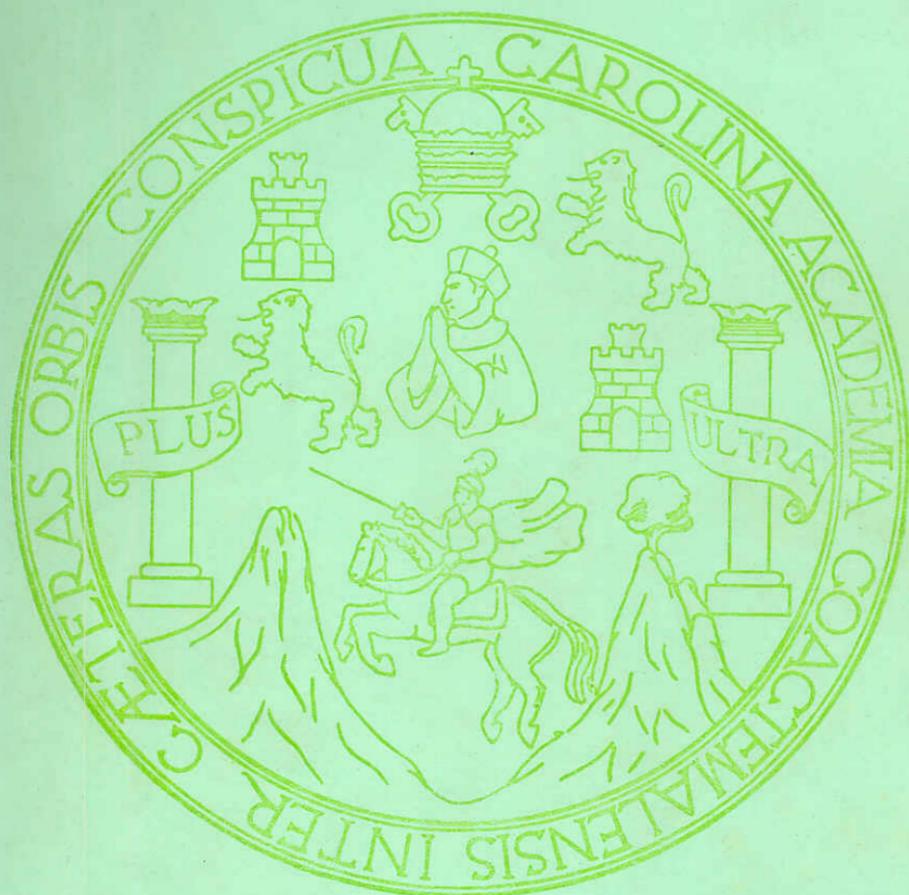


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

HALLAZGOS VIDEO-LAPAROSCOPICOS MAS
FRECUENTES EN PACIENTES CON DOLOR
PELVICO CRONICO



EDGAR EDMUNDO IXQUIAC CHOJOLAN

MEDICO Y CIRUJANO

CONTENIDO:

CAPITULO:	PAGINA:
I INTRODUCCIÓN.....	1
II DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....	2
III JUSTIFICACIONES.....	3
IV OBJETIVOS.....	4
IV.I. General.	4
IV.II. Específicos.	4
V REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	5
V.I. Anatomía.	5
V.II. Neuroanatomía y Neurofisiología.	7
V.III. Diferenciación entre dolor agudo y crónico.	11
V.IV. Depresión.	13
V.V. Evaluación de la paciente con dolor pélvico crónico.	16
V.VI. Pruebas de laboratorio y estudio de imágenes.	19
V.VII. Jerarquía de tratamientos.	22
V.VIII. Laparoscopia diagnóstica.	28
VI. METODOLOGÍA.....	31
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	35
VIII ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	58
XI CONCLUSIONES.....	61
X RECOMENDACIONES.....	62
XI RESUMEN.....	63
XII REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	64
XIII ANEXO "A"	66
ANEXO "B"	68
XIII.I. Protocolo sugerido de manejo en pacientes con dolor pélvico crónico	69

I. INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico constituye uno de los problemas más difíciles y frustrantes en ginecología, tanto para el paciente y sus parientes, como para el ginecólogo que la atiende, generalmente las pacientes describen años de dolor, incapacidad, pérdida del empleo, discordia y divorcio e innumerables quejas y fracasos, razones que permiten que la mayor parte de las mismas consuman analgésicos antiinflamatorios no esteroideos encontrando alivio únicamente parcial; muchas de estas mujeres han consultado uno o varios médicos recibiendo una gamma de antibióticos y tratamientos innecesarios.

Cada clínico debe basar sus decisiones en su experiencia y conocimientos, tomando en cuenta que el tratamiento multidisciplinario que tiene como eje el grupo de especialistas, ya que es de suma importancia en dicha patología para descartar otras variables como son los trastornos somáticos, psicopatológicos y otras alteraciones mixtas.

Prácticamente la laparoscopia hoy en día es un complemento importante para definir el diagnóstico, orientar en el tratamiento apropiado y evitar laparotomías exploratorias innecesarias, puesto que es una técnica endoscópica transperitoneal que proporciona una visualización excelente de las estructuras pélvicas, permitiendo a menudo el tratamiento terapéutico trans-operatorio de la mayor parte de las disfunciones ginecológicas y no ginecológicas en cualquier tipo de paciente.

En el presente trabajo se enfocan principalmente los resultados encontrados por video-laparoscopia en las pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico, en base a los registros médicos desde los inicios de la video-laparoscopia (3 de Octubre de 1,995) en este centro hospitalario, dichos resultados fueron: Adherencias pélvicas, pelvis normal, endometriosis, fibromatosis uterina, quistes ováricos, e hidrosalpinx descritos en orden de frecuencia, dentro de otros resultados se obtuvo que el grupo etareo más afectado comprende de los 30 a 40 años de edad, y el 55 % de las pacientes tuvieron una paridad promedio de 3 hijos, encontrando también el antecedente quirúrgico en más de la mitad de las pacientes, siendo la principal de ellas, la cesárea en el 50 %. Se encontró que la duración promedio del dolor fué de 3 años con límites de 3 meses a 15 años; además fueron utilizados los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos en el 94.5 % de los casos con alivio únicamente parcial. Así mismo, se aporta un plan de abordaje sugerido para el manejo de las pacientes con dolor pélvico crónico a través de una boleta de recopilación de datos y un orden cronológico de tratamiento; esperando tenga trascendencia como futuro protocolo de manejo, y así establecer las posibilidades y alternativas que existen, para encarar la solución y tratamiento del problema. De esta manera hacer que el lector cuente con algunas pautas del empleo adecuado de dicho procedimiento, en tanto que adquiere mayor conciencia de sus limitaciones.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El dolor pélvico crónico en mujeres puede definirse como la molestia pélvica no cíclica que excede de seis meses de duración y que no desaparece con el uso de analgésicos no narcóticos. Casi todas las revisiones de dolor pélvico crónico indican que como mínimo la paciente debe haber sufrido la molestia durante unos tres meses para así cumplir con los criterios de cronicidad, el cual puede ser identificado comúnmente por seis características: duración de seis meses o durante largo tiempo; incompleto alivio con más de un tratamiento; significativa incapacidad funcional en casa o trabajo; signos de depresión tal como despertar temprano por la mañana, pérdida de peso, o anorexia; dolor fuera de la proporción para la patología; y alteraciones en el rol familiar.⁽³⁻⁶⁾ Es sin lugar a duda una de las molestias más comunes en las pacientes ginecológicas, calculándose que afecta entre un 10 % de las mujeres que son enviadas a centros ginecológicos desde clínicas extra-hospitalarias. Constituyendo uno de los problemas más difíciles para el médico, por que muchas veces no se advierte fácilmente su causa, para lo cual la laparoscopia diagnóstica ha mejorado el conocimiento de muchos de los trastornos que pueden contribuir hacia este cuadro a menudo debilitante, independientemente que ha constituido una modalidad excelente de diagnóstico y tratamiento.⁽¹⁻⁶⁾

Por lo tanto que es de suma importancia conocer las diversas patologías que afectan frecuentemente a las mujeres que consultan a este centro hospitalario, considerando que no contamos con un estudio anterior para comparar resultados de nuestro medio con lo expresado en la literatura; el presente trabajo se realiza con tal propósito para establecer prioridades, encarar un mejor manejo, diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico crónico.

Es importante mencionar que en nuestro medio se viven diversos factores físicos, sociales, económicos, culturales y ambientales totalmente distintos, comparados con los países desarrollados de donde proviene la mayor parte de la literatura que se conoce en la actualidad. La finalidad del presente estudio, fué revisar y presentar resultados de los hallazgos video-laparoscópicos más frecuentes en 125 pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico, estudiados en el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, así mismo, describir el grupo etareo más afectado, su paridad, antecedentes quirúrgicos previos, tiempo de evolución del dolor, los estudios de ayuda diagnóstica utilizados, tratamientos terapéuticos y las complicaciones trans y pos-quirúrgicas ocurridas, al mismo tiempo que se elaboro una boleta de recopilación de datos y un orden cronológico del manejo sugerido del dolor pélvico crónico como aporte del presente trabajo para un mejor abordaje en el futuro.

III. JUSTIFICACIONES

El dolor pélvico crónico, es la indicación por la que se practican el 20 % de laparoscopias, en promedio; no guarda relación con traumatismos o enfermedades tisulares, siendo indispensable el empleo de la laparoscopia para la evaluación global de la mujer con dolor pélvico crónico, puede evitarse de esta manera que la paciente con el cuadro sea hospitalizada por otras sospechas de procesos infecciosos previos y sea objeto de tratamientos innecesarios.

Además de conocer la incidencia de hasta un 10 % de las consultas de enfermas con dolor pélvico crónico, y constituyendo la laparoscopia uno de los medios más útiles para el ginecólogo, variado su empleo desde una técnica diagnóstica o puramente observativa y terapéutica en cirugía, se decide realizar el presente estudio de investigación compenetrados de la relevancia del problema para determinar el grupo etareo más afectado, paridad, conocer los antecedentes quirúrgicos previos, tiempo de evolución, estudios diagnósticos y tratamientos previos, las patologías pélvicas más frecuentemente encontradas por video-laparoscopia, los procedimientos terapéuticos trans-operatorios realizados y las complicaciones quirúrgicas trans y pos operatorias, en pacientes en quienes se realizo video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en esta entidad.

Sabemos la necesidad de estudiar en la forma más amplia posible dicho problema ya que desde el inicio de la utilización de la video-laparoscopia en dicho centro, no se ha llevado acabo la presente investigación y desconociendo los resultados, aportamos este estudio a fin de contribuir en la búsqueda de soluciones que ayuden a encarar el problema con efectividad y vulnerabilidad para el conocimiento actualizado del gremio médico, de una patología tan frecuente en nuestro medio y de esta manera sea pertinente aportarlo como punto de referencia para un protocolo de manejo de dichas pacientes.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar las patologías pélvicas más frecuentes, los procedimientos terapéuticos trans-operatorios, y las complicaciones quirúrgicas en pacientes con dolor pélvico crónico en quienes se realizó video-laparoscopia diagnóstica y terapéutica.

ESPECÍFICOS:

- Identificar el grupo etareo más afectado con dolor pélvico crónico.
- Describir la paridad de pacientes afectadas con dolor pélvico crónico.
- Describir los antecedentes quirúrgicos previos de las pacientes.
- Determinar el tiempo de evolución del dolor pélvico crónico.
- Describir los resultados (normales o anormales), de los estudios de ayuda diagnóstica previos a la video-laparoscopia.
- Identificar los tratamientos previos a la video-laparoscopia diagnóstica.
- Determinar las patologías pélvicas más frecuentemente encontradas en pacientes con dolor pélvico crónico.
- Describir los procedimientos terapéuticos trans-operatorios aplicados en pacientes con patología pélvica.
- Describir las complicaciones quirúrgicas trans y pos-operatorias presentadas en pacientes en quienes se realizó video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ANATOMÍA:

Órganos contenidos en la cavidad pélvica son:

Recto	Uretra	Utero
Vejiga	Vulva	Trompas de falopio
Uréteres (porción pélvica)	Vagina	Ovarios
Vasos, nervios y ligamentos		

Entre los músculos se distinguen tres grupos que son:

- 1.- Un grupo superficial que comprende: Esfínter externo del ano
Bulbocavernoso
Transverso superficial
Constrictor de la vulva
- 2.- El grupo medio comprende: Transverso profundo del periné
Esfínter externo de la uretra.
- 3.- El grupo profundo comprende: Elevador del ano
Isquiococcígeo.

La pelvis es la parte inferior del tronco y tiene forma cuenca, esta constituida por dos huesos coxales o iliacos el sacro y el cóccix. Esta descansa sobre los fémures. En la pelvis existen cuatro articulaciones:

- Una de sínfisis del pubis
- dos sacroiliaca
- una sacrococcígea

La pelvis por la disposición de los huesos forma dos segmentos que son: El superior que es más grande y amplio también llamado pelvis mayor o falsa y el inferior o pelvis menor o verdadera que es más pequeña y más profunda; ambas están divididas por la línea ileopectinea que se encuentra hasta el pubis. El segmento superior es limitado por delante por los músculos abdominales y por detrás por la columna vertebral, en este segmento descansan los intestinos.

El piso pélvico es una estructura de mucha importancia en gineco-obstetricia el cual está constituido por músculos, ligamentos y aponeurosis los cuales sostienen las vísceras pélvicas además de hacer el papel de esfínter para la uretra, vagina y recto, permitir la salida de un feto a término. (2-4-5)

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO:

El dolor pélvico puede ser definido en crónico cuando la molestia pélvica no cíclica persiste en mujeres por más de seis meses o durante largo tiempo (mínimo 3 meses) y que no desaparece con el uso de analgésicos no narcóticos. No obstante frecuentemente es obvio que puede ser identificado comúnmente por seis características: duración de seis meses o durante largo tiempo; incompleto alivio con más tratamientos; significativa incapacidad funcional en casa o trabajo; signos de depresión tal como despertar temprano por la mañana, pérdida de peso, o anorexia; dolor fuera de la proporción para la patología; y alteraciones en el rol familiar. (1-3-7-20)

Ninguna de estas características es un requerimiento absoluto para el diagnóstico del dolor pélvico crónico, pero cuando son identificables, pueden usarse como guía o pauta para reforzar la impresión clínica. Más bien, el diagnóstico es hecho en base a la totalidad del cuadro clínico. Cuando se evalúa a la mujer con dolor pélvico crónico (DPC), es esencial conocer y considerar varias causas que pueden estar contribuyendo con los síntomas. Para este propósito recurrimos a la presente clasificación que es de mucho valor; este esquema de etiología del dolor pélvico crónico se clasifica en: Episódico y continuo (Tabla A)

Tabla A. Clasificación del Dolor Pélvico Crónico.

<u>Dolor Pélvico Episódico</u>	<u>Dolor Pélvico Continuo</u>
Dispareunia	Adherencias pélvicas
Mittelschmerz	Infección crónica
Dismenorrea primaria	Síndrome de ovario residual
Dismenorrea secundaria	Tumores pélvicos
Adenomiosis	Retroversión uterina
Endometriosis	Prolapso genital
	Endometriosis
	Patologías fuera del dolor pélvico
	Síndrome de congestión pélvica.

Toda la complejidad de la variedad del cuadro del dolor pélvico crónico y su significativo componente psicológico, requiere de una evaluación completa siempre en un aprovechamiento multidisciplinario con un ginecólogo y un profesional de salud mental. Otros consultantes pueden incluirse: anestesiología, gastroenterología y urología. (3)

Tal intento de definición no es específico porque incluye el dolor propio de las alteraciones advertibles en la laparoscopia como serían, endometritis; trastornos somáticos ocultos (por lo común no ginecológicos como sería el síndrome de colon irritable y el uretral) alteraciones no somáticas de origen psicógeno. (1-6)

El tratamiento de mujeres con alteraciones advertibles en laparoscopia al parecer es directo, pero el diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico crónico en ausencia de patología neta irremediable ("pelvalgia") es uno de los problemas más desorientadores que afronta el ginecólogo en práctica. Pocos cuadros ponen a prueba la experiencia profesional y la paciencia del clínico como el dolor pélvico crónico. El dolor pélvico crónico comprende incluso 10% de las consultas de enfermas extra-hospitalarias y a causa de él se practican 20% de laparoscopias y el 12% de histerectomías en Estados Unidos. No existen datos fidedignos respecto a la incapacidad y los días laborales perdidos que son consecuencia de dicho dolor, pero en los costos directos e indirectos totales en nación comentada pueden calcularse conservadoramente en más de 2,000 millones de dólares al Año.

Los costos personales que deben pagar las mujeres afectadas son igualmente impresionantes. Ellas describen años de incapacidad y sufrimiento, pérdida de empleo discordia y divorcio e innumerables quejas de problemas médicos, fracasos y decepciones. En promedio, 45% de ellas tiene diversos trastornos somáticos ocultos por lo común no ginecológicos (como los síndromes mioaponeurótico, de colon irritable y uretral) y 50% tiene psicopatología o un cuadro doloroso psicógeno. Veinte por ciento tiene también otras alteraciones somáticas y psicológicas.

NEUROANATOMIA, NEUROFISIOLOGIA Y - NEUROFARMACOLOGIA DEL DOLOR PÉLVICO:

En pocos órganos, la relación del dolor visceral con el daño a los tejidos es tan escasamente conocida como en las estructuras de la pelvis de la mujer. Cuando menos la tercera parte de las que tienen dolor pélvico crónico no presentan alteraciones obvias en su aparato reproductor, y solo ocasionalmente la deformación tisular que es consecuencia de adherencias pélvicas y endometriosis donde guarda relación con el grado y sitio del dolor. Aún más, el dolor crónico, a diferencia del agudo, puede abarcar diferentes respuestas sensoriales, afectivas y conductuales. (1-6)

NEUROFISIOLOGIA:

COMPARACIÓN ENTRE LOS DOLORES VISCERAL Y SOMÁTICO:

La sensación "visceral" denota el dolor y otros estímulos que nacen de órganos internos como intestino grueso, vejiga, recto, útero, ovarios y trompas de falopio, a diferencia de las sensaciones "somáticas" que provienen de estructuras cutáneas, aponeurosis y músculos (como serían genitales externos, ano, uretra y peritoneo parietal). El dolor visceral a diferencia del somático, no tiene una localización precisa, y estímulos como el corte, la trituración, la quemadura que causan dolor en estructuras somáticas por lo común no lo producen en vísceras.⁽¹⁰⁾ Los estudios clínicos han demostrado que el dolor puede ser inducido en las vísceras por:

- 1) distensión o contracción muscular anormal de vísceras huecas (como contracciones uterinas con el parto);
- 2) estiramiento repentino de cápsula de órganos sólidos (como la ruptura de un quiste ovárico hemorrágico);
- 3) hipoxia o necrosis de vísceras (como porción de anexos o degeneración de leiomiomas);
- 4) producción de alguna sustancia analgésica o alógena, como serían los prostanoídes en la dismenorrea y la endometriosis;
- 5) irritación química de terminaciones nerviosas viscerales (con el líquido sebáceo que surge de un teratoma quístico roto);
- 6) compresión rápida de ligamentos o vasos; y
- 7) inflamación (como salpingoovaritis). Como dato adicional, es variable la sensibilidad al dolor en las vísceras. (1)

El umbral más bajo al dolor lo poseen las serosas, y en orden de intensidad, le sigue el umbral de las estructuras musculares y por último, el de órganos parenquimatosos que tiene el más alto umbral al dolor.⁽¹⁰⁾ A diferencia de ello, la piel de genitales externos, vulva, uretra y ano tienen abundancia de nervios sensoriales somáticos extraordinariamente sensibles al dolor. El dolor en estas zonas de infracción somática se advierte y localiza con mucha facilidad. Los mecanismos nerviosos en que se basa la sensación visceral difieren de los del sistema sensorial somático. Las fibras nerviosas que inervan las vísceras, a diferencia de la que se distribuyen en estructuras somáticas, contienen nula o poca mielina y tienen una velocidad relativamente lenta de conducción. Las vísceras son inervadas por la fibras aferentes a -delta de fino diámetro, y C primarias. Las aferentes en cuestión, a diferencia de las fibras somáticas quizá no posean nociceptores ni terminaciones nerviosas especializadas de umbral alto, las que cuando son estimuladas, producen

específicamente la sensación de dolor. En vez de ello, terminan en mecanorreceptores que tienen la capacidad de respuesta graduada que depende de la intensidad del estímulo. Por todo lo expuesto los mensajes transmitidos hacia el sistema central desde terminaciones nerviosas viscerales no son específicos de estímulos nociceptivos (dolorosos). Una sola fibra aferente registra fenómenos que van desde sensaciones y reflejos no dolorosos, hasta estímulos nocivos dolorosos. El estímulo nocivo es codificado por la intensidad de la descarga nerviosa desde la periferia, y es sometido a nuevas modificaciones por médula espinal y sistema nervioso central.⁽¹⁾ Por esa razón, el dolor visceral puede reflejar la afección anormal de mecanismos nerviosos que por lo común intervienen en la mediación de reflejos y sensaciones amorfas la que, con estímulos mecánicos o químicos adicionales, reaccionan con mayor intensidad, y por tal motivo, se les percibe como estímulos dolorosos.

La densidad de inervación de las vísceras es substancialmente menor que la de estructuras somáticas, y tal factor explica quizá en parte, la naturaleza difusa y poco localizable de la sensación visceral, y en particular el dolor visceral. El número de fibras A delta y fibras C aferentes que se distribuyen en las vísceras es pequeña en comparación con el de aferentes finas en nervios somáticos que van a la piel. Estudios recientes han cuantificado el número de aferentes somáticas y viscerales en las neuronas que se proyectan en la médula espinal del gato. Se ha calculado que el número de fibras aferentes viscerales raquídeas es solo de 1.5 a 2.5% del número total de neuronas aferentes espinales que se distribuyen en las estructuras somáticas en la periferia. Desde el punto de vista histórico, el dolor visceral ha sido clasificado en "verdadero" y "referido". El verdadero, como el dolor inicial de la torsión ovárica, es del dolor profundo y difuso descrito y a menudo se acompaña de otras respuestas reflejas autónomas como náuseas, diaforesis y aprensión. Este tipo de dolor, a diferencia del referido, no se acompaña de hipersensibilidad dolorosa de la piel (hiperalgesia cutánea). El dolor referido es el término utilizado para describir el fenómeno con el cual el sujeto percibe que un estímulo nocivo de un órgano interno nace de una región distinta más superficial. El tipo mencionado de dolor suele ser localizado y superficial, y se identifica dentro de la distribución o dermatoma del segmento medular que envía fibras a las vísceras de esa zona.⁽¹⁰⁾

El área de la piel inervada por las fibras aferentes en un solo nervio raquídeo constituye un dermatoma. Cada punto en el cuerpo quizá es inervado por los axones de cinco distintas raíces dorsales, cuando menos. Por tal motivo, el tamaño del dermatoma resultante depende más bien de interacciones entre las fibras aferentes primarias y las neuronas secundarias en el asta dorsal de la médula. Los sitios reales de sensación dolorosa de órganos del aparato genital de la mujer (pélvicos) dependen de los segmentos raquídeos en que terminan sus aferentes viscerales respectivas.

Los fenómenos neurológicos que explican el dolor referido siguen siendo punto de controversia. Las neuronas aferentes viscerales y las somáticas se proyectan en las mismas neuronas de segundo orden en el asta dorsal de la médula espinal. Como dato adicional, también se reúnen en la región del asta dorsal de un solo segmento raquídeo aferentes de regiones muy amplias, somáticas y viscerales. Esta "convergencia somática-visceral" quizá sea la causante de la naturaleza remota del dolor en estas estructuras viscerales. La hiperalgesia que acompaña al dolor referido quizá se deba a reflejos visceromusculares y viscerocutáneos que en esta situación desencadenan el dolor somático verdadero en músculos, aponeurosis y tejidos cutáneos suprayacentes dentro de este dermatoma. Los componentes musculares del dolor pueden depender de contracción, y el cutáneo ser consecuencia de la elaboración de sustancias químicas alógenas transmitidas en forma antidrómica (hacia la periferia) en el nervio aferente. Por tal motivo, el dolor referido tiene dos componentes, uno en el cual se percibe que el dolor surge de un sitio distante al parecer sano, y otro componente hiperalérgico de dolor referido (al tacto), por lo cual se vuelve doloroso un estímulo cutáneo normalmente inocuo, hacia una estructura superficial o dermatoma.⁽¹⁰⁾

NEUROANATOMIA:

Las vísceras de la cavidad pélvica reciben inervación aferente por medio de troncos nerviosos del sistema autónomo. Las aferentes viscerales que cruzan por el tronco simpático tienen pericarion neuronal en una distribución toracolumbar y los que cursan con la fibras parasimpáticas tienen el cuerpo neuronal en los ganglios dorsales sacros. Ambos sistemas aferentes viscerales intervienen en la sensación y reflejos viscerales. Las principales vías nerviosas del dolor visceral que nacen de órganos genitales femeninos, continúan el trayecto de un tronco nervioso simpático.

La inervación sensorial de un órgano pélvico individual, es decir, parte del aparato genital femenino, depende de su origen embrionario. Los órganos de la reproducción pueden clasificarse en tres grupos, con base en aspectos de su desarrollo. Las gónadas derivan del surco urogenital; útero, trompas de falopio y porción superior de la vagina derivan de estructuras de los conductos de Muller, y los genitales externos y porción inferior de la vagina derivan de estructuras del seno urogenital.

La inervación de la mitad inferior de la vulva que incluye clitoris y la uretra, depende de nervios somáticos mixtos (sensoriales y motores), los que nacen en las ramas ventrales del primero y segundo segmentos lumbares raquídeos (L1 y L2). Los ramos dorsales que derivan de L1 y L2 inervan la porción inferior del dorso a menudo en la regiones que se percibe el dolor ginecológico referido. Perineo, ano y porción inferior de la vagina son inervadas por ramas somáticas del nervio pudiendo que deriva de los ganglios de segunda y cuarta raíces sacras (S2 - S4).

Los viscerales dolorosos que vienen de porción superior de vagina, cuello y cuerpo del útero, porción interna de trompas de falopio, ligamento ancho, porción superior de vejiga, ciego, apéndice y porción terminal de intestino grueso, viajan por los simpáticos toracolumbares, a través de plexos vaginal, uterino e hipogástrico hacia el nervio hipogástrico; a través del plexo hipogástrico superior, y la cadena simpática lumbar y torácica inferior. Los impulsos después pasan por ramos blancos y comunicantes con relación a T-11, T-12 y L-1 para cursar por las raíces dorsales de estos nervios después de lo cual penetran en la médula espinal a nivel de T-11, T-12 y L-1.

Por tal razón, la transmisión de estímulos dolorosos de los tres órganos en el aparato reproductor de la mujer dependen de que estén intactos los nervios simpáticos. Sin embargo, la integridad de los nervios aferentes y eferentes sacros es de suma importancia para el funcionamiento apropiado que incluye la regulación refleja, de órganos de la reproducción, colon y vejiga. La sección del nervio pélvico interfiere en la micción y la defecación normales, y el corte de los nervios simpáticos no interfiere, a pesar de lo señalado colon, vejiga aparato reproductor, ni perturba gravemente la sensación en el colon o la vejiga.

DIFERENCIACIÓN ENTRE EL DOLOR AGUDO Y EL CRÓNICO

El dolor es un síntoma frecuente en la práctica diaria del médico, aunque muchas veces este último no capta las diferencias precisas entre el dolor agudo y el crónico.

Dolor: es un estado de conciencia con un componente efectivo desagradable y que desempeña un mecanismo de defensa del cuerpo de naturaleza sensorial y se produce siempre que un tejido es lesionado aguda o crónicamente obligando al individuo a defenderse para suprimir el estímulo doloroso, se puede clasificar por su evolución en: agudo y crónico.

En el dolor agudo se ha producido daño tisular y el sistema nervioso central recibe abundantes estímulos nociceptivos aferentes. Recibe muchos nombres alternos como: dolor intenso, rápido, eléctrico, y es mejor conocido como dolor punzante.⁽¹³⁾

El término crónico a menudo ocasiona confusión en los clínicos. Sin embargo, los investigadores definen por lo regular el dolor crónico cuando: 1) ha persistido seis meses; 2) no se identifica causa física de él; 3) han fracasado los tratamientos corrientes, y 4) se ha acompañado de cambios en la conducta y la afectividad. Por todo lo comentado, el dolor del cáncer podría llamarse con mayor exactitud dolor agudo persistente (es decir, posee características del dolor agudo en cuanto a que persisten el daño tisular y la nocicepción porque la enfermedad

orgánica no mostró resolución). Recibe varios nombres alternos: dolor sordo, tenebrante, nauseoso, lento, mejor conocido como dolor quemante.⁽⁶⁾

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

El dolor pélvico crónico es un común problema ginecológico que es pobremente conocido, una causa física para el dolor puede no ser establecida y consecuentemente tiene que existir una dificultad para el tratamiento sucesivo, y se emprende una búsqueda para identificar una causa psicológica.⁽²⁰⁾

En muchos sentidos, la práctica médica actual sigue el criterio tradicional cartesiano de la dicotomía entre mente y cuerpo. Se considera como físicos a los síntomas, es decir, "reales", o psíquicos o mentales, es decir, fuera del campo de la experiencia del médico no psiquiatra. La concepción anterior denota que la experiencia dolorosa de una persona es proporcional al grado de daño físico; cuanto mayor es, más intenso es el dolor. Si no hay una enfermedad obvia pero son intensas las quejas y síntomas de la persona, se inicia una pesquisa de la causa o causas del dolor. En la práctica ginecológica tal pesquisa suele culminar en cirugía abdominal.

Desafortunadamente, cabe esperar analgesia perdurable solo si la operación alivió un problema físico subyacente y si en realidad la disfunción era la causa fundamental del señalamiento del dolor por la mujer. Muchas pacientes que no se benefician de la cirugía al final son enviadas al psicólogo y se sienten traicionadas y humilladas. Con gran frecuencia rechazan el auxilio psicológico y en otros sitios continúan su búsqueda de una curación somática.⁽¹⁴⁾

Un marco teórico útil para la evaluación de dolor es la llamada teoría de la compuerta; incluye específicamente factores emocionales como aspecto integral de la experiencia dolorosa. La teoría en cuestión propone que señales nociceptivas incómodas son transmitidas por varios tipos de fibras periféricas. En este proceso pueden participar diversos neurotransmisores como las endorfinas y la serotonina, y ambas, según se ha demostrado, intervienen significativamente en la regulación de los estados de ánimo (talante).

Datos recientes sugieren que las mujeres con dolor pélvico crónico (DPC) tienen mayores concentraciones séricas de beta-endorfina, que las testigos. Aún más, hubo una correlación inversa entre los niveles subjetivos de dolor y los de beta-endorfina sérica, es decir, cuanto más intenso era el dolor, menor era la cifra de dicha sustancia. El hecho de que muchos cuadros de dolor crónico mejoran con el tratamiento a base de anti-depresores, un artículo sugiere netamente que los mismos neurotransmisores que intervienen en la depresión pudieran actuar en síndromes de dolor crónico ⁽¹⁶⁾.

DEPRESIÓN:

Uno de los acompañantes más comunes de dolor crónico es la depresión. De hecho, la propia depresión profunda o mayor puede manifestarse como uno de los signos principales del dolor. Tratada la depresión, el dolor suele mejorar o desaparecer. ⁽⁸⁾

Es frecuente advertir el autosacrificio hasta el punto del masoquismo. Se identifica una alta incidencia de depresión unipolar, alcoholismo, y dolor crónico entre los parientes de estas enfermas. También es común observar circunstancias familiares caóticas. A menudo coexisten el dolor y la depresión, y uno exacerba la existencia del otro. Walker y colaboradores⁽¹⁶⁾ advirtieron que las mujeres con DPC tienen una prevalencia mucho mayor de depresión profunda y permanente y de depresión corriente mayor, que el grupo de comparación.

ANTECEDENTES DE ABUSO FÍSICO Y SEXUAL:

En un estudio reciente ⁽²¹⁾ se realizó una relación entre la historia de abuso físico o sexual y frecuentes reportes de disociación, somatización, abuso de sustancias, y mal adaptación entre pacientes con dolor pélvico crónico, en el cual se concluyó notablemente que había asociación entre una historia positiva y el alto nivel de disociación, somatización y abuso frecuente de sustancias en pacientes con dolor pélvico crónico.

Muchas mujeres con dolor crónico provienen de familias perturbadas y con conducta abusiva. Es tentador destacar que en las mujeres con DPC es frecuente el antecedente de abuso sexual y que pudiera haber un vínculo psicodinámico entre el abuso mencionado y el dolor crónico pélvico. Sin embargo, el abuso físico sexual en sí al parecer interviene importantemente en la aparición de la cronicidad en diversos cuadros dolorosos, incluido el dolor en la región pélvica.⁽¹⁶⁻²⁰⁾

HIPOCONDRIASIS:

Esta forma de somatización se caracteriza por una manifestación obsesiva. Suele ser difícil diferenciarla de los delirios somáticos. La hipocondriasis guarda estrecha vinculación con la depresión, y las hipocondriacas a menudo provienen de familias en que no se brindaba atención e interés, salvo que las personas estuvieran enfermas.

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN/SÍNDROME DE BRIQUET:

A menudo, el estrés psíquico se manifiesta en la forma de síntomas somáticos, y ello es un fenómeno universal y hasta este momento no se le considera anormal. Sin embargo, cuando la somatización se acompaña de búsqueda de auxilio médico persistente y repetido, se torna un problema clínico y económico.

