

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS- LEÓN  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**TESIS**

**Para optar al título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia**

**HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS GINECOLÓGICOS EN  
PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR DOLOR PÉLVICO CRÓNICO  
EN EL HEODRA, EN EL PERÍODO DE 01 DE ENERO DEL 2005 AL 31 DE  
DICIEMBRE DEL 2009.**

Autora:

***Dra. Aurora Cecilia Picado Rodríguez***  
Residente de IV año Ginecoobstetricia

Tutor:

**Dr. Erick Esquivel Muñoz**  
Uroginecología y Obstetricia  
UNAN-León

Asesor:

**Dr. Francisco Tercero Madriz, Ph.D.**  
Prof. Titular Dpto. Salud Pública.

León-Nicaragua, Marzo del 2011.

*"A la Libertad por la Universidad"*

## ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACOG:....	Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia
AINE:.....	Anti Inflamatorio No Esteroideo
Ca 125:...	Antígeno Carbohidrato 125
CI:.....	Cistitis Intersticial
CU:.....	Colitis Ulcerosa
DIU:.....	Dispositivo Intra uterino
DP:.....	Dismenorrea Primaria
DPC:.....	Dolor Pélvico Crónico
EC:.....	Enfermedad de crohn
EPI:.....	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
HEODRA:	Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales
IASP:.....	Asociación Mundial para el Estudio del Dolor
LIEAG:....	Lesión Intraepitelial escamosa de Alto Grado
LIEBG:....	Lesión Intraepitelial escamosa de Bajo Grado
PHI:.....	Plexo Hipogástrico Inferior
PHS:.....	Plexo Hipogástrico Superior
RMN:.....	Resonancia Magnética Nuclear
SCI:.....	Síndrome de Colon Irritable
SCP:.....	Síndrome de Congestión Pélvica
TENS:.....	Técnica de Estimulación eléctrica trans cutánea
VPH:.....	Virus del Papiloma Humano

## DEDICATORIA

A **Dios** padre todo poderoso y **María Santísima** fuente de fe, sabiduría y bondad, por darme el don de la vida, la oportunidad de realizar una de mis metas más preciadas y ayudar al prójimo.

A mis padres, **Juan Picado** y **Aurora Rodríguez** por forjarme y hacer de mí una mujer de bien.

A mi esposo, **Dr. Desler Romero Rodríguez**; mi pilar, por todo su amor, su confianza, apoyo y comprensión en todo momento.

A mis hijas, **Ana Gabriela** y **Analía**, quienes son lo más importante en mi vida, y por quienes he luchado para ser cada día mejor.

## AGRADECIMIENTO

*Al maestro de generaciones **Dr. Albino Gonzales**, por el apoyo que me brindó, que Dios lo bendiga hoy y siempre.*

*A mi suegra, a mis hermanas y amigos, por alentarme y acompañarme en estos años de estudio.*

*A mi tutor, **Dr. Erick Martín Esquivel** por su tiempo, disposición y ayuda en la culminación de esta tesis.*

*A mis maestros quienes dedicaron su tiempo, su sabiduría, y práctica en mi formación, en especial a **Dra. Ana María Villanueva**, no basta un gracias para agradecer toda su enseñanza.*

*A la mujer Nicaragüense, por su lucha diaria, quienes acuden a nosotros con la fe de poner fin a sus problemas de salud y nos permiten como un libro abierto leer sus páginas.*

## OPINIÓN DEL TUTOR

*El dolor pélvico crónico es uno de los grandes retos para el especialista en ginecología, debido a que el paciente suele haber consultado a múltiples médicos y haber recibido muchos tratamientos sin lograr mejoría. La proximidad de los órganos reproductivos a otras estructuras añade una dimensión de mayor complejidad para el manejo de este tipo de pacientes.*

*El presente estudio implica un primer esfuerzo por determinar las causas ginecológicas de dolor pélvico crónico en nuestras pacientes, puesto que las patologías que más se encuentran en nuestro medio difieren de lo publicado a nivel internacional.*

*Sin embargo queda mucho por hacer y mejorar, ya que el manejo integral de este tipo de pacientes requiere de una evaluación multidisciplinaria y el seguimiento con cuestionarios de calidad de vida por parte de las pacientes para evidenciar los resultados alcanzados con el tratamiento ofertado en nuestro servicio de Ginecología del HEODRA.*

---

*Dr. Erick M Esquivel Muñoz*

*Uroginecología y Obstetricia*

## RESUMEN

Las pacientes que presentan dolor pélvico crónico suponen para el médico general o el especialista un duro reto, encontrándose cuadros cuyo difícil manejo puede generar ansiedad y frustración en profesionales y enfermos.

