

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Primera versión.

INDICE

1. Introducción.
2. Diagnóstico.
3. Tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN

Definición. Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño potencial o real de los tejidos y que es vivida como daño. Este dolor puede ser intermitente o continuo en la parte baja del abdomen y pelvis y estar presente al menos desde hace 6 meses y no se produce exclusivamente con la menstruación o las relaciones sexuales y no se asocia a embarazo. Esta patología es muy prevalente y llega a afectar al 15% de las mujeres en edad reproductiva.

2. DIAGNÓSTICO

Historia clínica detallada. Es difícil establecer la comunicación con la paciente, ya que han tenido muchas visitas anteriores. En la primera consulta nos debemos ganar la confianza, transmitiendo seguridad y siendo muy realistas con la posible terapéutica.

La historia clínica es el momento más importante, ya que el dolor es un factor muy subjetivo y difícil de evaluar mediante exploración y pruebas complementarias. Es necesaria en muchos casos una evaluación multidisciplinar.

Se debe abandonar el modelo cartesiano, de si no se encuentra patología visible, se trata de un problema psicológico. Se debe dejar relatar la historia y que exprese sentimientos de manera espontánea y después nosotros eliminamos datos menos relevantes.

Realizar un diario del dolor de 3 ciclos menstruales anteriores. Antecedentes menstruales y sexuales, incluyendo ITS y flujo vaginal. Tener en cuenta los síntomas bandera roja: hemorragia rectal, masas pélvicas, síntomas intestinales, pérdida peso, sangrados irregulares mayor a 40 años, sangrado postcoital, etc..

Valorar el dolor mediante escalas: EVA (analógica), EN (numérica), Índice de Lattinen. Se pueden emplear cuestionarios validados como el DN4, HAD, SF- 12, etc..

Debemos tener en cuenta los múltiples informes que arrastra la paciente, tanto para evaluar pruebas realizadas como fármacos empleados. Valorar si existen informes de salud mental y su estado laboral.

Preguntar sobre las características del dolor, localización, inicio, duración, ciclicidad, si existen componentes extragenitales.

Estudio del dolor: es necesario ver el comportamiento general, movilidad y postura.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Dolor pélvico crónico

1.- Exploración física:

Exploración en bipedestación: asimetría en espalda y cadera. Buscar puntos gatillo en los músculos piramidal y piriforme.

Exploración abdominal en decúbito: observando hernias, cicatrices, diástasis de rectos. Distinguir entre dolor: miofascial, discogénico y facetario.

El objetivo del examen es detectar condiciones patológicas y reproducir el dolor, identificando factores contribuyentes. El tacto bimanual se debe de realizar al final, ya que es el que más a discriminar el dolor.

Valorar genitales externos, zonas perineales, perianales e ingles. Valorar reflejo bulbocavernoso (S2-S4). Realizar prueba del hisopo en el vestíbulo, que es la región entre el himen y la línea de Hart, para descartar una vulvodinia.

Con el espéculo: valorar vagina, cérvix, fondos de saco, infecciones, implantes. Con hisopo ver sensibilidad.

Tacto bimanual: lo más suave posible. Si hay puntos gatillo abdominales el examen será confuso.

Examen digital vaginal: para evaluar tono, control muscular y vaginismo. Evaluar músculos elevadores y obturadores (avulsiones, hipertonías), evaluando puntos gatillo en los diferentes fascículos. Palpar uretra y base vesical.

Tacto rectal: valorando tabique rectovaginal, ligamentos uterosacros, esfínter externo, ampolla rectal y cóccix.

Exploración del músculo piramidal: realizando las maniobras de Pace y Freiberg.

Exploración del nervio pudendo: signos de Tinel, con el que se evalúa el dolor al tactar la espina ciática y la zona medial a esta, ya que a 8 mms de la espina pasa el nervio pudendo. Skin Rolling, para evaluar el dolor en las ramas terminales del nervio pudendo (Rectal inferior, perineal y dorsal del clítoris).

2.- Pruebas complementarias:

Análítica con hemograma, VSG, marcadores tumorales, sedimento, urocultivo. Exudado vaginal y endocervical. Sangre oculta en heces. Serologías.

Ecografía transvaginal y endoanal. Cistoscopia (dolor vesical + nocturia, aumento de frecuencia...)

3. TRATAMIENTO

1.- Farmacológico:

1.1. Los analgésicos son el pilar del tratamiento del dolor crónico y deben de mezclar agentes de acción periférica y central.

* Analgésicos de acción periférica: AINES, paracetamol, Antagonistas COX-2.

* De acción central: opiáceos como codeína, tramadol y morfina.

1.2. Anticonvulsivantes: gabapentina y pregabalina

1.3. Antidepresivos: como la duloxetina y la venlafaxina.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Dolor pélvico crónico

- 2.- Psicoterapia: no desde el inicio. Intentando aconsejar individualmente o mediante terapia de grupo, así como la actuación mediante terapia conductual y biofeedback.
- 3.- Fisioterapia: actuando sobre los puntos gatillo. Liberación miofascial y reeducación muscular y otras técnicas fisioterápicas.
- 4.- Estimulación nerviosa transcutánea. Bloqueos nerviosos (nervio pudendo, raíces sacras, ganglio impar).
- 5.- Instilación de ácido hialurónico en vejiga. Toxina botulínica.
- 6.- Neuroestimulación de las raíces sacras.
- 7.- Tratamiento quirúrgico: neurectomía presacra.

Autores	Dr. Díaz López		
Fecha elaboración	14/12/2022	Vigencia	14/12/2025