DOLOR PELVICO GINECOLOGICO

Miguel Angel Ariño Espada*

INTRODUCCION:

"LA FISILOGIA NORMAL NO CONOCE EL DOLOR". DONDE HAY DOLOR HAY ENFERMEDAD. La primera medida en el tratamiento de trastornos neurológicos es combatir el dolor. En su perenne lucha con el dolor, la ciencia médica no limita sus afanes a la farmacología y a las maniobras quirúrgicas. Los esfuerzos de la Psiquiatría y afines se han incorporado desde hace tiempo por largos años en la lucha cotidiana para la salud. (21). Debido a su ocurrencia común y consecuencias graves, a menudo, las infecciones pélvicas se encuentran entre los problemas más importantes encontrados en la práctica ginecológica. (14) (16).

Con el nombre de anexitis se incluyen los procesos inflamatorios de la pelvis, caracterizados por inflamación de las trompas, los ovarios, el tejido subperitoneal y el peritoneomismo vecino a estos órganos. Hoy día el término de anexitis tiende a sustituirse por el de Enfermedad Inflamatoria Pelviana Aguda o Crónica, según el tiempo de evolución sea mayor de cuatro semanas. Su etiología es muy variada; la mayoría de las infecciones observadas en la práctica clínica son bacterianas; pero las infecciones virales, micóticas y parasitarias pueden ocurrir. El término de Enfermedad Inflamatoria Pélvica es vago y debería descartarse en favor de una terminología más específica. (6) (14). Las complicaciones de la infección pélvica crónica o recurrente incluyen: Hidrosalpinx, Piosalpinx, Absceso Tubo-ovárico, Adherencias Pélvicas y el DOLOR PELVICO CRONICO de grado variable. (17). La Chlamydia Trachomatis en las mujeres, produce salpingitis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica y endometritis post-parto. (1)(9)(10). En salpingitis aguda se aísla chlamydia en un 36 por ciento de los casos y en cervix uterino y trompas uterinas en un 30 por ciento (7)(26).

DOLOR PELVICO DE ORIGEN PSICOGENO.

El Dolor Pélvico (Funcional) Psicógeno, por lo general, un trastorno crónico o recurrente, es causado por conflictos emocionales sin resolver. Las mujeres neuróticas de la edad de 25 a 45 años son las más susceptibles. (3). Es mucho más común en la sociedad Occidental que en la Oriental, debido a las actitudes europeas que hacen

hincapié en el efecto. (3). La frecuencia en E.U.A. varía del 5 al 25 por ciento de las pacientes del ginecólogo. (3)(14)(16). Estas pacientes deben ser referidas al especialista en Medicina Psicosomática para su tratamiento. (3)(10)(12)(21).

DOLOR PELVICO DE ORIGEN GINECOLOGICO:

Este tipo de dolor es por lo general debido a algún trastorno pélvico bien definido (3). Es raro antes de la pubertad y después de la menopausia. Las multíparas son más afectadas que las nulíparas. (3) (12).

Alrededor del 25 por ciento de las enfermas ginecológicas que se quejan de dorsalgia o lumbalgia las que tendrán enfermedad genital significativa. Los problemas ortopédicos, urinarios, del SNC o psiquiátricos explican la mayoría de las dorsalgias o lumbalgias en las mujeres (3)(9)(14). En las mujeres, la dorsalgia o lumbalgia puede deberse a cualquiera de las causas siguientes: 1. Tracción o Pulsión sobre peritoneo o las estructuras de sostén de los órganos generadores o piso pélvico (tumores, ascitis, prolapso uterino). 2. Inflamación del contenido pélvico: Bacteriana (por ejemplo, peritonitis o salpingitis) ó químicos (debido a yoduros empleados en la salpingografía o al líquido de algún quiste dermoide). 3. Invasión de los tejidos pélvicos o del hueso por algún tumor o endometriosis. 4. Obstrucción del sistema genital (estenosis cervical). 5. Torsión o constricción de las vísceras pélvicas (ovario sumergido en adherencias, quistes de ovario torcido). 6. Congestión de los genitales internos (turgencia del útero en retroversión, dorsalgia ó lumbalgia durante la menstruación. 7. Tensión Psíquica (ansiedad, depresión). (3)(16)(18)(20)(22)(23). la mayoría de las enfermas con dorsalgia o lumbalgia presentan un dolor referido; pero la extensión carcinomatosa a la columna vertebral causa dolor directo. La irritación de los nervios anormales desde el sitio del trastorno a la columna dorso-lumbar a través del sistema simpático resultan responsables. La dorsalgia o lumbalgia también puede ser provocado por una cervicitis asociada a linfangitis y neuritis que pueden afectar los ligamentos uterosacros. (2)(3)(21). 8. La Endometriosis es la presencia de endometrio funcional proliferativo fuera del útero; habitualmente en pelvis, aunque puede ocurrir en otras partes del cuerpo. El endometrio ectópico provoca dolor pélvico y a veces esterilidad. (3)(4)(8). 9. El Colon Irritable, en nuestro medio, paroximadamente el 70 por ciento de la consulta de Gastroenterología, hospitalaria y privada,

* Asistente Especialista de Ginecología y Obstetricia Hospital Monseñor Sanabria y Clínica San Rafael de Puntarenas.

corresponde a trastornos funcionales en su gran mayoría de COLON E INTESTINO DELGADO. Por tanto, se trata de uno de los cuadros clínicos más frecuentes. Un Dolor Pélvico Crónico con punto de partida sigmoideo

puede confundir en la mujer con patología ginecológica como quistes de ovario torcidos, parametritis y mebarazos extrauterinos. (5)(13).

DIFERENCIACION DEL DOLOR ORGANICO DEL PSICOGENO

	DOLOR ORGANICO	DOLOR PSICOGENO
TIPO	Agudo. Espasmódico Intermitente.	Sordo. Continuo.
MOMENTO DE APARICION	En cualquier momento. Puede despertar a la paciente.	Usualmente se insinua horas más tarde del despertar, cuando emergen las presiones de las obligaciones sociales.
IRRADIACION	Sigue vías nerviosas definidas.	Sigue vías caprichosas o no observa irradiación.
LOCALIZACION	Se localiza en zonas dolorosas a la presión, típicas.	Variable, errática generalizada.
PROGRESO	Pronto empeora o mejora.	Permanece invariable por semanas, meses o años.
PRUEBAS PROVO-CATIVAS	Con frecuencia es reducible o aumentado por pruebas o maniobras, pero no por estado de ánimo.	No es estimulado o acentuado por la exploración como lo es por las relaciones interpersonales.

ESQUEMA TOMADO DEL LIBRO BENSON (3).

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron 300 laparoscopias diagnósticas efectuadas en el hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas, bajo anestesia general, inspeccionando los órganos pélvicos utilizando un telescopio iluminado e introducido a través de una pequeña incisión infraumbilical hasta llegar a la cavidad abdominal distendiendo a su vez dicha cavidad con dos litros de gas CO₂ manteniendo al paciente en posición ginecológica. (8)(12). Como contraindicaciones absolutas para hacer una laparoscopia se tomaron los siguientes puntos: 1. Enfermedad cardiopulmonar. 2. Peritonitis generalizada. 3. Ileos. 4. Hernia diafragmática u osteotomía. Como contraindicaciones relativas: 1. Cirugía previa abdominal. En general, la mortalidad de la laparoscopia diagnóstica, es del 11 por mil y la incidencia de laparotomía por complicaciones intrabdominales es del 8.5 por mil. (15)(17). En nuestro estudio no se encontró mortalidad y solamente se efectuaron un 3,33 por mil de laparotomías por sangrados intraabdominales transoperatorios. Las complicaciones durante las laparoscopías pueden ocurrir por: anestesia; inadecuada insuflación de gas CO₂ (menos de 2 litros) o perforación de vísceras o vasos que producen hemorragias. (3)(15). Enfisema subcutáneo puede producirse si el laparoscopio por error fue dejado en pared abdominal y fue conectado el paso de CO₂. La crepitación de la pared abdominal nos hará el diagnóstico.

RESULTADOS:

El resultado de este estudio se resume en las siguientes tablas.

TABLA No. 1
ESTADO MARITAL

Estado	Número de Pacientes	Porcentaje
Casadas	202	67,33
Solteras y Unión Libre	98	32,67

Estos resultados concuerdan con la literatura internacional de que el dolor pélvico es más frecuente en la mujer casada que en la soltera. (3) (12).

