

# Opciones Terapéuticas para el Dolor Pélvico



URUGUAY

**Autora:** Dra. Susana Losas Gómez. Anestesióloga-Algóloga. Catedrática en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

**E**l dolor pélvico es un problema notablemente difícil de tratar en quienes se puede identificar con precisión el punto de la pelvis donde surge dicho dolor, es decir, cuello uterino, útero, vejiga, recto, próstata, testículos, vulva y colon, pero más aún en los pacientes que presentan dolor cuyo origen no está claramente definido.

El reconocimiento del papel de los nervios pélvicos autónomos como generadores de dolor referido a la pelvis, sin que se deba a ninguna de las causas señaladas anteriormente en el dolor visceral, representa un avance significativo en la capacidad del médico para tratar tal dolor. A eso se añaden las diversas técnicas anestésicas y quirúrgicas para manejar el dolor pélvico de origen neoplásico, de ellas el bloqueo nervioso juega hoy un rol importante.<sup>1,2</sup>

Dadas las características del dolor pélvico, las intervenciones neuroquirúrgicas generalmente no son aplicables en su manejo.<sup>3</sup> De las variadas operaciones neuroquirúrgicas desarrolladas para el control del dolor, comúnmente sólo se usa la cordotomía. Ésta produce analgesia estrictamente unilateral, por lo que es una pobre opción para el tratamiento de la mayor parte de los pacientes con dolor pélvico. La cordotomía bilateral raramente se indica con esta finalidad porque presenta un riesgo alto asociado a la apnea fatal del sueño y a la disfunción vesical.<sup>4</sup>

Otra opción terapéutica es el bloqueo neurolítico subaracnoideo o epidural.<sup>5,6</sup> La proximidad de los nervios que gobiernan la vejiga, el intestino y la función de las extremidades inferiores, así como las percepciones de estímulos de los órganos pélvicos hacen de las inyecciones ➔

## Bibliografía

1. Patt,R. Classification of cancer pain and cancer pain syndromes. In Cancer Bin,J.B. Lippincott Company 1993:3-22.
2. Campbell,F,Collet,BC. Chronic pelvic pain. Br J Anaest 1997;3 (5):571.
3. Badura,A et al. Dissociation, somatization, substance abuse, and coping in women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 1997; 90 (3): 405-410.
4. Steege JF. Office assessment of chronic pelvic pain. Clinical Obstetrics and Gynecology 1997;40(3):554-563.
5. Mathias, SD et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol 1996; 87(3):321-327.
6. Stoall, DW et al. Endometriosis-associated pelvic pain: evidence for an association between the stage of disease and a history of chronic pelvic pain. Fertil Steril 1997;68 (1):13-18.
7. Miklos JR et al. Sciatic hernia as a cause of chronic pelvic pain in women. Obstet and Gynecol 1998;91 (9):998-1001.
8. Summitt,RL. Causas uroginecológicas de dolor pélvico crónico. En Tratamiento actual para el dolor pélvico crónico. Clínicas de ginecología y obstetricia, temas actuales. Interamericana 1993: 4:665- 679.
9. Zermann,D et al. Postoperative chronic pain and bladder dysfunction: windup and neuronal plasticity. Do we need a more neurological approach in pelvic surgery? J Urol 1998;160:102-105.
10. Sall, M et al. Pelvic pain following radical retroperitoneal prostatectomy: a prospective study. Urology 1997;49:575-579.
11. Krieger J et al. Chronic pelvic pains represent the most prominent urogenital symptoms of "chronic prostatitis". Urology 1996; 48:715-722.
12. Grace V. Mind/body dualism in medicine: The case of chronic pelvic pain without organic pathology. Int J Health Serv 1998; (1):121-151.
13. Walker, E et al. Psychiatry diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. Psychosomatics 1995; 36 (6): 531-540.
14. Lamped,A et al. Severe sexual abuse and its relationship to the etiology of chronic pelvic pain in women. (lett) Psychosomatics 1997; 38 (1): 84.
15. Walling, MK et al. Abuse history and chronic pain in women: prevalences of sexual abuse. Obstet Gynecol 1998;4:193-199.
16. Ferrer-Brechnef. Anesthetic techniques for the management of cancer pain. Cancer 1989;63:2343-2347.

