



Dolor Pélvico en Ginecología

Autoras: Dra. Rocío Guerrero Bustos y Dra. Leticia de Anda Aguilar. Médicas Especialistas en Ginecología y Obstetricia Adscritas al Hospital General de México.



El dolor pélvico crónico en general se determina con base en la duración, las bases anatómo-fisiológicas o las características psicológicas del mismo. La International Association for the Study of Pain (IASP) define al dolor pélvico crónico sin patología evidente como dolor crónico o recurrente que aparentemente tiene un origen ginecológico, pero para el cual no existe lesión específica o causa. Sin embargo, este concepto no se usa con frecuencia en la literatura como veremos más adelante.

En México, una de las causas más frecuentes de consulta y de urgencia en ginecología es el dolor pélvico; debido a los múltiples órganos pélvicos aledaños, es importante diferenciar –según su tipo de aparición e irradiación- el origen del dolor para su tratamiento, ya sea médico o quirúrgico. Distinguir entre el dolor agudo súbito y severo del crónico de meses o más de evolución es el punto de partida para la semiología del mismo y para establecer con prontitud la terapéutica. El diagnóstico no es fácil, por lo que se debe recurrir a la clínica, que incluye exámenes de laboratorio y gabinete. Así, el dolor pélvico en ginecología representa una entidad que requiere del trabajo multidisciplinario de ginecólogos y cirujanos y, quizás, del urólogo.

Epidemiología

Según lo indica la literatura americana, el diagnóstico varía dependiendo del cuadro clínico que presenta la paciente. El dolor pélvico es el signo más frecuente en quienes les ha sido practicada una celioscopia. ➔

Bibliografía

1. Golstein DP. Acute and chronic pelvic pain. *Pediatr Clin North Am* 1989;36:573-580.
2. Mikkelsen AL, Felding C. Laparoscopy and ultrasound examination in women with acute pelvic pain. *Gynecol obstet* 1990;30:162-164.
3. Abbott J. Pelvic pain: lesson from anatomy and physiology. *Am J Surg* 1990;8:441-447.
4. Kahn JG, Walker CK et al. Diagnosing pelvic inflammatory disease. A comprehensive analysis and consideration from developing a new model. *JAMA* 1992;26:2594-2604.
5. Bongard F, Landers DV, Lewis F. Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease. A prospective analysis. *Am J Surg* 1985;150:90-95.
6. Martínez Pérez, Huertas Ma. Ultrasonografía de la endometriosis. En *Bajo Arenas Ultrasonografía Ginecológica*. España. Marban Libros; 2000:111-140.
7. Solocumb JC. Neurological factors in chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1984;149.
8. Kadar N. Further observations on serial hCG patterns in ectopic pregnancy and abortions. *Fertil Steril* 1988;50.
9. Bayer AI, Wiskind AK. Adnexal torsion, can the adnexa be saved? *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1506-11.
10. Chapron C, Capella A. Treatment of adnexal torsion using operative laparoscopy. *Hum Reprod* 1996;11:998-1003.

Entre 15 y 35 por ciento de los casos de dolor pélvico se debe a afecciones ginecológicas, como el embarazo extrauterino y las infecciones genitales en diferentes niveles anatómicos. A estas entidades le sigue la endometriosis, que se caracteriza por dolor, inflamación, sangrado y problemas reproductivos.

No obstante, al estimar el diagnóstico mediante el cuadro clínico y los antecedentes personales, se observa que el dolor pélvico se presenta por: a) infección pélvica aguda, b) embarazo extrauterino y c) algunos tipos de patologías agudas como la apendicitis, la infección urinaria y el cólico nefrítico.^{1, 2} Dado que el dolor pélvico crónico es el motivo más común de consulta ginecológica en mujeres de 18 a 50 años de edad, el tratamiento debe considerar probables secuelas de un padecimiento crónico; tal es el caso de la endometriosis, el trastorno más frecuente que en la mayoría de los casos no tiene una causa anatómica sino una patología funcional o secuelas de un proceso agudo como la enfermedad pélvica o la presencia de fibromas o quistes ováricos que en su inicio fueron asintomáticos.

