Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSN: 0443-5117
ISSN: 2448-5667
revista.medica@imss.gob.mx
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Frecuencia de presentación y características del dolor pélvico crónico en la consulta ginecológica

Carranza-Lira, Sebastián; Romero-Cuadra, Iván Alejandro
Frecuencia de presentación y características del dolor pélvico crónico en la consulta ginecológica
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 56, núm. 3, 2018
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457757174004

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Aportaciones originales

Frecuencia de presentación y características del dolor pélvico crónico en la consulta ginecológica

Frequency of presentation and characteristics of chronic pelvic pain at the gynecologic consultation

Sebastián Carranza-Lira
Instituto Mexicano del Seguro Social, México
drsebastiancarranza@gmail.com

Iván Alejandro Romero-Cuadra
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Redalyc: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457757174004

Recepción: 05 Agosto 2016
Aprobación: 21 Marzo 2017

El dolor pélvico crónico (DPC) es aquel padecimiento caracterizado por dolor constante o recurrente en la parte baja del abdomen que dura al menos seis meses. [1]

La prevalencia del DPC varía con la edad y es de 18/1000 entre los 15 y los 20 años, y hasta de 28/1000 en las pacientes mayores de 60 años. [1] Por lo general estas pacientes tienen un umbral menor al dolor tanto en áreas afectadas como no afectadas y por ende tienen peores respuestas al tratamiento. [2]

El diagnóstico más frecuentemente asociado al DPC es la endometriosis, con una prevalencia de 39 y del 32% en pacientes sometidas a laparoscopía por DPC. [3,4,5]

Otra causa de DPC, es el síndrome de la vejiga dolorosa, el cual se define como: síntomas de DPC, presión vesical o incomodidad con al menos un síntoma urinario en la ausencia de patología infecciosa. Su prevalencia oscila entre el 11 y el 97%, con una media de 61%. La coexistencia de síndrome de vejiga dolorosa con endometriosis es del 16 al 78%, con una media de 48%. [6] La hiperregulación de las fibras C es considerada como un elemento clave en la cascada de eventos que resultan en alodinia urotelial, así como en dolor con el llenado vesical. [7]

Las adherencias se han encontrado en el 36% de las pacientes con DPC, comparado con solo el 15% de las pacientes sin esta afección. [4]

El síndrome de congestión pélvica se caracteriza por dilatación y disminución del retorno venoso a nivel pélvico y también se ha asociado con DPC. Otras entidades asociadas al DPC son la disfunción hipertónica del piso pélvico y las alteraciones en el tránsito intestinal. [8]

Los tratamientos para DPC han incluido terapia psicológica, abordajes laparoscópicos, uso de acetato de medroxiprogesterona, neurectomía presacra, adherenciolisis, histerectomía con o sin salpingooforectomía. [4,8]

Se ha observado que la depresión es mucho más común en mujeres con DPC, lo mismo que el abuso de sustancias ilícitas, la disfunción sexual y la somatización. [9,10]

Los pacientes con dolor crónico tienen significativamente menores calificaciones al evaluar la calidad de vida y mayores puntajes de depresión en comparación con los individuos sin dolor crónico. [11]

Es por eso que el objetivo del presente trabajo fue conocer la frecuencia y las características del DPC en las mujeres que acuden a consulta de ginecología, así como la afectación en la calidad de vida.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Material y métodos

Se estudiaron todas las pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", en el periodo de julio a agosto de 2015.

En todas se investigó edad (años), peso (kg), talla (m), perímetro de la cintura (cm), perímetro de la cadera (cm), además del número de embarazos, cesáreas, abortos y partos. Se calcularon el índice de masa corporal (IMC, peso/talla^2) y el índice cintura-cadera (ICC, perímetro de la cintura/perímetro de la cadera).

