

**BLOQUEO PERIFERICO EN EL MANEJO DEL DOLOR  
PELVICO CRONICO**

Estudio de 50 pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico a la consulta externa de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios; de Abril-Agosto de 1985

PLUS

WALTER PEREIRA SOTO

## ÍNDICE

	Página
Introducción	1
Definición y análisis del problema	3
Revisión bibliográfica	7
Materiales y métodos	17
Resultados	21
Discusión y análisis de resultados	27
Conclusiones	31
Recomendaciones	33
Resumen	35
Referencias bibliográficas	37
Apéndice	41

## INTRODUCCION

El dolor pélvico crónico en la mujer, es una entidad de aparecimiento frecuente, siendo su conjunto de signos y síntomas, un síndrome difícil de diagnosticar y por ende tratar, trayendo como consecuencia una frustración para el médico tratante como para la paciente, ya que en la actualidad no se sabe la etiología específica, enunciando para ello una serie de tratamientos que poco beneficio traen para la paciente. Dentro de los tratamientos nuevos está el uso de anestésicos locales como la Lidocaina subcutánea, bupivacaína, etc.

En la presente tesis, se estudiaron a 50 pacientes con dolor pélvico crónico de más de 6 meses de evolución, quienes fueron atendidas en la consulta externa de ginecología del Hospital General San Juan de Dios del 1 de abril al 30 de agosto de 1985, a quienes se les realizaron: Examen ginecológico, laboratorios, papanicolaou cervico-vaginal y sets radiológicos de enema de bario y pielograma i.v., descartando toda la morbilidad en la paciente.

A las 50 pacientes se les inyectó Lidocaina al 2% sin epinefrina, en el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal -baja, en los puntos claves (de las áreas de máximo dolor), siendo la dosis mínima de 3 ml y la máxima de 18 ml, en total de todas las aplicaciones, teniendo efectividad de curación del dolor en el 32%, y disminución del dolor a los grados 2 y 1 el 62.2% (según escala de dolor), por dos meses de seguimiento.

## DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El dolor pélvico crónico, es una entidad de aparecimiento frecuente que aqueja a la mujer desde la etapa puberal hasta la senil, muchos estudios se han realizado para identificar la etiopatología de esta entidad con resultados variables, de los cuales en un 40 a 80% se logra hacer un diagnóstico. En un alto porcentaje 20 a 60% no se logra determinar las causas específicas del dolor (3, 12, 19, 21) a pesar de contar con estudios adecuados y laparoscopía diagnóstica, atribuyéndose que se trate de problema de tipo psicosomático (2, 3, 12, 14, 18, 19, 21).

Se han mencionado medidas terapéuticas para el tratamiento de estas pacientes que incluye el uso de antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, cirugía abdomino-pélvica, hipnotismo, hidroterapia, electroterapia, psicoterapia, etc. (2, 3, 7, 13, 14, 19), con resultados variables.

Dentro de los manejos recientes, está el uso de anestésicos locales como la Lidocaina, Bupivacaina, inyectando de 3 a 5 ml por punto clave en las áreas de máximo dolor (7, 13, 18, 19), llegando al tejido celular subcutáneo, obteniendo excelentes resultados que van del 52% al 100% de acuerdo a las áreas pélvicas infiltradas (19), en seguimiento de 3 a 6 meses.

El alivio prolongado que se logra por medio de una inyección de anestesia local, sugiere que se trate de una disminución del dolor local más que central, mediada por una disfunción neurológica, más bien que un proceso local patológico (19). Aunque es cuestionable el tratamiento por la naturaleza psíquica del problema, debería realizarse estudios doble ciego con Lidocaína local y con placebo (solución salina,

agua destilada, etc.) (4, 20)

En la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios, se estudian a las pacientes con dolor pélvico crónico de acuerdo a un protocolo establecido, que incluyen los siguientes pasos.

1. La paciente consulta por dolor pélvico de más de 1 mes de evolución. Se le realiza una historia clínica completa, se efectúa un examen ginecológico el cual no permite evidenciar anormalidades detectables, se les toma sangre para evidenciar anormalidades detectables, se les piden los laboratorios: Hematología con VS, QQSS, glicemia, VDRL, orina y enema salino.
2. Al tener los resultados de laboratorio, si hay alguno positivo, se les da tratamiento y se solicitan controles, los cuales deberán ser normales. A todas las pacientes se les solicitan Pielograma I.V. y Enema de Bario.
3. De acuerdo a los informes radiológicos, si hay patología orgánica se consulta a gastroenterología o urología para su seguimiento. Si son normales se programan para Laparoscopía Diagnóstica, previa evaluación por jefe de servicio.
4. Se realiza laparoscopía diagnóstica, si sugiere patología orgánica se programa para tratamiento quirúrgico. Si es normal, se refiere a la paciente a psiquiatría o psicología. A la paciente de acuerdo al médico residente tratante, en cada uno de los pasos enunciados, puede recetar antibióti-

cos, analgésicos, anti-inflamatorios o sedantes de acuerdo al caso.