TABLA No. 2
EDAD DE LAS PACIENTES

Años	Número de Pacientes	Porcentaje
14 a 19	20	6,67

20 a 30	152	50,66
31 a 40	101	33,67
41 a 50	26	8,67
51 a 60	1	10,33

1. Mínimo de gestas: 0
2. Máximo de gestas: 15
3. Promedio de gestas: 2,51
4. Total de embarazos: 752

1. Edad mínima observada: 14 años.
2. Edad máxima observada: 53 años.
3. Promedio de edades: 29,58 años.

TABLA No. 4
TIEMPO DE PADECER EL DOLOR

TABLA No. 3
NUMERO DE GESTAS

Gestas	Número de Pacientes	Porcentaje
0	61	20,33
1 a 3	156	52,00
4 a 7	72	24,00
8 a 12	8	2,67
13 a 16	3	1,00

Años	Número de Pacientes	Porcentaje
De 1 mes a 1 año	103	34,34
De 2 años a 3 años	133	44,33
De 4 años a 6 años	46	15,33
De 7 años a 18 años	18	6,00

1. Tiempo mínimo de padecer el dolor: 3 meses.
2. Tiempo máximo de padecer el dolor: 18 meses
3. Promedio: 2,85 años.

TABLA No. 5
RESULTADOS OBJETIVOS EN 300 LAPAROSCOPIAS POR DOLOR PELVICO

TIPO DE PATOLOGIA	No. de Pacientes	Porcentaje
Enfermedad inflamatoria Pélvica Crónica	111	37
Sin patología pélvica objetiva	101	33,66
Retroversión uterina fija	22	7,34
Varicocele pélvico	20	6,67
Adherencias pélvicas post-cirugía	11	3,67
Miomatosis uterina	11	3,67
Endometriosis pélvica	7	2,33
Tumor de ovario de más de 6 cm.	6	2,00
Hidrosalpingitis	5	1,67
Poliquistosis ovárica	4	1,33
Tuberculosis genital	2	0,66

NOTA:

En esta tabla se exponen los hallazgos encontrados, pero esto no significa que la patología observada sea siempre la causante del dolor pélvico crónico; pueden existir otras causas no visibles. (7)(24). a). De los 11 casos de adherencias pélvicas, nueve pacientes tenían cesáreas previas; una apendicetomía y otra salpingectomía. b). Los casos de endometriosis pélvica fueron comprobados por biopsia. c). De los 101 casos de pacientes sin Espástica. (5)(13). Un caso de estenosis cervical y un caso de DIU impactado. (11). e). En los casos de Tuberculosis genital se encontró cultivo positivo. (19)(20)(22).

CONCLUSIONES:

1. La consulta por dolor pélvico ginecológico en el Hospital Monseñor Sanabria es similar (25 por ciento) reportada por autores norteamericanos. (3)(14)(16). 2. La principal patología observada fue la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Crónica que cada vez tiene más relación con la Chlamydia Trichomatis. (1)(9)(10). 3. Se recomienda el uso rutinario de la laparoscopia diagnóstica en el dolor pélvico crónico ya que en nuestro estudio se halló un 66,34 por ciento de patología pélvica. 4. En el

estudio de dolor pélvico crónico deberá tenerse siempre pendiente otras causas diferentes a las ginecológicas como problemas urológicos, ortopédicos, gastroenterológicos, psico-somáticos, etc.

RESUMEN:

El presente trabajo corresponde a un análisis de 300 laparoscopias diagnósticas por Dolor Pélvico Crónico en el Hospital Monseñor Sanabria de Puntarenas. La

dolencia se presenta con más frecuencia en la mujer casada en un 67,33 por ciento. Se observó con más frecuencia en mujeres de 20 a 40 años en un 84,33 por ciento. El Dolor Pélvico Crónico fué menos frecuente en nulíparas y en mujeres post-menopausicas. Se detectó mayor porcentaje de dolor pélvico en mujeres con 1 a 3 gestas y muy poco en mujeres grandes multíparas. El 78,67 por ciento de estas pacientes sufría de dolor pélvico de 1 a 3 años. La principal patología observada fue la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Crónica en un 37 por ciento. No se encontró patología pélvica en el 33,66 por ciento de los casos. Un 7,34 por ciento tenían retroversión uterina fija. El varicocele pélvico estuvo presente en un 6,67 por ciento. Se observaron adherencias pélvicas post-cirugía en un 3,67 por ciento.

BIBLIOGRAFIA:

- 1— Ariño E.M., Cubillo M.F., Cubillo M.O. *Etiología, Diagnóstico y tratamiento de 100 casos de vulvovaginitis infantiles. Acta Médica Costarricense.* 4753. Volumen 26, Mayo 1983.
- 2— Barret J. Golding DN: *The Management of low back pain and sciatica. Practitioner.* 208-118. 1982.
- 3— Benson, RC. *Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos.* 1985. Editorial El Manual Moderno, S.A. México.
- 4— Dmowski WP Cohen MR: *Treatment of endometriosis with antigonadotropin, danazol: A laparoscopic and Hystologic evaluation. Obst. Gynecol.* 46-147. 1975.
- 5— Drossman D.A. et al: *The Irritable bowel syndrome. Gastroenterology,* 73(4 pt-1) 8:11-12. Oct. 77.
- 6— Eschembach, D.A. Holmes KK: *Acute Pelvic Inflammatory disease: Current concept of etiology and management. Clin, Obst. Gynecol* 18-35. 1985.
- 7— Eschembach, D.A. et al: *Pollimicrobia aetiobogy of acute pelvic inflammatory disease. New England Journal of Medicine.* 293-166-171. 1975.
- 8— Eschembach, D.A., Holmes KK: *Fagan, C.J. Endometriosis: Clinical and roentgenographic manifestations. Radio Clin. North Am.* 12-109. 1974.
- 9— Gyonnoess. Jalvard; Holten, Erik. *Doxiciclina in Pelvic inflammation disease. Acta Obst. Gynecol. Scand.* 57: 137-139. 1978.
- 10— Hess. GHS others: *Six years experience with pelvic inflammatory disease. J. Farm. Pract.* 1:13. 1984.
- 11— Yshiohome, A: *Clinical Studies on Intrauterine rings, specially the experiences en the use of intrauterine rings. Yokohama. Med. Bull.* 10:89. 1979.
12. *Yacobson, L. Objetivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease, diagnostic and pronostic value of routine laparoscopy. American Journal of Obst. and Gynecol.* 105, 1088-1098. 1979.
- 13— *Jaramillo, J. Introducción a las enfermedades del Colon y del Recto. Centro de Docencia e Investigación. CCSS. Facultad de Medicina.* 95-100. Costa Rica. C.A.
14. *Ledgar, W. Infecciones Pélvicas. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica.* 159-193. Marzo, 1969.
- 15— *Loffer, F. and Pent. D. Indications, contraindications and complications of laparoscopy. Obst. Gynecol. Serv.* 30-403. 1975.
16. *Lodouks Goldthom. JF. bernan JJ: Treatment of Pelvic Inflammatory disease in an urban emergency service. Health. Res. Rep.* 88-550, 1973.
- 17— *Rivlin Michel, M. et al. Manual of Clinical Problems obstetrics and Gynecology. Littel, Bow and Company, Boston.*
- 18— *Sexuality transmitted disease.s. Treatment Guide Lines. MMR. Supl. Vol. 31, No. 25. Center for Disease Control. Atlanta.*
- 19— *Schafer, G. Wathc for genital T.B.: A guide to diagnosis and treatment. Contemp. Ob/Gyn.* 17-167. 1981.
- 20— *Schaeter G. : Tuberculosis of the female genital tract. Clin. Obst. Gynecol.* 13-965. 1976.
- 21— *Stemback, RA: Aspects of chronic low back pain. Psychosomatics.* 14-52. 1973.
- 22— *Weg. GB: Pages 1-8 in: The treatment and control of tuberculosis. National and Resspiratory Disease Association.* 1972.
- 23— *Whcles Cr. Jr.: Post-operative Pelvic infección. Clin, Obst. Gynecol.* 16-111. 1973.
- 24— *Zonona, F.E. Medina. R. J.A: urethritis no gonococica, conceptos actuales. Rev. Mex. de Urol. Vol XXXVII. Marzo- Abril. 1982.*
- 25— *Jewetz. E. Manual de Microbiología Médica.* 1970. Editorial El Manual Moderno. S.A. México. D.F.
- 26— *Handsfiel HH: Male trouble-nangonococal urethritis. Med.* 44-69 sept. 1. 1976.

AGRADECIMIENTO:

El autor desea expresar su agradecimiento al Dr. Raimundo Riggioni Bolaños por su colaboración en la realización de este trabajo.

SUMMARY:

This study was designed to investigate 300 cases of Diagnostic Laparoscopies in female patients with Chronic Pelvic Pain in the Hospital Monseñor Sanabria of Puntarenas. Costa Rica.

In this review we find out that women were married, 67,33%

The high incidence is between 20 and 40 years, 84,33%. Chronic Pelvic Pain is rare in nuliparous and post- menopausic patients; it was more frequent in one to three pregnancies, 52,00% and the pain is less frequently over four pregnancies.

Evolution of the disease was of 1 to 3 years, 78,67%. Chronic Pelvic Inflammatory Disease was the principal finding by laparoscopy, 37,00%.

Diagnostic laparoscopies did not reveal any pathology in 33.66%.

Attached uterine retroversion was found in 7,34%. Pelvic varicose veins was present in 6,67 % of cases, and pelvic adherences post-surgery were found in 3,67%.