Fisiología

Como se sabe, el aparato genital femenino presenta una importante inervación procedente de las últimas raíces dorsales, lumbares y sacras asociadas a elementos neurovegetativos formando plexos de naturaleza mixta. La vía aferente del dolor se inicia en las células del ganglio de la raíz posterior de cada nervio raquídeo y pasa al asta posterior de la médula donde hace relevo para cruzar al lado contrario y formar el haz espinotalámico lateral, con lo cual el impulso llega al tálamo; una tercera neurona lo transmite a la corteza cerebral posrolándica, en donde se le da significado y calidad afectiva a la sensación y se identifica su localización.³

Fisiopatología

Anatómicamente el nervio abdominogenital mayor y genitocrural se ubican cerca de la "fosita ovárica", por lo que cualquier patología de ovario o salpinge ocasiona irritación del mismo y provoca dolor irradiado a la fosa iliaca e hipogastrio o cara interna del muslo. Si la patología es posterior al útero o hacia el fondo del saco de Douglas, se irritan raíces nerviosas del plexo sacro, con localización en la región sacrococcígea o lumbar, sin ser necesariamente de origen ginecológico.

Factores de Riesgo

Los datos ginecoobstétricos de la paciente son de gran importancia, entre ellos los antecedentes quirúrgicos, el inicio de la vida sexual, el número de parejas sexuales, si ha padecido enfermedades de transmisión sexual, el tipo menstrual, el ritmo de eliminación, presencia o no de dismenorrea, métodos de planificación familiar (por ejemplo, el dispositivo intrauterino), infertilidad, medicación actual o uso de medicamentos para hiperestimulación ovárica y fecha de la última menstruación. De ser necesario se debe indicar una prueba inmunológica de embarazo.

Cuadro Clínico

Una vez que se define el origen del dolor, el paso siguiente es realizar su semiología a fin de conocer más sobre el mismo. El dolor de tipo ginecológico puede ser local, irradiado o referido, según el proceso patológico y la posible inervación del plexo o tronco nervioso. Lo clásico en la irritación peritoneal es la rigidez, dolor a la palpación o rebote, etcétera, que no están presentes cuando se trata del peritoneo pélvico, en donde no se encuentran datos específicos. La proximidad anatómica con órganos vecinos pélvicos hace aún más

difícil interpretar el cuadro y establecer su localización.

Si el dolor es unilateral, el sitio anatómico se identifica con mayor facilidad diagnóstica, mientras que si es bilateral, el campo de posibilidades se amplía. Al compartir la misma inervación y proximidad anatómica, los dolores ginecológicos pueden repercutir en los cuadrantes inferiores por inervación del nervio pudendo (rama del plexo sacro) y posiblemente produzcan manifestaciones urinarias o rectales.

Se ha observado que la miomatosis uterina, dependiendo de la ubicación de los miomas, provoca dolor cíclico tipo cólico. Los dolores pélvicos y perineales pueden ser de origen ginecológico, urológico, reumatológico, digestivo, neurológico o psicológico.⁷ De ahí que sea tan importante realizar una anamnesis adecuada y cronológica para determinar otro tipo de patología o secuela asociada al dolor pélvico ginecológico.

Datos al Examen Físico

El carácter unilateral o bilateral del dolor provocado por la palpación abdominal constituye un signo de orientación básico. Si es bilateral, hace pensar en una infección genital alta y permite establecer el diagnóstico diferencial con la apendicitis, trastorno en el que el dolor es unilateral en 75 por ciento de los casos. Al tacto vaginal, un dolor unilateral orienta más hacia una complicación de quiste, una torsión o un embarazo extrauterino no complicado. En la infección genital alta, el dolor durante el tacto vaginal es bilateral y constante.

El dolor a la movilización uterina es muy frecuente en las típicas infecciones genitales altas, sin embargo, este signo no es muy específico.⁵ La existencia de un dolor en el ángulo cos-

tolumbar es característico de la pielonefritis o del cólico nefrítico.

El examen clínico constituye un buen elemento de diagnóstico precoz ante un dolor pélvico agudo, ya que cuando está presente una patología orgánica, el clínico hallará una anomalía en el examen físico en 80 por ciento de los casos. A la inversa, la normalidad del examen físico no descarta en absoluto una patología grave.² Al excluir un proceso urinario, se debe recordar que 15 por ciento de pacientes con dolor pélvico sufre alteraciones en la micción. Otros pacientes tienen manifestaciones digestivas que relacionan con un cuadro ginecológico, por lo que es necesario descartar patologías como divertículos, trastornos funcionales, enfermedades inflamatorias del colon, neoplasias y el antecedente de endometriosis severa.