El **objetivo principal** de este estudio fue conocer los hallazgos histopatológicos ginecológicos en pacientes histerectomizadas por dolor pélvico crónico en el servicio de Ginecología del HEODRA, del 01 de Enero del 2005 al 31 de diciembre del 2009

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional de serie de casos incluyendo a las pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología del HEODRA, con el diagnóstico de dolor pélvico crónico, y que fueron histerectomizadas durante el período del estudio del 2005 al 2009.

**Resultados:** se estudiaron 138 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión encontrándose que la mayoría de pacientes eran adultas, con escolaridad primaria, amas de casa, de procedencia urbana, y con antecedentes ginecológicos de leucorrea y dismenorrea. Los principales hallazgos histopatológicos ginecológicos fueron la cervicitis crónica 89.9%, seguido por la adenomiosis 34.8%, miomatosis 25.4% e inflamación pélvica 12.3%. Un hallazgo quirúrgico descrito en el expediente asociado al DPC fueron las adherencias en el 27.8% en pacientes con antecedentes de cirugías ginecológicas. El Papanicolaou reportó principalmente inflamaciones y negatividad para afecciones malignas, sin embargo en algunas pacientes se reportó la presencia de LIEBG y LIEAG. En las biopsias fraccionadas se reportaron más VPH y cervicitis crónica.

**Conclusiones:** los hallazgos histopatológicos ginecológicos más frecuentes en las pacientes con dolor pélvico crónico sometidas a histerectomía fueron la cervicitis crónica, adenomiosis, miomatosis y enfermedad inflamatoria pélvica.

**Palabras clave:** dolor pélvico crónico, hallazgos histopatológicos, histerectomía.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página:</b>
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSFICACIÓN	5
IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	7
VI.MARCO TEÓRICO	8
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	23
VII.RESULTADOS	27
VIII.DISCUSIÓN	29
IX.CONCLUSIONES	32
X.RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIAS	34
VIII. ANEXOS	37
Ficha	
Cuadros	

## INTRODUCCIÓN

Durante siglos se ha fracasado a la hora de englobar en una sola definición, la enorme complejidad y multitud de aspectos y variantes que presenta el dolor; todos sabemos perfectamente a qué nos referimos cuando hablamos de qué es el dolor y sin embargo no significa lo mismo para ninguno de nosotros. Se han propuesto gran número de definiciones del dolor lo cual refleja la enorme dificultad para encontrar una definición exacta.

El término dolor es definido en la última Edición del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, basado en su etimología latina (dolor-oris) como: «aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior» y también como «un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo». En la antigüedad clásica, el concepto de dolor expresaba sobre todo el de una alteración en el equilibrio entre los diferentes humores que constituían el organismo, si bien quedaba mejor caracterizado como un substrato de alerta o de defensa que como elemento negativo per se (1).

Melzack y Cassey, definen el dolor como una experiencia perceptiva tridimensional con una vertiente sensorial (discriminativa), una vertiente afectiva (motivacional) y una vertiente cognitiva (evaluativa). La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño» (2).

También el significado subjetivo del dolor influye fuertemente en su reacción hacia él. El sistema sanitario se ha orientado hacia el diagnóstico y tratamiento de los trastornos agudos, en los que la mayoría de las veces el médico es resolutivo, si bien hay cuadros cuyo difícil manejo puede generar ansiedad y frustración en profesionales y enfermos (3). Las pacientes que presentan dolor pélvico crónico suponen para el médico general o el especialista un duro reto. Esto se explica por la complejidad de las estructuras englobadas en esta región anatómica, por su rica inervación, con componentes viscerales, simpáticas y parasimpáticas y por la multitud de cuadros sintomáticos que

engloba esta definición. A todo ello, hay que añadir el importante papel que los aspectos psicológicos y sociales pueden llegar a jugar en el desarrollo y perpetuación de un dolor de estas características. Nos vamos a encontrar, por tanto, frente a una paciente que frecuentemente ha visitado varios especialistas y realizado múltiples pruebas diagnósticas sin obtener resultados satisfactorios.

Dada la complejidad de estos cuadros, las pacientes con dolor pélvico crónico deben ser evaluadas desde un enfoque multidisciplinario, incluyendo en la anamnesis una valoración de su entorno familiar y psicosocial.

La actitud terapéutica debe estar basada en todo lo anterior, empleando todos los recursos farmacológicos y psicológicos disponibles y reservando la cirugía, en la que la laparoscopia está alcanzando un papel cada vez más protagonista, como opción última, dado que los resultados de ésta son inciertos en este grupo tan heterogéneo de pacientes. Esta revisión se va a centrar con mayor interés en las causas ginecológicas, de las pacientes con dolor pélvico crónico.

## ANTECEDENTES

El dolor pélvico crónico es frecuente en el grupo de mujeres en edad reproductiva, causa discapacidad y molestias y ocasiona costos significativos en los servicios de salud, estimados en más de USD 880 millones en los EE.UU. El registro de consultas de una base de datos de práctica general en el Reino Unido mostró que la incidencia y prevalencia del dolor pélvico crónico eran similares a las de la migraña, el dolor de espalda y el asma (4).

Se sabe muy poco de la patogénesis del dolor pélvico crónico. A menudo, las investigaciones laparoscópicas no revelan causas obvias del dolor. Las anomalías suelen ser más fortuitas que causales. Una lesión como las adherencias posteriores a una cirugía o infección puede no correlacionarse con el sitio de dolor. La complejidad de la neurofisiología de la sensación visceral (sensación que se origina en los órganos internos) explica esta discrepancia sólo parcialmente. En el estudio poblacional de EE.UU, el 61% de las mujeres con síntomas de dolor pélvico no tenían un diagnóstico claro (5).

Las explicaciones para el dolor pélvico crónico en ausencia de patologías obvias incluyen al síndrome de colon irritable no detectado, presente en hasta la mitad de un grupo de mujeres derivadas para una investigación ginecológica. Otra explicación es la de la hipótesis vascular postulada por primera vez por Taylor en la década de 1940 y, más recientemente, por Beard, que propone que el dolor se origina de las venas pélvicas dilatadas en las cuales el flujo sanguíneo está marcadamente reducido (6). Otros autores han sugerido una alteración en el procesamiento espinal y cerebral de estímulos en mujeres con dolor pélvico crónico (7). Esta puede ser una característica compartida por aquellas mujeres con otras afecciones dolorosas crónicas, en las que toda sensación corporal normal se percibe como dolorosa. Como la fisiopatología del dolor pélvico crónico no se comprende con exactitud, el tratamiento suele resultar poco satisfactorio y se limita a aliviar los síntomas.

En la actualidad, los principales abordajes para el tratamiento son el asesoramiento o la psicoterapia, la laparoscopia para confirmar la ausencia de patologías serias, la terapia con progestágenos como por ejemplo el acetato de medroxi progesterona y la cirugía para interrumpir las vías nerviosas tales como la ablación de nervio uterino por laparoscopia y la neurectomía pre sacra o la histerectomía con o sin extirpación de los ovarios. Si bien son menos invasivos, los métodos psicológicos consumen tiempo y pueden no ser aconsejables para todas las mujeres. La terapia hormonal se asocia con efectos secundarios e impide la fertilidad durante el tratamiento. La cirugía, incluso si es efectiva, es invasiva y puede asociarse con la pérdida de la capacidad reproductiva (8).

## JUSTIFICACIÓN

El rango de intervenciones con efectividad demostrada para el dolor pélvico crónico continúa siendo limitado y las recomendaciones se basan en gran parte en estudios internacionales. Dada la prevalencia y los costos de atención de la salud asociados con el dolor pélvico crónico en las mujeres, es imperativo realizar más investigaciones con el propósito de definir de acuerdo a la naturaleza y características étnicas de nuestras pacientes cuales son los principales hallazgos histopatológicos ginecológicos en pacientes con dolor pélvico crónico para poder incidir, y contribuir a una mejor calidad de vida de las pacientes.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la falta de estudios en nuestro medio en relación al tema, se decide realizar este estudio para identificar ¿Cuáles son los hallazgos histopatológicos ginecológicos en pacientes que fueron sometidas a histerectomía por dolor pélvico crónico? en el servicio de ginecología del 2005 al 2009, HEODRA – León.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Conocer los hallazgos histopatológicos ginecológicos en pacientes histerectomizadas por dolor pélvico crónico en el servicio de Ginecología del HEODRA, del 01 de Enero del 2005 al 31 de diciembre del 2009