Se ha demostrado que las pacientes con DPC afirman tener un número mucho mayor de problemas corporales que las mujeres con otras disfunciones ginecológicas: existe una mayor posibilidad de sentir dolor abdominal y no pélvico, de presentar diarrea, estreñimiento, dorsalgia baja, dispareunia, dismenorrea, náusea, gases y timpanismo, dificultad para la marcha, falta de aire, mareos, debilidad, "estar siempre enferma durante toda la vida", menstruación irregular, y amenorrea en más de dos periodos.

Todas las diferencias anteriores fueron estadísticamente significativas.⁽¹⁶⁾ De 250 mujeres que señalaron dolor pélvico crónico o intermitente, 198 (79%) también cumplieron con los criterios diagnósticos del síndrome de enterocolon irritable (probable). Se ha demostrado que este último síndrome guarda correlación considerable con una tendencia a quejarse de irritaciones pequeñas y de "enfocarse" a las sensaciones somáticas con un alto grado de ansiedad. Suele haber el antecedente de problemas psiquiátricos, incluido el abuso de drogas. Muchas de estas mujeres provienen de medios familiares caóticos; otras más tienen parientes varones que tienen problemas con la ley, y es posible que también la propia mujer tenga una "ficha" de transgresora de la ley.

Sin embargo, las fármacodependientes o que abusan de drogas pueden no acudir a clínicas extra-hospitalarias y multidisciplinarias contra el dolor. En vez de ello, quizá busquen tratamiento en entornos que muy probablemente les permitan obtener recetas del fármaco o droga que prefieren. En términos generales, la farmacodependencia es una complicación posible de cualquier síndrome de dolor crónico. Por la razón expuesta, es de máxima importancia llevar al mínimo el uso de medicamentos que causen adicción como narcóticos y ansiolíticos. En el caso de mujeres con dolor crónico será mejor recetar los medicamentos sobre un plan fijo y no "según se necesiten".⁽⁶⁾

DELIRIOS SOMÁTICOS:

En cualquier clínica de dolor crónico sería de esperar la presencia de una pequeña minoría de mujeres cuyos síntomas parecerían totalmente insólitos y anormales, y que desafían cualquier descripción racional. Antes de concluir que el cuadro es de delirio, es importante entender exactamente lo que la mujer trata de comunicar. El autor ha atendido algunas pacientes en su clínica, enviadas por otro médico, a las que nunca se les permitió contar realmente su historia.

Al parecer se obtienen buenos resultados en estos casos cuando alguien al final escucha con paciencia el relato de la enferma. Pudiera convenir la consulta psiquiátrica, pero sólo después que se haya establecido una buena relación con la enferma, pues si no es así, ella puede percibir que se tratará de otro rechazo más. La depresión profunda es un factor común y puede requerir de la experiencia del psiquiatra para la administración de fármacos y para psicoterapia.

Algunas de las mujeres de este grupo de hecho muestran "delirios", en tanto que otras pueden acceder más y entender la razón conforme sienten menor angustia y piensan que al final alguien las "tomo en serio".

PSICOTERAPIA:

Las mujeres con dolor pélvico crónico comprenden un grupo heterogéneo, y su trastorno va más allá de los límites impuestos por la raza, la educación y aspectos socioeconómicos. A menudo conviene enviar a la paciente con un psicólogo, un psiquiatra o una trabajadora social en psiquiatría. En muchas clínicas de dolor, los profesionales en salud psíquica forman parte integral del grupo de atención médica. En estas instituciones, las mujeres pueden contar con facilidad con consejo, psicoterapia e intervención psicofarmacológica, perfectamente orientada.

La situación es más compleja en un medio puramente ginecológico. En condiciones ideales, los estudios completos para investigar el dolor pélvico crónico deben incluir, desde el comienzo, la revisión por parte de un profesional en salud psíquica que conozca en detalle los problemas psicosomáticos. La persona puede señalar una serie de hechos muy perturbadores que le ocurrieron, y aún así, quizá no descrita la forma en que tales experiencias han alterado sus sentimientos. Los terapeutas tradicionales "no directivos" consideran que su tarea principal es escuchar a la paciente; esta actitud es útil si ella tiene asuntos que desea comentar. Sin embargo, las mujeres con dolor a menudo no advierten que tienen problemas, además de sus molestias físicas. Tienden a reaccionar mejor con un enfoque didáctico más activo.

Las pacientes con dolor crónico a menudo necesitan ser "orientadas o educadas" en una forma comprensiva y de apoyo, antes que se beneficien de cualquier tipo de consejo. Con mucha frecuencia tienen la idea fija de que su dolor constituye el único problema. A menudo, solo a regañadientes aceptan que se les envíe para que las auxilie el psicólogo, y están totalmente predisuestas a "manipular" la experiencia, y no acudir a él. En un artículo, el autor menciona que ha atendido a muchas mujeres que en su tránsito de la sala de espera al consultorio mencionaron cosas como: "Nunca pensé que había caído tan bajo como para tener que acudir a alguien como usted". Acudir a un profesional en salud mental simplemente significa una especie de derrota moral.⁽⁶⁾

El crecer en un entorno fuertemente disfuncional y abusivo hace que muchas personas nunca tengan una relación estable, positiva y fructífera con otro adulto. Un terapeuta puede llenar esta deficiencia. Sin embargo, es importante particularmente conservar límites nítidos y fijar otros aceptables con estas mujeres, de tal forma que no exista confusión respecto a papeles ni la necesidad de retroceder en el tratamiento, por parte de una persona a la que se ha permitido una vinculación demasiado intensa con el terapeuta. Muchas de ellas provienen de familias con alteraciones graves, y es frecuente obtener el antecedente de abuso físico y sexual.

Los problemas emocionales y la depresión suelen expresarse en términos de molestias somáticas. (8-14)

EVALUACIÓN DE LA PACIENTE CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

El interrogatorio completo es esencial para la evaluación precisa del dolor abdominal crónico en la mitad inferior del vientre, o pélvico. Hay que interrogar a la persona sobre las características de su dolor, así como su duración, sitio y cualquier tipo de irradiación. También habrá que identificar cualquier factor de exacerbación o alivio. Puede ser útil la relación, si la hay, del dolor con el ciclo menstrual, la actividad sexual, las funciones vesical y rectal, y el estado emocional. Se prestará atención particular a los métodos quirúrgicos hechos en lo pasado o a los episodios supuestos de enfermedad inflamatoria pélvica (E.I.P.) acaecidos. A pesar de ello, se necesita una revisión meticulosa. Por ejemplo, hay que identificar, en la medida de lo posible, la respuesta psicológica de la persona al dolor, y su efecto y consecuencias en su estilo de vida, núcleo familiar, y amigos. También hay que interrogar a la paciente sobre tratamientos que se le han hecho, de tipo médico o autoaplicados, y su efecto en el dolor.

Una vez obtenidos los datos del interrogatorio, la información debe usarse para orientar mejor la exploración física. Es esencial que la exploración sea completa, pero se presentará atención particular a algunos aspectos de la revisión física. Se necesita observar la postura y la marcha de la mujer. Por lo común, la postura inadecuada, el adoptar posturas viciosas como los hombros caídos y también la bipediación apoyando el peso en un solo miembro pélvico, pueden orientar hacia una causa musculoesquelética posible. También se hará una exploración suave del vientre en busca de masas y zonas de dolor a la palpación. La atención especial a la palpación superficial es de suma importancia para identificar el dolor musculoesquelético. Si el clínico advierte una zona dolorosa, habrá que interrogar a la mujer en cuanto a si el dolor que siente "reproduce" la molestia por la que se le valora. El dolor que se intensifica o que no cambia durante la tensión voluntaria de los músculos del abdomen por lo común nace de la pared abdominal y no de vísceras. La maniobra en cuestión puede practicarse fácilmente al pedir a la mujer que eleve la cabeza desde el plano de la mesa de exploración o que eleve ambas piernas desde la mesa, en tanto el explorador aplica presión suave al área dolorosa. Es importante practicar una exploración neurológica sencilla, con atención a los reflejos de extremidades inferiores. Los reflejos anormales o el dolor al llevar hacia arriba el miembro pélvico en extensión puede denotar la presencia de un posible disco herniado y así orientar a la necesidad de una valoración neurológica más extensa.

Antes de la exploración ginecológica bimanual, la palpación suave del introito, a veces con un aplicador humedecido, permite la identificación de inflamación en esta zona (vestibulitis).

Antes de la exploración bimanual acostumbrada conviene la exploración unimanual. La palpación suave de los músculos elevadores relajados, con el dedo índice orientado en sentido posterior, es útil para identificar espasmo de dicho músculo. También se pedirá a la paciente que contraiga los músculos mencionados en tanto el médico introduce el dedo índice en sentido posterior, para identificar el dolor muscular. Como maniobra siguiente rotará el mismo dedo en sentido anterior, para palpar la uretra y la base de la vejiga, suavemente. Antes de la exploración bimanual se buscará dolor del cuello uterino al movimiento y en los fondos de saco vaginales, y para ello se hace una evaluación interna completa por medio de la mano en la vagina. Con las maniobras anteriores, el médico quizá no clasifique erróneamente el dolor muscular de porción baja del vientre, desencadenado por exploración bimanual, y lo confunda con otros cuadros patológicos como adherencias por enfermedad inflamatoria pélvica. (6)

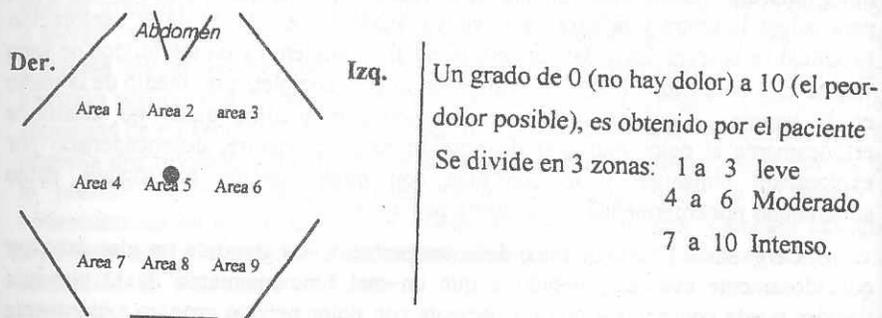
Un examen físico completo debe ser perfecto. La glándula tiroides debe ser cuidadosamente evaluada, debido a que un mal funcionamiento de la glándula tiroides puede contribuir a que un paciente con dolor pélvico crónico experimente ansiedad o letargo. El ángulo costovertebral sensiblemente anormal al tacto puede ser por regla general de no excluir una pielonefritis. Evidencia de la sensibilidad espinal o muscular en la columna vertebral debe ser buscada.

El examen del abdomen en un punto focal, este es el uno de los más importantes en primer lugar para revisar las partes del abdomen, lejos del área de sensibilidad. Esto ayuda a la mujer a relajarse y asegurando que el examen será gentil. En la presencia de un abdomen en guardia, es de mucha ayuda que ella tenga que reducir voluntariamente y relajar los músculos abdominales antes del examen. Sensibilidad arriba del hígado puede estar relacionado a la inflamación perihepática. El agrandamiento del hígado y su sensibilidad puede ser observado en pacientes con abuso de sustancias, como alcohol, acetaminofen y otros agentes hepatotóxicos. La evaluación del cuadrante superior izquierdo puede revelar patología en el estómago o el bazo. Pacientes que toman antiinflamatorios no esteroideos son particularmente susceptibles a gastritis y úlceras gástricas o duodenales. Más mujeres con dolor pélvico crónico tienen sensibilidad anormal al tacto en el cuadrante inferior abdominal. La palpación cuidadosa debe ser de cualquier manera significativa y debe localizar en el área la profundidad del dolor.

Otro paso importante durante la evaluación abdominal es hacer una evaluación cuantitativa o semicuantitativa del dolor del paciente. Esta información servirá como base para futuras evaluaciones, particularmente para evaluar el efecto de la terapia. El dolor puede ser inducido por estímulo eléctrico, mecánico, químico

o termiales.⁽¹⁷⁾ Siguiendo los estándares de estimulación dolorosa, el dolor sugestivo puede ser valorado como una escala usando categorías descriptivas (desde que no halla dolor, hasta dolor severo), o números. También son efectivos muchas veces analizar y gráficar clasificando las escalas. Usualmente un método simple de estímulos mecánicos (palpación) combinado con una escala verbal, es suficiente.

Nuestro aprovechamiento estándar para estimar el dolor durante el examen abdominal es registrar el dolor medio bilateral, arriba, en el centro, abajo del abdomen. Un grado de 0 (no hay dolor) a 10 (el peor dolor posible) es obtenido por el paciente y con una anotación al preguntar como es el dolor superficial o profundo.⁽³⁻⁶⁻¹⁷⁾



El examen pélvico puede ser particularmente un reto, especialmente cuando el dolor pélvico incluye síntomas vulvovaginales. El examen debe empezar con una completa evaluación del recubrimiento de la vulva, labios, clitoris y la región perianal por lesiones, y áreas de excoiación o eritema. Si la paciente se siente incomoda completamente del introito durante el coito, examinar la mucosa vulvar previa limpieza en su contorno ayudando voluntariamente a localizar el área exacta de la sensibilidad anormal al tacto y determinar preguntando los signos tal como lo puntualice, lesiones eritematosas de la vulva, síndrome vestibular son frecuentes.

Evidencia de vaginismo puede ser deducido durante el espejo o examen bimanual esta recomendado al examen por palpación lateral. Muchas mujeres con vaginismo asociado con coito no han evidenciado contracciones con el examen vaginal. La relajación máxima durante el examen ayuda a localizar sitios de sensibilidad al tacto, como los del cervix y anexos, y el notar llenura generalizada tal como se a encontrado en el síndrome de congestión pélvica.

El examen con el espejo consiste en una inspección profunda del cervix y vagina, recolectando muestras de cultivos cervicales para gonorrea y clamidia, y localizando la sensibilidad pélvica. La sensibilidad puede ser localizada usando un tapón de punta de algodón para proveer estimulación mecánica. Un nivel verbal de dolor puede ser obtenido mientras el tapón es usado para aplicar presión a ocho sitios

al rededor del área. Este procedimiento ayuda a discernir posibles localizaciones de dolor secundarios a endometriosis u otra patología intraperitoneal.

En todas las mujeres pero especialmente en aquellas en quienes el examen vaginal bimanual no fue el óptimo, el examen rectal provee información adicional esencial. La sensibilidad rectal puede dirigir al médico a evaluar por proctitis o colitis (especialmente en el paciente positivo a guayaco en heces), como ambas pueden causar dolor pélvico en adición a disquesia (defecación difícil o dolorosa), o sangrado rectal. El examen rectal también provee acceso superior a pequeñas masas uterosacrales o de los ligamentos anchos, los cuales pueden ser signos de la existencia de endometriosis.

Aunque pueden realizarse bloqueos de los nervios locales en la primera visita de las mujeres, nosotros recomendamos disponer de esto cuando ellas experimenten el máximo del dolor. Esta prueba diagnóstica puede ser de mucha ayuda para determinar la eficacia potencial de posibles intervenciones quirúrgicas. El bloqueo diagnóstico de nervios se realiza de mejor forma con un agente de baja actividad como la lidocaina o mepivacaina. Cuando el resultado terapéutico es deseado un agente de mayor actividad como la mepivacaina es preferible. Un anestésico local puede ser inyectado en la fascia sensible o ligamentos uterosacrales para evaluar el componente central del dolor pélvico. Cada ligamento uterosacral es infiltrado con 3 a 5 ml. de lidocaina al 1%. Después de 10 minutos la paciente es reevaluada. Si ella notifica un alivio del dolor podría beneficiarse de la ablación del nervio uterosacral.⁽³⁻⁶⁾

ORÍGENES NO GINECOLÓGICOS DE DOLOR PÉLVICO:

Aunque como ginecólogos nosotros nos dirigimos a un foco de patología, de órganos reproductivos, nosotros no debemos de olvidar que el dolor pélvico crónico puede provenir desde trastornos de otros órganos y sistemas. Debemos tener en mente que las enfermedades gastrointestinales, trastornos del tracto-urinario, anomalías musculoesqueléticas, y enfermedades sistémicas como la porfiria o diabetes pueden todas causar un cuadro clínico similar.⁽⁶⁻¹¹⁾

PRUEBAS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE IMÁGENES:

La selección de más pruebas dependen de los hallazgos encontrados en la evaluación inicial. Una mujer con reciente empeoramiento del dolor abdominal o pélvico debe realizarse un conteo completo de sangre con diferencial, para buscar la evidencia de una infección. Leucocitosis o una proteína C reactiva elevada puede sugerir una infección pélvica primaria o reactivada. En pacientes con una presentación más indolente, es de mucha ayuda estimar, un proceso inflamatorio con un valor de velocidad de eritrosedimentación. ⁽¹¹⁾

El uroanálisis debe ser realizado para evidenciar la existencia de infecciones del tracto urinario. Como las infecciones del tracto urinario adquiridas en la comunidad son casi invariablemente sensitivas a antibióticos standard, y como el uroanálisis es más sensitivo que el cultivo de orina, los cultivos deben ser reservados cuando el tratamiento antibiótico falla.

La medición sérica de CA-125 (Marcador Tumoral), puede ser de mucha ayuda para evidenciar la endometriosis, pero éste no a tenido aún mucha aceptación.⁽⁶⁾ Las modalidades de imágenes proveen datos importantes especialmente cuando estos pacientes tienen además hallazgos en el examen físico que requieren mayor evaluación antes de la cirugía, o cuando la historia sugiere un diagnóstico, como adenomiosis, que usualmente no se puede realizar con una cirugía conservadora. Particularmente efectivo es el ultrasonido pélvico, la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Frecuentemente, el ultrasonido transvaginal puede ser realizado en la oficina para aumentar un examen físico cuidadoso. Esto permite al médico evaluar los ovarios y dilucidar abscesos obvios o hidrosalpinx. Esto además puede detectar endometriomas o leiomiomatosis. La degeneración de los miomas puede ser demostrada por baja ecogenicidad del mioma. Una tomografía computarizada puede ser de mucha ayuda en caracterizar los ovarios y el útero y evaluar el apéndice. Finalmente la RM tiene buena sensibilidad en detectar implantes de endometriosis, endometriomas, y adenomiosis. Estas pruebas pueden ser apropiadas en pacientes preseleccionados con una alta probabilidad de enfermedad. No olvidando que el enema de bario, constituye de gran ayuda dentro del diagnóstico de dichas pacientes.⁽⁶⁻⁷⁾

En un artículo publicado recientemente ⁽¹⁹⁾, mencionan que la Clamidia Trachomatis es probablemente la enfermedad más común transmitida sexualmente en EE.UU., con graves consecuencias como infertilidad, embarazo ectópico y el dolor pélvico crónico, por lo tanto recomiendan el cultivo para clamidia.

PAUTAS PRÁCTICAS DE TRATAMIENTO

Sin embargo, a menudo lo obvio tal vez no sea posible por razones pecuniarias o ambivalentes por parte de la mujer respecto a la posibilidad de consultar a un psiquiatra. Aun así, puede ser deseable emprender el uso de anti-depresores, situación que puede iniciarse en la consulta informal con un psiquiatra, que familiarizará al ginecólogo con las dosis y los efectos adversos de estos medicamentos. Los autores han obtenido mejores resultados con 75 a 100 mg de nortriptilina fraccionada o administrada a la hora de acostarse, y 20 mg de fluoxetina todas las mañanas o dos veces al día. Los medicamentos mencionados los tienen perfiles de efectos adversos relativamente benignos y por lo común son bien tolerados. Conviene iniciar la administración de nortriptilina en dosis de 25 mg a la hora de acostarse y dar incrementos de 25 mg cada tres o cuatro días según se toleren. Es posible iniciar el uso de fluoxetina con 20 mg todas las mañanas, para

ampliar la dosis a dos veces al día (sin embargo, no conviene administrarla a la hora de acostarse, por sus propiedades estimulantes) si después de tres semanas de tratamiento no hay respuesta adecuada. Los dos agentes comentados (nortriptilina - fluoxetina), no deben utilizarse en mujeres con consumo de alcohol o drogas, o en pacientes de trastornos bipolares. Los anti-depresores pueden tener menor eficacia cuando las personas tienen agentes estresantes psicosociales notables y no resueltos.

Los fármacos mencionados son prometedores cuando menos en un sub-grupo de mujeres con dolor crónico, quizá combinados como parte de un tratamiento multidisciplinario que incluya psicoterapia, cambios conductuales y actividad física. La inocuidad relativa de tales fármacos y la alta prevalencia de depresión mayor en esta población vuelven deseable un "lapso de prueba" empírico con estos medicamentos en la práctica diaria, lo cual constituye una estrategia cuya eficacia es proporcional a su costo y al tiempo, en el tratamiento del problema.

ESTUDIOS DE LA EFICACIA DE ANTIDEPRESORES PARA EL DOLOR CRÓNICO:

La diversidad de opiniones de investigadores sobre la eficacia de los anti-depresores contra el dolor ha sido muy discutida. Sin embargo, una revisión crítica más reciente de Onghena y Van Houdenhove en que utilizaron una estrategia de metaanálisis en 39 estudios con anti-depresores y uso de testigos, advirtieron que la persona promedio con dolor crónico que recibía dichos fármacos sentía menor dolor, en comparación con 74% de la mujeres con el mismo tipo de dolor pero que recibieron placebo. Concluyeron que sus datos concordaban con un cúmulo grande de experiencias clínicas que consideran a los anti-depresores como tratamiento eficaz en algunas personas con dolor crónico.

OPINIONES TERAPÉUTICAS EN EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Es importante evaluar con todo detenimiento y descartar causas no ginecológicas de D.P.C. antes de emprender cualquier medida quirúrgica. De importancia particular deben ser contribuciones posibles de vías gastrointestinales, causas uroginecológicas, por ejemplo, uretritis crónica, cistitis intersticial y factores musculoesqueléticos.

El diagnóstico y tratamiento de la mujer con D.P.C. y antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), sigue siendo un problema difícil, incluso para el médico experto. Con base en el diagnóstico inicial de la E.I.P. supuesta, hasta las medidas para eliminar el dolor que puede surgir de ella, y usando un enfoque que abarque todos los factores no sólo el hecho de que haya existido en lo pasado la E.I.P., el médico podrá evitar una actitud demasiado restringida en cuanto a criterios. Un punto de partida clínico sería analizar todas las posibilidades de dolor pélvico y evaluarlas. La investigación temprana en busca de adherencias puede estar

justificada en ciertas pacientes, si se tiene el antecedente de uno o más episodios de E.I.P., y en especial si se corroboró mediante laparoscopia.

Si la exploración ginecológica sugiere aún un origen pélvico, sería conveniente practicar en un momento temprano la laparoscopia, en vez de relegarla a una fase tardía en la investigación diagnóstica. La clave para la asistencia de mujeres con D.P.C. después de E.I.P. es utilizar cualesquiera de las modalidades diagnósticas y terapéuticas para identificar las causas antes de suponer que la paciente tiene solo secuelas conocidas de enfermedad E.I.P..(6)

JERARQUÍA DE TRATAMIENTOS:

El médico explicara a la paciente las jerarquías de tratamiento, de manera que ella entienda en detalle lo que ocurre en todo momento. Esta es la forma en que se transformará en una "paciente informada" que sentirá interés por sí misma y por el tratamiento que se le señala. Es importante explicar en detalle a la paciente los siguientes regímenes terapéuticos en la lista que se presenta, para que ella advierta que se cuenta con otros recursos por explorar en caso de que un tratamiento fracase. De mayor importancia, hay que tranquilizar a la mujer al señalarle que existen formas distintas de abordar un tratamiento y algunos métodos son útiles en algunas personas, en tanto que otros los son en otras.

FARMACOTERAPIA:

Psicotrópicos:

Los antidepresores tricíclicos se han usado para el tratamiento de muchos síndromes de dolor crónico, como artritis, neuropatía diabética, cefalalgias, dorsalgias y cáncer. En las personas con tales trastornos, los fármacos mencionados han mejorado la tolerancia al dolor, restaurando los patrones de sueño normal, y aminorando los síntomas depresivos.

La administración de antidepresores tricíclicos a personas sin perturbaciones importantes del talante (estado de ánimo), suele emprenderse con 10 a 25 mg. De imipramina, amitriptilina o doxepina a la hora de acostarse (cuadro B), dosis que se ajusta hasta 50 a 75 mg, según se necesite. Las dosis antidepresivas completas (incluso 300 mg al día) se reservan para personas con perturbaciones corroboradas e importantes del estado de ánimo. Otro fármaco inocuo y eficaz sería prozac (clorhidrato de fluoxetina), en dosis de 20mg. Todas las mañanas, para personas con depresión moderada o profunda del estado de ánimo en quienes no producen beneficio los antidepresores tricíclicos en dosis adecuadamente ajustadas. Prozac puede utilizarse solo o en combinación con dosis bajas de

tricíclicos. En la clínica donde laboran ciertos autores (6), no se utilizan benzodiacepinas, porque tienden a producir dependencia, y también surge la posibilidad de síntomas desagradables de rebote, angustia, insomnio y dolor abdominal.

Analgésicos ingeribles:

El tratamiento debe comenzar con algún inhibidor de sintetasa de prostaglandina como sería el ibuprofen, naproxén sodico, ácido mefenámico, en un plan posológico normal. Es mejor no utilizar la modalidad "según sea necesario", contra el dolor crónico, porque los analgésicos son más eficaces si se inician antes que los síntomas se intensifiquen, independientemente que pueden agravar el dolor (por un fenómeno de polarización de atención), al estimular al paciente a concentrar su atención en los síntomas y vigilar la intensidad del dolor. Habría que probar tres analgésicos no esteroides distintos, puesto que se ha observado enorme variación individual a la respuesta de agentes diferentes.

Farmacoterapia en trastornos funcionales de intestinos:

Los trastornos funcionales de intestinos, que incluyen síndrome de enterocolon irritable y estreñimiento crónico, son manifestaciones sintomáticas de alteraciones de la motilidad en dichos órganos. Los problemas anteriores pueden ser tratados por diversas estrategias que incluyen dietoterapia y psicoterapia, en particular cuando se orientan a estrategias de corrección de estrés. El aporte suplementario de celulosas ingeribles en la forma de polvo de Psyllium plantago u obleas, constituye una de las bases del tratamiento. Las fuentes naturales de fibra vegetal en la alimentación como sería el salvado y la celulosa necesitan cantidades grandes diarias y de sabor poco agradable y por ello se recomiendan los complementos a base de psyllium plantago. Los resultados positivos obligan al complemento constante durante largo tiempo.

Se han utilizado innumerables regímenes médicos en el síndrome de enterocolon irritable como serían las combinaciones de difenoxilato y atropina, y la loperamida, sólo durante fases de hipermotilidad, porque puede empeorar el estreñimiento.

Supresores del ciclo ovárico:

El dolor funcional de ciclos menstruales, como se observa en mujeres sin dolor pélvico crónico, por lo común mejora con antiprostaglandínicos o con supresores del ciclo menstrual. En pacientes en que no son útiles los inhibidores de ciclooxigenasa, el tratamiento escogido debe basarse en la inocuidad, el costo y la aceptación por parte de la paciente. Por las razones mencionadas, como trata miento

primario en el dolor funcional de aparato genital se prefieren los anticonceptivos ingeribles y los progestagenos, aunque pudiera tener utilidad limitada en casos refractarios (fundamentalmente para el diagnóstico), el agonista de la hormona liberadora de gonadotropina.

Antibióticos:

A veces se sospecha infección subaguda de la porción superior del aparato reproductor de la mujer, por la positividad de cultivos de material de cuello uterino en las que tienen dolor pélvico crónico, pero que no cumplen con otros criterios clínicos para el diagnóstico de endometritis / salpingitis. A veces, los síntomas de dicho cuadro se alivian con 100 mg de doxiciclina diariamente durante 10 días u otros antibióticos. Sin embargo, con las excepciones mencionadas, es mejor no recurrir a la forma empírica de antibioterapia en mujeres con dolor pélvico crónico, cultivos negativos, y ante el hecho de no contar con diagnósticos clínicos de apoyo.

La tetraciclina mejora los síntomas en pacientes que presentan el síndrome uretral crónico con piuria concomitante, pero en aquellas sin piuria no produce beneficios importantes.

BLOQUEO NERVIOSO CON ANESTÉSICO LOCAL:

Se utiliza en los comienzos de la asistencia para finalidades diagnósticas pero también es útil como introducción al tratamiento. Se infiltra el área afectada con 3 a 5 ml de solución diluida de bupivacaina, que se aplica mejor con una aguja fina (calibre 25) para llevar al mínimo las molestias con la repetición de las inyecciones. Las repeticiones se hacen a intervalos predeterminados para aminorar el envío de sensaciones dolorosas al sistema nervioso central.

UNIDAD DE ESTIMULACIÓN TRASCUTÁNEA DE NERVIOS:

El aparato que se utiliza para este método es una unidad accionada por baterías para producir choques pequeños, que emite ondas intermitentes a la piel, percibidas por los tejidos locales que tienen a bloquear otros estímulos nocivos nacidos de la misma área. Las ondas de choque son ajustables y se modulan por simples interruptores en la unidad de control. El tratamiento en cuestión puede emprenderse al mismo tiempo que otras modalidades, como serían los bloqueos de nervios con anestésicos locales. Este paralelismo a veces acelera la recuperación de la mujer hasta llegar a un nivel adecuado.

CRIOTERAPIA:

Entraña congelar el nervio afectado para que así se produzca la destrucción neuronal y con ello cese función. Los aparatos incluyen circuitos complejos que identifican los nervios afectados y después aplican frío para destruir el punto de interés.

COLOCACIÓN DE UN CATÉTER EN ABDOMEN:

Puede utilizarse en situaciones en que no se obtienen buenos resultados con el bloqueo de nervios con anestésicos locales. Tiene la ventaja de que lleva al mínimo las inyecciones dolorosas repetidas que son parte necesaria de los tratamientos, aminora el número de visitas requeridas para dichas inyecciones, y puede lograr alivio continuo del dolor en vez de que este sea cíclico y reaparezca.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS:

A veces se necesita emprender tratamientos quirúrgicos en caso de varios métodos terapéuticos hayan sido ineficaces, por la persistencia de un neuroma o porque los bloqueos con anestésicos locales han sido ineficaces o mal aplicados. Por lo común abarca la abertura de la incisión hecha y la exploración cuidadosa de ella y el lecho de la herida para corregir cualquier anomalía manifiesta, como la colocación de material de sutura alrededor de un nervio o un grupo de neuronas por daño viejo del nervio.

REVALORACION:

En su mayor parte, las mujeres con dolor pélvico crónico muestran una lentificación notable y disminución en los aspectos funcionales de su vida. Este decremento de la función afecta a la mujer en su persona e interés profesionales. En lo que respecta a la persona existen aspectos sociales y psicológicos y en lo que se refiere a sus actividades profesionales hay disminución de la eficiencia y capacidades. El aspecto más importante es si por medio de los antecedentes perfectamente obtenidos, exploración física minuciosa y el empleo estructurado de bloqueos con anestésicos locales en un lapso breve es posible identificar la causa y predecir los buenos resultados del tratamiento de otras modalidades que sean quirúrgicas. En la primera visita al parecer puede haber un problema orgánico como origen y causa primaria del dolor. Sin embargo, después de la investigación inicial que incluya laparoscopia operatoria, resonancia magnética, estudios de laboratorios, perfiles psicológicos y otros estudios más, si el clínico no advierte signos de algún problema básico y oculto, quizá convenga hacer una serie de bloqueos nerviosos con anestésico local en la zona en que se piensa que la neuropata constituye el principal

problema. Los bloqueos tienen un efecto beneficioso notable y revierten algunos de los síndromes de dolor crónico que afectan el bajo vientre y la pelvis.

OTRAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS:

BLOQUEO SIMPÁTICO:

El bloqueo simpático del ganglio hipogástrico superior entraña la colocación de la aguja desde la vía de acceso posterior. El plexo está formado por la coalescencia de innumerables fibras simpáticas de origen inferior, que viajan por los nervios hipogástricos derecho e izquierdo a nivel del promontorio sacro.

BLOQUEO NEUROLÓGICO:

El bloqueo por neurolisis se hace con alcohol o fenol para así destruir con una sustancia química las fibras nerviosas a diferencia del congelamiento utilizado en la crioterapia.⁽⁶⁾

EVALUACIÓN PREOPERATORIA: OPERAR O NO OPERAR

Antes de considerar o planear cualquier método quirúrgico, es importante identificar causas no ginecológicas del dolor. La cirugía debe programarse solamente si se tiene en mente un diagnóstico pre-operatorio específico y el método quirúrgico debe basarse en dicho diagnóstico; todo lo anterior es de gran importancia, porque en la mujer con el síndrome de dolor crónico, el propio dolor posiblemente ya se transformó en enfermedad. Son de suma importancia la evaluación psicológica y los tratamientos posibles para identificar la causa del dolor, para ayudar a la mujer a afrontarlo y también auxiliar en la planificación del tratamiento.

Las frustraciones y presiones familiares mencionadas pueden culminar en múltiples intervenciones quirúrgicas, con resultados desalentadores. La cirugía es parte del tratamiento del DPC, pero es importante que el ginecólogo y la paciente adviertan sus limitaciones. Por la razón expuesta, cada clínico particular debe basar sus decisiones en su experiencia y conocimientos, para así atender mejor a la paciente. Los aspectos clave de este proceso son individualización y métodos hechos con gran minuciosidad.

En mujeres con el antecedente de dolor difuso, migratorio y no localizado habrá que buscar con gran detenimiento causas no orgánicas. La investigación ha demostrado que las mujeres con DPC difieren de las que no tienen dolor.

Desde 1975, Taylor escribió: "acudir prematuramente a la cirugía es el error característico en el tratamiento actual de estas mujeres con dolor pélvico".

DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO:

El último paso en la evaluación de muchas mujeres con dolor pélvico crónico, es el examen laparoscópico, porque este provee acceso a la cavidad pélvica o abdominal. Esta indicada en, pero no limitada a, mujeres con historia de dolor por seis meses o más y que no hallan tenido evaluación quirúrgica previa. Comparada con la laparotomía, sus mayores ventajas son magnificadas, la visualización de otros espacios difíciles de ver (las caras diafragmáticas), trauma intraoperatorio mínimo, baja morbilidad (recuperación rápida y de bajo costo). Las desventajas de la laparoscopia diagnóstica son pocas; en particular el procedimiento permite solo una percepción táctil limitada e indirecta, y es difícil de valorar las estructuras del intestino completamente. Desde que en la mayoría de los problemas ginecológicos estas limitaciones son relativamente menores, la laparoscopia es ahora considerada como la primera línea de evaluación operativa.

Los hallazgos patológicos son completamente observados en más del 50% de laparoscopias. La mayoría de pacientes con dolor pélvico crónico quienes se les realiza una laparoscopia tienen endometriosis o adherencias. Su evaluación preoperatoria requiere la localización de mayor dolor y esto puede ser correlacionado por examen laparoscópico bajo anestesia local. La prevalencia de endometriosis entre las mujeres con dolor pélvico crónico puede ser tan alta como 70 a 80%. Más de la mitad de los pacientes pueden tener solo endometriosis no pigmentada. El dolor pélvico es particularmente fuertemente asociado con la presencia de una enfermedad profunda en la cual las lesiones penetran al fondo de al menos 5 mm. detrás de la capa peritoneal. Las adherencias en la ausencia de endometriosis son también comunes en pacientes con dolor pélvico crónico y la mayoría involucran el área peri-hepática, sub-diafragmática, peritoneo, pliegues paracólicos, anexos y caras uterinas.

El rol de los hallazgos patológicos como la endometriosis y adherencias en la génesis del dolor pélvico crónico continúa controversial por las observaciones que las mujeres con estas condiciones son frecuentemente sintomáticas. Una recopilación reciente de la literatura demostró que estas dos anomalías son encontradas en 61% con dolor pélvico crónico y 28% de mujeres sin dolor pélvico crónico.

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA:

La laparoscopia es una técnica que permite observar directamente las vísceras pélvicas por vía trans-peritoneal. Sigue siendo el mejor método por realizar si existe dilema en el diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica, o para detectar la causa de dolor pélvico crónico.⁽²⁻¹²⁾

En opinión de los autores, la laparoscopia diagnóstica tiene cinco aspectos útiles en la asistencia de estas enfermas:

- 1) tranquilización del paciente;
- 2) corroboración del EIP/enfermedad adhesiva/endometriosis;
- 3) eliminación de errores diagnósticos;
- 4) documentación histológica; y
- 5) tratamiento.

La laparoscopia diagnóstica puede culminar en una respuesta terapéutica en mujeres que quizá sientan ansiedad ante la posibilidad de tener una neoplasia, infecciones u otras causas pélvicas de su dolor. Por ejemplo, Beard y colaboradores evaluaron a 35 mujeres con dolor pélvico; de ellas, 18 no tuvieron anomalías pélvicas en laparoscopia y 17 si tuvieron alguna forma de ellas. Cinco de la 18 mujeres con datos negativos en la laparoscopia señalaron mejoría completa o importante después de la realización de este método, al ser tranquilizadas de que no se demostró con él la presencia de enfermedad alguna. Los datos anteriores sugieren que los médicos no deben minimizar la importancia de brindar tranquilidad a la paciente, y emprender otras intervenciones no quirúrgicas, en el tratamiento de las personas con dolor pélvico crónico. Baker y Symonds, en una publicación más reciente, señalaron los datos de 60 mujeres que se habían quejado de DPC durante más de tres meses, y cuyos datos laparoscópicos fueron normales. A dichas mujeres se le brindó tranquilización verbal únicamente en la sala de recuperación, y su vigilancia se hizo por medio de citas clínicas, contacto telefónico y por correo. No se suministro otra orientación. A las seis semanas, 13 de las 60 personas señalaron no tener dolor, en tanto que 24 (40%) indicaron que el dolor había empeorado, en comparación en el estado pre-operatorio. Como dato interesante, a los seis meses, en que la vigilancia incluyó 57 personas, 33 no sentían absolutamente dolor en tanto que 22 indicaron que había disminuido la intensidad. En este momento solo dos personas señalaron que el dolor no había cambiado o que había empeorado. Todas las personas que no sentían dolor a las seis semanas tampoco lo sintieron a los seis meses. No se contó con un grupo testigo y después de seis meses no se hizo mayor vigilancia, pero estos datos refuerzan el concepto de que la tranquilización verbal con base en los datos de la laparoscopia puede tener indole terapéutica por sí misma.

Los autores también recomiendan limitar la laparoscopia sólo para practicarla en mujeres que tienen síntomas a los seis meses, pues se piensa que algunas de las pacientes mostrarán resolución espontánea del dolor, en caso de que se les trate de manera sintomática por un período más largo, antes de emprender la laparoscopia.

La laparoscopia diagnóstica puede tener un tercer aspecto útil, que es eliminar el tratamiento empírico de la enfermedad sospechada, después de lograr la visualización directa de las estructuras pélvicas. Con ella es posible corroborar la presencia y magnitud de cuadros patológicos importantes como endometriosis, infección pélvica o adherencias, como datos iniciales de base para fines comparativos, y también para la selección apropiada de tratamiento.

Cunanan y colaboradores, en una revisión de 1194 laparoscopias diagnósticas de dolor pélvico de causa desconocida, observaron que 355 de ellas tuvieron datos normales. De este modo, en 70% de estas enfermas la laparoscopia constituyó una forma de hacer el diagnóstico específico y preciso. En el resto de las pacientes, como se advirtió, la tranquilización verbal puede tener utilidad terapéutica.⁽¹²⁾ En ningún grupo de pacientes tiene mayor importancia la corroboración histológica que en aquellas en quienes se sospecha endometriosis. Datos recientes indican que muchos implantes endometriales no concuerdan con la descripción clásica de lesiones negra o azulosas. Muchos cuadros remedan a la endometriosis y, por ello, hay que tomar abundantes muestras para biopsia, de lesiones clásicas y también de zonas de aspecto anormal del peritoneo. No es raro que en el momento de la laparoscopia, en caso de antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, se corrobore que la endometriosis es la causa del dolor.⁽⁶⁾

La cirugía laparoscópica es un recurso útil en la patología ginecológica benigna, y bien indicada no incrementa la morbilidad, y ofrece una recuperación temprana de las pacientes.⁽⁹⁾ La laparoscopia diagnóstica y quirúrgica es una técnica relativamente inocua pero con lleva algunos riesgos.

Se citan como posibles complicaciones:

- Traumatismo mecánico
- Lesión eléctrica o térmica
- Hemorragia y
- Lesión a estructuras pélvicas vecinas que incluyen intestinos, vejiga y uréteres.⁽¹⁻⁷⁾

UTILIDAD DE LA LISIS DE ADHERENCIAS:

No hay pruebas suficientes para afirmar que las adherencias pélvico-abdominales constituyen una causa neta de dolor pélvico crónico.

Otros investigadores han aportado pruebas que refuerzan la participación de las adherencias como causa de dolor crónico. Kresch y colaboradores en su serie de 100 con DPC detectaron una incidencia de adherencias de 38%. Escogieron con cuidado a las pacientes porque tenían dolor en algún sitio que duro un mínimo de seis meses. Los autores anteriores pensaron que no todas las adherencias causaban dolor, pero aquellas que limitaban mucho el movimiento o la distensibilidad de un órgano pélvico, podían ocasionarlo. No hubo cifras de buenos resultados en el tratamiento de estas pacientes. Chan y Wood publicaron una cifra de 65% de incidencia de curación o mejoría del dolor abdominal crónico después de lisis de las adherencias durante laparotomía, en tanto que Daniell señaló 67% de mejoría con la lisis de adherencias durante laparoscopia. Sutton y McDonald señalaron 84% de alivio sintomático en mujeres en quienes la lisis de adherencias se hizo por laparoscopia y láser. Escogieron cuidadosamente a sus enfermas, después de descartar cualquier otro cuadro patológico como endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica.

Si se planea la lisis de adherencias, el método laparoscópico al parecer se acompaña de una menor incidencia de que vuelvan a formarse, en comparación con tal complicación después de practicar laparotomía. Los cirujanos han expresado su preocupación de que la lisis de adherencias por laparoscopia pudiera originar la inspección inadecuada del interior de abdomen y pelvis, y que no se haga el diagnóstico de endometriosis u otra enfermedad orgánica importante. Hasta este momento no hay pruebas de que sean mejor el láser o el electrocauterio.

El interés porque se formen de nuevo las adherencias y la prevención inicial de ellas puede beneficiar a las mujeres en la profilaxis futura del dolor pélvico crónico. Se ha demostrado que Hyskon o el dextrán 70 no son mejores que la solución salina para evitar que se formen de nuevo las adherencias. La barrera contra las adherencias INTERCEED (Johnson & Johnson Patient Care Inc, New Brunswick, NJ) en combinación con la hemostasia meticulosa, al parecer han disminuido la incidencia e intensidad de las adherencias posoperatorias, en comparación a lo observado después de técnicas quirúrgicas estándar. Este último no ha sido evaluado eficazmente en el tratamiento del dolor pélvico crónico.

VI. METODOLOGÍA:

A: TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo descriptivo.

B: SELECCIÓN DEL OBJETO Y MATERIAL DE ESTUDIO:

Registros clínicos de pacientes con dolor pélvico crónico, archivados desde el inicio de los procedimientos de diagnóstico quirúrgico (3-10-1995), en el Departamento de Video-laparoscopia, del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

C: POBLACIÓN:

Incluye todas las pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico en el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en quienes se llevo a cabo el procedimiento de Video-Laparoscopia diagnóstica; a partir del 3 de Octubre de 1995 al 3 de Marzo de 1998.

D: DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO:

Descripción y características del equipo de la Unidad de Cirugía Video laparoscópica del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, cuenta con un Monitor Sony de alta resolución Modelo PVM 1390 de 13"; un Monitor Sony de alta resolución Modelo PVM 2030 de 19"; un Laparoflator electrónico de CO2 con Insuflación de CO2 de 30 mmHg (MAX.) y un flujo de gas de 3 a 9.9 litros por minuto (MAX.) marca Storz Modelo 26430020; un Laparoscópio Karl Storz Modelo 26033 A.P. Hopkins de 10mm.; una fuente de luz de Halógeno de 250 watts; una Video-gravadora Sony Modelo SVO 1450, una cámara marca Storz Tececam DX NTSC 202321 de 20"; un irrigador marca Storz 263100; un Electrocauterio Valley LAB. Modelo Forcé II.

E: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de Inclusión:

- Registros clínicos completos de pacientes a quienes se les realizo video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico.
- Pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico que no cedió con tratamiento médico.
- Pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico que consultaron del 3 de octubre de 1995 al 3 de marzo de 1998.

Criterios de Exclusión:

- Papeles incompletas.
- Pacientes con diagnóstico de dolor pélvico crónico que consultaron después del 3 de marzo de 1998.
- Pacientes con patologías físicas congénitas conocidas.
- Pacientes en quienes no se realizo video-laparoscopia.
- Pacientes que no asistieron a su cita post-operatoria.

F: DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Patología	Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo	Patología como descrita en la historia en el momento de la Video-laparoscopia diagnóstica.	NOMINAL	Presente Ausente
Dolor Pélvico Crónico	Molestia pélvica no cíclica que excede de seis meses de duración y que no desaparece con el uso de analgésicos no narcóticos.	Historia clínica de las pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico.	NOMINAL	Presente
Número de Paridad	Número de partos de una mujer.	Como descrito en la historia obstétrica de la paciente.	NOMINAL	Nulipara 0 - 3 partos 4 - 6 " 7 ó más.
Grupo Etareo	Conjunto de personas que presentan un rango de edad determinado.	Correspondiente a la edad anotada en la historia.	ORDINAL	15 a 25 años 26 a 35 " 36 a 45 " 46 a 55 " 56 ó más.
Hallazgos Video-laparoscópicos.	Es el resultados de hallar una patología por un aparato que permite observar directamente las estructuras pélvica deseada por vía trans-peritoneal (20)	Correspondiente a los hallazgos encontrados por video-laparoscopia descritos en la historia del paciente.	NOMINAL	Presentes Ausentes
Estudios Diagnósticos Previos	Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación una patología, fundándose en aparatos de ayuda diagnóstica	Correspondiente a estudios descritos en la historia clínica del paciente.	NOMINAL	Normal Anormal.
Procedimientos Terapéuticos	Modo de practicar y/o aplicar un tratamiento.	Lo anotado en la historia correspondiente al tratamiento instituido en el momento de la Video-laparoscopia.	NOMINAL	SI NO
Complicaciones Quirúrgicas:	Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad y/o cirugía, agravándola generalmente.	Lo anotado en la historia correspondiente, a través de evoluciones operatorias.	NOMINAL	Presente Ausente

G: RECURSOS:

1. MATERIALES:

A: Económicos:

- Unidad de Internet.
- Reproducción de material bibliográfico.
- Impresión de boletas de recolección de datos
- Gastos de Impresión de Tesis.

B: Físicos:

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Medicas, USAC.
- Biblioteca del Hospital General San Juan de Dios.
- Biblioteca de La Universidad Francisco Marroquin.
- Archivo de la Unidad de Video-Laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

2. HUMANOS:

- Médicos Asesores.
- Médico Revisor.
- Colaboración del personal Médico y Paramédico de la Unidad de Video-laparoscopia y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Colaboración de personal de archivo de la Unidad de Video-laparoscopia.
- Médico Infiere que realiza la investigación.

H. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Se inicia la investigación solicitando al Departamento de Docencia de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, la autorización para realizar la investigación en el archivo del Departamento de Video-laparoscopia de dicha institución, se realizó una boleta de recolección de datos preliminar que luego fué reestructurada de acuerdo a los datos recabados en las historias clínicas revisadas, recabando datos desde el 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998; luego fueron ordenados, tabulados, analizados y graficados los datos comparándose con la bibliografía consultada, así mismo se realizaron las conclusiones y recomendaciones para encarar mejor la patología en estudio.

I. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

Los datos recopilados en las boletas de las historias clínicas revisadas, fueron ordenados, tabulados, analizados y luego presentados en cuadros y gráficos estadísticos con su correspondiente análisis e interpretación de resultados.

J. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

No afecto la dignidad ni el pudor de las personas, pues el estudio fue realizado mediante la obtención de datos de expedientes clínicos previamente archivados.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

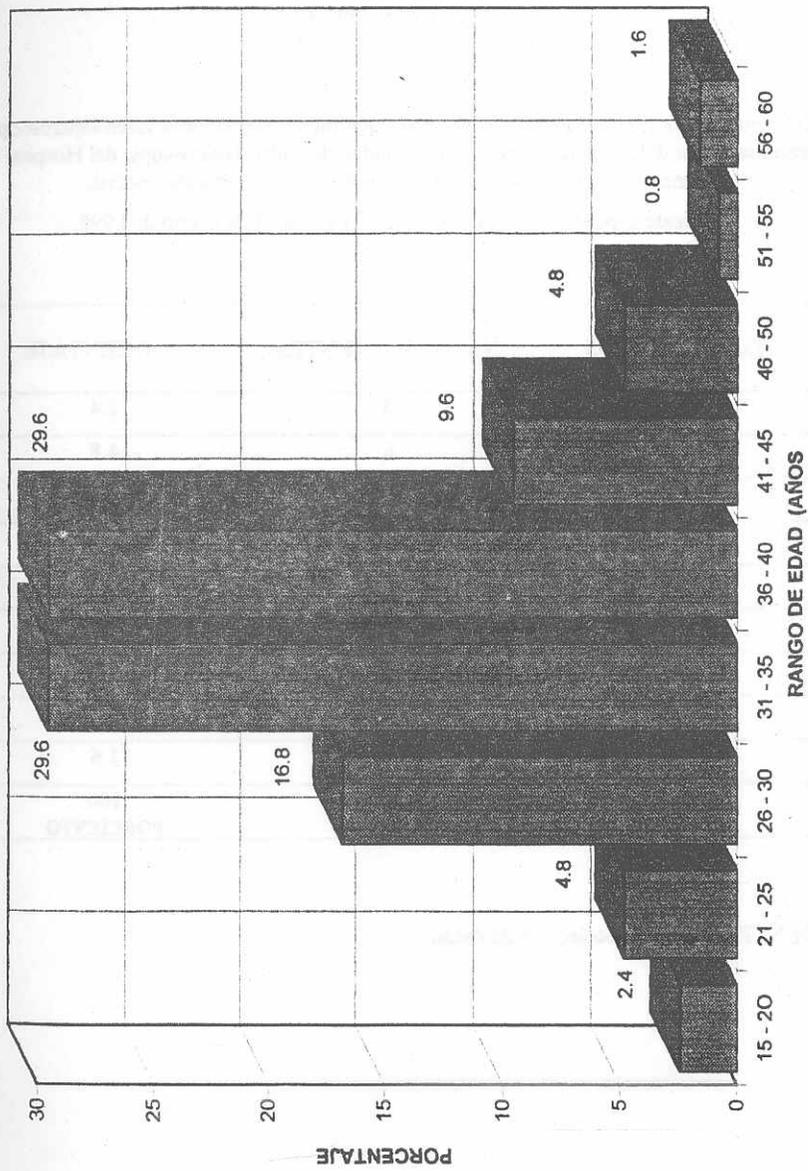
Distribución por grupo etareo de las pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

EDAD EN AÑOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 - 20	3	2.4
21 - 25	6	4.8
26 - 30	21	16.8
31 - 35	37	29.6
36 - 40	37	29.6
41 - 45	12	9.6
46 - 50	6	4.8
51 - 55	1	0.8
56 - 60	2	1.6
TOTAL	125 PACIENTES	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Grafico No 1
Grupos etareos más afectados en pacientes con dolor pélvico crónico



CUADRO No. 2

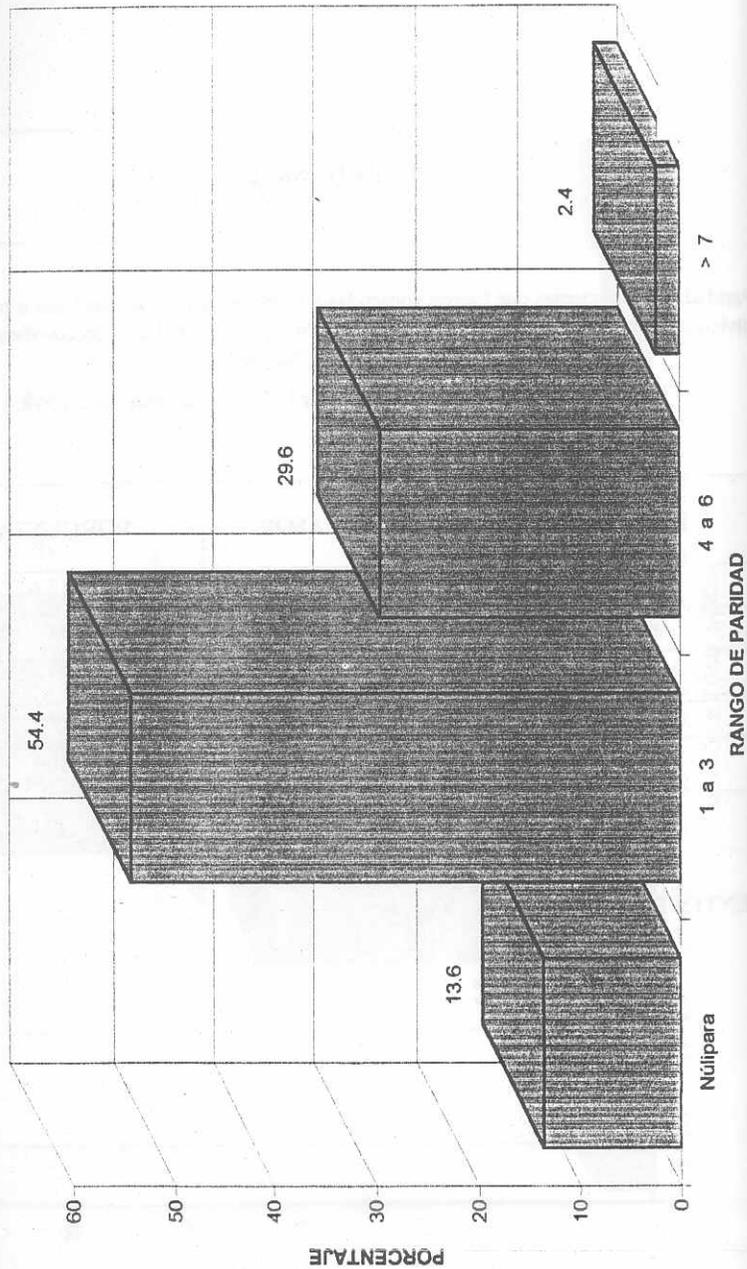
Paridad de las pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

PARIDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Núlipara	17	13.6
1 - 3	68	54.4
4 - 6	37	29.6
> 7	3	2.4
TOTAL	125 CASOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 2
Paridad en pacientes con dolor pélvico crónico



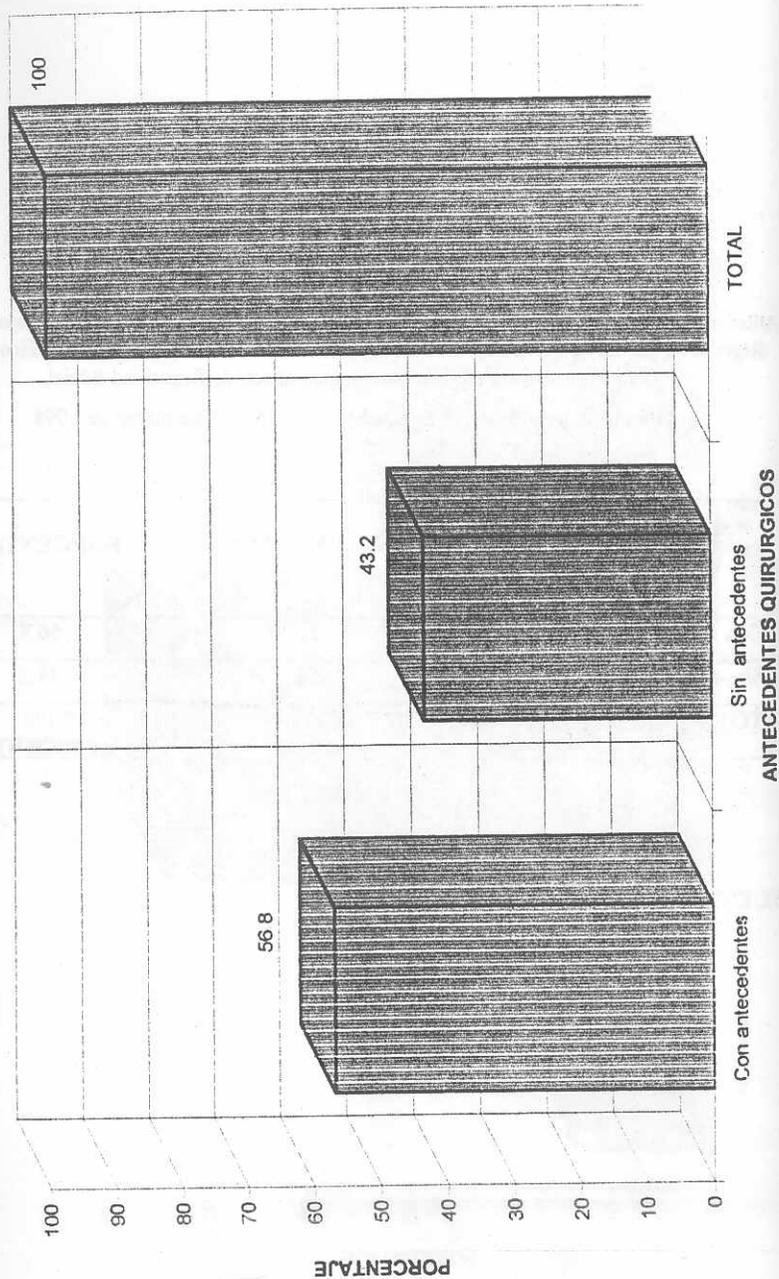
CUADRO No. 3 - A

Antecedentes quirúrgicos previos de las pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Con antecedentes	71	56.8
Sin antecedentes	54	43.2
TOTAL	125 CASOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No 3 - A
Antecedentes quirúrgicos encontrados en pacientes con dolor pélvico crónico



CUADRO No. 3 - B

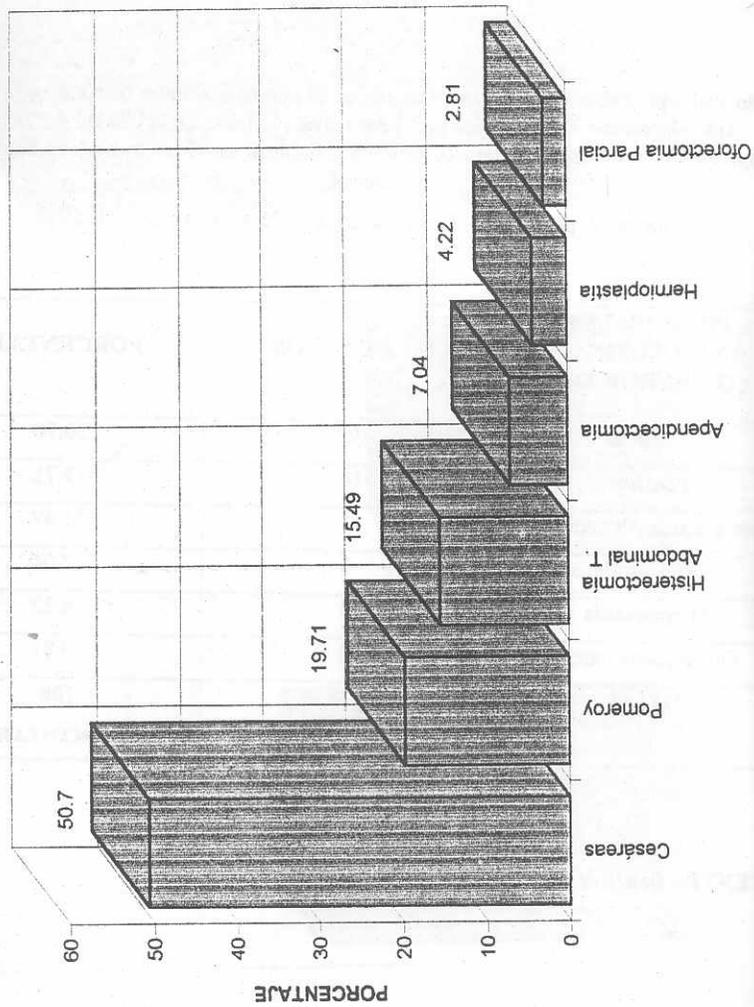
Principales procedimientos realizados en pacientes con antecedentes quirúrgicos previos a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

PRINCIPALES ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Cesáreas	36	50.70
Pomeroy	14	19.71
Histerectomía Abdominal T.	11	15.49
Apendicectomía	5	7.04
Hernioplastia	3	4.22
Oforectomia Parcial	2	2.81
TOTAL	71	100
	CASOS	PORCENTAJE

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 3 - B
Principales antecedentes quirúrgicos en pacientes con dolor pélvico crónico



PRINCIPALES ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS ENCONTRADOS

CUADRO No. 4

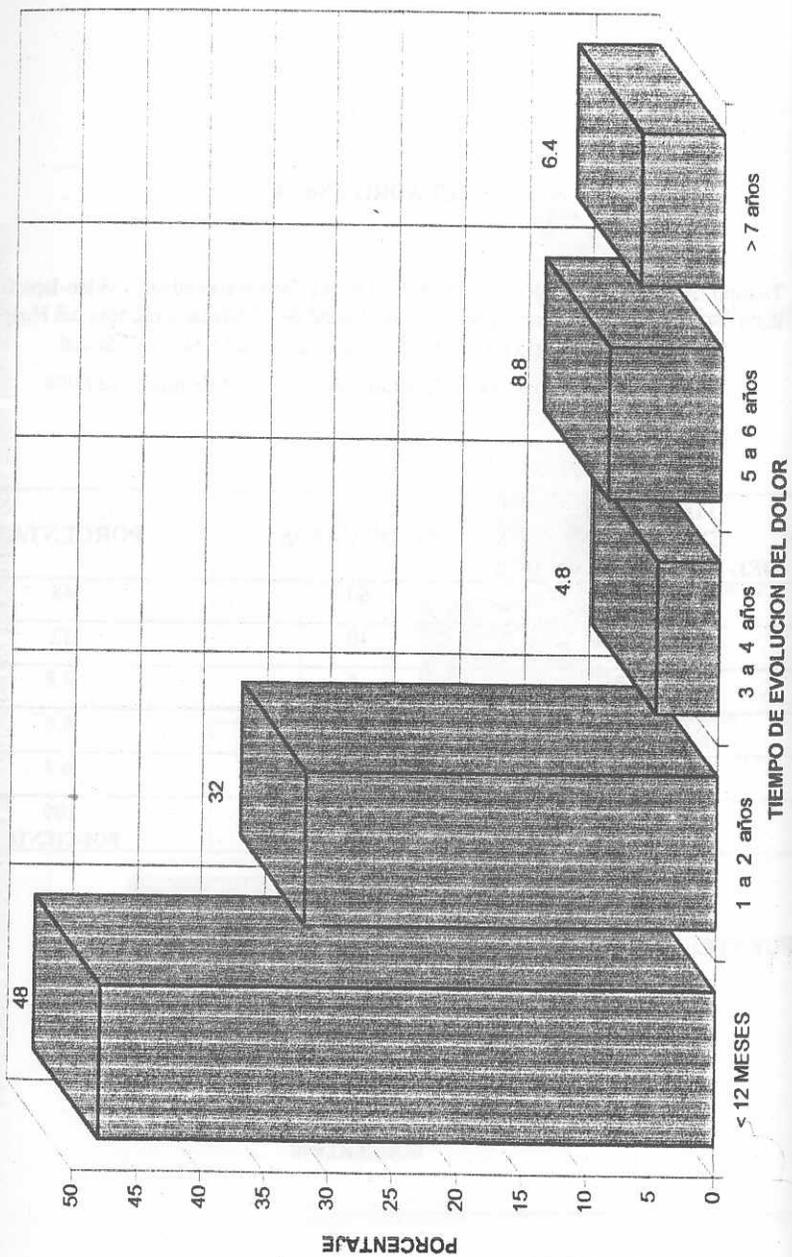
Tiempo de evolución del dolor de las pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL DOLOR PÉLVICO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
< 12 meses	60	48
1 a 2 años	40	32
3 a 4 años	6	4.8
5 a 6 años	11	8.8
> 7 años	8	6.4
TOTAL	125 CASOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 4
 Tiempo de evolución del dolor en pacientes con pelvalgia previo a VDLP diagnóstica



CUADRO No. 5

Estudios de ayuda diagnóstica utilizados en la evaluación pre-operatoria de las pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

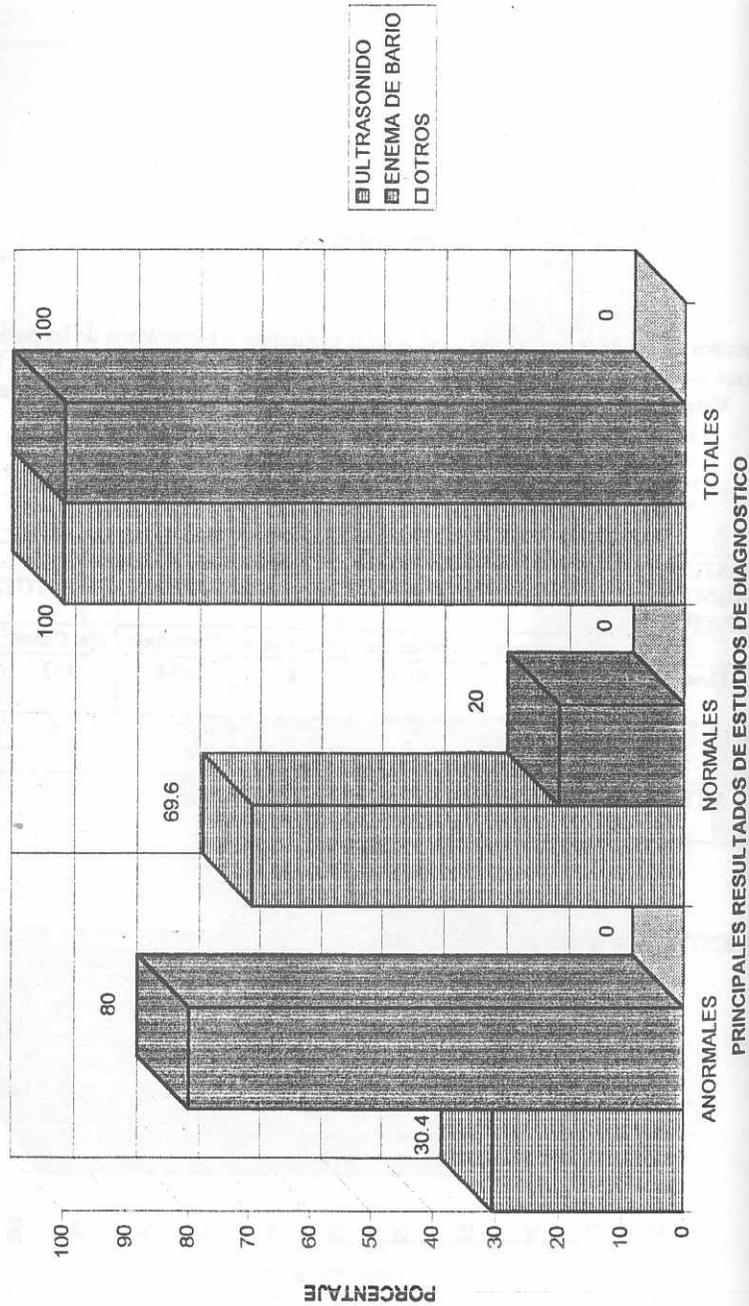
Durante el periodo del 3 de octubre de 1995 al 3 de marzo de 1998.

