

Artículo de Revisión

Abordaje integral del dolor pélvico crónico: revisión de la literatura

Juan Sebastian Fuentes Porras^{1a}, Janer Sepúlveda Agudelo¹.

¹Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

^aPrograma de Residencia en Ginecología y Obstetricia.

RESUMEN

El dolor pélvico crónico es una manifestación de muchas enfermedades y un síntoma muy frecuente en la consulta de ginecología. Para entender más completamente su presentación clínica, se explican los mecanismos neuroanatómicos y neurofisiológicos implicados y las causas más comúnmente diagnosticadas. Se resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinario, ya que a pesar de su alta prevalencia no existe una clara aproximación de su abordaje primario en forma integral. El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la literatura que permita definir los puntos más relevantes para el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología. Se presentan los estudios disponibles y recomendados según la clínica de las pacientes, adicionalmente puntos clave y signos útiles para evaluar integralmente la consulta motivada por esta condición.

PALABRAS CLAVE: *Dolor pélvico crónico, laparoscopia, endometriosis, adherencias pélvicas*

SUMMARY

Chronic pelvic pain is a manifestation of many diseases and a frequent symptom in gynecology. To understand completely as the clinical presentation neuroanatomical and neurophysiological mechanisms involved and the most commonly diagnosed causes are explained. In addition, the need for a multidisciplinary approach is emphasized because, despite its high prevalence there is no clear approach to its primary approach comprehensively. The objective of this study is to review the literature to define the most relevant diagnostic and therapeutic approach to this condition. We propose available studies and good options according to clinic of the patients; additionally we comment key points and useful signs at the moment of an integral approach of this condition.

KEY WORDS: *Chronic pelvic pain, laparoscopy, endometriosis, pelvic adhesions*

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma complejo, que puede ser la principal y la más frecuente manifestación de muchas enfermedades, que genera en el paciente una experiencia sensorial y emocional desagradable. Puede

estar asociado con un daño tisular real o potencial, sin embargo, en el interviene factores psicológicos que dependen de experiencias dolorosas previas y de factores ambientales que influyen sobre la percepción del dolor, siendo necesario documentar la causa para orientar un tratamiento médico adecuado.

El dolor pélvico crónico (DPC) es uno de los síndromes de dolor crónico, persiste durante seis meses o más, en el cual existe controversia en cuanto a su definición (1,2), etiología (2,3), causas ginecológicas (4-7) y no ginecológicas (8-10), factores psicosocioculturales (11), diagnóstico y abordaje terapéutico (4,11-15).

Actualmente se piensa que puede afectar a más del 15% de las mujeres, y que al menos una de cada tres experimentará este cuadro alguna vez en su vida (16). En países como Estados Unidos, aproximadamente el 10% de la población es remitida al ginecólogo por esta causa, siendo una indicación para realizar un procedimiento quirúrgico tanto diagnóstico como terapéutico (17) por lo tanto, el DPC es considerado como una de las principales indicaciones para realizar histerectomía de enfermedades benignas en aproximadamente el 20% de los casos, y al menos en el 40% para realizar laparoscopia (18,19).

Teniendo en cuenta los planteamientos anteriores, es claro que el DPC es un problema tanto por su frecuencia como por su morbilidad, ya que a pesar de su alta prevalencia (12-14,7%) no existe tampoco una clara aproximación de su abordaje primario en forma integral (1,2,13,14).

El objetivo de este estudio es realizar una revisión de la literatura que permita definir los puntos más relevantes para el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta patología.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura con las palabras clave: *chronic pelvic pain, laparoscopy, interstitial cystitis, adnexal mass, endometriosis, botulinum toxin, ovarian vein incompetence, noncyclic chronic pelvic pain*, en la base de datos Med line-PubMed, Scielo, Cochrane, Embase, Ovid-Hinari, Bireme y Lilacs, con los siguientes límites: clinical trial, review, meta-analysis, systematic reviews, humans, female, adult 19>years, con resultado de 84 artículos, se revisaron en total 60, incluyendo artículos con enfoque general sobre el diagnóstico, fisiopatología, epidemiología, tratamiento y cirugía, así como publicaciones realizadas en Latinoamérica, e información reportada a nivel de Colombia. Finalmente se presentan la información obtenida a través de esta revisión sistemática de la literatura.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS DEL DOLOR

Sobre la fisiopatología de esta entidad es

necesario mencionar los mecanismos de dolor que están involucrados: el dolor nociceptivo, su origen puede ser somático o visceral y el dolor no nociceptivo, su origen puede ser neuropático o psicógeno (20).

