

Dolor Pelviano crónico

“Psychology of Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Neurobiological Vulnerabilities, and Treatment”

SARA R. TILL, MD, MPH,* SAWSAN AS-SANIE, MD, MPH,* and ANDREW SCHREPF, PhD†. Departments of *Obstetrics and Gynecology; and †Anesthesiology, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan Clinical Obstetrics and Gynecology

Año: 2019

Tipo de publicación: Revisión, basada mayoritariamente en estudios prospectivos de cohorte.

Objetivos:

- Proveer una revisión general sobre el solapamiento hallado entre el dolor pélvico crónico y síntomas psicológicos.
- Resumir factores neurobiológicos que pueden predisponer tanto al dolor pélvico crónico como a desórdenes de origen psicológico.
- Resumir, de forma breve, los tratamientos existentes para pacientes con ambas comorbilidades.

Introducción:

El dolor pélvico crónico (CPP, por sus siglas en inglés) se define como un dolor en la pelvis o el abdomen sin un patrón definido, presente por lo menos durante 6 meses y lo suficientemente severo como para ocasionar impedimentos en la vida diaria o necesitar atención médica. Está presente en el 15-20% de las mujeres en EEUU.

Causas:

- Endometriosis
- vulvodinia
- Síndrome miofascial en el suelo pélvico
- Síndrome de intestino irritable (IBS)
- Cistitis intersticial/ síndrome de vejiga dolorosa. (IC/BPS)

Las mujeres con CPP, comparativamente con las mujeres que no sufren esta condición, usan más medicamentos, se les realizan más cirugías, y es 5 veces más probable que se sometan a una histerectomía.

Muchas mujeres deciden no hablar sobre sus síntomas psicológicos ya que esto ha hecho que sus consultas por dolor sean minimizadas o descartadas.

Prevalencia de desórdenes psicológicos en pacientes con CPP:

Los más comunes son:

- *Depresión:* el 65% de las pacientes con depresión reportan síntomas de dolor crónico. Tienen una peor respuesta al tratamiento que aquellas personas que cursan solo con depresión o solo dolor crónico.

- *Ansiedad*: Al igual que la depresión, hace que el dolor sea mayor y empeora la calidad de vida.
- *Catastrofismo (distorsión cognitiva)*: es una mala respuesta adaptativa al dolor. Aumenta los síntomas y disminuye la respuesta al tratamiento. Parecería predecir qué pacientes con dolor agudo tendrán dolor crónico.

Mecanismos:

- *Factor temporal*: El dolor y los desbalances en el estado de ánimo se influyen mutuamente, cuanto mayor sea el período de tiempo que un paciente tenga una de estas dolencias, mayor será la probabilidad de que desarrolle la otra.
- *Factores genéticos*: variantes de la enzima *COMT*, del receptor opioide *OPRM1* y polimorfismos de un solo nucleótido en la expresión de *IL-1 TNF* y *IL-10*. Los hallazgos no son consistentes para estos últimos.
- *Inflamación crónica*
- *Alteraciones en la secreción de cortisol*.
- *Función cerebral*: se vio que las regiones del cerebro que procesan el dolor físico, se encuentra interconectadas con las que procesan emociones negativas y dolor “social” (dolor por exclusión social).

Tratamientos:

Debe actuar a nivel de receptores de dolor periféricos, centrales y sobre los síntomas psicológicos. Se debe mantener una buena comunicación con el paciente y explicar que el dolor y los síntomas psicológicos son condiciones distintas, pero que están relacionados. Es importante pedir interconsulta con psiquiatría y salud mental.

-No farmacológicos:

- Fisioterapia pélvica.
- Educación sobre el dolor.
- Técnicas de mindfulness.
- Terapia cognitiva-conductual.
- Ejercicio aeróbico y musculación.

-Farmacológicos: Muchos son off-label.

- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina: duloxetina, venlafaxina y milnacipran. Ninguno se encuentra directamente aprobada para CPP.
- Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina y nortriptilina.
- Ciclobenzaprina
- Gabapentinoides: gabapentina y pregabalina. En un ensayo aleatorizado gabapentin resultó superior que la amitriptilina para disminuir el dolor en CPP.

Conclusión:

Es muy común que los pacientes con CPP presenten síntomas psicológicos que empeoran el dolor y llevan a una pobre calidad de vida. Estos pacientes se ven beneficiados de un tratamiento que incluya opciones farmacológicas y no farmacológicas, además de consultas con atención primaria y psiquiatría.

2.

Causas no malignas más comunes de CPP:

Ginecológicas:

Endometriosis*
Leiomioma*
Adenomiosis*
Quistes ováricos
Hidrosalpinx
Síndrome de remanente ovárico*
Enfermedad inflamatoria pélvica*
Adherencias pélvicas
Síndrome doloroso post-ligadura tubaria

Urológicas:

Cistitis intersticial/ síndrome de vejiga dolorosa*
Cistitis actínica*
Cáncer vesical*
Uretritis
Cistiti crónica
Urolitiasis crónica

Gastroenterológicas:

Síndrome de intestino irritable *

Enfermedad inflamatoria intestinal*

Cáncer colorrectal*

Celiaquía

Hernias abdominales/pélvicas

Musculoesqueléticas:

Síndrome de dolor miofascial de la pared abdominal*

Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico*

Fibromialgia*

Coccigodinia*

Síndrome del piriforme

Neurológica:

Atrapamiento nervioso del nervio ilioinguinal o iliohipogástrico*

Neuralgia del pudendo

Sensibilización central al dolor*

Vascular:

Várices vulvares

Síndrome de congestión pélvica

*enfermedades con nivel A de evidencia de relación causal con CPP

También considerar: adicción a opioides, abuso y estrés,

Presentación clínica

La paciente con CPP consulta por dolor localizado en la pelvis, sin un patrón cíclico, de 3 a 6 meses de duración o más, que le impide realizar sus actividades diarias.. El dolor puede irradiar fuera de la pelvis. Los síntomas asociados pueden ser urinarios, gastrointestinales y psicológicos.

Evaluación inicial

El diagnóstico es clínico, basado en lo mencionado anteriormente. Puede haber más de una etiología.

Siempre descartar que no haya un cuadro agudo (causas de abdomen agudo por ejemplo perforación intestinal o embarazo ectópico). Buscar signos de irritación peritoneal y controlar signos vitales.

Historia clínica:

En la anamnesis es muy importante preguntar por síntomas urinarios, gastrointestinales, ginecológicos, musculoesqueléticos, sexuales y psicológicos. Tener en cuenta los síntomas de las 5 causas más comunes de CPP:

1. Síndrome de dolor miofascial de la cintura pélvica/ dolor de suelo pélvico
2. Síndrome de intestino irritable
3. Cistitis intersticial / síndrome de vejiga dolorosa
4. Dolor crónico en el útero (leiomiomas, endometriosis, adenomiosis)
5. Neuropatía periférica

Luego se analizan las características del dolor: localización, tipo, qué lo calma y qué lo empeora (por ejemplo, si aumenta al comer y disminuye al ir al baño indica proceso gastrointestinal, si empeora o alivia con posiciones puede ser musculoesquelético o vascular), cuantificar el dolor con escala numérica y preguntar a la paciente si le impide dormir, describir a qué partes del cuerpo irradia (por ejemplo, si el dolor comienza en la espalda e irradia al torso o a los muslos sugiere disfunción de la cintura pélvica). Es importante preguntar si el dolor se encuentra asociado con el período. Por último, es importante indagar por síntomas prodrómicos o por algún procedimiento luego del cual haya comenzado.

En cuanto al aspecto psicológico, preguntar por depresión, ansiedad, abuso de sustancias, somatización y situaciones de abuso.

Exámen físico

General:

- Signos vitales
- Apariencia general, estado emocional.
- Postura y marcha

Dorso-paciente sentado:

- Curvatura espinal, observar lesiones o cicatrices de cirugías previas.
- Examinar vértebras, paraespinal y dolor en las articulaciones sacroilíacas.

Abdomen- paciente en decúbito supino:

- Distribución de grasa, cicatrices.
- Buscar masas, hernias, adenopatías inguinales, dolor en la sínfisis púbica.
- Palpación superficial. Evaluar alodinia.
- Palpación profunda. Buscar puntos gatillo.

Extremidades- paciente supino:

- Flexo-extensión de la cadera. Rotación externa e interna. Abducción y aducción. Evaluar rango de movilidad.

- Músculos: fuerza, tono, espasticidad, asimetría.

Pélvico- paciente en posición de litotomía:

- Genitales externos: lesiones, ulceraciones, eritema, edema en el clítoris, meato uretral, vulva o vestíbulo. (examen con hisopo si la paciente tiene dispareunia)
- Exámen vaginal:
 - Palpación digital: dolor o espasticidad de los músculos del suelo pélvico, uretra, vejiga, cérvix, segmento uterino inferior, fórnix vaginal.
 - Palpación bimanual: tamaño uterino, movilidad, masas anexiales, dolor.
- Examen rectovaginal: dolor o nodularidad en el tabique rectovaginal y ligamentos uterosacros.
- Examen con espéculo: lesiones, ulceraciones, eritema de la mucosa vaginal, cérvix y fórnix vaginal posterior. Tomar cultivos si se ve supuración.

Estudios complementarios

Actualmente, no hay un protocolo estandarizado de estudios que deben pedirse a las mujeres con CPP. Estos se deciden de la información recabada en la anamnesis y exámen físico.

Laboratorio: descartar causas.

- B-HCG
- análisis de orina, para descartar ITU
- descartar enfermedades de transmisión sexual (gonorrea, clamidia, trichomona)

Imágenes: se comienza con una ecografía pélvica, si no es clara o no hay hallazgos se procede a realizar RM para ver partes blandas y/o TC para ver huesos, intestinos y uréteres.

Test de provocación: ya no son recomendados.