En este Hospital se vienen observando un promedio de 60 pacientes nuevas al mes. En los dos últimos años se han realizado laparoscopías diagnóstica a 85 pacientes (bajo porcentaje anual), y a varias de ellas (porcentaje y número ignorado por registros) se les han realizado cirugía abdomino-pélvica. Hay pacientes que rehusan la laparoscopía, y siguen siendo manejadas por psicología.

Al conocer la alta incidencia de pacientes con dolor pélvico crónico, se procedió a inyectar a 50 pacientes con Lidocaina sin epinefrina al 2%, en el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal baja, recibiendo la dosis de 3 ml por punto clave, siendo la mínima dosis de 3 ml y la máxima de 18 ml en total del tratamiento. Se realizó un seguimiento quincenal a cada una por un período de dos meses. Posteriormente de acuerdo a la escala de dolor elaborada para la presente tesis se determinó la eficacia que tiene el medicamento empleado.

## REVISION BIBLIOGRAFICA

### DOLOR

El dolor es un mecanismo fisiológico protector del cuerpo, desagradable, subjetivo, de naturaleza sensorial, el cual se produce siempre que un tejido es lesionado aguda o crónicamente, obligando al individuo a defenderse para suprimir el estímulo. Se clasifica en 3 tipos: Pungente, quemante y continuo; otros términos empleados incluyen el pulsátil, pique tazos, gravativo o de peso, el nauseoso, los calambres. El dolor pungente se debe a estimulación de fibras de tipo A delta. El dolor quemante y el continuo se debe a estimulación de fibras C, las cuales son las más primitivas. (9, 19). La definición de Webster, enuncia que el dolor implica daño al organismo, sea físico o psicológico, y el dolor crónico sin tratamiento por si mismo daña el organismo. (9).

El dolor causa reacciones motoras reflejas y reacciones psíquicas algunas de las acciones reflejas ocurren directamente desde la médula espinal, pues impulsos dolorosos que penetran a la sustancia gris de la médula puede iniciar directamente "reflejos de retracción". Las reacciones psíquicas al dolor probablemente sean mucho más sutiles que son exacerbados por angustia, la ansiedad, el llanto y la excitabilidad muscular de toda la economía. Otros estudios enuncian la elevación de B-endorfinas en el plasma en procesos agudos del dolor. (9, 16, 19).

### PELVIS

La pelvis, es la parte inferior del tronco, la cual está dividida por el estrecho superior en dos partes: Pelvis mayor

y Pelvis menor.

El esqueleto de la pelvis está constituido por:

- a. 2 huesos coxales o ilíacos
- b. El sacro
- c. Coccix

Los huesos de la pelvis están unidos entre sí por 4 articulaciones:

- a. La sínfisis pública
- b. Las dos articulaciones sacroilíacas
- c. Articulación sacrococígea

Organos contenidos en la cavidad pelviana:

- a. El Recto
- b. Ciertos órganos del sistema genitourinario que son en la mujer:

Vejiga

La porción pélvica del uréter

La uretra

Las trompas de Falopio

Los ovarios

El útero

La vagina

La vulva

Vasos, nervios y ligamentos

Músculos: Se distinguen tres grupos:

1. Un grupo superficial que comprende

El esfínter externo del ano

Bulvocavernoso

Isquiocavernoso

Transverso superficial

Constrictor de la vulva

2. Un grupo medio

Transverso profundo del perineo

Esfínter externo de la uretra

3. Un grupo profundo

Elevador del ano

Isquiococígeo

Inervación: Las fibras del dolor pélvico crónico son el cordón primario para el ovario T-10, Utero T-12, y Vagina L-1. (15, 17, 19).

### DOLOR PELVICO CRONICO

Los dolores ginecológicos en la mujer son muy frecuentes; siendo la enigmática el dolor pélvico crónico, el cual es un conjunto de síntomas difícil de diagnosticar y tratar, trayendo como consecuencia una frustración tanto para el médico como para la paciente. (2, 5, 20). No se ha logrado explicar la persistencia del dolor abdominal bajo y tejidos pélvicos, y al examen ginecológico y estudios para el tipo de dolor, no se ha dado a conocer una etiología específica.