El dolor somático es referido como agudo o sordo y usualmente es discreto; a diferencia del dolor visceral que se transmite a través de las fibras simpáticas del sistema nervioso autónomo y se describe como mal localizado, y se relaciona con la presencia de fenómenos autonómicos como náuseas, vómitos, diaforesis y reacciones emocionales.

El dolor neuropático es resultado de un estímulo a los sistemas nervioso central o periférico y por lo general produce ardor, parestesias y dolor lancinante (20).

Por otro lado, cuando se produce una lesión tisular se desencadena la liberación de sustancias químicas, dando lugar a una reacción inflamatoria, que se traduce en señales de dolor; estas viajan desde la periferia hasta el asta dorsal de la médula espinal y luego hacia la corteza cerebral, a través de nervios no mielinizados (fibras C). Se ha encontrado que un grupo especial de fibras C aferentes llamadas "silentes", tienen el potencial de transmitir el dolor cuando son estimuladas por un insulto nocivo prolongado, aproximadamente del 30-80% de los nervios aferentes viajan desde las vísceras por este tipo fibras silentes (21,22). Cuando estas fibras aferentes son activadas, el asta dorsal es repetidamente bombardeada por estímulos nocivos que con el tiempo pueden resultar en una serie de cambios de neuroplasticidad, que conduce a que un episodio de dolor agudo se convierta en un síndrome de dolor crónico.

Por otro lado, se produce una pérdida de la inhibición de las neuronas del asta dorsal y una disminución en el umbral de estos nervios nociceptivos, por lo tanto, la cantidad de estímulos necesarios para ser percibidos como un estímulo doloroso se reduce, lo que se conoce como hiperalgnesia visceral (22,23).

Finalmente, debemos tener en cuenta para el entendimiento del dolor, una serie de conceptos básicos de neuroanatomía, que van desde el entremezclado de fibras aferentes, que explica como un estímulo nocivo de la pared anterior del recto puede irritar las fibras del nervio rectal medio a través del plexo hipogástrico inferior, o entremezclarse con fibras aferentes irritadas del nervio hipogástrico por el plexo hipogástrico superior. La intercomunicación entre los plexos nerviosos, la naturaleza verdadera de los dermatomas, cada uno de los cuales tiene contribuciones sensoriales de uno hasta cuatro nervios espinales; la comunicación o informa-

ción cruzada, y la convergencia viscerosomática, que explicaría como estímulos nocivos viscerales pueden estimular muchas fibras aferentes somáticas y posteriormente referidos a otros dermatomas. Similarmente estímulos somáticos nocivos pueden estimular e irritar fibras aferentes viscerales, conduciendo a una falsa percepción del dolor visceral, aparte de lo anterior, se debe tener en cuenta las variaciones individuales en su neuroanatomía y fisiología, los factores sociales, familiares e individuales que afectan la percepción del dolor (24,25).

Podemos concluir que todas las estructuras del abdomen y de la pelvis pueden tener un papel en la presentación del DPC. Se sabe que existen interacciones complejas entre los órganos reproductivos, el tracto urinario y el colon, por esta razón, se prefiere utilizar el término de hiperalgesia viscerovisceral. Se cree que el dolor se agudiza en muchos casos por eventos fisiológicos como la menstruación o la ovulación, ya que estas estructuras tienen segmentos nerviosos comunes a nivel de la médula espinal (26), por lo tanto, el dolor pélvico crónico es un resultado de una compleja y pobremente entendida interacciones fisiológicas anormales y estímulos nocivos tanto viscerales como somáticos (24).

ENFOQUE DIAGNÓSTICO DEL DPC

La frecuencia con las que se presentan varias de las diferentes causas de DPC es significativamente influenciada por el grupo poblacional al que pertenece la paciente, antecedentes familiares y el enfoque que le da el médico tratante (27). Las causas de este síndrome podemos dividirla según su localización en ginecológica, mental, tracto urinario, tracto gastrointestinal, músculo esquelético, neurológicos (Tabla I) (28).

Historia clínica: Para realizar una correcta aproximación diagnóstica es necesario hacer una historia clínica dirigida a documentar muy bien las características del dolor, tiempo de evolución, localización, ciclicidad y asociación con dismenorrea, relación con el embarazo o posparto, relación con la menarquía, sensación de calor y parestesias, síntomas urinarios, cuadros infecciosos urinarios previos, tratamientos recibidos y la respuesta obtenida a los mismos (29).

Durante el interrogatorio debe aclararse el patrón menstrual, la presencia y características de la dismenorrea, la presencia de dispareunia, el patrón miccional y el hábito intestinal, ya que al momento de orientar el diagnóstico debe tenerse en cuenta que la dismenorrea intensa tiene una mayor relación con la presencia de endometriosis, comparado con otras entidades clínicas, y que la prevalencia del síndrome de intestino irritable en mujeres que padecen DPC

puede llegar a ser tan alta como de 65-79% (30).

Es de vital importancia los antecedentes con respecto a este punto, Latthe y cols realizaron una revisión sistemática, incluyeron 122 estudios, con 48 factores de riesgo, y concluyeron que 13 de ellos mostraron evidencia que tienen relación con dolor pélvico, los cuales se muestran en la Tabla II (31).

Durante el examen físico, se tiene la posibilidad de objetivar algún hallazgo como causa del dolor referido por la paciente. La meta del examen es identificar las áreas dolorosas y su relación con la presencia de masas, hernias, cicatrices y la movilidad de los órganos pélvicos a la palpación bimanual (32).

Examen pélvico: Se debe realizar en cuatro posiciones, de pie, para identificar espasmos musculares, postura inadecuada y hernias inguinales (33), sentada, en busca de fibromialgias, hernias discales puntos gatillo, decúbito supino, para inspección, auscultación, palpación y percusión (33). Por otro lado, la evaluación de la musculatura abdominal y pélvica, la búsqueda del signo de Carnett (elevar voluntariamente las piernas de la paciente y examinar el dolor dependiente de la pared abdominal) nos puede ayudar a identificar pacientes con problemas de estos músculos (32,34).

Finalmente, en posición de litotomía (33), el cual debe iniciar con la evaluación de los genitales externos, la vulva, el introito y la uretra, donde se pueden encontrar lesiones o puntos dolorosos. Se debe realizar el examen con pujo para identificar prolapso de los órganos pélvicos. El siguiente paso es realizar la especuloscopia la cual debe orientar sobre lesiones cervicales o de paredes vaginales. El examen debe continuar con la exploración digital en busca de espasmos en el piso pélvico, y evaluar la pared anterior de la vagina, ya que las pacientes que padecen cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa presentarán dolor al momento de examinar la base de la vejiga (34). Posteriormente, se procede a realizar la palpación bimanual, la cual permite identificar el útero y los anexos evaluando condiciones dolorosas; en pacientes con antecedente de histerectomía se debe examinar la cúpula vaginal y su relación con eventos dolorosos, para finalizar el examen físico, se debe realizar una aproximación del estado psicológico de la paciente (35).

Estudios diagnósticos: Los exámenes de laboratorio están indicados para descartar procesos inflamatorios crónicos y embarazo. Incluye, cuadro hemático, velocidad de sedimentación globular, uroanálisis, pruebas serológicas para Chlamydia y Neisseria, y prueba de embarazo; adicionalmente, si el examen físico lo amerita, se solicita Ca 125, que sería de utilidad (20,36).

Tabla I
CAUSAS DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO SEGÚN LOCALIZACIÓN (10,11)

Ginecológica	Condición patológica				Trastornos neurológicos
	Mental	Tracto urinario	Tracto gastrointestinal	Músculo esquelético	
Endometriosis	Somatización	Cistitis intersticial / síndrome de vejiga dolorosa	Síndrome de intestino irritable	Mialgia del piso pélvico	Neuralgia, especialmente nervios iliohipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral o pudiendo
Enfermedad Pélvica Inflamatoria Crónica	Abuso de sustancias psicoactivas	Infección urinaria recurrente	Enfermedad inflamatoria intestinal y otras causas de colitis	Dolor miofascial (puntos dolorosos)	Hernias del núcleo pulposo
Adherencias pélvicas	Abuso físico y sexual	Divertículo uretral	Colitis diverticular	Coxigodinia	Neoplasia
Congestión Pélvica (varicosidades pélvicas)	Depresión	Síndrome uretral crónico	Obstrucción intestinal crónica intermitente	Síndrome Piriforme	Dolor neuropático
Adenomiosis	Trastornos del sueño	Neoplasia	Neoplasia	Hernia	Epilepsia
Síndrome ovario remanente		Cistitis post-radialización	Constipación	Posturas anormales	Migraña
Síndrome ovario residual			Enfermedad celiaca	Fibromialgia	
Leiomiomas				Síndrome de dolor pélvico peri-parto	
Endosalpingiosis					
Neoplasia					
Prolapso de trompas de Falopio (post-histerectomía)					
Salpingitis tuberculosa					
Mesotelioma quístico benigno					
Quistes peritoneales post-operatorios					

Tabla II
FACTORES DE RIESGO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO (31)

Factor		OR (IC 95%)
Problemas de salud mental	Historia de somatización	8,01 (5,16-12,44)
	Histeria	4,83 (2,50-9,33)
	Depresión	2,69 (1,86-3,88)
	Ansiedad	2,28 (1,14-3,70)
Violencia doméstica	Abuso sexual en la adultez	3,49 (2,52-4,83)
	Abuso físico en la infancia	2,18 (1,55-3,06)
	Abuso sexual en la infancia	3,13 (1,62-6,05)
De la historia ginecológica	Menstruaciones prolongadas	3,13 (1,62-6,05)
	Cesárea previa	3,18 (1,91-5,30)
	Enfermedad pélvica inflamatoria	6,35 (2,66-15,16)
	Abortos previos	3,00 (1,27-7,09)
	Adherencias pélvicas	2,45 (1,30-4,61)
	Endometriosis	1,93 (1,14-3,27)

Estudio de imágenes: La ecografía pélvica es altamente sensible para detectar masas o quistes, determinar el origen de éstas, sea a nivel del útero, ovarios o trompas de Falopio. Puede ser particularmente útil para detectar pequeñas masas pélvicas (menos de 4 cm de diámetro), y es muy útil para la detección de hidrosalpinx, que orienta hacia enfermedad pélvica inflamatoria, como causa de DPC, sin embargo, es relativamente menos fiable para diferenciar entre patología benigna o maligna, o la presencia de adenomiosis (20,36-37). Stones y cols, en una revisión sistemática publicada en Cochrane, evidenciaron que cuando el diagnóstico es apoyado en una ecografía se asoció con una reducción del dolor comparado cuando no se realiza (12). Otra ayuda diagnóstica puede ser la resonancia nuclear magnética, la cual estaría indicada en algunos casos, en los cuales la ecografía pélvica no logra diferenciar malformaciones o características propias de las masas, es de utilidad para el diagnóstico de adenomiosis (20, 28,29).

Herramientas quirúrgicas: En la actualidad existen múltiples patologías, de las cuales se hablará en detalle en la siguiente sección, que pueden ser identificadas como causa de DPC gracias a la introducción de la laparoscopia (38), sin embargo, debe tenerse en cuenta que no es parte de la primera línea del diagnóstico (28). Aproximadamente, un tercio de las pacientes con DPC es llevada a laparoscopia (32). En estudios realizados sobre series de casos, se concluye, que los hallazgos de la laparoscopia han sido sin patología visible en el

35% de los casos, endometriosis en el 33%, adherencias en el 24%, enfermedad pélvica inflamatoria crónica en el 5%, quistes ováricos en el 3% y otros hallazgos ocasionales en menor porcentaje (39), según lo anterior, el papel de la laparoscopia en la evaluación de las mujeres con DPC aún es incierta, sobre todo si se tiene en cuenta que la ausencia de patología visible no excluye una base física para el dolor del paciente (29,39); por lo tanto, el uso de la laparoscopia debe ser individualizado y dirigido según los hallazgos clínicos (39). Por otro lado, la cistoscopia debe considerarse ante la presencia de sintomatología urinaria, asociada a hallazgos al examen físico de cistitis intersticial (30).

ETIOLOGÍA DEL DPC

Endometriosis. Es una enfermedad progresiva que afecta del 5 al 10% de las mujeres; puede ser causa de DPC cíclico y no cíclico (dismenorrea y dispareunia profunda) (40), y de infertilidad (1,41-43). El diagnóstico definitivo se da por estudio histopatológico, con una adecuada correlación, por visualización directa, idealmente por laparoscopia. Alrededor del 24% de las mujeres que padecen de DPC tienen esta patología (43).

Adherencias. Constituyen uno de los hallazgos orgánicos más frecuentes, detectados en el momento en que se practica una laparoscopia diagnóstica para evaluar el DPC en aproximadamente un 89%. Tiene más prevalencia en mujeres con dolor crónico, aunque aparece con frecuencia ya veces

en gran medida sin DPC (1,44). Las adherencias suelen ser consecuencia de alguna intervención quirúrgica previa, pero también pueden aparecer después de procesos inflamatorios, como la enfermedad pélvica inflamatoria, quistes rotos e infección posparto (44).

Adenomiosis. Se sospecha por las características macroscópicas del útero a la laparoscopia, permitiendo hacer el diagnóstico presuntivo, ya que el definitivo se realiza por estudio histopatológico. Es una enfermedad cuyos síntomas incluyen hipermenorrea, dismenorrea, dispareunia, dolor pélvico después de la menstruación y con el ejercicio vigoroso (45).

Síndrome de congestión pélvica. Se ha vinculado con várices y dolor pélvico en mujeres, sin identificar una causa anormal evidente de dolor. Por venografía pélvica se ha demostrado que más del 80% de las mujeres sin una causa manifiesta de dolor en la laparoscopia, tienen congestión venosa intensa en las principales venas gonadales, que a menudo muestran una dilatación tres veces mayor que su diámetro normal. El dolor se describe como una molestia sorda e intensa en la pelvis que empeora al caminar, con una posición de pie prolongada y poscoital, que mejora con el reposo y el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (30,32,40,44,46).

Por otra parte, el aumento en la irrigación arterial por procesos inflamatorios crónicos, como en el caso de la enfermedad pélvica inflamatoria (47,48) puede generar un síndrome de congestión pélvica. De igual manera, los estados hiperestrogénicos, como el síndrome de ovario poliquístico, se asocia a una alteración del tono en la vasculatura venosa, favoreciendo la aparición de síntomas por congestión, por lo tanto, el empleo de medicamentos que producen estados hipostrogénicos como los análogos de GnRH, los progestágenos o antiestrógenos se asocian con disminución del calibre venoso y de los síntomas (49,50).

Cistitis intersticial. También denominada síndrome de vejiga dolorosa, es un síndrome clínico crónico,

que se caracteriza por incremento de la frecuencia urinaria, incontinencia urinaria de urgencia y / o dolor pélvico, en ausencia de cualquier otra patología identificable, infección del tracto urinario, carcinoma de vejiga, o cistitis inducida por radiación o medicación. Las pacientes pueden presentar una variedad de síntomas e incluso diversos grados de dolor (51), de estas pacientes con dolor, el 80,4%, 73,8%, 65,7%, y 51,5% reportó dolor en el abdomen inferior, uretra, espalda baja, y vaginal, respectivamente. Los síntomas con frecuencia se presentan como episódicos, por lo tanto, se diagnostica como infección del tracto urinario. Se ha demostrado que aproximadamente el 75% de las mujeres que visitan a un ginecólogo por presentar DPC, tienen síntomas de urgencia / frecuencia o síntomas miccionales irritativos (52), la prueba de oro en el diagnóstico, es la cistoscopia (53). Para su tratamiento fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) el sulfóxido de dimetilo intravesical (54).

Síndrome de intestino irritable. Es un trastorno funcional del intestino sin etiología clara se caracteriza por periodos de dolor abdomino-pélvico asociado a disfunción intestinal con episodios de estreñimiento y dolor (55). Para su diagnóstico se utiliza en la actualidad los criterios de Roma III (56) (Tabla III).

Síndrome de ovario remanente. Se presenta posterior a una ooforectomía bilateral, en la cual hay tejido ovárico que no se identificó claramente y puede ser causa de DPC. Se comprobaría su presentación con niveles de hormona folículo estimulante (FSH) y estradiol normales, asociados al antecedente de cirugías pélvicas previas (30).

Síndrome de ovario residual. Es la presencia de dolor pélvico en una paciente a la cual se deja uno o ambos ovarios después de una histerectomía (57).

ENFOQUE TERAPÉUTICO DEL DPC

La terapia de primera línea es el tratamiento médico con analgésicos tipo AINES y anticonceptivos orales combinados (estrógenos y progestágenos, cíclicos o continuos). Se recomienda dosis máximas de AINES por cuatro a seis semanas, antes de

Tabla III
CRITERIOS DE ROMA III

Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses asociado a dos o más de los siguientes síntomas:

1. Mejora con la defecación.
2. Comienzo asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
3. Comienzo asociado con un cambio en la consistencia de las deposiciones.

considerar fallida la terapia (28). Se ha reportado hasta el 50% de las pacientes que mejoran clínicamente después de este tratamiento (39,58). En el caso que esta combinación no sea eficaz, existe una terapia de segunda línea con progestágenos continuos; se recomienda el acetato de medroxi-progesterona en dosis de 10 miligramos diarios o acetato de medroxiprogesterona subcutáneo en dosis 104 miligramos cada tres meses.

El dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, mostró eficacia similar al manejo con análogos de GnRH (59). El manejo con análogos de GnRH es considerado un test de supresión, indicado ante la sospecha clínica de endometriosis, se ha encontrado respuesta favorable hasta en 61% de las mujeres con esta patología (30). La terapia con Danazol, en dosis de 200 a 400 miligramos diarios, divididos en dos dosis, y llegar hasta 800 miligramos diarios, es posible para lograr rápidamente la amenorrea y respuesta al dolor. Este manejo debe ser continuo por dos meses y se puede mantener hasta nueve meses si existe una respuesta adecuada. Los efectos adversos son la principal desventaja de esta terapia (58). Así mismo se ha considerado el uso de terapia no invasiva como terapia física, nutrición, masajes, acupuntura y terapia cognitivo conductual.

Algunas de las pacientes con DPC prefieren que se les haga diagnóstico quirúrgico y no someterse a terapia empírica. Entre las consideraciones de la laparoscopia, se debe tener en cuenta el costo, las complicaciones y el subdiagnóstico (28,29,39); a pesar que no se ha demostrado que la laparoscopia mejore a largo plazo las pacientes con DPC, es considerada como la prueba de oro para el diagnóstico y manejo de esta condición clínica, sin

embargo, se debe tener en cuenta que hasta un 44% de las pacientes que han mejorado con esta intervención recaen en el año siguiente (28,31). Se han descrito procedimientos laparoscópicos como la ablación del nervio uterosacro y neurectomía presacra, sin evidencia suficiente de su utilidad (30). Es de utilidad para el manejo de endometriosis y síndrome adherencial, especialmente para el manejo de síndrome de ovario residual y remanente y pacientes con adherencias densas con compromiso intestinal o vascular (55,59).

El manejo de las pacientes con un examen físico normal y laparoscopia negativa es todo un reto. Una laparoscopia negativa hecha por un cirujano experto es fiable, pero no excluye los implantes endometriósicos que se encuentran subperitoneales y que no son fácilmente visualizables (28). A todas las pacientes a quienes no se encuentre hallazgos positivos a la laparoscopia, se les debe realizar una reevaluación cuidadosa y pensar en una causa no ginecológica (Tabla I) (20,29,39). Se debe tener especial cuidado al decidir la histerectomía como parte del manejo a estas pacientes, ya que al menos el 40% de las mujeres a quienes se les realizó este procedimiento no presentaron mejoría del DPC (30). El ACOG ha publicado recomendaciones de manejo basado en la evidencia, las que se presentan en las Tabla IV y V (55,60).