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS PREVIOS	ANORMALES		NORMALES		TOTALES	
	No. Casos	Porcentaje	No. Casos	Porcentaje	No. Casos	Porcentaje
ULTRASONIDO	38	30.4	87	69.6	125	100
ENEMA DE BARIO	4	80	1	20	5	100
OTROS	0	0	0	0	0	0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 5

Estudios diagnósticos previos a VDLP en pacientes con dolor pélvico crónico



CUADRO No. 6

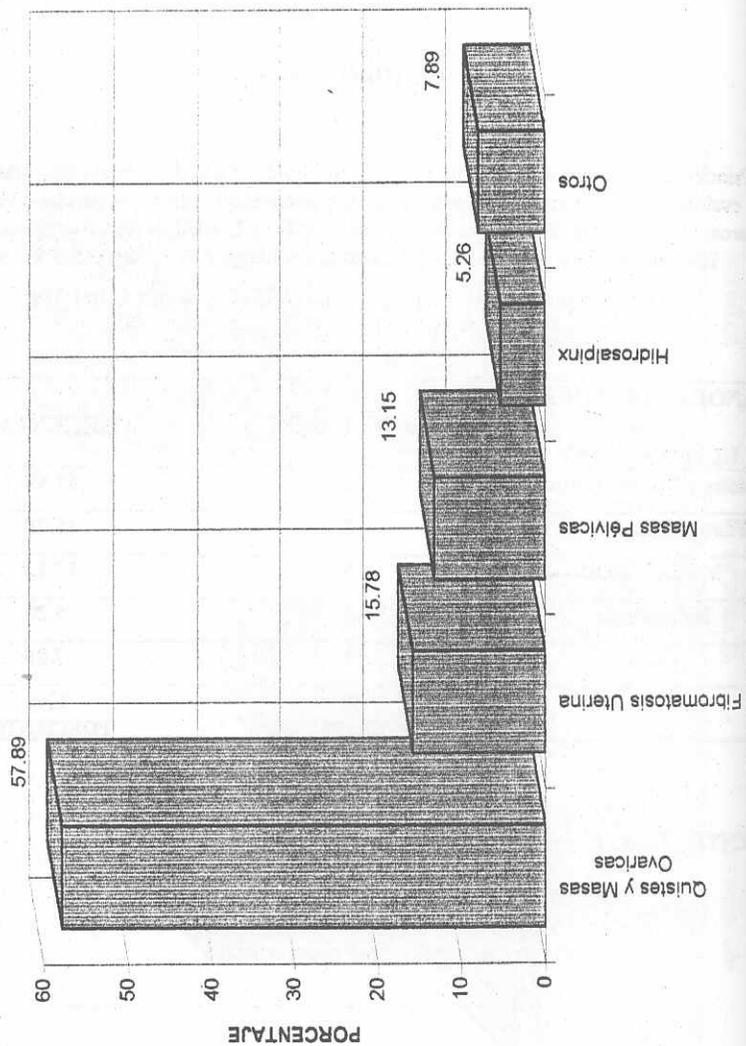
Principales anomalías por ultrasonido, estudio de ayuda diagnóstica utilizado en la evaluación pre-operatoria en la totalidad de pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

ANORMALIDADES POR ULTRASONIDO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Quistes y Masas Ováricas	22	57.89
Fibromatosis Uterina	6	15.78
Masas Pélvicas	5	13.15
Hidrosalpinx	2	5.26
Otros	3	7.89
TOTAL	38 CASOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 6
Principales anomalías reportadas por ultrasonido en pacientes con dolor pélvico crónico



CUADRO No. 7

Tratamiento medicamentoso utilizado en pacientes con dolor pélvico crónico, que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico persistente, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

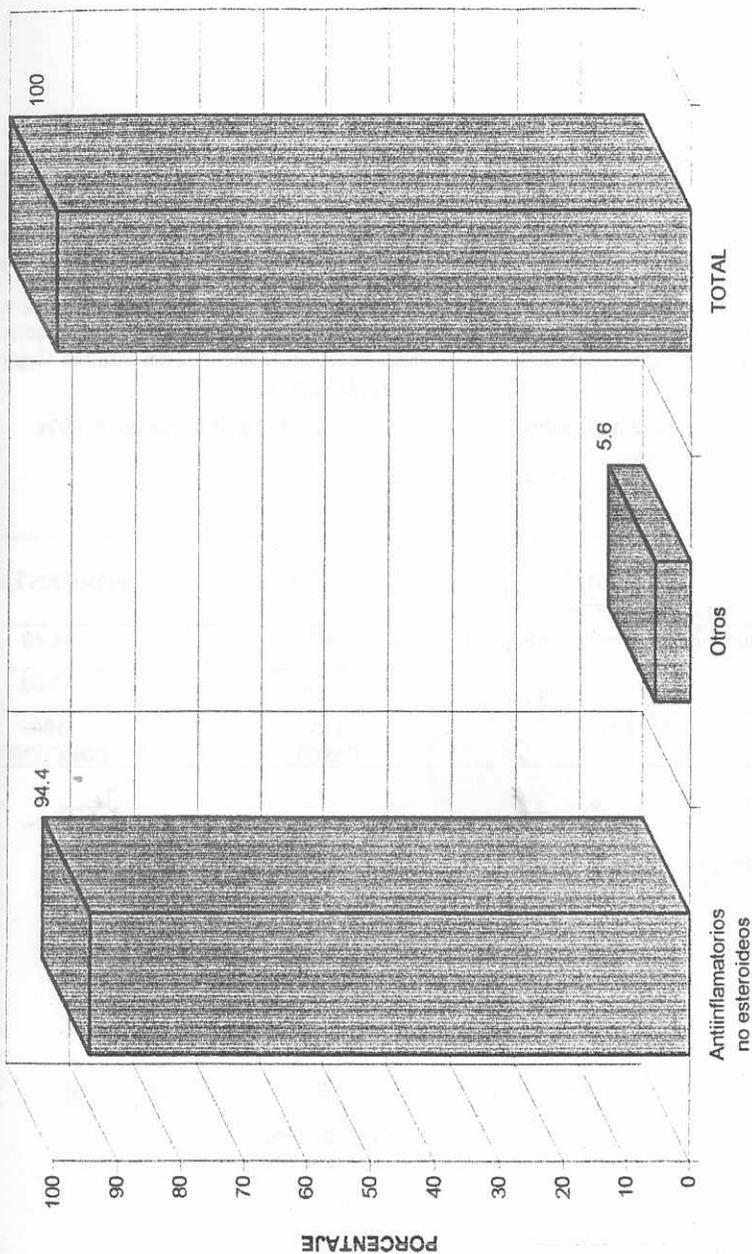
Durante el periodo del 3 de octubre de 1995 al 3 de marzo de 1998.

TIPO DE MEDICAMENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Antiinflamatorios no esteroideos	118	94.40
Otros	7	5.60
TOTAL	125 CASOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 7

Tratamientos previos a VDLP en pacientes con dolor pélvico crónico



CUADRO No. 8

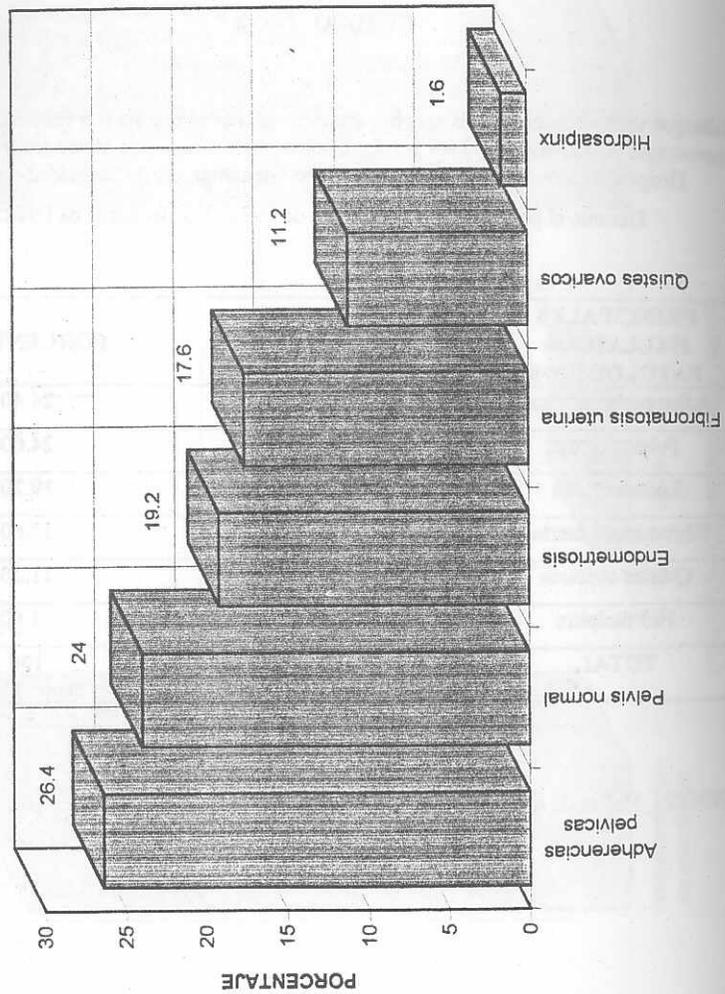
Hallazgos video-laparoscópicos más frecuentes en pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

PRINCIPALES HALLAZGOS PATOLÓGICOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Adherencias pélvicas	33	26.40
Pelvis normal	30	24.00
Endometriosis	24	19.20
Fibromatosis uterina	22	17.60
Quistes ováricos	14	11.20
Hidrosalpinx	2	1.60
TOTAL	125 CASOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 8

Hallazgos video-laparoscopicos más frecuentes en pacientes con dolor pélvico crónico



PATOLOGIAS VIDEO-LAPAROSCOPICAS MAS FRECUENTES

CUADRO No. 9

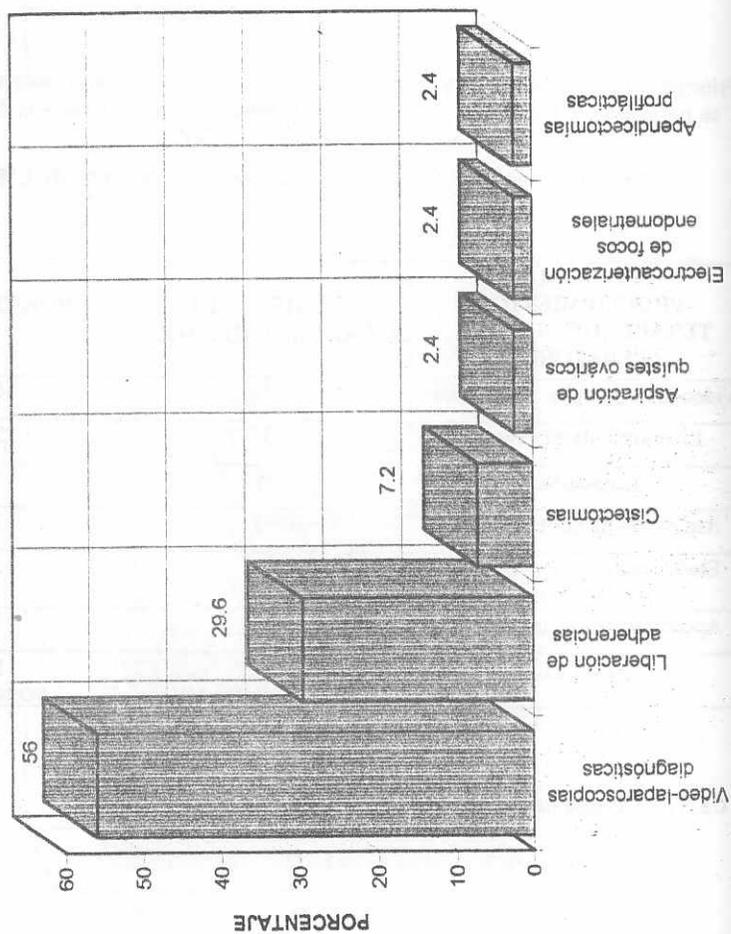
Principales procedimientos terapéuticos realizados durante la video-laparoscopia diagnóstica en pacientes con dolor pélvico crónico, en el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Durante el periodo del 3 de Octubre de 1,995 al 3 de Marzo de 1,998.

PRINCIPALES PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS TRANS-OPERATORIOS	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS	PORCENTAJE
Video-laparoscopias diagnósticas	70	56.00
Liberación de adherencias	37	29.60
Cistectomías	9	7.20
Aspiración de quistes ováricos	3	2.40
Electrocauterización de focos endometriales	3	2.40
Apendicectomías profilácticas	3	2.40
TOTAL	125 PROCEDIMIENTOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO N o. 9
Principales procedimientos terapéuticos realizados trans-operatoriamente por VDLP diagnóstica en pacientes con dolor pélvico crónico



PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

CUADRO No. 10

Accidentes trans-operatorios ocurridos en pacientes que fueron sometidas a video-laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico, en la Unidad de Video-laparoscopia del Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Durante el periodo del 3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1,998.

ACCIDENTE TRANS-OPERATORIO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Lesión Intestinal (colón ascendente)	2	1.60
Sin complicaciones	123	98.40
TOTAL	125 CASOS	100 PORCIENTO

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICO No. 10
Accidentes trans-operatorios por VDLP diagnóstica en dolor pélvico crónico



RESULTADOS OBTENIDOS TRANS-OPERATORIOS

III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1:

Observamos en la distribución por edades, que el grupo etareo más afectado fué el comprendido entre el rango de 31 a 40 años de edad ocupando el 59.2 % de los casos, con un promedio ponderado de 35 años de edad, de 125 casos estudiados, no coincidiendo con el promedio de edad descrito en la literatura (Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1,990), en un estudio realizado en 106 pacientes con dolor pélvico crónico donde describen que fué de 28.6 ± 7 años de edad.

Cuadro No. 2:

En el presente estudio el promedio ponderado de paridad fué de 3 hijos, estudio muy similar al de un artículo MEDLINE 1997, (The effect of grandmultiparity on chronic pelvic pain and sexual discomfort), donde se investigo los efectos de la gran- multiparidad, encontrando que el dolor pélvico crónico es significativamente más frecuente en gran-multiparas; es importante mencionar que en ningún artículo de la literatura revisada se mencionan las causas propiamente fisiopatológicas del dolor pélvico crónico y multiparidad, unicamente se menciona su relación.

Cuadro No. 3-A y 3-B:

El cuadro nos presenta que el 56.8 % de las pacientes tuvieron antecedentes quirúrgicos previos, entre las principales intervenciones las cesáreas ocupan la mitad de los casos y luego otras cirugías como pomey, histerectomías abdominales, apendicectomías, hernioplastias, oforectomías parciales, analizando que las mujeres con dolor pélvico crónico habían sido sometidas a técnicas quirúrgicas ginecológicas y no ginecológicas mayores y menores, razones que contribuyeron a la formación de adherencias pélvicas y en consecuencia a DPC; en relación a un estudio mencionado en la literatura (Clínicas Obstétricas y ginecológicas 1,990), en donde se encuentra que las mujeres habían tenido antecedentes quirúrgicos cinco veces más que las testigo en un total de 106 pacientes estudiadas.

Cuadro No. 4:

Observamos en casi la mitad de los casos (48 %), que el tiempo de evolución del dolor fué menor de 1 año, siendo la duración promedio ponderado del dolor en mujeres de 3 años, con límites de 3 meses a 15 años, en comparación a la duración promedio del dolor encontrada en otros estudios realizados (4) donde fué de 2.5 ± 1.9 años, con límites de 6 meses a 12.5 años, de donde concluimos que las pacientes consultan la mayoría de veces tras-varios años de dolor pélvico crónico, probablemente después de varios tratamientos medicamentosos sin alivio alguno.

Cuadro No. 5 y 6:

Dentro de los estudios de ayuda diagnóstica el ultrasonido fué el principal, realizado en todas las pacientes, observando el 69.6 % de ultrasonidos normales, de 125 pacientes que luego de haber sido sometidas a VDLP sólo en el 24 % se encontró el hallazgo de una pelvis normal, esto como consecuencia de que algunas patologías como las adherencias y endometriosis no son posible detectarlas por este método diagnóstico, por tal razón un ultrasonido normal, no descarta la presencia de una patología orgánica causante de DPC. Llama la atención el hecho que durante el Ultrasonido se reportaron patologías ovaricas en un 57.89 % de las pacientes, y luego de la VDLP sólo el 11.20 % correspondió a dicho hallazgo, esto podría ser consecuencia de que muchos de los quistes ováricos son de tipo folicular y estos tienden a desaparecer espontáneamente en el termino de 1 a 2 meses. Se realizó Enema de Barío sólo en cinco casos (4 %), siendo un estudio normal y cuatro anormales con resultados de colon irritable (espástico).