## ETIOLOGIA:

Desórdenes psicosomáticos, personalidad histérica, descargas de lástima. Embarazo ectópico, aborto, aborto séptico. Desórdenes del tracto genital, enfermedad pélvica inflamatoria crónica, torsión de anexos, tumor ovárico, quistes ováricos, dolor intermenstrual, endometriosis, abscesos tuboováricos, dismenorrea, congestión pélvica, malposición de órganos, compromiso de nervios y ligamentos, fibromioma uterino, cáncer cervical, prolapsos uterino, retroversión, varicocele pelviano. Desórdenes gastrointestinales, plastron apendicular, gastroenteritis crónica, colitis regional, adenitis mesentérica, hernia inguinal, úlcera péptica, síndrome de intestino irritable, diverticulitis, diverticulosis. Enfermedades del tracto urinario, infección, cistitis, cálculos renales, cólico renal. Enfermedades del recto, colitis quística superficial y profunda, neumatisis cystoides intestinales, melanosis coli, colon catártico, colitis jabonosa, impactación fecal y úlcera estercoral. Otros, Adherencias pélvicas post cirugía, porfiria, causalgia, tuberculosis peritoneal o genital, meningocele pelviano, acidosis dia-bética. (1, 2, 4, 3, 10, 11, 12, 19, 21).

## EPIDEMIOLOGIA:

El dolor es observado en mujeres de 15 a 71 años, siendo el promedio de edad entre los 25 y 30 años (4, 10, 11, 12, 19, 21), siendo su comienzo muchas veces insidioso y otras agudo. Parsons afirma que el 40% de las mujeres con dolor pélvico no presentan ginecopatía alguna (21); de 40 a 80% se logra hacer diagnóstico y de 20 a 60% no se logra realizarlo (4, 12, 19).

## CARACTERISTICAS DEL DOLOR: SIGNOS Y SINTOMAS

1. Fecha de aparición y relación con un posible parto, aborto, infección genital, cirugía previa o perturbación emotiva.
2. Intensidad, el cual depende del umbral de excitación, es variable.
3. Localización e irradiación, difícil, por ser pobre la inervación de las vísceras profundas. Los procesos del cuello, porción inferior del útero, uretra, trigono vesical y recto duelen en la parte inferior del sacro irradiándose al miembro inferior, mientras que los de fondo de útero, vejiga y porción terminal interna de trompa duelen en la región abdominal entre ombligo y las ingles. (21)
4. Naturaleza, en forma de pinchazos, de peso o gravativo.
5. Ritmo: Fecha de aparición en relación al ciclo.
6. Signos asociados: Fiebre, metrorragias, flujos, trastornos urinarios, vómitos y diarreas.

La experiencia en dolor pélvico crónico llegará a ser aparente que pacientes sin patología ginecológica describen dolor severo en ocasiones capaces de descubrir los mismos síntomas con experiencias de enfermedades previas p.e. histerectomía por dismenorrea. Pacientes con cirugía abdominal previa tendrán recurrencia del dolor meses o años más tarde p.e. dismenorrea, menorrhagia, síndrome de colon irritable, etc. (21)

CUADRO DE DIFERENCIACION ENTRE DOLOR PELVICO ORGANICO Y PSICO-  
GENO (3)

	Organico	Psicogeno
Momento de aparicion	Cualquier momento	Horas mas tarde de despertar, la cual implica presion sobre obligaciones sociales
Irradiacion	Vias nerviosas definidas	Caprichosas, sin irradiacion
Localizacion	Zonas dolorosas a la presion tipicas	Variable, eritrica, generalizada
Progreso	Empeora o mejora	Permanece invariable por semanas, meses o años
Pruebas	Aumenta o disminuyen con maniobras no por estadio anatomico.	No es estimulado o acentuado a la exploracion

PUNTOS CLAVES:

Fenomenos inexplicados han sido encontrados en el examen de pacientes con dolor pélvico crónico, al observar la misma sensacion del dolor en diferentes tejidos con similitud anatómica, estos puntos hiperpáticos son pertenecientes a los puntos de partida o claves (19) y parecen causar síntomas de dolor referido p.e. dolor local agudo, el que podrá ser reproducido por presión de los puntos claves en algunas de las siguientes claves.

1. Pinchando la piel sobre la pared abdominal baja
2. Presionando con un dedo en una localización reproducible de la pared abdominal.
3. Presionando con un dedo a tejidos adyacentes al hueso pélvico.
4. Presión lateral con un dedo o aplicador de madera o algodón en la parte lateral del cervix.
5. Presión lateral con un dedo sobre uno o ambos músculos elevadores.
6. Presionando con un dedo o aplicador sobre tejido cicatrizal vaginal 3 meses post histerectomía.
7. Presión con un dedo sobre el tejido sacro dorsal.

Se puede reproducir la misma sensación del dolor con una asociación de los anteriores. Se han hallado puntos claves en:

1. Pared abdominal
2. La vulva, particularmente en dispareunia

3. La vagina
4. Sacro dorsal
5. Áreas de extensión de los puntos de partida o claves (19).

#### DATOS DE LABORATORIO Y RAYOS "X"

Sabiendo que el dolor pélvico crónico es de naturaleza subjetiva y de etiología variada, primeramente se deben dirigir los estudios a enfermedades que oriente la historia clínica con el examen físico, o a través de protocolos de manejo de dolor pélvico crónico de cada hospital.