CONCLUSIÓN

El DPC es una condición clínica de gran importancia en la consulta ginecológica. Es de carácter multifactorial, por lo tanto requiere un abordaje integral y multidisciplinario. Se debe hacer una mejor

Tabla IV
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO DEL ACOG
BASADOS EN LA EVIDENCIA. NIVEL DE EVIDENCIA A (22)

Nivel de evidencia A. Recomendaciones basadas en evidencia científica consistente

Intervención:	Indicación:
Anticonceptivos orales	Dismenorrea primaria
Agonistas GnRH	Endometriosis, síndrome de intestino irritable
AINES	Dismenorrea, dolor moderado
Progestágenos (diariamente a dosis altas)	Endometriosis, síndrome de congestión pélvica
Ablación/resección laparoscópica de endometriosis	Estadios I-III de endometriosis
Neurectomía presacra	Dismenorrea central
Ablación nervio uterino	No se indica
Psicoterapia adyuvante	DPC

DPC: dolor pélvico crónico

Tabla V
RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO DEL ACOG BASADOS EN LA EVIDENCIA. NIVEL DE EVIDENCIA B Y C (22)

Nivel de evidencia B. Recomendaciones basadas en evidencia científica consistente	
Intervención:	Indicación:
Agonistas GnRH	DPC diferente a endometriosis
Lisis de adherencias	DPC por adherencias intestinales
Histerectomía	Síntomas del tracto reproductivo
Estimulación del nervio sacro	DPC
Terapia física	DPC
Suplemento nutricional con vitamina B1 o magnesio	Dismenorrea
Infiltración y aplicación de magnetos en puntos gatillo	DPC
Nivel de evidencia C. Recomendaciones basadas en consenso y opinión de expertos	
Antidepresivos	DPC
Opioides	DPC

DPC: dolor pélvico crónico

aproximación diagnóstica, para utilizar de manera óptima los recursos disponibles, para asumir de la mejor manera el manejo y aportar en la mejora de la calidad de vida de quienes lo padecen. Debemos evitar intervenciones innecesarias, que puedan acarrear riesgos para las pacientes. Por último, se hace necesaria ampliar la búsqueda de información en países en vías de desarrollo, teniendo en cuenta que la mayor parte de la casuística con la que se cuenta actualmente proviene de países con alto flujo de recursos, en los cuales las características culturales y medioambientales de la población podrían ser diferentes.

REFERENCIAS

- Reitter R. Evidence-based management of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:422-35.
- Zondervan K, Yudkin PL, Vessey M, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:93-9.
- Shelkey J, Huang C, Karpa K, Singh H, Silvis M. Case report: pelvic congestion syndrome as an unusual etiology for chronic hip pain in 2 active, middle-age women. *Sports Health* 2014 Mar;6:145-8.
- Farquhar C. Extracts from the "clinical evidence". *Endometriosis*. *BMJ* 2000;320:1449-52.
- Ballweg M. Blaming the victim. The psychologizing of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:441-53.
- Miller D. Keep a low threshold in diagnosing PID. *Patient Care* 2000;75-90.
- Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999;60:1753-68.
- Valencia P. EPI y otras causas de dolor pélvico crónico. *Hosp Pract* 2000;4:63-6.
- Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2002;100:337-41.
- Sullivan M. DSM-IV Pain disorder: a case against the diagnosis. *Int Rev Psychiatry* 2000;12:91-8.
- Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1997;42:433-4.
- Stones W, Cheong YC, Howard FM. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *The Cochrane Library* 2007;1-37. Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000387.pdf>
- Doyle DF, Li TC, Richmond MN. The prevalence of continuing chronic pelvic pain following a negative laparoscopy. *J Obstet Gynaecol* 1998;18:252-5.
- Arguello RA. Dolor pélvico crónico indicador de laparoscopia. *Controversias en Ginecología y Obstetricia* 2000;6:17-25.
- Steege J, Metzger D, Levy B. Chronic pelvic pain: an

- integrated approach, 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998.
16. González PA, Ruiz JI, Cubillana PL, Iñiguez GD, Morcillo JC, Albacete MP. Alternativa terapéutica para el dolor pélvico crónico de origen vesical. *Actas Urol Esp* 2009;33(6):681-5.
 17. Reiter RC. A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:130-6.
 18. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol* 2002;99:229-34.
 19. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48:357-87.
 20. Derasari MD. Taxonomy of pain syndromes: classification of chronic pain syndromes. In: Raj PP, Abrams BM, Benson HT, et al., eds. *Practical Management of Pain*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, Inc; 2000:10-16.
 21. Mayer EA. Clinical implications of visceral hyperalgesia. *Contemp Intern Med* 1994;46:42-54.
 22. Markenson JA. Mechanisms of chronic pain. *Am J Med* 1996;101(suppl 1A):6S-18S.
 23. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Ballieres Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:403-14.
 24. Rogers RM. Intervenciones quirúrgicas de denervación pélvica: ¿qué nos enseñan las pruebas y la anatomía? En: Gabbe SG, Scott JR. Editors. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. México: Mc Grw Hill; 2003:729-34.
 25. Rogers RM, Jr. Basic Neuroanatomy for understanding pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6:15-29.
 26. Gunter J. Chronic Pelvic Pain: An integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Survey* 2003;58:615-23.
 27. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:1156-61.
 28. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101:594-611.
 29. Price J, Farmer G, Harris J, et al. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. *BJOG* 2006;113:446-52.
 30. Gunter J. Chronic pelvic pain: An integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Survey* 2003;58: 615-23.
 31. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006;332:749-55.
 32. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:272.e1-7.
 33. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101:594-611.
 34. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. Diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20:719-42.
 35. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997;12:439-45.
 36. Steege JF, Stout AL, Somkuti SG. Chronic Pelvic Pain in Women: Toward an integrative model. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48:95-110.
 37. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56:757-64.
 38. Peveler R, Edwards J, Daddow J, Thomas E. Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *J Psychosom Res* 1996;40:305-15.
 39. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol* 2003;46:749-66.
 40. Heim LT. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician* 2001;63:1535-43.
 41. Farquhar C. Extracts from the "clinical evidence". Endometriosis. *BMJ* 2000;320:1449-52.
 42. Ballweg M. Blaming the victim. The psychologizing of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:441-53.
 43. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999; 60:1753-68.
 44. Steege JF. Dolor pélvico crónico. Primera Edición. México, DF: McGraw-Hill Companies; 2000.
 45. Criollo C, Romero N, Salazar O, Briceño F, Navarro H, Herrera J. Características ginecológicas y psicosociales del dolor pélvico crónico. *RevColomb Obstet Ginecol* 2004;55(2):129-35.
 46. Gómez G. Varicocelectomía por laparoscopia: descripción de una nueva técnica y su acción sobre el dolor pélvico crónico. *Med Reprod* 1998;1:14-7.
 47. Miller D. Keep a low threshold in diagnosing PID. *Patient Care* 2000;75-90.
 48. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999;60:1753-62.
 49. Navarro H. Dolor pélvico crónico. En: Cifuentes R. (Ed). *Ginecología y Obstetricia basadas en las evidencias*. Bogotá: Editorial Distribuna; 2002:659-70.
 50. Soysal M. A randomized controlled trial of goserelin and medroxyprogesterone acetate in the treatment of pelvic congestion. *Hum Reprod* 2001;16:931-9.
 51. Charles WB. Interstitial cystitis and chronic pelvic pain: new insights in neuropathology, diagnosis, and treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46:811-23.
 52. Parson CL, Bullen M, Kahn BS, et al. Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. *Obstet Gynecol* 2001;98:127-32.
 53. Hanno PM, Landis JR, Matthews-Cook Y, et al. The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the National Institutes of Health Interstitial Cystitis Database Study. *Urol* 1999;161:553-7.
 54. Parkin J, Shea C, Sant GR. Intravesical DIMETHYL Sulfoxide (DMSO) for interstitial cystitis – a practical approach. *Urology* 1997;49(Suppl 5A):105-7.
 55. ACOG Practice Bulletins. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol* 2004;103:589-605.
 56. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*

- 2006;130:1377-90
57. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, Lapensée L, Lea RH, Leyland NA, Martyn P, Shenassa H, Taenzer P, Abu-Rafea B; Chronic Pelvic Pain Working Group; SOGC. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27:781-826.
 58. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;4:85-94.
 59. Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol* 2009;25:149-58.
 60. Cody RF Jr, Ascher SM. Diagnostic value of radiological tests in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14:433-66.
-