes con dolor crónico en la parte distal del recto, el ano, uretra distal, tercio distal de la vagina y vulva con buenos resultados, pero en un tiempo limitado de observación.

Bloqueo del nervio pudendo:

Eficaz en dolores del periné, tanto en su evaluación como en su manejo; vía transvaginal o transperineal.

NEUROMODULACIÓN

La neuromodulación a través de la estimulación de nervios sacrales se ha aplicado en pequeñas series de pacientes con DPC. Ha mostrado ser una técnica útil en un grupo muy seleccionado de pacientes que hayan superado la etapa de prueba en forma efectiva. La neuromodulación del nervio pudendo mediante el implante de un neuroestimulador adyacente al nervio parece un tratamiento promisorio (7). Sin embargo, faltan estudios randomizados con un número alto de pacientes para establecer su efectividad.

SÍNTESIS

El dolor pélvico crónico continúa siendo un desafío diagnóstico y terapéutico en nuestro tiempo. Con una prevalencia no despreciable de hasta 15% aproximadamente y con menoscabo objetivo en términos de función y de calidad de vida de quien la padece, el manejo multidisciplinario constituye hoy en día la mejor estrategia para evaluar y manejar estos pacientes, no sólo en términos de tiempo y dinero, sino que en la optimización de recursos para establecer su causa y ofrecer el tratamiento adecuado. Los procedimientos intervencionistas tienen un rol en el diagnóstico y/o tratamiento del DPC, sin olvidar que son recursos con validez científica en ocasiones limitada y por lo general de segunda o tercera línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fall M, Baranowski A, Elneil S. et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2010; 57: 35-48.
2. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economics correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 55-8.
3. Ramírez H. Dolor pélvico. Paile C, Bilbeny N. El dolor de lo molecular a lo clínico. 1ª edición. Santiago de Chile. Ed. Mediterráneo. 2005:647-54.
4. Wesselmann U. Klinik und Pathophysiologie der Schmerzen der Beckenorgane bei der Frau. *Schmerz* 2002; 16: 467-75.
5. Hoffman D. Understanding multisymptom presentations in chronic pain:

The inter-relationships between the viscera and myofascial pelvic floor dysfunction. *Curr Pain Headache Reports* 2011;5: 343-46.

6. Paulson J, Gor H: Management of chronic pelvic pain. *Expert Rev Obstet Gynecol* 2007; 2 (1): 37-50.

7. Wehbe S, Fariello J, Whitmore K: Minimally invasive therapy for chronic pelvic pain syndrome. *Curr Urol Reports* 2010; 11(4): 276-85.

8. Buckley P. Regional anesthesia with local anesthetics. Loeser J (Editor). *Bonica's management of pain*. 4a edición. Philadelphia. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2001:1893-1966.

9. Parker J, Buga S, Sarria J, et al: Advancements in the management of urologic chronic pelvic pain: what is new and what we now?. *Curr Urol Reports* 2010; 11(4):286-91.

10. Cid J: Dolor pélvico crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2006; 13(1):29-39.

El autor declara no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.