



Creación de una clínica de dolor pélvico crónico en el Instituto Materno Infantil. Experiencia de cuatro años

- Pío Iván Gómez Sánchez. Profesor Asistente. Departamento de Ginecobstetricia. Universidad Nacional de Colombia. Coordinador de Planificación Familiar en el IMI.

El dolor pélvico crónico (DPC) por alterar psico-biológica y laboralmente al individuo, deja de ser un síntoma para convertirse en una enfermedad, requiriendo un enfoque multidisciplinario. El presente es un estudio prospectivo, descriptivo cuyo instrumento de recolección fue un formulario-historia precodificado, estudiando y manejando las pacientes de acuerdo con un algoritmo creado para este fin. El propósito fue analizar la experiencia de la clínica de dolor en sus primeros cuatro años de funcionamiento. Se estudiaron 296 pacientes, encontrando que los tipos de dolor más frecuentes fueron cólico y picada, de predominio ventral derecho y propagación a región sacroglútea y cara anterior de muslo. En más de la mitad de las pacientes el dolor se catalogó como severo y la evolución fue mayor de dos años. El examen físico se consideró normal en 70.27%, la ecografía pélvica fue anormal en 40.54%, endoscopia ginecológica anormal en el 60.81% y correlación ecografía-endoscopia sólo en 30.40%. La evaluación al corte del estudio mostró: causa ginecológica en 31.75%, urológica en 10.81%, osteomuscular 10.47%, origen parietal 3.71%, gastrointestinal 3.37% y predominio psicógeno en 39.86%. Apareció frecuentemente en los antecedentes los datos de aborto provocado, esterilización quirúrgica y abuso sexual. Se concluye que la interferencia de factores sociales, biológicos, culturales y psicógenos en la patogenia del dolor crónico, hace que amerite ser estudiado por un equipo multidisciplinario.

INTRODUCCION

Diversos factores como la industrialización, el aumento en la expectativa de vida, el mayor control de algunas enfermedades transmisibles han sido causa de la aparición de otras entidades, cuya manifestación es el dolor crónico (mayor de seis meses de duración), dejando de ser un síntoma para convertirse en una enfermedad que modifica al individuo psicobiológica-social y laboralmente, requiriendo que su estudio y tratamiento sea realizado por un equipo multidisciplinario (1, 2).

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y ante la inusitada frecuencia de mujeres con dolor pélvico crónico (DPC) que consultan a la institución de nivel terciario donde se realiza este trabajo (es el tercer motivo de queja en consulta

externa), se crea en junio de 1989 un equipo multidisciplinario para el estudio y manejo de estas pacientes, naciendo la Clínica de Dolor, integrada así: docente y estudiantes de postgrado (tercer nivel) de ginecobstetricia, docente y estudiantes de postgrado (tercer nivel) de psiquiatría, docente y estudiantes de postgrado en psicología clínica, docente y estudiantes de trabajo social, especialista en anestesiología, enfermera jefe y auxiliar de enfermería. Además existen especialistas interconsultantes de todas las áreas con quienes se realizan reuniones académicas periódicamente.

La Clínica de Dolor recibe remisión de dos tipos de pacientes: aquellas con dolor de causa desconocida remitidas para estudio y manejo, y pacientes con dolor de etiología conocida pero inmodificable con la terapéutica convencional.

MATERIALES Y METODOS

El presente es un estudio descriptivo, cuyo universo fueron las pacientes remitidas a la Clínica de Dolor del Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá, durante el lapso comprendido entre el primero de junio de 1989 y el 31 de octubre de 1993. Se tomó como instrumento de recolección un formulario-historia precodificado, que incluye interrogatorio sobre aspectos psicógenos y orgánicos interrelacionados entre sí y el cual contiene ocho grupos: identificación de la paciente, historia del dolor, antecedentes, historia ginecobstétrica y psiquiátrica, examen físico y mental, ayudas diagnósticas, evaluación y evolución y anotaciones del investigador. El estudio y tratamiento se hizo con base en un algoritmo preestablecido en la Clínica de Dolor (3), que incluye endoscopia ginecológica, evaluación psicológica y por trabajo social.

Los datos se tabularon en un microcomputador, con ayuda del programa Epiinfo versión 5.01 del Centro de Control de Enfermedades, programa epidemiológico de Atlanta, Georgia.

RESULTADOS

Se revisaron 331 historias clínicas, siendo objeto del presente estudio 296 pacientes, no incluyendo 35 que iniciaban su valoración por la Clínica de Dolor. Se presentó aparición de DPC especialmente en el grupo etáreo de 30 a 39 años y principalmente en mujeres multíparas.

Los tipos de dolor más frecuentes fueron los referidos como cólico y picada, localizados especialmente en región ventral y con preferencia al lado derecho.

La intensidad del dolor de acuerdo con la escala subjetiva numérica verbal de 0 a 10 (0 = no dolor hasta 10 = dolor de más alta intensidad) fue considerada como severa en más de la mitad de las pacientes, moderada en cerca de la tercer parte y leve sólo en el 2.36%.

La propagación fue a la región sacroglútea, seguida de la cara anterior del muslo. El patrón del dolor fue continuo en la mayoría de las pacientes, seguido por el dolor acíclico. El tiempo de evolución fue mayor de dos años en cerca de la mitad de las pacientes.

Los síntomas asociados más frecuentes fueron en su orden: leucorrea, disuria, incontinencia urinaria de esfuerzo, estreñimiento, disquesia y diarrea. La mayoría de las pacientes no tenían antecedente de cirugía abdominal mayor, pero el 10.47% tenían antecedente de esterilización quirúrgica.

Los antecedentes de maltrato sexual y aborto provocado aparecieron tardíamente en la evaluación de la paciente cuando había mejor empatía con el examinador. Hasta el momento han referido maltrato sexual el 25.67% y aborto provocado el 36.82%. El 85.81% de las mujeres del presente estudio tienen vida sexual activa; presentan dispareunia el 68.24% y anorgasmia el 19.25%.

El examen físico fue normal en 70.27% de las pacientes, la ecografía pélvica fue anormal en 40.54% y la endoscopia ginecológica mostró hallazgos patológicos en el 60.81% de los casos pero la correlación ecografía-endoscopia solo se encontró en 30.40%.

Todas las pacientes evaluadas por DPC tienen factores orgánicos y psicógenos entremezclados que ocasionan la sintomatología, por ende no se trata de dicotomizar en causas aisladas y por esta razón las pacientes, además del tratamiento farmacológico y/o quirúrgico, reciben psicoterapia individual o de grupo. Al momento de corte los diagnósticos orgánicos realizados fueron: enfermedad ginecológica (31.75%),

predominando la endometriosis, seguida de enfermedad pélvica inflamatoria, casos aislados de síndrome ovario remanente o residual, parametritis crónica, várices pélvicas y miomas con degeneración. Enfermedad urológica (10.81%): especialmente urolitiasis, trigonitis, síndrome uretral y vejiga inestable. Enfermedad osteomuscular (10.47%): dada por imbalance muscular, discopatías, síndrome miofascial y osteoporosis. Dolor de origen parietal (3.71%): predominó el atrapamiento de nervio ileohipogástrico en incisiones de Pfannenstiel y un caso de endometriosis de pared abdominal. Enfermedad gastrointestinal (3.37%): predominando el síndrome de intestino irritable. Predominio psicógeno (39.86%): especialmente trastornos depresivos (neurosis depresiva, enfermedad depresiva mayor, psicosis depresiva), seguidos de neurosis de ansiedad, psicosis hipocondríaca y neurosis traumática.

El tratamiento médico recibido por las pacientes incluyó manejo farmacológico con: antiprostaglandínicos, hormonoterapia, coadyuvantes analgésicos como: anticonvulsivantes (carbamazepina), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y otros antidepresivos (tradazone). Los antidepresivos tienen la ventaja de actuar no sólo en la depresión característica de estas pacientes, sino que son potentes analgésicos por su acción a nivel de la serotonina y además inducen un sueño fisiológico, el cual está alterado en dos de cada tres pacientes que consultan a la Clínica de Dolor.

En algunos casos se han usado estimuladores eléctricos transcutáneos (TENS), y en los dolores parietales, bloqueos de nervio ileohipogástrico, así como resección de focos endometriósicos en pared abdominal.

Histerectomía sólo se ha realizado en casos de miomatosis gigante con degeneración hialina y neurectomía presacra en endometriosis grado IV con dolor de difícil manejo.

Con el advenimiento de la endoscopia operatoria, en el último año hemos podido tratar con histeroscopia, miomas submucosos y tabiques intrauterinos que ocasionaban dismenorrea obstructiva e igualmente se ha mejorado el diagnóstico de endometriosis atípica (no pigmentada) al tomar biopsias de zonas sospechosas por laparoscopia, así como también se ha iniciado la práctica de corte laparoscópico de nervios uterosacros en los casos de DPC localizado en línea media, donde se ha descartado componente psicógeno importante.

Las enfermedades gastrointestinales, osteomusculares y urinarias se han manejado en conjunto con las especialidades respectivas.

En el seguimiento realizado a estas pacientes hasta el 30 de

octubre de 1993, ha habido mejoría en el 69.93%, deserción en el 16.55% y permanecen sin mejoría significativa el 13.52%.

DISCUSION

Desde el advenimiento de la endoscopia ginecológica (laparoscopia-cervicohisteroscopia), la mayor parte de los dolores pélvicos tienen etiología específica, por lo cual este recurso se convierte en pilar diagnóstico para el estudio del DPC, excluyendo previamente con buen criterio clínico los padecimientos gastrointestinales, ortopédicos, urológicos y neurológicos. Es, hoy día, el principal recurso en DPC, pues no solamente tenemos acceso a diagnósticos difíciles como endometriosis no pigmentada, que antes no estábamos en capacidad de realizar y estas pacientes se catalogaban de "psiquiátricas".

Algunos autores consideran que este tipo de dolor puede ser una manifestación de depresión o ansiedad preexistentes, mientras que otros sostienen que la depresión puede ser consecuencia del dolor (4). Estudios recientes presentan evidencia de que los antidepresivos son eficaces en el tratamiento del DPC. Hay quienes afirman que el dolor crónico es una expresión física de la depresión y que los antidepresivos modifican los síntomas, incluyendo el dolor, al dirigirse al sustrato biológico de la depresión, específicamente mediante el bloqueo de la reabsorción de norepinefrina. Otros creen que el alivio se logra al elevar los niveles de serotonina (5).

Entre las pacientes con DPC existe alta frecuencia de disfunción familiar en la infancia temprana o de abuso sexual, lo cual da por resultado problemas de dependencia y desconfianza en las relaciones interpersonales. Las pacientes con DPC presentan frecuentemente abuso sexual temprano y teniendo en cuenta que la información sobre ultraje sexual puede tardar meses en obtenerse se les debe explicar la posible relación entre experiencia sexual traumática y DPC. La posibilidad de que el DPC se genere como una respuesta aprendida o condicionada a los síntomas menstruales sugiere la necesidad de estudiar tanto la historia menstrual como sexual de la paciente y sus

actitudes respecto al sexo y la menstruación. Existe una posible relación entre abuso sexual, aborto, esterilización quirúrgica y DPC, necesitándose estudios ulteriores con series más grandes de pacientes y con grupos controles para dilucidar esta relación. No hemos observado relación directa entre el hallazgo de adherencias intrapélvicas y DPC. Suponemos que estas adherencias pueden ser causa de dolor cuando producen alteraciones en la irrigación, malposición de órganos o tracción de ligamentos.

Concluimos que la interferencia de factores sociales, biológicos, culturales y psicógenos en la patogenia del dolor crónico hace que amerite ser estudiado por un equipo multidisciplinario como el creado en nuestra institución desde hace más de cuatro años y que ha mostrado sus bondades al obtener en la mayoría de casos mejoría significativa.

SUMMARY

Since chronic pelvic pain changes the person's psychological, biological and working state it is not a symptom but a disease; requiring, therefore, multidisciplinary study. This descriptive study used a format precodified history as an instrument for gathering information. The patient was studied and handled according to the algorithm made for each patient. In the first four years 296 patients were studied; the most frequent pain was colic pain and pricking, with propagation to the right and irradiation to the low back and anterior thigh's side. Pain was considered severe in more than half of the patients who had been suffering it for more than two years. Physical exam was normal in 70.27% of the cases, abnormal pelvic ultrasound in 40.54%, gynecological endoscopy was abnormal in 60.81% and the correlation ultrasound-endoscopy was only 30.40%. There cause was gynecological in 31.75%, urologic: 10.81%, musculoskeletal: 10.47%, abdominal wall: 3.71% gastrointestinal 3.37% and psicogenic predominance in 39.86% of the patients. It frequently provoked abortions, chirurgic sterilizations and sexual abuse. We can conclude that the interference of social, biological, cultural and psicogenic factors in the incidence of pelvic chronic pain, requires a multidisciplinary team to study it.

REFERENCIAS

1. Gómez PI, Medina A, Fernández R, Riaño J. Experiencia clínica de dolor pélvico crónico en Bogotá. *Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia* 1991; 59: 63.
2. Gómez PI, Riaño J. Clínica de dolor. *Boletín Clínica de Dolor Pélvico Crónico. Instituto Materno Infantil de Bogotá*, 1990; 1: 2-4.
3. Gómez PI. Dolor pélvico crónico en ginecología. *Boletín Clínica de Dolor Pélvico Crónico. Instituto Materno Infantil de Bogotá*, 1990; 1: 1-8.
4. Fields HL. *Pain*. New York: Mac-Graw-Hill Book Company 1987: 285-301.
5. Alcock J, Jones E, Rust P, Newman R. Controlled trial of imipramine for chronic low back pain. *J Family Pract* 1982; 14: 841-846.