

ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

(Última revisión: 08/04/2014)

¿QUÉ ES EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO?

El dolor pélvico crónico se define como el dolor intermitente o constante en la parte inferior del abdomen o de la pelvis, de al menos 6 meses de duración, que no se produce exclusivamente con la menstruación o el coito y no está asociado al embarazo.



¿CÓMO PODEMOS HACER EL DIAGNÓSTICO?

Para hacer el diagnóstico se deben tener en cuenta todas las estructuras de la pelvis. Aparato genital, urológico y digestivo y las estructuras musculoesqueléticas (músculos, nervios y estructuras óseas).

Es importante disponer de un **equipo multidisciplinar** formado por anestesistas de la unidad del dolor, ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, coloproctólogos, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, rehabilitadores y enfermeras.

DOLOR PÉLVICO DE ORIGEN UROLÓGICO.

Se puede dividir básicamente en el **síndrome de dolor vesical** y el **síndrome de dolor uretral**.

El síndrome de dolor vesical se diagnostica cuando existe un dolor crónico (de más de 6 meses), sensación de presión o molestias en la pelvis que se perciben en relación con la vejiga y que se acompañan al menos de otro síntoma urinario como aumento en la frecuencia de micciones o sensación persistente de deseo de micción. Todos estos síntomas deben darse en ausencia de infección demostrada y sin patología orgánica que lo justifique.

En el síndrome de dolor uretral se producen episodios recurrentes de dolor de uretra, durante la micción, con aumento de la frecuencia, en ausencia de infección demostrada. Es también un diagnóstico de exclusión.

No existe tratamiento específico. Los tratamientos utilizados habitualmente son relajantes musculares, biofeedback, terapia conductual. La cirugía se reserva para los casos resistentes a todos los tratamientos.



ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

DOLOR PÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Las causas más frecuentes de dolor pélvico crónico de origen ginecológico son la **dispareunia, la vulvodinia y la endometriosis.**

La dispareunia es el dolor persistente asociado a la penetración vaginal. Cuando el dolor es profundo se asocia con frecuencia a endometriosis.

La vulvodinia se define como una sensación de dolor espontáneo vulvar, ardor y dispareunia en ausencia de signos de infección o inflamación. Entre los distintos tratamientos que pueden ser eficaces en estos casos se encuentran los antidepresivos, los anticonvulsivantes y la fisioterapia.

La endometriosis es la aparición de tejido endometrial fuera de su ubicación habitual. Este tejido produce, en ocasiones, sangrado hacia la cavidad abdominal y esto puede ser causa de dolor. También los focos de endometriosis pueden afectar directamente al tejido nervioso adyacente y ser causa de dolor intenso.

Entre los tratamientos más utilizados se encuentran los AINES, hormonas y cirugía de las lesiones.

En pacientes con mucho dolor, que no desean tener hijos y en las que los tratamientos habituales no han sido eficaces, la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral (es decir, extirpación del útero, los ovarios y las trompas) y resección de todas las lesiones de la cavidad abdominal, es el tratamiento definitivo.

En casos concretos, se puede enviar a la paciente a la unidad del dolor para tratamientos específicos como la neuromodulación.

DOLOR DE ORIGEN COLOPROCTOLÓGICO.

Entre las causas que pueden producir dolor pélvico se encuentran las hemorroides, la fisura anal, los abscesos anorrectales, fístula perianal, proctitis, coccigodinia (dolor a nivel posterior del ano que se desencadena al mover el coxis) y la proctalgia de origen funcional (dolor crónico en la región anal).

Esta patología debe ser evaluada por el coloproctólogo para establecer el mejor tratamiento.

DOLOR DE ORIGEN NEUROMUSCULAR.

En este grupo, se encuentra el **dolor miofascial** que afecta a las estructuras musculares que rodean a la pelvis, fundamentalmente el músculo elevador del ano.

En ocasiones, el dolor es consecuencia del atrapamiento del nervio y otras veces es por lesión directa del músculo.

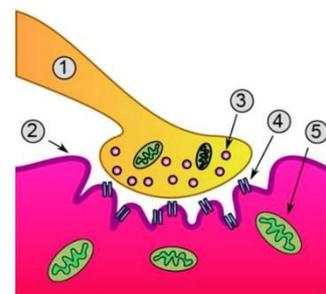
El objetivo del tratamiento es relajar la musculatura afectada, con masaje perineal o relajantes musculares. Otros tratamientos que se pueden utilizar son los inyectables con toxina botulínica (aún en fase experimental), la electroestimulación o en algún caso excepcional la cirugía.

UNIDAD DEL DOLOR PARA EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

Aquellas pacientes con dolor crónico, con mala evolución a los tratamientos iniciales, en las que existan síntomas muy importantes con clara afectación psicológica, las derivaremos a la Unidad del dolor, coordinada por anestesiólogos experimentados en el manejo del dolor.

En la unidad del dolor, además de revisar el tratamiento farmacológico, con antidepresivos o anticonvulsivantes, añadirán derivados opioides y técnicas algo más invasivas.

Pueden utilizar el **bloqueo nervioso o muscular**, que



ALICIA GUNTIÑAS CASTILLO

(LICENCIADA EN MEDICINA Y CIRUGÍA - ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

habitualmente se realiza con infiltraciones de corticoides y anestésicos locales directamente sobre el músculo o nervio afectado y que provoca el dolor. También utilizan técnicas de **neuromodulación periférica**, estimulando terminaciones nerviosas del nervio tibial posterior, que tienen su origen en el sacro y a su vez controlan la musculatura del suelo pélvico.

Como tratamiento más invasivo que se puede utilizar en la Unidad del dolor además de la ablación (o destrucción) del plexo nervioso que origina el dolor, está la **neuromodulación medular**, que trata de estimular los cordones posteriores de la médula espinal para impedir la transmisión de información al cerebro y por tanto controlar la transmisión dolorosa.

*Artículo escrito por la Dra. Alicia Guntiñas Castillo
Coordinadora de la Unidad de Suelo Pélvico de Namunvida*