ALGOLOGÍA

neurólíticas a nivel subaracnoideo y peridural una elección terapéutica riesgosa en esta región. Los bloqueos del neuroaxis se consideran como el último recurso, excepto en pacientes con colostomía y derivación urinaria preexistente, de realizarse deben estar a cargo de personal calificado, tomando precauciones extremas para evitar efectos no deseados como la paresia de los miembros inferiores. En la literatura se reporta un estudio que combina la cordotomía unilateral con la neurólisis subaracnoidea contralateral con resultados relativamente buenos.<sup>7</sup>

La terapia opiode intraespinal es una alternativa útil para un número selecto de personas con dolor pélvico refractario al manejo farmacológico convencional,<sup>8, 9</sup> sin embargo, cuando se emplea en forma crónica su indicación se ve limitada por factores que incluyen: carencia de la tecnología requerida, alto costo de mantenimiento institucional, desarrollo de tolerancia e ineficacia en una proporción de los pacientes.

Los bloqueos simpáticos lumbares se han reportado como una herramienta efectiva para el abordaje de algunos pacientes con dolor pélvico. La cadena simpática lumbar no inerva directamente las estructuras pélvicas, pero debido a su continuidad con el plexo hipogástrico superior, la aplicación de grandes volúmenes de soluciones probablemente difunden caudalmente resultando en un alivio del dolor pélvico. No obstante, los bloqueos simpáticos lumbares aún no se han estudiado sistemáticamente para esta indicación; asimismo, pueden estar sujetos a una frecuencia elevada de falla en pacientes con grandes masas tumorales o invasión retroperitoneal que dificultan el flujo caudal de la solución neurólítica.

La interrupción quirúrgica del plexo hipogástrico superior (neurectomía presacra), tanto por laparotomía como por laparos-

copia, es una práctica que ha demostrado aliviar una variedad de condiciones pélvicas dolorosas, predominantemente no oncológicas.<sup>10, 11</sup> En una serie de neurectomías presacras se observó una frecuencia de éxito en dismenorrea de 73 por ciento, en dispareunia de 77 por ciento y en otro tipo de dolor pélvico de 66 por ciento. El bloqueo del plexo hipogástrico superior es una técnica percutánea, análoga a la neurectomía presacra que ha emergido recientemente como una opción eficaz en el manejo del dolor pélvico refractario, sobre todo de origen neoplásico, pero también para el de tipo benigno. El bloqueo de este plexo, junto con el bloqueo de ganglio de Walter o ganglio impar que da inervación vegetativa al periné (desarrollados por el Dr. Plancarte y su grupo de colaboradores de la Ciudad de México) son los procedimientos más recientes en el tratamiento del dolor pélvico y de la extensión perineal de dicho cuadro.

Los bloqueos mencionados se hallan entre las terapias indicadas para este síndrome que son menos invasoras, que traen menos complicaciones y que, en caso de ser necesario, pueden repetirse. El bloqueo del plexo hipogástrico superior es una medida efectiva, relativamente fácil, con mínimos riesgos y que provee una adecuada paliación del dolor pélvico de origen oncológico y de algunos cuadros dolorosos crónicos de origen no oncológico, pero mediados por el sistema autónomo de la pelvis. Por otra parte, el bloqueo del ganglio de Walter es también eficaz, sencillo, no representa peligros, proporciona alivio del dolor perineal de origen autonómico y complementa el manejo integral del dolor pélvico.