El DPC debió tener las siguientes características: dolor en la parte baja del abdomen, duración de seis meses o más y sin relación con la actividad sexual. [12]

A cada paciente que reunió criterios para DPC se le solicitó que marcara el sitio donde el dolor era más intenso en alguno de los esquemas del cuestionario que mostraba el hemiabdomen inferior, la pelvis lateral y la vulva. Se le pidió que indicara la intensidad mínima y máxima del dolor en una escala visual análoga donde 0 representaba la ausencia de dolor y 10 la máxima intensidad del mismo. [13] También se interrogó a cada paciente sobre los factores que agravaban y disminuían el dolor, así como la medicación utilizada. De igual manera, se les solicitó que indicaran la afectación que presentaban en actividades en general, estado de ánimo, trabajo habitual, relaciones interpersonales y disfrute de la vida, utilizando para esto una escala visual análoga donde 0 era sin afectación y 10 la máxima afectación posible.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una hoja de cálculo electrónica y el análisis estadístico se efectuó mediante el paquete informático para ciencias sociales SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 20, para sistema operativo Windows. Las pacientes con DPC fueron pareadas por edad con aquellas sin dolor. Las diferencias entre los grupos se determinaron mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes.

El proyecto fue aceptado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación (registro R-2015-3606-28). Todas las pacientes dieron su consentimiento para participar voluntariamente y firmaron la hoja de consentimiento informado.

Resultados

Se estudiaron 711 pacientes; la media de edad fue 42.4 ± 12.7 años; un total de 132 pacientes (18.6%) cumplieron criterios para DPC y 579 no cumplieron criterios (81.4%). Las mujeres con DPC fueron pareadas por edad con aquellas sin DPC y quedaron 126 mujeres por grupo. La edad promedio fue 36.5 ± 10.5 años (en los dos grupos); se comparó el peso (kg), la talla (m), el IMC, el ICC, el número de gestas, partos, cesáreas y abortos, y no hubo diferencia entre los grupos (**cuadro I**).

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Características	Grupo 1 (*n* = 126)	Grupo 2 (*n* = 126)
Edad (en años)	36.5 ± 10.5	36.5 ± 10.5
Peso (en kg)	70.2 ± 15.5	69.1 ± 13.3
Talla	1.56 ± 0.07	1.57 ± 0.06
Índice de masa corporal	28.9 ± 5.7	28.1 ± 5.0
Índice cintura cadera	0.86 ± 0.08	0.85 ± 0.06
Gestas	1.9 ± 1.6	1.7 ± 1.5
Partos	1.2 ± 1.4	0.9 ± 1.4
Cesáreas	0.4 ± 0.7	0.6 ± 0.9
Abortos	0.3 ± 0.6	0.2 ± 0.4

CUADRO I
Características de los grupos de estudio
Grupo 1: mujeres con dolor pélvico crónico Grupo 2: mujeres sin dolor pélvico crónico (control)

Los principales motivos de consulta para el grupo con DPC fueron la hipermenorrea (19.9%), el dolor pélvico (13.6%) y la polimenorrea (4.8%), y para el grupo sin DPC la hipermenorrea (13.1%), el hallazgo ultrasonográfico (5.9%) y la alteración citológica (5.2%) (**cuadro II**).

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Motivos de consulta	Grupo 1 (*n* = 126)		Grupo 2 (*n* = 126)		Total	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Alteración citológica	0	0	13	5.2	13	5.2
Amenorrea	6	2.3	11	4.36	17	6.7
Ardor vaginal	3	1.2	1	0.4	4	1.6
Control colposcópico	0	0	5	2	5	2
Cuerpo extraño	0	0	2	0.8	2	0.8
Deseo de embarazo	6	2.3	12	4.8	18	7.1
Dismenorrea	0	0	1	0.4	1	0
Dolor pélvico	35	13.6	3	1.2	38	15.1
Galactorrea	0	0	2	0.8	2	0.8
Hallazgos ultrasonográficos	6	2.3	15	5.9	21	8.3
Hipermenorrea	51	19.9	33	13.1	84	33.3
Oligomenorrea	0	0	2	0.8	2	0.8
Opsomenorrea	5	2	7	2.8	12	4.8
Pérdida de orina	0	0	1	0.4	1	0.4
Polimenorrea	12	4.8	11	4.4	23	9.1
Proiomenorrea	0	0	2	0.8	2	0.8
Sangrado postcoito	0	0	1	0.4	1	0.4
Sangrado transvaginal	0	0	3	1.2	3	1.2
Síntomas vasomotores	2	0.8	1	0.4	3	1.2

CUADRO II

Motivos de consulta en mujeres con y sin dolor pélvico crónico

Grupo 1: mujeres con dolor pélvico crónico Grupo 2: mujeres sin dolor pélvico crónico (control)

Los principales diagnósticos en el grupo con DPC fueron miomatosis uterina (15.1%), hemorragia uterina anormal (10.7%) y tumor anexial (9.1%). En el grupo sin DPC fueron miomatosis uterina (9.9%), hemorragia uterina anormal (8.3%), síndrome de ovario poliquístico (5.5%) y tumor anexial (5.5%)(**cuadro III**).