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir algunas características socio-demográficas en la población estudiada.
2. Conocer las enfermedades asociadas al dolor pélvico crónico que expresan las pacientes.
3. Determinar la frecuencia de factores predisponentes presentes en la población estudiada.
4. Conocer el perfil gineco obstétrico que se relaciona con más frecuencia a las pacientes estudiadas.
5. Identificar las causas más frecuentes en nuestro medio de dolor pélvico crónico en las mujeres estudiadas.

## MARCO TEÓRICO

### 1. DEFINICIÓN Y ENFOQUE DEL PROBLEMA.

El dolor se define como una experiencia sensitiva o emocional desagradable, asociada o no con daño tisular, o descrita en dichos términos (9). El Dolor Pélvico Crónico (DPC) es aquel que se localiza a nivel de 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 (10).

DPC es uno de los grandes retos para el especialista de dolor, pues el paciente que presenta DPC suele haber consultado a múltiples especialidades antes de acudir a una Unidad del Dolor (11). La proximidad de los órganos reproductivos y los prejuicios asociados a estos, añaden una dimensión de inhibición a comentar abiertamente los síntomas que el paciente presenta (12), puede interferir con el trabajo, la actividad física, las relaciones sexuales, el sueño y la vida familiar, y también afectar a la salud física y mental de una mujer.

La prevalencia exacta del DPC es desconocida pero hay estudios que indican una prevalencia del 12 % y una incidencia durante la vida de un 33 %. Aproximadamente un 10 % de pacientes remitidas a ginecología se deben a DPC y 44 % de las laparoscopías ginecológicas se deben a DPC (13). Una encuesta realizada por Mathias y col. a 5000 mujeres americanas entre 18 y 50 años determinó que el 15 % habían tenido DPC; de ellas solamente un 10 % consultaba al ginecólogo debido a DPC, y entre un 10-40 % de las laparoscopias se deben a DPC. El estudio de Mathias también evaluó el impacto en la calidad de vida del DPC, concluyendo que el 25 % de las mujeres con DPC pierden un día y medio de trabajo por mes, 58 % tienen restringida su actividad normal, y hasta un 1 % solicitan consulta psicológica (5).

El dolor pélvico crónico puede deberse a diversos trastornos. Si se determinan las causas, en general el dolor pélvico puede tratarse. En el caso de algunas mujeres las causas no puede establecerse y el tratamiento se orienta entonces hacia el alivio del dolor. Las pacientes son subsidiarias de un abordaje multidisciplinario dado la complejidad de estructuras implicadas en su proceso (14).

## 2. ANATOMÍA

La pelvis está formada por dos huesos impares: el sacro y cóccix, y tres huesos pares: el ilion, el isquion y el pubis, siendo el soporte de los órganos pélvicos. Dada la intensa relación entre las estructuras óseas, musculares y viscerales suele ser de gran dificultad la localización del origen del dolor. La inervación sensitiva de la musculatura abdominal y del peritoneo parietal por aferentes somáticos se extiende de L1 a L2 y de S2 a S5. El área supra púbica está inervada por el nervio Iliohipogástrico (L1-L2). El área inguinal, y los labios están inervados por el nervio Ilio inguinal L1-L2 (15). La piel del ano y cóccix se inervan del plexo sacro y coccígeo. El tercio inferior de la vagina se inerva por el nervio Pudendo. La rama genital del Genito femoral inerva la vulva.

La rama femoral inerva parte del triángulo femoral. La inervación autonómica corre a cargo del Plexo Hipogástrico, que se divide en Superior, Medio e Inferior. El Plexo Hipogástrico Superior (PHS) se localiza bilateralmente a nivel del tercio inferior del cuerpo de L5 y del tercio superior del cuerpo S1, en el promontorio sacro. Este plexo se forma de la confluencia de las cadenas simpáticas lumbares y fibras parasimpáticas originadas de S2-S4. El PHS se divide en los nervios hipogástricos derecho e izquierdo hasta alcanzar el Plexo Hipogástrico Inferior (PHI). El PHS da ramas para formar los plexos de uréter, testículo y ovario, sigma y arterias iliaca común e interna. El PHI es una estructura bilateral, situada a ambos lados del recto, vejiga, próstata y vagina. El ganglio impar o ganglio de Walter es una estructura retroperitoneal única, localizada a nivel de la unión sacro coccígea que recibe fibras simpáticas y parasimpáticas, inervando parte del recto, periné y genitales.