Cuadro No. 7:

Dentro de los tratamientos instituidos a pacientes con dolor pélvico crónico, el 94.4 % de los medicamentos correspondieron a antiinflamatorios no esteroideos del cual solo un pequeño porcentaje obtuvo alivio parcial de los mismos, comparado con la literatura (1) que reportan que de un grupo de 106 pacientes consumieron 3 veces más medicamentos de receta en forma regular que las demas personas, estos medicamentos incluyeron diversos analgésicos narcóticos y no narcóticos ansiolíticos y sedantes.

Cuadro No. 8:

En el cuadro podemos interpretar que los hallazgos más frecuentes encontrados por video-laparoscopia fueron Adherencias pélvicas en un 26.4 %, Pelvis normal en un 24 %, Endometriosis en un 19.2 %, y otras patologías en menor porcentaje (30.4 %) dentro de las que mencionamos la fibromatosis uterina, quistes ováricos e hidrosalpinx; por lo tanto consideramos que la utilidad de la video-laparoscopia diagnóstica es muy importante, ya que el ultrasonido normal no descarta la presencia de una patología orgánica causante de dolor pélvico, como adherencias y endometriosis las cuales no son detectables por este estudio. Al parecer la literatura reporta que existen tres categorías generales de hallazgos laparoscópicos en mujeres con dolor pélvico crónico (1-6): pelvis normal, endometriosis y adherencias pélvicas, pero también podemos mencionar dentro de las causas orgánicas de dolor pélvico crónico: anexitis crónica, endometriosis, fibromatosis del útero, síndrome de mittelschmerz, dismenorrea, várices pélvicas.

Cuadro No. 9:

Los principales procedimientos terapéuticos trans-operatorios realizados en pacientes con patologías pélvicas encontradas por video-laparoscopia fueron: liberación de adherencias en 29.6 %, cistectomías en 7.2 % y otros en un 7.2 % de los casos, dentro de los que mencionamos la aspiración de quistes ováricos, electrocauterización de focos endometriales, apendicectomías profilácticas; siendo la video-laparoscopia únicamente diagnóstica en más de la mitad de las pacientes.

Cuadro No. 10:

El cuadro nos presenta la incidencia de las complicaciones trans-operatorias ocurridas durante la video-laparoscopia, en dos pacientes con lesión a estructuras pélvicas vecinas de un total de 125 procedimientos realizados en este centro hospitalario, una al intentar liberar múltiples adherencias y la otra por trocar, ambas en colon ascendente sin mayor trascendencia; pueda no suceder en el futuro en manos de expertos y/o mejorar la técnica en los que se encaminan a la especialidad. La literatura menciona que la video-laparoscopia es una técnica inocua,(6) por lo tanto considero que a pesar de los accidentes ocurridos la video-laparoscopia sigue siendo el método confiable, diagnóstico y quirúrgico de mejor elección.

IX. CONCLUSIONES:

- 1.- Los hallazgos por video-lapasocopia más frecuentes, en orden descendente son: Adherencias pélvicas, pelvis normal, endometriosis, fibromatosis uterina, quistes ováricos, e hidrosalpinx.
- 2.- El principal procedimiento terapéutico trans-operatorio fué la liberación de adherencias, siendo dicha patología el hallazgo encontrado más frecuente por video-laparoscopia.
- 3.- El grupo etareo más afectado por dolor pélvico crónico comprende de la tercera a la cuarta década de vida, con un promedio ponderado de 35 años de edad.
- 4.- Más de la mitad de las pacientes con dolor pélvico crónico tuvieron antecedentes quirúrgicos previos, de los cuales la principal fue la cesárea en la mitad de los casos.
- 5.- El ultrasonido pélvico fue el principal método de ayuda diagnóstica en todos los casos, sólo se realizó enema de bario en un porcentaje insignificante y no se utilizaron otros métodos como TAC o RMN.
- 6.- El resultado de un ultrasonido normal, no descarta la presencia de una patología orgánica causante de DPC, debido a que las adherencias y la endometriosis no son detectadas por dicho estudio.
- 7.- Dos lesiones intestinales fueron las complicaciones trans-operatorias ocurridas por video-laparoscopia, indicada por dolor pélvico crónico, en el presente estudio.
- 8.- Se elaboró un protocolo de manejo en pacientes con dolor pélvico crónico, sugerido a expensas del presente trabajo para obtener un mejor abordaje de dicha patología en el futuro.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- A toda paciente con dolor pélvico crónico, se debe efectuar una anamnesis adecuada y un examen físico minucioso para poder orientarnos y/o encaminarnos hacia la búsqueda de una patología orgánica o no orgánica, previo a la realización de la video-laparoscopia diagnóstica.
- 2.- Llevar una secuencia de eventos y anotar en la historia clínica de la paciente; se recomienda utilizar el protocolo sugerido en el manejo de pacientes con dolor pélvico crónico. (Ver Anexo B)
- 3.- Nunca debe atribuirse el dolor pélvico crónico a causas psicológicas o emocionales, salvo que se haya excluido por laparoscopia diagnóstica la presencia de alguna alteración orgánica y descartado otras patologías gastrointestinales, urológicas y somáticas.
- 4.- Tener en cuenta el tratamiento psicológico para aquellas pacientes en quienes no se obtuvo ningún hallazgo pélvico positivo durante la video-laparoscopia diagnóstica, no olvidando que los recursos diagnósticos van más allá del campo de la gineco-obstetricia, donde un tratamiento multidisciplinario (anestesiología, gastroenterología, urología, neurocirugía), sería la mejor alternativa en casos en que la continuidad del dolor persiste luego de varios tratamientos.

XI. RESUMEN

El presente estudio surgió de la necesidad de conocer los hallazgos video-laparoscópicos más frecuentes en pacientes que consultaron por dolor pélvico crónico en el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se pretende con el presente trabajo establecer un protocolo de manejo para el diagnóstico y tratamiento de las pacientes en dicho centro, para el cual se aporta una boleta de recopilación de datos y un orden cronológico de tratamiento; se abarco desde el inicio de los procedimientos video-laparoscópicos (3 de octubre de 1,995 al 3 de marzo de 1998). El Dolor Pélvico se define como crónico cuando persiste por seis meses o más (mínimo 3 meses), el cual puede ser producido por causas orgánicas y no orgánicas. Constituyendo una de las patologías que provoca incapacidad y sufrimiento e innumerables quejas en las pacientes mujeres, hacer el diagnóstico constituye uno de los problemas más difíciles y frustrantes tanto para la paciente como para el ginecólogo; pues abarca varias ramas de la medicina en su diagnóstico y tratamiento constituyendo un manejo multidisciplinario el cual comprende: psicología, gastroenterología, anestesiología, urología.

La video-laparoscopia es una técnica inocua, indispensable para definir el diagnóstico, orientar en el tratamiento apropiado y evitar laparotomias exploratorias innecesarias. Los hallazgos video-laparoscópicos más frecuentes fueron: adherencias pélvicas, pelvis normal, endometriosis, fibromatosis uterina, quistes ováricos e hidrosalpinx; realizando como principal procedimiento terapéutico la liberación de adherencias; el promedio de edad fué de 35 años y se obtuvo una paridad de 3 hijos en las pacientes estudiadas; haciendo énfasis en que la mayor parte de pacientes presento antecedentes quirúrgicos previos (56.8 %), siendo la principal de ellas la cesárea en más de la mitad de los casos. La duración promedio del dolor fue de 3 años con límites de 3 meses a 15 años, fue utilizando como principal método de ayuda diagnóstica el ultrasonido en el 100 % de los casos, el enema de bario se utilizo únicamente en el 5 casos y no se utilizaron otros métodos; se hace énfasis en que el resultado de un ultrasonido normal, no descarta la presencia de una patología orgánica causante de DPC, debido a que las adherencias y la endometriosis no son detectadas por dicho estudio.

Concluyendo que la video-laparoscopia es el método quirúrgico más seguro, diagnóstico y terapéutico y de recuperación inmediata é indispensable para el manejo de las pacientes que consultan por dolor pélvico crónico, con estudios previos negativos a patología, y/o con diagnóstico comprobado.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1.- Reiter, Robert C. Dolor Pélvico crónico. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas. Interamericana Mc Graw- Hill Volumen 1 / 1990, pp: 117 - 134/145-165.
- 2.- Sabinston, Útero, Ovarios y Vagina. En su Tratado de Patología Quirúrgica. México, Interamericana 1987 (2) 2,509 pp: 1665-1698.
- 3.- Duleba, Antoni J., Keltz, Martin D., and Olive, David L., Evaluation and Management of Chronic Pelvic pain. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists, February 1996, Vol 3, No. 2 pp: 205-210/213 -220.
- 4.- Gardner., et al La Pelvis. Anatomía Humana Interamericana México, 5^{ta}. Edición 1989 pp: 511 - 520.
- 5.- Rouviere, H., Pelvis. Compendio de Anatomía y Disección. Salvat, Barcelona 1976, pp: 546 - 600.
- 6.- Ling, Frank W., Tratamiento Actual para el Dolor Pélvico Crónico. Clinicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales, Interamericana Mc. Graw-Hill, Volumen 4 / 1993, pp: 601-616 / 686 - 690 / 729-737 / 751-753 / 755-756 / 797-799 / 805-817
- 7.- Hernandez E. Utilidad de la Laparoscopia en el Dolor Pélvico Crónico sin Causa Aparente. Revista Iberoamericana de Fertilidad, 1,987 Jul - Ago; Vol. IV (2) pp: 31-38.
- 8.- Blumer D, Heilbronn M: Depression and Chronic Pain. In Cameron O (de): Presentations of Depression. New York, John Wiley and Sons, 1987, pp: 215 - 236.
- 9.- García Luna, Antonio, Alcivia, Juan C., Gaona A., Ranferi, Cirugía Ginecológica Laparoscopica. Ginecología y Obstetricia de México, Editada por la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Vol. 64, Febrero de 1996, pp: 52.
- 10.- Procacci P, Zoppi M., Maresca M., Clinical Approach To Visceral Sensation. Cervero F. Morrison; eds. Visceral sensatrion New York Elsevier Science Publications, 1986: 21 (Progress in Brain Research: vol. 67).
- 11.- Bear, R. W. et. al. Pelvic Pain in Woman. Br. J. Med. 1987 Jan. 10: 294 (6564): 124.

- 12.- Cunana, R. et al. Laparoscopic findings in patients with pelvic pain. Am J. Obstet. Gynecol. 1983 Jul. 1: 146 (587): 589- 591.
- 13.- Baker PB, Symonds EM: The resolution of chronic pelvic pain after normal Laparoscopic findings. Am. J. Obstet Gynecol 166: 835 - 856, 1992.
- 14.- Struz, I.K. The frustration of choronic pelvic pain. Am J. Obstet. Gynecol. 1.985 Feb. 1: 153 (3): 416.
- 15.- Anonymous, Chronic pelvic Pain. ACOG. Technical bull, No.129, 1989. Pp: 1-6.
- 16.- Walker EA, Katon Wj, Harrop Griffiths J. et. al.; Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. Am J Psychiatry 145: 75- 80, 1988.
- 17.- Hebbert N: Toward assessment of clinical pain. Evaluation and Treatment of Chronic Pain. Edited by G. Aranoff. Valtimore, Urban & Schwarzenberg, 1985, pp: 451-462.
- 18.- Lundberg W. et al. Laparascopy in evaluation of pelvic pain. Obstet Gynecol. 1973 Dec. 1; 42 (6): 872 - 876.
- 19.- Black-CM., Current Methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infection, consequence of chronic pelvic pain, infertility. Clin-Microbiol-Rev. 1,997. MEDLINE(R) 1,997 Jan.; 10(1): 160-84.
- 20.- Savidge-CJ; Slade -P., Psychological aspects of chronic pelvic pain. J- Psychosom-Res. 1,997 MEDLINE(R) 1,997 May; 42 (5): 433-44.
- 21.- Badura-AS; Reiter - RC; Altmaier -EM; Rhomberg-A; Elas-D., Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women waith chronic pelvic pain., Obstet-Gynecol., 1,997. MEDLINE(R) 1997, Sep: 90(3): 405 - 10.
- 22.- Gurel-SA; Gurel-H., The effect of grandmultiparity on chronic pelvic pain and sexual discomfort. Int - J - Gynaecol - Obstet., 1,997 MEDLINE(R) 1,997 May; 57 (2): 133 - 8.
- 23.- Kamm-MA., Chronic pelvic pain in women: gastroenterological, gynaecological or psychological., Int. J. Colorectal. Dis. 1,997 MEDLINE(R) 1,997 ; 12 (2): 57 - 62.

XIII. ANEXOS "A"

BOLETA DE RECOPIACIÓN DE DATOS
HALLAZGOS VIDEO-LAPAROSCÓPICOS MÁS FRECUENTES
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

1. Grupo Etareo:
15 - 20 21 - 25 26 - 30 31 - 35 36 - 40
41 - 45 46 - 50 51 - 55 56 - 60 60 ó más
2. Paridad: Núlipara 0 a 3 4 a 6 7 ó más
3. Antecedentes Quirúrgicos Previos:
Si No
Cuales: _____
4. Tiempo de evolución: _____
5. Impresión Clínica de Ingreso: _____
6. Estudios diagnósticos previos:

	Normal	Anormal
U. S. G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enema de Bario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomografía Axial Computarizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resonancia Magnética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	_____	_____
7. Tratamientos previos: _____
8. Patologías Pélvicas Encontradas Por Video-Laparoscopia:
a. _____
b. _____
c. _____
9. Procedimientos Terapéuticos Trans-Operatorios Realizados:
a. _____
b. _____
10. Complicaciones Quirúrgicas tras y pos Video-Laparoscopia Diagnóstica:
a. _____
b. _____
c. _____

BOLETA SUGERIDA PARA MANEJO DE PACIENTES CON
DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

No. De Afiliación: _____

DATOS GENERALES:

Nombre de la paciente: _____

Edad: _____

Estado civil: casada unida divorciada soltera

Tiempo de evolución del dolor: _____

Historia de la enfermedad actual: _____

ANTECEDENTES:

Médicos: _____

Psicológicos: _____

Quirúrgicos: _____

Traumáticos: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Monarquía: _____

Ciclos Menstruales: _____

Regulares

Irregulares

Relación del dolor con ciclos menstruales:

SI

NO

A sido objeto de agresión física y/o abuso sexual:

SI

NO

Sexualmente activa:

SI

NO

Dispareunia:

SI

NO

G: _____ P: _____ AB: _____ C: _____ HV: _____ Núlipara _____

Fecha de última regla: _____

Comentarios: _____

EXAMEN FÍSICO:

Signos vitales:

P/A: _____ FC: _____ TO: _____ FR: _____

Estado General: _____

REGIÓN ABDOMINAL Y PÉLVICA:

INSPECCIÓN:

Postura y marcha: _____

PALPACIÓN:

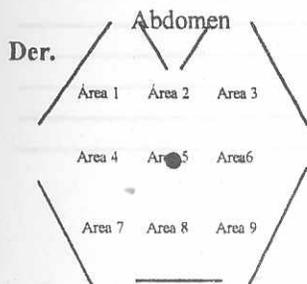
Dolor Generalizado Localizado

Área del dolor: _____ Irradiación hacia: _____

Dolor profundo Superficial Episódico Continuo

Se reproduce el dolor a la palpación: SI NO

Localizar zona del dolor y/o masas palpables é irradiación:



Escala del 1 al 10 para evaluar el dolor:

Izq. Un grado de 0 (no hay dolor) a 10 (el peor dolor - posible), es obtenido por el paciente verbalmente.

Las escalas se dividen en 3 zonas: 1 a 3 leve
4 a 6 Moderado
7 a 10 Intenso.

EXPLORACIÓN GINECOLOGÍA:

IDENTIFICAR ZONA DE INFLAMACIÓN:

- Vestivulitis
- Bartolinitis
- Vulvitis
- Uretritis
- Cistitis

AL ESPECULO:

Vaginismo

Cervicitis

Dolor del cuello uterino al movimiento

Dolor fondo del saco vaginal

Cultivo para clamidia Trachomatis y gonorrea

EXAMEN BIMANUAL

Movilidad uterina: _____

Anexos: _____

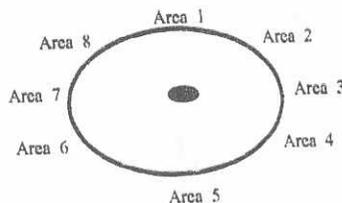
Otros: _____

EXAMEN RECTAL:

Masas uterosacrales o de ligamentos anchos: _____

Otros _____

Localizar zona del dolor en cuello uterino:



ESQUEMA SUGERIDO DEL MANEJO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO ORDEN CRONOLÓGICO