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Diagnóstico	Grupo 1 (n = 126)		Grupo 2 (n = 126)		Total	
	n	%	n	%	n	%
Alteración glandular de significado incierto	0	0	3	1.2	3	1.2
Amenorrea secundaria	3	1.2	4	1.6	7	2.8
Atrofia vaginal	3	1.2	1	0.4	3	1.6
Climaterio	2	0.8	2	0.8	4	1.6
DIU traslocado	0	0	1	0.4	1	0.4
Dolor pélvico crónico	3	1.2	0	0	3	1.2
Ectropión	0	0	1	0.4	1	0.4
Endometriosis	15	5.9	0	0	15	5.9
Enfermedad pélvica inflamatoria	0	0	2	0.8	2	0.8
Falla ovárica prematura	0	0	1	0.4	1	0.4
Hemorragia uterina anormal	27	10.7	21	8.3	48	19
Hiperplasia endometrial	3	1.2	3	1.2	6	2.4
Incontinencia urinaria	0	0	1	0.4	1	0.4
Infección VPH	0	0	5	2	5	2
Infertilidad primaria	6	2.4	9	3.6	15	5.95
Infertilidad secundaria	0	0	3	1.2	3	1.2
Lesión intraepitelial de alto grado	0	0	2	0.8	2	0.8
Lesión intraepitelial de bajo grado	0	0	1	0.4	1	0.4
Malformación uterina	3	1.2	2	0.8	5	2
Miomatosis uterina	38	15.1	25	9.9	63	25
Obesidad	0	0	1	0.4	1	0.4
Pólipo endometrial	0	0	2	0.8	2	0.8
Prolapso de órganos pélvicos	0	0	2	0.8	2	0.8
Sana	0	0	4	1.6	4	2
Síndrome de ovario poliquístico	0	0	14	5.5	14	5.5
Síndrome de Turner	0	0	1	0.4	1	0.4
Sangrado uterino anormal posmenopáusico	0	0	1	0.4	1	0.4
Tumor anexial	23	9.1	14	5.5	37	14.7

CUADRO III
Diagnósticos establecidos en consulta externa
DIU = dispositivo intrauterino; VPH = virus del papiloma humano Grupo 1: mujeres con dolor pélvico crónico Grupo 2: mujeres sin dolor pélvico crónico (control)

El dolor se localizó en el hipogastrio en 67 pacientes (53.2%), en la fosa iliaca izquierda en 31 (24.6%), en la fosa iliaca derecha en 25 (29.8%) y en la vulva en tres (2.4%).

La máxima intensidad del dolor fue de 7.7 ± 1.7 y la mínima de 4.0 ± 2.0. Al evaluar la afectación por el DPC de la calidad de vida de las actividades generales fue de 6.6 ± 2.7, la afectación en el estado de ánimo 7.1 ± 2.8, la afectación en el área laboral 6.6 ± 2.9, la afectación en las relaciones interpersonales 3.4 ± 3.4 y la afectación para disfrutar la vida 5.5 ± 3.8.

Los factores que disminuyeron el dolor fueron: acostarse, 75 pacientes (59.5%); nada, 24 (19.0%); sentarse, 10 (7.9%); caminar, 12 (9.5%); estar de pie, tres (2.4%); reposo, dos (1.6%).

Los factores agravantes fueron: caminar, 47 (37.3%); esfuerzo, 19 (15.1%); ninguno, 18 (14.3%); correr, 12 (9.5%); sentarse, 12 (9.5%); subir escaleras, seis (4.8%); movimientos corporales, tres (2.4%); acostarse, tres (2.4%); saltar, tres (2.3%). Los medicamentos que las pacientes utilizaban para el control del dolor fueron antiinflamatorios no esteroideos en 71 pacientes (56.3%) y hormonales en 17 (13.5%); asimismo, 38 mujeres declararon que ninguno (30.3%).