Ecografía

Deberá preferirse la utilización de la vía endovaginal por su mejor definición. La ecografía tiene un rendimiento nulo en el diagnóstico de la apendicitis aguda. En la infección genital alta los signos ecográficos no tienen especificidad, sin embargo, son de gran valía para el diagnóstico del absceso pélvico. No parece que la ecografía ayude lo suficiente para el diagnóstico de la torsión de anexo. En relación al éxtasis venoso y al edema asociado, los signos son más específicos y podrían tener un buen valor diagnóstico: aumento del volumen del ovario, aspecto edematoso del parénquima ovárico con engrosamiento de los tabiques interfoliculares e incremento del volumen de los folículos ováricos. El estudio doppler únicamente diagnostica las interrupciones del flujo arterial (no las venosas) y se tiene poco acceso a él en la unidad de urgencias.

La ecografía por vía endovaginal posee un excelente valor diagnóstico en el embarazo ➔

extrauterino. En la mitad de los casos permite un diagnóstico de certeza o de alta presunción. La tendencia actual considera la ecografía como una prolongación natural del examen clínico que apoya la precisión del diagnóstico.⁶ La práctica de una prueba de embarazo cualitativa (urinaria o sanguínea) resulta indispensable en cualquier mujer con actividad genital que consulte por dolor pélvico agudo, ya que en 25 a 50 por ciento de los casos de embarazo extrauterino no hay retraso en la menstruación.⁸

La presencia de leucocitosis es prácticamente constante en la apendicitis aguda; en las infecciones genitales altas sólo se observa en la mitad de los casos, en tanto que en los casos de torsión de anexo existe en 30 a 70 por ciento.⁹ La anomalía del sedimento urinario orienta hacia una patología urinaria.

Actualmente la laparoscopia está considerada como el elemento de diagnóstico de referencia de los dolores pélvicos agudos. En el 12-75 por ciento de los casos la laparoscopia corrige el diagnóstico establecido de manera preoperatoria y, en determinadas ocasiones, revela otras patologías, acorta la duración de la hospitalización y disminuye el costo global del tratamiento.¹⁰

Estrategia Diagnóstica y Terapéutica

Sospecha de torsión de anexo. La laparoscopia sistemática y urgente permite que no pase desapercibida ninguna torsión de anexo y garantiza mayores posibilidades de conservar el anexo. La reevaluación clínica y ecográfica, tras algunas horas de observación, reduce el número de laparoscopias inútiles. La elección entre estas dos opciones debe hacerse en función de la intensidad del dolor, la duración del síndrome doloroso y la credibilidad del cuadro clínico y ecográfico. La conservación anexial deberá ser la norma en la medida de lo posible.

Síndromes dolorosos de la fosa iliaca derecha. Se plantea el problema del diagnóstico diferencial entre la apendicitis y una patología de origen ginecológico. La infección genital alta es el principal diagnóstico diferencial. Es posible encontrar otras afecciones como complicaciones de quistes y, excepcionalmente, afecciones digestivas potencialmente graves. En estos casos parece estar justificada la utilización amplia de la laparoscopia.¹⁰

Sospecha de infección genital alta. Existen dos alternativas: en primer lugar, uno de los diagnósticos diferenciales es la apendicitis aguda cuya omisión es grave. En segundo lugar, las formas menos sintomáticas escapan a menudo del diagnóstico, lo cual puede originar secuelas a largo plazo.

Los métodos de diagnóstico convencional sólo identifican un número variable de infecciones genitales altas que va del 40 al 65 por ciento de los casos reales. Las estrategias que se proponen son las siguientes: a) En las formas típicas el diagnóstico convencional es bueno y la laparoscopia está indicada sólo cuando hay signos de absceso tubo-ovárico o de piosalpinx. En las presentaciones atípicas es posible determinar otro diagnóstico diferencial, en particular de las formas con signos que predominan en la fosa iliaca derecha, con dolores unilaterales o con masa anexial en la ecografía. En estas situaciones es adecuada la laparoscopia.

Sospecha de embarazo extrauterino. En más de 90 por ciento de los casos se obtiene la certeza diagnóstica de manera preoperatoria mediante la determinación cuantitativa de la hCG y la ecografía endovaginal. El uso de la laparoscopia diagnóstica debe resultar excepcional en el embarazo extrauterino.⁸

Algunas veces, los abordajes quirúrgicos diagnósticos hacen ceder la sintomatología, pero quizás incrementen otro tipo de patología sin que se resuelva el problema. **DOLOR**