### **Anatomía de los Ganglios y Nervios Autónomos Pélvicos**

La neurofisiología compleja de la pelvis, además de la particular y específica anatomía

del plexo hipogástrico superior, demanda la descripción de la intervención autonómica de la cavidad pélvica.<sup>1</sup> El plexo hipogástrico superior, algunas veces referido como nervio presacro, está formado por la confluencia de la cadena simpática lumbar y por las ramas del plexo aórtico que contienen fibras provenientes del plexo celíaco y mesentérico inferior. Usualmente contiene también fibras parasimpáticas que se originan en las raíces ventrales de S2-S4 y viajan como los nervios delgados erigentes (nervios pelvicoespláncnicos) a través del plexo hipogástrico inferior al plexo hipogástrico superior.

El plexo se localiza en el retroperitoneo dentro del tejido conectivo, por delante del cuerpo de la porción inferior de la quinta vértebra lumbar, promontorio sacro y porción superior de la primera vértebra sacra. Sus relaciones anteriores incluyen la bifurcación de la aorta, ambas arterias ilíacas comunes, la vena ilíaca común izquierda y los vasos sacros medianos. El plexo hipogástrico superior se divide en los nervios hipogástrico derecho e izquierdo, los cuales descienden lateralmente al colon sigmoidees y a la unión rectosigmoidea para llegar a los plexos hipogástricos inferiores. El plexo superior origina ramas para los plexos uterino y testicular (u ovárico), el colon sigmoidees y a los plexos que rodean las arterias ilíacas comunes e internas.

Además de las vías perivasculares que incluyen el plexo mesentérico inferior (colon sigmoidees y recto) y el plexo renal (uréter y ovario o testículo), las áreas lumbares y sacras de los troncos simpáticos sacros se hallan contiguas a nivel del borde pélvico. Los troncos simpáticos sacros descansan en la fascia pélvica parietal junto al peritoneo parietal y recto, así como sobre la superficie ventral del sacro, cerca del foramen anterior y la salida de los nervios sacros. Por debajo, convergen y se unen formando un ganglio pequeño y solitario, "ganglio impar" (ganglio de Walter),

ubicado anteriormente a la articulación sacrococcígea en el piso del retroperitoneo pélvico.

Generalmente existen cuatro, y en ocasiones tres, ganglios sacros bilateralmente en esta región, pero aquí no están presentes las ramas comunicantes blancas; cada ganglio suministra una o más ramas comunicantes grises que contienen fibras simpáticas postganglionares que se distribuyen en la proximidad de los plexos sacros y coccígeo, vasos, glándulas sudoríparas, músculos piloerectores, músculo estriado, hueso y articulaciones. Los ganglios del tronco simpático pélvico también originan ramos delgados, los nervios erigentes o nervios espláncnicos, que se unen al plexo hipogástrico inferior. El plexo hipogástrico inferior es una estructura bilateral situada a ambos lados del recto, parte inferior de la vejiga, próstata y vesículas seminales (en el hombre) o cérvix uterino y cavidad vaginal (en la mujer).

En contraste con el plexo hipogástrico superior, localizado en un plano predominantemente longitudinal, la configuración del plexo hipogástrico inferior está orientada a un plano más transversal, extendiéndose posteroanteriormente paralelo al piso de la pelvis. El plexo hipogástrico inferior proporciona la inervación a las vísceras pélvicas y genitales, y forma los plexos subsidiarios (por ejemplo, el plexo rectal superior y medio, vesical, prostático y útero-vaginal). Cada rama contiene fibras viscerales, glandulares, vasculares y aferentes, frecuentemente combinadas en fascículos nerviosos originados en las varias estructuras antes involucradas.

### **Bloqueos Neurolíticos Simpáticos**

Inicialmente la utilización de las sustancias neurolíticas fue un intento por prolongar en el tiempo los efectos analgésicos que se obtenían con los anestésicos locales. Por su parte, el bloqueo nervioso neurolítico ofrece grandes posi- ➔