Exploración laparoscópica: puede ser diagnóstico y tratamiento en caso de endometriosis o adhesiones, pero también se asocia con riesgo de sangrado, infección y daño de vísceras. No es necesario realizarla a todas las mujeres con CPP, pero no hacerlo puede retrasar el diagnóstico. No hay datos suficientes para guiar el momento óptimo para realizar una laparoscopia. La decisión es de la paciente y el equipo tratante. Para aquellas mujeres cuyos hallazgos no hayan sido de una patología quirúrgica, primero se realizan 2 o 3 meses de tratamiento médico, fisioterapia o terapia cognitivo conductual.

Tratamientos:

Si no se puede hallar la causa de CPP o no respondió al tratamiento, se recomienda realizar tratamiento farmacológico y no farmacológico al mismo tiempo. De no funcionar, se ofrece cirugía.

Tratamiento farmacológico inicial:

- AINES (con o sin dosis mínimas de acetaminofeno)
- Analgesia tópica:
 - combinación de amitriptilina y ketamina
 - diclofenac

- capsaicina
- ketoprofeno
- relajantes musculares
 - ciclobenzaprina
- Tratamiento hormonal: si hay exacerbamiento cíclico del CPP.

Si no funcionan, el siguiente paso son intervenciones focalizadas:

- Fisioterapia
- Inyección con anestésicos locales en puntos gatillo
- Bloqueos nerviosos
- Cirugía

Cuándo operar:

Endometriosis infiltrante severa

Si hubo daño iatrogénico reversible causado por un procedimiento anterior

Dolor local reproducible al palpar un leiomioma

Patología anexial crónica

Dolor uterino de larga data refractario al tratamiento.

Procedimientos:

neurectomía presacra

lisis de adhesiones

histerectomía

Otros procedimientos poco estudiados: se utilizarían para mujeres que no soportan el dolor en la fisioterapia.

- Ansiolíticos vaginales
- Toxina botulínica

En caso de dolor neuropático:

-Neuromoduladores:

- gabapentin, pregabalina
- Antidepresivos tricíclicos
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina
- relajantes musculares

-Terapia no farmacológica:

de beneficio comprobado

- ejercicio
- neuromodulación periférica
- terapia cognitivo conductual

Se requieren más estudios

- Acupuntura
- neuromodulación eléctrica

- estrategias dietarias
- cannabinoides
- medicación antipsicótica

Trials no concluidos:

-Efficacy of acupuncture on pelvic pain in patients with endometriosis: study protocol for a randomized, single-blind, multi-center, placebo-controlled trial.

-GaPP2, a multicentre randomised controlled trial of the efficacy of gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women: study protocol.

3. Comentario

En patologías donde el dolor es el síntoma principal como ocurre con el CPP, es muy importante recordar que el área psicológica está íntimamente relacionada e influye en el dolor físico. Esto no debe ser disminuido. Es importante escuchar al paciente, acompañarlo y brindarle una atención interdisciplinaria.

Ante la falta de ensayos específicos sobre este tema, muchos de los datos deben ser extrapolados de otras patologías. En estos casos, el médico debe mantenerse informado sobre las opciones existentes y poder armar un tratamiento a medida para cada paciente, de acuerdo a su historia personal y sintomatología, sobre todo en aquellos pacientes donde no se encuentra una causa clara.

Es muy importante explicarle al paciente el riesgo/beneficio de cada opción terapéutica y ahorrarle intervenciones innecesarias que pueden empeorar su calidad de vida o exponerlo a peligros innecesarios.

Bibliografía consultada:

1. Frank F Tu, MD, MPH Sawsan As-Sanie, MD, MPH. "Evaluation of Chronic Pelvic Pain in Females upToDate." *Www.Uptodate.Com*, 22 July 2019, www.uptodate.com/contents/evaluation-of-chronic-pelvic-pain-in-females. Accessed 23 Mar. 2020.
2. Sawsan As-Sanie, MD, MPH. "UpToDate." *Www.Uptodate.Com*, 26 Jan. 2020, www.uptodate.com/contents/causes-of-chronic-pelvic-pain-in-nonpregnant-women?topicRef=5467&source=see_link. Accessed 23 Mar. 2020.
3. Frank F Tu, MD, MPH Sawsan As-Sanie, MD, MPH. "Treatment of Chronic Pelvic Pain in Women." *Www.Uptodate.Com*, 5 Mar. 2020, www.uptodate.com/contents/treatment-of-chronic-pelvic-pain-in-women?topicRef=5467&source=see_link. Accessed 23 Mar. 2020.
4. Liang, Ruining, et al. "Efficacy of Acupuncture on Pelvic Pain in Patients with Endometriosis: Study Protocol for a Randomized, Single-Blind, Multi-Center, Placebo-Controlled Trial." *Trials*, vol. 19, no. 1, 7 June 2018,

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5992761/, 10.1186/s13063-018-2684-6.
Accessed 28 Jan. 2020.

5. Vincent, Katy, et al. "GaPP2, a Multicentre Randomised Controlled Trial of the Efficacy of Gabapentin for the Management of Chronic Pelvic Pain in Women: Study Protocol." *BMJ Open*, vol. 8, no. 1, 31 Jan. 2018, www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5879736/, 10.1136/bmjopen-2016-014924.

Peón Guadalupe
Alumna IAR