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Discusión

En este estudio la frecuencia de DPC fue de 18.6%, que es similar a la reportada por Zondervan et al. [1] Es importante mencionar que el diagnóstico de DPC solo fue reconocido en tres pacientes del total que reunían criterios, lo que supone un subdiagnóstico en la consulta externa del hospital. Esto lleva a que no se establezca un manejo integral, lo cual ya ha sido reportado. [4]

Se decidió tener como grupo control un grupo sin dolor y para homogenizar se decidió parearlos por edad, por lo que no se encontró una diferencia significativa entre los grupos con y sin DPC en cuanto a las características generales. El diagnóstico de endometriosis fue establecido en 5.9% de las pacientes atendidas, por debajo de la prevalencia reportada en otro estudio. [3] El diagnóstico de miomatosis uterina fue el más común en ambos grupos, pues representó el 15.1% en este grupo y el 25% del total.

Los medicamentos más comúnmente utilizados por las pacientes fueron los antiinflamatorios no esteroideos, que no figuran dentro de las terapias de elección para esta patología. [4]

Se decidió analizar la calidad de vida, dada la repercusión del dolor sobre la misma; si bien no fue el objetivo primario del estudio, se observó que esta estuvo afectada directamente por la patología y alteró principalmente el estado de ánimo, así como las actividades en general y en menor medida las relaciones interpersonales, como fue descrito por Inoue et al.; [11] hubiera sido deseable realizar la comparación con el grupo control. Otra debilidad del estudio fue no haber profundizado en la semiología del dolor, aunque finalmente de cada una de las entidades causantes de DPC en esta serie se identificó la forma de presentación del dolor.

Este estudio tiene la fortaleza de haber analizado intencionadamente por primera vez el DPC y dejar claro que es un síntoma que debe ser buscado obligatoriamente en toda consulta ginecológica.

La frecuencia de DPC fue semejante a lo reportado por otros grupos, mayormente localizado en el hipogastrio con una intensidad que puede llegar a ser incapacitante.

Referencias

1. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. Bailliere's Best Pract Res Clin Obstet Gynaecology. 2000;14:403-14.

2. Giamberardino MA, Tana C, Constantini R. Pain thresholds in women with chronic pelvic pain. Curr Opin Obstet Gynecol. 2014 Aug;26(4):253-9.

3. Stanford EJ, Koziol J, Feng A. The prevalence of interstitial cystitis, endometriosis, adhesions, and vulvar pain in women with chronic pelvic pain. J Minim Invasive Gynecol. 2005 Jan-Feb;12(1):43-9.

4. Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006 Oct;20(5):695-711.

5. Steege JF, Siedhoff MT. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2014 Sep;124(3):616-29.

6. Tirlapur SA, Kuhrt K, Chaliha C, Ball E, Meads C, Khan KS. The 'evil twin syndrome' in chronic pelvic pain: a systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis. Int J Surg. 2013;11(3):233-7.

7. Butrick CW, Sanford D, Hou Q, Mahnken JD. Chronic pelvic pain syndromes: clinical, urodynamic, and urothelial observations. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009 Sep;20(9):1047-53.

8. Kuppermann M, Learman LA, Schembri M, Gregorich SE, Jackson RA, Jacoby A, et al. Contributions of hysterectomy and uterus-preserving surgery to health-related quality of life. Obstet Gynecol. 2013 Jul;122(1):15-25.

9. Steele A. Opioid use and depression in chronic pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am. 2014 Sep;41(3):491-501.

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

10. Miller-Matero L, Saulino C, Clark S, Bugenski M, Eshelman A, Eisentein D. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. Arch Womens Ment Health. 2015 May 5.
11. Inoue S, Kobayashi F, Nishihara M, Arial Y, Ikemoto T, Kawai T, et al. Chronic Pain in the Japanese community-prevalence, characteristics and impact on quality of life. PLoS One. 2015 Jun 15;10(6):e0129262. doi: 10.1371/journal.pone.0129262. eCollection 2015.
12. Speer LM, Mushkbar S, Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. Am Fam Physician. 2016;93(5):380-7.
13. Montero IR, Manzanares BA. Escalas de valoración del dolor. JANO. 2005;68(1):527-30.

Información adicional

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Cómo citar este artículo: Carranza-Lira S, Romero-Cuadra IA. Frecuencia de presentación y características del dolor pélvico crónico en la consulta ginecológica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(3):226-30.

Pubmed: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30375836

Enlace alternativo

http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/508/2983 (pdf)
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/508/2984 (html)

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto