

Dolor Pélvico Crónico y Endometriosis

Dr. Luis Carlos Páez L.

El dolor pélvico crónico (DPC) se refiere al dolor no cíclico localizado en el abdomen bajo, debajo del ombligo, que interfiere con la calidad y estilo de vida, comportamiento y funcionalidad en general, que ha estado presente por lo menos 6 meses y que es una causa importante de malestar, ansiedad, de visitas frecuentes al médico e inclusive cirugías.

La dismenorrea es cíclica por lo que no engloba dentro de la definición, pero una dismenorrea continua, que ocurre mes con mes ya es considerada por muchos como DPC. La dismenorrea representa un subgrupo especial del DPC. Mientras que el dolor cíclico con la menstruación sugiere una relación con el tracto genital y/o ovarios, esto no siempre es el caso. Las mujeres con dismenorrea severa generalmente padecen de endometriosis, la cuál se acompaña a su vez de dolor pélvico diferente al de la menstruación.

A la mujer lo que menos le importa es si su dolor entra dentro de una definición, lo que quiere es ayuda a como de lugar. Igualmente, si vemos la definición, también entran otros factores como imposibilidad de realizar funciones cotidianas, ansiedad, malestar, etc., que suelen acompañar a las mujeres con dismenorrea.

Existen tres tipos de dolor, en base a su duración:

Dolor Agudo: Menos de 3 meses

Dolor Subagudo: 3-6 meses

Dolor Crónico: Más de 6 meses

El dolor pélvico crónico no es un diagnóstico.....es un síntoma

El DPC es el resultado de alguna patología, no una patología en sí. Siempre deberá de buscarse la causa.

Existen 6 patrones comunes en todas las mujeres con DPC

1. El dolor ha estado presente por 6 meses o más
2. Los tratamientos convencionales no ha ayudado mucho
3. El grado de dolor percibido por la paciente parece fuera de proporción al grado de lo encontrado en la exploración o mediante estudios convencionales
4. Se aprecia físicamente depresión
5. La actividad física se ha tornado cada vez más limitada
6. Los roles emocionales en la familia se han alterado; la paciente se sale de su rol acostumbrado

¿Qué tan grande es el problema?

- 15% de las mujeres americanas entre los 18 y 50 años - 9.2 millones
- 10% de las visitas al ginecólogo
- 25% de las mujeres permanecen en cama 2.6 días promedio al mes; el 58% deben de suspender actividades cotidianas 2.6 días/mes
- Trastornos emocionales en el 56%
- Dispareunia en el 90% de los casos
- El 75% de las mujeres no han visto a ningún médico en los 3 meses previos
- Sólo el 20% han consultado con un ginecólogo y un 10% con otro médico
- De las 9.2 millones que lo padecen, el 61% aún no tienen diagnóstico
- Hasta el 40% de las laparoscopías y el 10-16% de las histerectomías (80,000 anuales en EUA), generalmente sin mejoría

El dolor pélvico cíclico o dismenorrea es la principal causa de ausentismo de la escuela en mujeres jóvenes
Más de 140 millones de horas trabajo perdidas al año!!!!

Fuentes del Dolor

La mujer con DPC se presentará con el especialista en base a lo que ella cree tener, o en base al médico que la refirió, según el órgano o sistema que se piensa que esta involucrado. Sin embargo, puede no ser el especialista correcto o indicado. Asimismo, las mujeres que consultan ginecólogos pudieran tener otra fuente de dolor, por lo que se recomienda que el ginecólogo valore otros sistemas a su vez. Dentro de las diferentes fuentes de dolor, podemos encontrar las siguientes:

1. Reumatológicas. La fibromialgia, usualmente clasificada dentro de las enfermedades reumatológicas, debido a que se pensaba que era una enfermedad del tejido conectivo y músculo, es un trastorno en el procesamiento del dolor más que de la pared, en el que las señales del sistema nervioso periférico son amplificadas de una manera inapropiada y percibidas como dolor.
2. Psiquiátricas: tales como: depresión, hipocondriasis, somatización y delusiones somáticas. Los trastornos psiquiátricos pueden producir dolor. Muchos médicos piensan que todas las enfermedades son o físicas o mentales. Esto no es del todo cierto. Muchas enfermedades van de la mano, ya que el dolor crónico puede provocar trastornos psicológicos.
“Las pacientes con DPC están generalmente deprimidas. Ya si la depresión es causa o consecuencia del dolor es totalmente irrelevante para ellas”
 Lo que menos les importa a las pacientes es saber si es depresión o dolor de otra causa. Lo que quieren es que les quiten el dolor de la manera que sea. Generalmente están desesperadas y no quieren escuchar que uno les diga que todo esta en la cabeza. Para ellas es muy real.
3. Musculoesqueléticas. Tales como la enfermedad sacroiliaca o de disco, hernias, atropamientos nerviosos, etc.
4. Urológicas. La mayoría de los problemas de vías urinarias tienen sus síntomas específicos, pero pudieran presentarse como dolor suprapúbico como única manifestación. Ejemplos de condiciones que pudieran presentarse con DPC son la cistitis intersticial, síndrome uretral, cálculos urinarios, infecciones, etc.
5. Gastrointestinales. Los síntomas intestinales se pueden presentar en cualquier parte del abdomen. Son más comunes síntomas como náusea, vómito, distensión, diarrea o estreñimiento, pero el dolor pudiera ser la única manifestación. Se deberá de interrogar acerca de síntomas específicos, relación con las comidas, patrón migratorio, etc. Los problemas más comunes son los trastornos funcionales del intestino como el síndrome de colon irritable y el trastorno neuromuscular intestinal, pero otros trastornos inflamatorios como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerativa también pudieran dar DPC.
6. Ginecológicas. Existen varias causas ginecológicas posibles de DPC, incluyendo la endometriosis, adenomiosis, infección pélvica, adherencias, fibromas o leiomiomas, y quistes. De las causas ginecológicas de DPC, la endometriosis y adenomiosis son las únicas condiciones que se han visto implicadas con consistencia. La endometriosis es la principal causa de DPC. El dolor de la endometriosis no esta limitada al periodo menstrual.