Se recomienda iniciar la investigación unificando criterios con: Hematología con VS, QQSS, VDRL, glicemia, heces, orina, enema salino y urocultivo. Tomar papanicolaou cérvico-vaginal, estudios para gonorrea, sífilis y flujos se deben documentar. Proseguir con rayos X de abdomen simple, rayos X de pelvis, enema de bario y pielograma i.v. Estudios complementarios como ultrasonido, tomografía, culdocentesis se deben evaluar. Realizar al final laparoscopía diagnóstica. (1, 2, 4, 10, 11, 12, 19, 21).

#### TRATAMIENTO:

Dentro de los manejos para la resolución del dolor pélvico crónico está el uso de antibióticos, analgésicos, sedantes, antiinflamatorios, laparoscopía terapéutica, laparatomía exploradora, histerectomía vaginal o abdominal, con o sin la conservación de ovarios y trompas, apendicectomía profiláctica, neurectomía presacra, hipnóptismo, acupuntura, hidroterapia, electroterapia, placebos, psicoterapia y tratamiento psiquiátrico. (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21).

Dentro de los tratamientos recientes, está la del uso de anestésicos locales como la Lidocaína y la Bipivacaína, los cuales inicialmente reproducen el dolor a más severo, pero después de corto tiempo la sensación del dolor abdominal bajo estuvo bloqueada (19), similares bloqueos en el elevador paracervical y cicatriz vaginal y en otras áreas del cuerpo p.e. tórax posterior (síndrome de hombro doloroso) extremidades, etc., podrían primariamente reproducir el dolor y posteriormente ocasionaría bloqueo y sensación de alivio en su totalidad (1, 7, 13, 14, 18, 19).

En el estudio efectuado por John Slocumb, Am J gynecol obstet Jul 11, 1984, demostró que el bloqueo local en el dolor pélvico crónico, resulta de vital ayuda como tratamiento, analgésico, anestésico y respuesta como placebo. A dosis de 3 a 5 ml por punto clave, obtuvo los siguientes resultados.

Área abdominal .....	100 %
Área sacra .....	85.7 %
Área vaginal .....	89.3 %
Área abdomino-vaginal .....	88.3 %
Áreas combinadas .....	52.3 %

El alivio prolongado que se logra por medio de una inyección de anestesia local, sugiere una expresión local más que central, mediada por una disfunción neurológica más bien que un proceso patológico (19).

Los anestésicos locales son fármacos que bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican en el tejido nervioso en concentraciones adecuadas. Actúan en cualquier parte del sistema nervioso y en todos los tipos de fibras nerviosas. La Lidocaína es una aminoetilamida, que produce anestesia rápida,

intensa, duradera y extensa. Es metabolizada en el hígado y la sobredosis produce muerte por fibrilación ventricular o paro cardíaco, siendo la dosis máxima en nervios periféricos al 1 y 2 %, 50 y 25 ml., que equivale a 500 mg. (8).

Aunque la naturaleza y especificidad de los puntos claves no están bien fundados, varios autores sugieren realizar un estudio doble ciego con placebo-lidocaína o solución salina-lidocaina (5, 20).

De acuerdo a la terapéutica psicosomática, el interés reside en la renovación de la orientación terapéutica, lo que le confiere a la medicina psicosomática su originalidad. Utilizar buenas palabras. Catalogar a las enfermedades de acuerdo a su gravedad, utilizar la entrevista como tratamiento. Como técnica psicoterapéutica, el psicoanálisis no está indicado, teniendo que recurrir a psicoterapias breves y por etapas.

1. Sumario de tratamientos a síntomas no orgánicos
2. Anamnesis asociativa (es la etapa para comprender)
3. Buscar la mejoría de síntomas
4. Aproximación a la terapéutica

En casos graves se recomienda hospitalización.

El examen clínico en psiquiatría como en el resto de la medicina, apunta al establecimiento de un diagnóstico por la observación de signos precisos y por el examen completo de los síntomas referidos al conjunto de la situación. (6).

## MATERIALES Y METODOS

En el presente estudio, se incluyó a 50 pacientes seleccionadas al azar de la consulta externa de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, del 1 de abril al 31 de agosto de 1,985.

1. La paciente consultó por presentar dolor pélvico crónico de mas de seis meses de evolución.
2. Una vez seleccionada la paciente, se les tomó una historia clínica completa.
3. Se les realizó un examen ginecológico por el mismo médico. La paciente sin anomalías detectables en el mismo, se les efectuaban los siguientes laboratorios.
4. Papanicolaou cérvico-vaginal, hematología con vs, QQSS, VDRL, glicemia, orina y enema salino.
5. Las pacientes con patología en los estudios anteriores, se les dio tratamiento, se solicitaron laboratorios de control, los cuales fueron normales, y si a pesar de ello persistían con dolor, entonces se les pidieron estudios radiológicos.
6. Se les efectuaron Enema de Bario y Pielograma I.V., las pacientes con patología en estos estudios, se solicitaba consulta a gastroenterólogos y urólogos, quienes daban tratamiento y manejo a la paciente. A las pacientes que remitieron de nuevo por continuar con dolor, se incluyeron en el presente estudio.

## PROCEDIMIENTO

A las pacientes seleccionadas, se procedió de la siguiente manera:

- A. En las áreas de máximo dolor, localización de los puntos claves.
- B. Si la paciente tenía más de 40 años, se le efectuaba EKG, previa aplicación del tratamiento.
- C. Aplicación de Lidocaina en los puntos claves seleccionados. Se auscultaba el ritmo cardíaco durante el procedimiento.
- D. Se dejaba en observación a la paciente por 30 minutos.

## SEGUIMIENTO

1. Las pacientes que recibieron el tratamiento, se les realizó un seguimiento por la consulta externa de ginecología, cada quince días por dos meses.
2. Las pacientes tuvieron un tratamiento único, y no se volvió a infiltrar a ninguna paciente que no haya tenido respuesta o disminución del dolor.
3. Se verificó la respuesta al tratamiento por medio de una clasificación de dolor.
4. A las pacientes que no asistieron a todos sus controles, se les realizó visita domiciliar.

## CLASIFICACION DEL DOLOR POR GRADOS DE INTENSIDAD

Grado	Definición
6	HIPERPATIA: Dolor extremo, constante y permanente, exacerba al roce o palpación con objetos livianos (ropa, lana, etc.) es delimitado a un área anatómica específica.
5	Dolor a la palpación superficial, delimitado a un área anatómica específica, es constante y permanente.
4	Dolor a la palpación profunda, delimitada a un área anatómica específica, constante y permanente.
3	Dolor a la palpación profunda, delimitado a un área anatómica específica. No es constante, días alternos.
2	Dolor no específico a las maniobras de palpación profunda, pero presente, de aparecimiento en días alternos o épocas definidas por la paciente que lo exacerba, no es severo.
1	Dolor no provocado a la palpación profunda, sin zonas de dolor, no delimitados anatómicamente, no bien definidos por la paciente y de aparecimiento esporádico, de intensidad leve.
0	NO DOLOR.

## ESTUDIOS CLÍNICOS DEL DOLOR DE ESTILO DE VIDA

A los pacientes que se presentan a la consulta con dolor de estómago y estómago, motivo de dolor: 411 (44%) de los cuales no se obtiene la causa de su dolor, lo que se considera que es de tipo funcional. Los que se obtiene la causa de su dolor, se clasifican en: 1) dolor de estómago y estómago se clasifica como dolor de estómago de acuerdo a la localización de los dolores, que es en el estómago. Se divide en: a) dolor de estómago, obnubilado, naciendo en el estómago y estómago, difundiéndose posteriormente a la espalda y estómago. b) dolor de estómago en observación, que es el dolor que se siente por el estómago, obnubilado, naciendo en el estómago, sintiendo se al dolor que se siente en el estómago.

Los dolores que se sienten en el estómago son: 1) dolor de estómago en observación, que es el dolor que se siente en el estómago, naciendo en el estómago, sintiendo se al dolor que se siente en el estómago. 2) dolor de estómago obnubilado, naciendo en el estómago, sintiendo se al dolor que se siente en el estómago. 3) dolor de estómago obnubilado, naciendo en el estómago, sintiendo se al dolor que se siente en el estómago.

### NO DOLOR.

## RESULTADOS

De las 50 pacientes estudiadas inicialmente, 5 no asistieron a las consultas, ni fue posible su localización por medio de visitas domiciliarias. Por lo que el estudio en total incluyó a 45 pacientes. Índice de pérdida 10%.

Edades de las pacientes osciló entre 19 a 63 años, siendo el promedio de 38 años.

El total de gestas fue entre 0 y 10, siendo el promedio 5.

Edad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total	Media
19-24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31-36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37-42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43-48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49-54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55-60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61-66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Cuadro No. 1: Bloqueo periférico en el manejo del dolor pélvico crónico. Relación entre edad, gravedad, dosis y su respuesta al tratamiento.

Edad	Gravedad			Dosis			A	B
	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12	3 - 6	7 - 12		
19 - 23	1				1	5	1	1
24 - 28	1	5				3	5	5
29 - 33	3	4	1			2	4	4
34 - 38	1	7	3			5	6	6
39 - 43	3	4	4			5	6	8
44 - 48	2					1	1	1
49 - 53	2	1			1	1	1	2
54 - 58								
59 - 63	1		2		2	1	2	1
<b>TOTALES</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>28</b>	<b>17</b>
						<b>45</b>		<b>45</b>

A = Pacientes con alivio del dolor

B = Pacientes sin cambios post tratamiento

Fuente: Boleta de estudio.

Cuadro No. 2: Bloqueo periférico en el manejo del dolor pélvico crónico. Respuesta de pacientes con dolor pélvico crónico, al tratamiento local con Lidocaina.

Pacientes en estudio	Pacientes post tratamiento		%
	A = 28	B = 17	
45			
<b>Total 45</b>	<b>45</b>		<b>100.0</b>

A = Pacientes con alivio del dolor

B = Pacientes sin cambios post tratamiento

Fuente: Boleta de estudio.

Cuadro No. 3:

Bloqueo periférico en el manejo del dolor pélvico crónico. Grados de mejoría en pacientes con dolor pélvico crónico al tratamiento local con Lidocaína, de acuerdo a la clasificación del dolor.

Grado	Pre tratamiento	%	Post tratamiento	%	% de mejoría
6	0	0	0	0	0
5	23	51.1	7	15.6	
4	22	48.9	10	22.2	B = 37.8
3	0	0	0	0	
2	0	0	5	11.1	
1	0	0	9	20.0	A = 62.2
0	0	0	14	31.1	

A = Pacientes con alivio del dolor

B = Pacientes sin cambios post tratamiento

Fuente: Boleta de estudio.

Cuadro No. 4: Bloqueo periférico en el manejo del dolor pélvico crónico. Relación entre la dosis utilizada, y la duración del tratamiento.

Dosis	No	B No mejoría	A Mejoría
3 a 6 ml	4	0	4
7 a 12 ml	21	9	12
13 a 18 ml	20	8	12

Las pacientes que mejoraron su dolor, no mostraron remisión del mismo durante los dos meses de estudio.

Fuente: Boleta de estudio.

## DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Cuadro No. 5: Bloqueo periférico en el manejo del dolor pélvico crónico. Relación de la evolución del dolor y su respuesta al tratamiento.

Tiempo	A	B	Total
6 meses a menos de 1 año	7	3	10
1 año a menos de 2 años	5	2	7
2 años a menos de 3 años	4	4	8
3 años a menos de 4 años	4	4	8
mayor de 4 años	8	4	12

A = Pacientes con alivio del dolor

B = Pacientes sin cambio post tratamiento

Fuente: Boleta de estudio.

De las 50 pacientes estudiadas inicialmente, hubo un índice de pérdida del 10%, por lo que el estudio incluyó a 45 pacientes.

El promedio de edad fue de 38 años, el de paridad de 5, y la dosis empleada 12 ml.

Cuadro No. 1: En este cuadro se puede observar, que no se haya una relación directa entre edad, paridad y dosis empleada en las diferentes pacientes, ya que se puede observar similar respuesta al medicamento (disminución del dolor) a diferentes edades, gestas y dosis enunciadas.

Cuadro No. 2: Se puede evidenciar a través de este cuadro que la respuesta al tratamiento fue adecuada, ya que el 62.2% mostraron mejoría de su padecimiento. Sin embargo esto no basta para concluir que dicho porcentaje de pacientes obtendrán alivio con el tratamiento, pues se hace necesario correlacionarlo con otros factores como duración del alivio y grado de mejoría.

Basado en el principio de que el dolor es un síntoma subjetivo, el cual puede variar de persona a persona, se ideó en consulta con el departamento de neurología del hospital, una tabla para cuantificar diversos grados de dolor, y en base a ello hacer un estudio más objetivo (ver clasificación del dolor).

Cuadro No. 3: En base a dicha tabla de clasificación del dolor, se puede observar en este cuadro que del total de pacientes estudiadas, el 31.1% mostró alivio total de su problema, y en otro 31.1% el alivio del mismo fue marcado, disminuyendo de valores entre grados 5 y 4 a grados 2 y 1. De esta manera, es interesante notar que de 45 pacientes que no habían tenido alivio

con ningún medicamento previo, el uso de aplicaciones locales de lidocaina les provoca alivio a 2/3 de ellos.

Cuadro No. 4: Este cuadro complementa el cuadro No. 1, ya que a través de él no se puede evidenciar relación entre la dosis utilizada y el grado de mejoría al tratamiento, ya que el grado de respuesta fue similar con dosis tan bajas como 3 ml y máxima como 18 ml.

Cuadro No. 5: A través de este cuadro observamos que la evolución del dolor no influye en la respuesta al tratamiento, encontrando pacientes incluso con 9 años de duración, que presentaron mejoría de su problema.

Con toda la evidencia anterior, tenemos un método terapéutico que en esta investigación demuestra un buen grado de efectividad, ya que generalmente este tipo específico de paciente no tiene alivio con ninguna terapéutica convencional. En relación al mecanismo por el cual se atribuye la mejoría, no se puede concluir que sea debido únicamente a una acción local del anestésico, y no se puede descartar como acción primordial su acción a nivel psicosomático. En su estudio el doctor Slocumb encontró un alivio del 100% en la pared abdominal baja, utilizando Bupivacaina y Lidocaina, lo que el paso siguiente sería efectuar un estudio doble ciego entre este anestésico y un placebo (solución salina, agua destilada, etc.), para verificar origen psicosomático.

No se puede concluir que el uso local de anestesia en los puntos claves de máximo dolor en pacientes con dolor pélvico crónico debe utilizarse como terapéutica a ciegas, sino más bien, la paciente debe ser estudiada incluyendo laparoscopía, y si a pesar de ello hay persistencia del dolor, entonces se recomienda como una alternativa el manejo presente.

Se deben efectuar más estudios, y si su eficacia persiste

en series más grandes, contaremos con una terapéutica para este grupo de pacientes cuyo manejo ha sido tan difícil para el ginecoobstetra.

que se observó que no se obtiene una respuesta tan temprana ni tan completa como con la lidocaina.

Cuadro No. 11. Este cuadro complementa el cuadro anterior, ya que a través de él se puede observar la relación entre la dosis utilizada y el grado de mejoría del dolor. Se observa que la respuesta fue similar con las dosis de 100 mg. y 200 mg. como 10 ml.

Cuadro No. 12. A continuación se observa la relación entre la evolución del dolor y el tiempo. Puede observarse que los pacientes que respondieron bien al tratamiento tuvieron mejoría de su problema.

Con todo lo anterior, se puede concluir que el dolor es un problema que se puede tratar de forma efectiva, ya que generalmente el paciente no tiene alivio con el simple uso de analgésicos. Sin embargo, si se toma en cuenta el mecanismo por el cual se obtiene el efecto, se puede concluir que se obtiene un efecto similar al de la lidocaina del anestésico, y así se puede descartar como causa de su evolución el psicofisiológico. En su estudio el autor encontró un alivio del 100% en la pared abdominal utilizando tanto la lidocaina y la supravacina, lo que el autor significa que efectuó un estudio doble ciego entre estos dos medicamentos (solución salina, agua destilada, etc.) para descartar la acción psicofisiológica.

No se puede concluir que el 100% de los pacientes que respondieron a los puntos clave de máximo dolor en pacientes con dolor de pared abdominal utilizaron como terapeútico 100 mg. o 200 mg. de lidocaina, ya que el paciente debe ser estudiado individualmente. Independientemente de ello hay persistencia del dolor, mientras no se maneje de modo que el impregne el manejo preventivo.

Se deben efectuar más estudios, y si la respuesta consiste

## CONCLUSIONES

1. El uso de Lidocaina, en los puntos claves de las áreas de máximo dolor, provoca alivio total en el 31.1% de las pacientes.
2. El uso de Lidocaina, en los puntos claves de las áreas de máximo dolor, provoca disminución del dolor en el 62.2% de las pacientes.
3. El 100% de las pacientes que mostraron alivio de su problema, la remisión persistió durante los dos meses de estudio.
4. No se encontró relación entre edad, gestas, dosis, tiempo de evolución del dolor, y la respuesta al tratamiento.

## RECOMENDACIONES

1. Efectuar estudios doble ciego con más población y mayor tiempo con Lidocaina local y placebo (solución salina, etc.)
2. Continuar el seguimiento de las pacientes ya tratadas que presentaron mejoría de su problema, por un período mínimo de 1 año para verificar la remisión.

## RESUMEN

El presente trabajo de tesis, estudia a 45 pacientes que fueron estudiadas por la consulta externa de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, por presentar dolor pélvico crónico de más de 6 meses de evolución del 1 de abril al 30 de agosto de 1985. A las pacientes se les realizaron: Examen ginecológico, papanicolaou cérvico-vaginal, laboratorios, enema de bario y pielograma i.v., descartando así morbilidad en la paciente.

A todas las pacientes se les realizó bloqueo periférico con Lidocaina al 2% sin epinefrina, en los puntos claves de las áreas de máximo dolor de la pared abdominal baja.

El promedio de edad fue de 38 años, el de paridad 5 y dosis empleada 12 ml, no hallando relación respecto a este tipo de pacientes.

Se realizó una escala de dolor para hacer más objetivo el estudio.

La respuesta al tratamiento fue de 31.1% de alivio total; el 62.2% mostraron mejoría de su padecimiento, disminuyendo de valores entre grados 5 y 4 a grados 2 y 1. Sin embargo esto no basta para concluir que estas pacientes obtendrán alivio prolongado con el tratamiento, haciéndose necesario correlacionar duración del alivio por un período de tiempo mayor de 1 año y grado de mejoría.

En cuanto la dosis utilizada por ml, se obtiene mejoría similar con dosis tan bajas como 3 ml y máxima como 18 ml.

El tiempo de evolución del dolor, no influye con la respuesta al tratamiento, encontrando pacientes con más de 9 años de duración que presentaron mejoría.

