

Dolor Pélvico



Crónico

INTEGRANTES: ALEJANDRO AHUMADA

JUAN P. GÁLVEZ

CAROLINA GUERRERO

EDGARD MUÑOZ

PABLO SAAVEDRA

Docente: Boris Araos
Psicólogo, Unidad de dolor CLC

INTRODUCCION

Una de las sensaciones menos deseadas por las personas es el dolor que según la International Association for the Study of Pain (IASP) se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Existen diversos tipos, clasificaciones y localizaciones del dolor unos más intensos que otros y es la IASP quien ha determinado estas referencias para que los especialistas puedan tener un lenguaje común al momento de trabajar con pacientes con dolor.

Según la Revista de la Sociedad Española del dolor (SED), se define al Dolor Pélvico Crónico (DPC) como aquel que se localiza a nivel del abdomen inferior, la pelvis o estructuras intrapelvianas, persistiendo durante al menos seis meses, que se presenta en forma intermitente, no asociada exclusivamente con el ciclo menstrual. También es importante que el DPC pueda sentirse como un dolor sordo o puede ser un dolor intenso. El dolor puede ser leve, o puede ser lo suficientemente intenso (o severo) como para interferir con las actividades normales de la vida cotidiana.¹

La proximidad de algunos órganos a esta zona, como los órganos reproductivos y los prejuicios que se asocian a estos, hace difícil su diagnóstico ya que el paciente simplemente por pudor no quiere acudir a algún centro médico o suele acudir a consultar a diversos especialistas antes de ir a una Unidad de Dolor.

El DPC trae consigo numerosos problemas ya que por ejemplo el 25% de las mujeres pierde al menos un día y medio de trabajo por mes, y no solo eso sino que el 58% tiene restringida su actividad normal. También es importante que el esto conlleva una deteriorada calidad de vida.²

La epidemiología dice que la prevalencia del DPC es de aproximadamente un 12% y su incidencia de un 33%. Esta es una causa importante de derivación a ginecología (10%) y el 44% de las laparoscopias son debido al DPC.³

Los pacientes con DPC, debido a la complejidad de estructuras implicadas en el proceso son abordados de formas multidisciplinarias y es por eso que el kinesiólogo también toma un papel fundamental en el tratamiento de los individuos afectados y que a continuación te presentamos con más detalles.

DESARROLLO DEL TEMA

a) Definición y enfoque del problema

Primero que todo debemos conocer una definición de la palabra dolor que encierre los distintos aspectos en relación a este, ya que se considera como una experiencia subjetiva, que difiere en relación a él cómo lo siente cada persona. Una buena definición de esta experiencia del dolor es: "*Una experiencia sensorial o emocional no placentera, producida por un daño tisular*

¹ <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n1/revision.pdf> rescatado el 24 de noviembre del 2010^a las 15:21

² http://www.ces.edu.co/congresomujer/memorias/dolor_pelvico_cronico.pdf miércoles 24 de noviembre a las 17:52

³ Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1993 18 (6): 357-387.

*actual o potencial, o descrita en términos de este*⁴. También es importante saber de la clasificación del dolor en términos de su duración, es decir, si es agudo o crónico. El dolor agudo es aquel dolor que se presenta en forma rápida y de una corta duración. Este dolor generalmente se produce por traumatismos y daño a nivel del sistema tegumentario.

El dolor crónico es aquel de causa no establecida y de mayor duración. Una definición de este tipo de dolor según los apuntes del ramo es: *“Se llama dolor crónico cuando el dolor persiste al menos seis meses y habitualmente es resistente a la terapéutica médica convencional. Algunos tipos de dolor crónico se explican por una patología subyacente prolongada, como la artritis, pero en muchos casos, no existe un daño físico o lesión identificable.”*⁵

En términos de lo anteriormente mencionado, podemos entender el concepto de Dolor pélvico crónico como una patología de tratamiento prolongado y que involucra una dolencia para el paciente que lo sufre de un tiempo muy prolongado y de difícil tratamiento. *“El Dolor Pélvico Crónico (DPC) es aquel que se localiza a nivel de abdomen inferior, la pelvis o estructuras intrapelvianas, persistiendo durante al menos seis meses, que se presenta de forma continua o intermitente, no asociada exclusivamente con el ciclo menstrual”*⁶. El DPC es una patología de alta prevalencia en las mujeres chilenas y es una causa importante de ausentismo laboral que implica consecuencias psicológicas en un gran número de los casos.

b) Etiología del DPC

El dolor de estructuras intrapélvicas suele proceder de receptores de amplio rango dinámico más que de nociceptores propiamente dicho. Así cortar, aplastar o quemar la vejiga no provoca dolor mientras que la distensión de estructuras musculares, su estiramiento o la hipoxia producen un intenso dolor. El dolor visceral también se caracteriza por provocar dolor referido, que suele ser superficial, bien localizado y originarse en el mismo dermatoma que recibe estímulo del órgano en cuestión. El origen del dolor visceral es complejo, aunque se cree procede de nociceptores viscerales que se postula son tres tipos: un mecanorreceptor de alto umbral de respuesta; un receptor de bajo umbral polimodal que responde a estímulos no nocivos y un receptor silente que responde a condiciones patogénicas como isquemia e inflamación⁷.

El Dolor Pélvico Crónico (DPC) es una experiencia desagradable en donde se manifiestan varios factores como: Físicos, psicológicos y sociales. Lo que influya cada uno de ellos dependerá del paciente. Por ejemplo: El dolor pélvico mecánico se puede generar luego de un traumatismo, pero la inseguridad del paciente y diversos problemas psicológicos que pueda tener, derivara en un gran sufrimiento y dolor.

⁴ Subcomité de taxonomía de la International Association for the Study of Pain (IASP) en un consenso en 1979

⁵ Material syllabus, Boris Araos, Psicólogo-hipnoterapeuta, unidad del dolor, clínica las condes

⁶ J. Moore. Causes of chronic pelvic pain. Bailliere´s Clinical Obstetric and Gynaecology, 2000 Vol 14, No.3, 398-402.

⁷ *Dolor Pélvico crónico*, J. Cid, Rev. Soc. Esp. del Dolor, Vol. 13, N.º 1, Enero-Febrero 2006

El estudio de otros síndromes dolorosos tales como el dolor crónico de espalda, sugieren que hay cierta personalidad y creencias sobre la salud que predisponen al desarrollo de DPC, sobre todo los factores psicológicos como: tendencia catastrofista, sentimiento de descontrol sobre las cosas, pensar que el dolor representa un daño tisular constante, inseguridad en el trabajo, infertilidad, depresión y trastornos de sueño.⁸

Estudios se han centrado en el papel del abuso sexual como causa de DPC, señalando que hay una alta prevalencia. Se compararon mujeres con DPC con mujeres sin dolor y se vio una mayor prevalencia de consumo de drogas, abuso sexual, inhibición del deseo sexual y depresión. Se ha demostrado que el abuso sexual predispone la cronicidad del dolor al incrementar la vulnerabilidad a la depresión⁹.

Dentro de los otros orígenes de dolor crónico, destacan:

-Causas neurológicas: El atrapamiento de un nervio en una estructura estrecha como los forámenes origina dolor en la distribución del nervio. El dolor suele ser descrito como agudo, punzante o sordo. Suele estar bien localizado y aumentar con ciertos movimientos. El diagnóstico se confirma con el bloqueo anestésico del nervio. Nervios generalmente implicados: Ilioinguinal (T12, L1), Iliohipogástrico (T12, L1) y Genitocrural (L1, L2).

-Causas genitourinarias: Se da por las estrechas relaciones anatómicas y embriológicas que existen a nivel urológico-pélvico. La uretra, la vejiga y la vagina derivan del seno urogenital. El 5% del DPC tiene un origen urológico: cistouretritis, síndrome uretral, divertículos uretrales, cistitis intersticial, tumores infiltrantes vesicales, riñón pélvico ectópico y otras causas de DPC como urolitiasis u obstrucciones ureterales.

-Causas musculo esqueléticas: El embarazo o un traumatismo, pueden provocar un ordenamiento alterado del esqueleto axial, ya sea con una separación de la sínfisis pubiana o disfunción sacro iliacas, lo que provoca el bloqueo del sacro entre los dos huesos innominados, provocando dolor localizado sobre La ASI (articulación sacro iliaca) o irradiado a diferentes zonas del miembro inferior. El dolor también puede tener un origen en una disfunción primaria muscular (alteración relajación-contracción de grupos musculares opuestos), por lo tanto, muchos pacientes adoptan posturas anómalas para evitar el dolor. En un estudio de 132 pacientes con DPC, hasta un 75% presentaba posturas anómalas.¹⁰

⁸ McGowan LPA, Clark-Carter DD & Pitts MK. Chronic pelvic pain: a meta-analytic review. *Psychology and Health* 1998; 13:937-951.

⁹ Vercellini P, Aimi G, Bussaca M, et col. Laparoscopic uterosacral ligament resection for dysmenorrhea associated with endometriosis : resulted of a dandomised controlled trial. *Fertility and Sterity* 1997; 68 (supl. 1): 3.

¹⁰ King PM, Myers CA, Ling FW & Rosenthal RH. Musculoskeletal factor in chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1991; 12:87-98

c) Diagnóstico

Todo aquel paciente que presente síntomas de padecer DPC (dolor pélvico crónico), debe someterse a una minuciosa evaluación, de manera de poder realizar el más correcto diagnóstico, indagando acerca de todas las afecciones que perturben la patología. Mediante diversos avances tecnológicos, tales como, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética y laparoscopia, se pueden determinar los diversos factores que se involucran en la enfermedad, dentro de estos, los más relevantes y que más intervienen en el DPC, serán mediante el transcurso del tiempo, descubiertos a través de la exploración en la historia clínica detallada, y también de la exploración física del paciente. Esta historia, debe abarcar e incluir dentro de su historial médico, el tipo, la intensidad, la irradiación y cronología del dolor. Las principales características del dolor, pueden ayudar en la diferenciación entre somático y autonómico. Siendo este último, un dolor de carácter localizado, es profundo, y se ubica generalmente, lejos de su lugar de origen. El dolor crónico, no consta tan solo de la permanencia de un dolor de tipo agudo, sino que implica ciertos mecanismos nociceptivos alterados, muy diferentes a los mecanismos presentes en el dolor agudo. De este modo, se producen alteraciones presentes en la modulación y amplificación de la respuesta neuronal.

Se considera de mucha relevancia el orden en que se desencadenan los procesos y mecanismos. Por consecuencia, la cronología y el dolor cíclico, están en directa relación con un proceso ginecológico, no obstante, procesos tales como el colon irritable, pueden verse agravados y afectados por procesos como la menstruación. La localización del dolor, es de suma relevancia, y siempre se debe considerar la inervación visceral. Las estructuras que componen la pelvis comparten aferencias, en dirección al plexo sacro, y la raíz dorsal toracolumbar. Del mismo modo, aquel dolor que se propague hacia la parte anterior del muslo, podría tener su origen a nivel uterino. Al paciente que presente dispareunia, que es la relación sexual dolorosa, que puede sufrir tanto el hombre, como la mujer, se le debe preguntar si el dolor provocado, es introito, o más profundo. La dispareunia profunda, podría deberse a síntomas de endometriosis, cistitis intersticial, adherencias pélvicas, retroversión uterina, o complicaciones a nivel de la uretra, presentando inflamación, a causa de bacterias o virus, las que también podrían causar eventuales infecciones urinarias. Otro factor, podría atribuirse a procesos a nivel intestinal, como también a afecciones psiquiátricas.

La dispareunia a nivel del introito, evidencia afecciones vaginales, o vestibulitis vulvar, en cambio, dolor a nivel abdominal y disuria, indicarían un posible síndrome uretra. A diferencia del dolor cólico abdominal, que va acompañado de estreñimiento, y repetidas diarreas, lo que sería causa de un posible colon irritable. Mientras que la hematoquecia o melena, podría señalar, alguna enfermedad inflamatoria, a nivel intestinal. Un historial clínico, que presente previas cirugías abdominales, indicaría adherencia pélvica. Otro factor a considerar, es la posibilidad de haber sido víctimas de abusos sexuales, debido a que estos predisponen a la cronificación. Y por último, los pacientes con procesos neoplásicos podrían presentar diversos dolores, debido al padecimiento de algún cáncer, o por los tratamientos invasivo, tales como la radioterapia, y la quimioterapia.

d) Tratamiento

El tratamiento para el dolor pélvico crónico (DPC) es individual para cada paciente, debido a que como se nombro anteriormente la etiología puede ser distinta para cada caso. Para el tratamiento del DPC existen pocas técnicas dentro del armamento terapéutico del especialista del dolor, y para su manejo se requiere un mayor esfuerzo, experiencia y destreza. En cambio, en el caso del dolor pélvico agudo el tratamiento es relativamente sencillo.

En este síndrome doloroso, se encuentran comprometidas distintas estructuras (aparato genital urológico y digestivo, y las estructuras musculo esqueléticas que componen la pelvis), por lo tanto, es necesario un equipo multidisciplinario para atender al paciente.

Los bloqueos nerviosos diagnósticos tienen un papel muy importante para distinguir si el dolor tiene mayor componente orgánico, simpático o psicológico. Cuando el dolor es de origen orgánico, al paciente se le ofrece un bloqueo nervioso terapéutico, en donde se utiliza anestesia local y corticoide cuando la inflamación es predominante. También se utilizan agentes neurolépticos, pero no se recomienda hacerlo de forma sistemática en el dolor pélvico no maligno, solo se recomiendan para los procesos neoclásicos en los que han fracasado tratamientos conservadores previos¹¹.

Para el tratar el DPC se pueden utilizar los siguientes tratamientos:

1.- Fármacos en el dolor: Principalmente se utilizan tres grupos de medicamentos, estos son: Aines, opiáceos y antidepresivos–anticonvulsivantes¹².

2.- Tratamiento quirúrgico del dolor: Existen tres tipos de tratamiento quirúrgico, estos son: Adhesiolisis Laparoscópica Neuroablación Uterina y Neurectomía Presacra.

3.- Técnicas no quirúrgicas: Dentro de las técnicas no quirúrgicas podemos encontrar el bloqueos nerviosos/bloqueos en los puntos Trigger y TENS, esta última, es aplicada por los kinesiólogos y consiste en un generador de impulsos eléctricos que se transmiten a la zona dolorosa mediante unos electrodos adheridos a la piel he impregnados de una sustancia conductora.

También existe una técnica llamada reeducación pelviperianal la que consiste en un conjunto de técnicas kinésicas y procedimientos específicos, que están destinados al tratamiento de los trastornos del piso pélvico es decir trastornos de la estática pélvica, las disfunciones del tracto urinario inferior, digestivo terminal, además de trastornos sexuales¹³.

¹¹ <http://www.doctorlilayu.cl/descargas/Dolor%20pelvico%20cronico.pdf> rescatado el 24 de noviembre del 2010^a las 22:45

¹² Pouly JL, Drolet J, Canis M, et al. Laparoscopic treatment of symptomatic endometriosis. Human Reprod 1996; 11: S 3: 67-68.

¹³ <http://www.saludpelvica.cl/reeducacion-objetivos.htm>. rescatado el 24 de noviembre del 2010^a las 22:45

En Chile, en el año 2003, se formó la sociedad kinésicas de reeducación pelviperianal, la cual está constituida por kinesiólogos especialistas en el tema. La finalidad de esta asociación es promocionar el desarrollo de especialistas de nivel, para enfrentar de la forma óptima y efectiva los diferentes trastornos del piso pélvico¹³.

Los objetivos de la Reeducación pelviperianal son: reeducar los músculos del piso pélvico, mejorar u ayudar al paciente a contraer los músculos correctamente, tonificar y fortalecer la musculatura pelviperianal, proteger la musculatura del piso pélvico al aumentar la presión intra-abdominal, aprender hábitos vesicales saludables.