Evaluación de la Mujer con DPC

Historia Clínica y Exploración física

Debido la gran variedad de condiciones que pueden causar DPC, el médico se puede sentir frustrado al querer evaluar a una mujer con esta condición. Lo que el ginecólogo necesita hacer es eliminar o disminuir significativamente la posibilidad de que exista una causa no-ginecológica del dolor pélvico crónico...pero la pregunta es: ¿cómo lograr esto de la mejor manera? En la evaluación del DPC, la historia y el examen físico son lo más importante. Con una buena historia clínica y un detallado examen físico se deberá de tener cerca de un 80% del diagnóstico.

Estudios de Imagen y Laboratorio

Los estudios complementarios pueden ayudar algo, como el ultrasonido y los exámenes de laboratorio, pero solo como soporte a lo antes mencionado. Es muy común ordenar un ultrasonido en una mujer con DPC, a pesar de que la exploración física no revele alguna anomalía.

Procedimientos

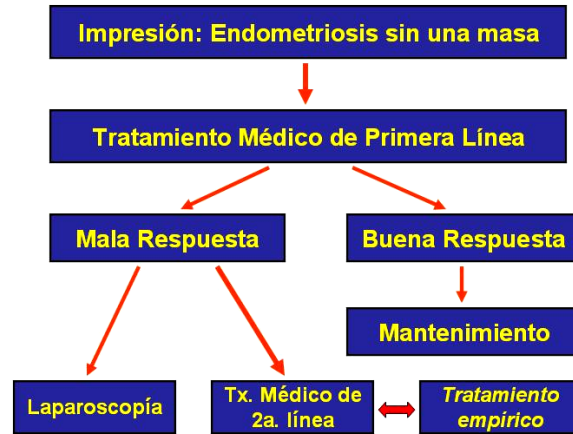
Se puede ordenar una cistoscopia, colonoscopia, dependiendo de las características de la paciente. La laparoscopia ha sido tradicionalmente recomendada para mujeres con DPC que acuden a un ginecólogo. Es importante evaluar el verdadero significado o ayuda que una laparoscopia pueda dar para el diagnóstico y manejo del DPC.

Tratamiento de la Enfermedad

El tratamiento deberá de ser enfocado al diagnóstico de sospecha. Cada especialista que evalúe un DPC, deberá de descartar alguna patología dentro de su especialidad. Si se sospecha o confirma un diagnóstico específico, se deberá de canalizar al especialista correspondiente. Dentro del área ginecológica, siempre se deberá de pensar en endometriosis.

Protocolo de Evaluación y Manejo del DPC

Como se cree que la mayoría de las mujeres con DPC puedan tener endometriosis, se desarrolló una junta de varios ginecólogos en la ciudad de Las Vegas en Octubre de 1999, en donde se buscaba llegar a un consenso general con respecto a la evaluación de una mujer con DPC que se crea que se deba a endometriosis. El algoritmo de evaluación se muestra a continuación.



Durante la presentación del tema se abordará ampliamente este algoritmo. En base a la evaluación y manejo de la paciente con DPC que se crea se deba a endometriosis se obtienen diferentes conclusiones.

Conclusiones

El dolor pélvico crónico en mujeres puede deberse a varias causas en diferentes órganos o sistemas. La principal misión del ginecólogo es eliminar cualquier causa no ginecológica del dolor para después poder evaluar las causas ginecológicas. Cuando la evaluación no revele causas aparentes, se deberá de pensar en endometriosis y tratarla como tal.

La parte más importante en el manejo de la paciente con DPC es la evaluación mediante la historia y la exploración, y mediante estudios de imagen o laboratorio finamente seleccionados. Si los regimenes como los ACO's, AINES no son efectivos, no ayuda en nada cambiar a otro tipo y otro y otro, o prolongar regimenes no efectivos.

A pesar de que tratar a pacientes con DPC puede resultar retador para muchos médicos, estas pacientes pueden ser tratadas de una manera efectiva. También deberán buscarse otras modalidades para lidiar con el dolor y mejorar el rendimiento en general.

El hecho de no ver endometriosis no significa que no esta presente y que no es la causa del dolor o viceversa, la visualización de endometriosis no significa que es la causa del dolor. Se recomienda un tratamiento de prueba por 3 meses con análogos GnRH previo a la laparoscopia en mujeres con DPC que se crea debido a la endometriosis.

El uso empírico de medicamentos anti-endometriosis provee un método confiable para diagnosticar la enfermedad y confirmar que esta está causando el dolor. El uso empírico a su vez, provee un costo mucho menor que la laparoscopia. Es importante evitar regimenes poco efectivos, como por ejemplo agregar más y más medicamentos que no han sido ya previamente efectivos.

Es importante proporcionarle a las pacientes apoyo psicológico y moral para sobrellevar los efectos de la condición. La evaluación del DPC siempre deberá de buscarse que sea multidisciplinario y a todos los niveles.