Con la evidencia anterior, se tiene un método terapéutico, que en esta investigación demuestra un buen grado de efectividad, ya que generalmente este tipo específico de pacientes no tiene alivio con tratamientos convencionales. Recomendando a la vez que todas estas pacientes sean estudiadas adecuadamente incluyendo laparoscopía diagnóstica y posterior a ello decidir el uso de Lidocaina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Beacham, W.B. y D. Beacham. *Synopsis of gynecology*. 9th. ed. Saint Louis, Mosby, 1977. 444p. (pp. 138-146)
2. Beard, R.W. et al. Pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol* 1977 Jul 1; 128(5):566-570
3. Benson, R.C. Dolor pélvico psicógeno. En su: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico*, 7a. ed. México, Médico Moderno, 1985 744p. (pp. 695-699)
4. Dhont, M. et al. The abdominal pelvic pain syndrome: fact or fiction *Am J Obstet Gynecol* 1985 Feb 1; 155(3):416
5. Earnest, D.L. Otras enfermedades de colon, recto y ano. En: Beeson, P. y W. McDermott. *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb*. 14a. ed. México, Interamericana, 1977. t.2 (pp.1550-1556)
6. Ey, H. et al. *Tratado de psiquiatría*. 4a. ed. Barcelona, Toray Masson, 1975. 1091p. (pp. 907-910)
7. Fordyce, W.E. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis, Mosby, 1976. 344p. (pp. 166)
8. Goodman, L. et al. Lidocaina. En su: *Bases farmacológicas de la terapéutica*. 5a. ed. México, Médica Panamericana, 1978. 1412p. (pp. 327-331)
9. Guyton, A.C. *Tratado de fisiología médica*. 5a. ed. México, Interamericana, 1977. 1159p. (pp. 662-676)

10. Jones, H.W. et al. *Tratado de ginecología de Novak.* 10a. ed. México, Interamericana, 1984. 878p.
11. Kessler, K. et al. *Adolescent obstetric and gynecology.* Chicago, Year Book Medical, 1984. 658p. (pp. 316-321)
12. Kresch, A.J. et al. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984 Nov; 64(5):672-674
13. Pain: Clinical and experimental perspectives. Saint Louis, Mosby 1975, 385p. (pp. 31-32)
14. Pawl, R. Methods of diagnosis and treatment of chronic pain. In his: *Chronic pain.* Chicago, Year Book Medical, 1979. 134p. (pp. 43-47)
15. Quiroz, F. La pelvis. En su: *Tratado de anatomía humana.* 19a. ed. México, Porrúa, 1979. t.3 (pp.307-341)
16. Räisanen, I. et al. Pain and plasma B-endorphin level during labor *Obstet Gynecol* 1984 Dic; 64(6):783-786
17. Rouviere, H. Pelvis. En su: *Compendio de anatomía y disección.* 3a. ed. Barcelona, Salvat, 1976. 758p. (pp.546-600)
18. Sampson, L. The psychology of chronic pain. In his: *The control of chronic pain.* Chicago, Year Book Medical, 1979. v.2(pp.1-15)

19. Slocumb, J. et al. Neurological factor in chronic pelvic pain; trigger points and abdominal pelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1984 Jul 1; 149(5):534-543
20. Strauz, I.K. The frustration of chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1985 Feb 1; 153(3):416
21. Suros, J. et al. *Semiología médica y técnica exploratoria.* 6a. ed. Barcelona, Salvat, 1978. 1071p. (pp. 592-594)

✓ no Bo  
✓ Auguadell

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
FICHA DE PACIENTES ESTUDIADAS EN LA TESIS "BLOQUEO PERIFÉRICO EN EL MANEJO  
DEL DOLOR PELVICO CRÓNICO".

NOMBRE DE LA PACIENTE: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

División: \_\_\_\_\_ No. de pte: \_\_\_\_\_

DEFICCIÓN. G. P. A. B. C. U. R.

## Histórica clínica:

Si no te molece el dolor: Relación del dolor con:

Examen ginecológico:

Resultados de laboratorio y Rayos X: \_\_\_\_\_

I.C. :-

Intensidad del dolor: Grado:

Test riñón empleado con 3 ml de Lidocaina en pared abdominal, áreas sig.

Llamada máxima empleada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Evolución primera quincena:

Segunda quincena: \_\_\_\_\_

Tercera quincena: \_\_\_\_\_

Cuarta quincena: \_\_\_\_\_

**Obscure-sigmas:** <http://www.astro.umd.edu/~jordans/obscuresigmas.html>

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S )

CONFORME:

Dr. Jorge Mario Gómez.  
Dr. Jorge Mario Gómez  
ASESOR  
Médico y Cirujano  
Colegiado No. 4706

SATISFECHO:

Dr. Raúl Majarro.  
REVISOR.

11 de octubre de 1985  
Miércoles  
Centro de Salud

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS



Guatemala, 11 de octubre

de 1985

Los conceptos expresados en este trabajo  
son responsabilidad únicamente del Autor.  
(Reglamento de Tesis, Artículo 23).