### 3. CAUSAS DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

El dolor pélvico crónico puede deberse a diversos trastornos. Algunos de estos trastornos podrían no estar relacionados con los órganos reproductivos, sino con las vías urinarias o los intestinos. El dolor puede deberse a más de un problema en el caso de algunas mujeres, y para otras, nunca llegar a determinarse lo que ocasiona el dolor. Que las causas no se conozcan no significa que el dolor no sea real. También parece haber una relación entre el dolor pélvico y el maltrato físico o sexual.

La transmisión del dolor procedente de vísceras (órganos internos) difiere en gran medida del que procede de estructuras somáticas (elementos cutáneos, músculos, peritoneo parietal). El dolor visceral es profundo, difícil de localizar y asociado frecuentemente con reflejos autónomos (aunque estos son frecuentes en el dolor agudo). Se caracteriza también por la convergencia víscero somática a nivel del asta dorsal. Las neuronas de segundo orden reciben información somática o somática y visceral, es decir no hay neuronas de segundo orden que reciban información solo visceral. Además hay más neuronas de segundo orden somáticas que víscero somáticas, todo ello hace que el dolor visceral sea de difícil localización.

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 (16) 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 inflamación.

### 3.1 CAUSAS GINECOLÓGICAS CÍCLICAS.

El dolor pélvico cíclico se refiere a dolor con una relación específica al ciclo menstrual. Consiste en dismenorrea primaria (no hay causa aparente) o secundaria, pero también incluye dolor pélvico atípico, dolor que comienza dos semanas antes de la menstruación, siendo una variación de la dismenorrea secundaria.

#### 3.1.1 DISMENORREA.

Si bien un dolor leve es común durante el período menstrual, algunas mujeres sufren dolor intenso que dura uno o dos días al mes. Este tipo de dolor se denomina **dismenorrea**, que tiene una incidencia de 26% a 50%. La dismenorrea primaria (DP) no encuentra causa aparente, mientras que en la dismenorrea secundaria (DS) hay una patología pélvica aparente. La DP suele aparecer dos años después de la menarquía, y persistir hasta los cuarenta años. El dolor lo describen como supra púbico, irradiado a ambos muslos y/o la región lumbosacra, acompañado a veces de náuseas, vómitos y diarrea. El dolor aparece justo con o antes de la menstruación y dura 48-72 horas. El dolor deriva de la activación de la inervación pélvica o toracolumbar aferente. (17) Una de las causas de la dismenorrea son los niveles altos de **prostaglandinas**, que son sustancias químicas producidas por la mucosa del útero durante la menstruación, las prostaglandinas hacen que el útero se contraiga, y niveles altos de prostaglandinas pueden dar lugar a fuertes contracciones de útero que ocasionen intenso dolor. La DS ocurre años después de la menarquía y suele ocurrir con ciclos anovulatorios. Las causas más frecuentes son endometriosis y adenomiosis, una condición en la que las glándulas endometriales penetran en el miometrio. Las principales causas de DS son:

1. Himen imperforado
2. Septo vaginal
3. Estenosis cervical
4. Anormalidades uterinas
5. Sinequias intrauterinas o Síndrome De Asherman

La distinción entre DP y DS requiere una historia detallada, un diario de dolor y un examen pélvico detallado. El tratamiento de la DP se basa en inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, así como la combinación de estrógenos y progestágenos. Antes de comenzar con opioides se debería descartar patología orgánica vía laparoscopia o histeroscopia. Con anovulatorios se consigue un control del dolor importante. En casos de ausencia de efectos analgésicos se puede intentar técnicas quirúrgicas como neurectomía pre sacra, sección de ligamentos uterosacros, dilatación cervical, histerectomía, así como estimulación de los cordones medulares posteriores y acupuntura.

### 3.1.2 ENDOMETRIOSIS

Si el dolor menstrual empeora con el tiempo, si persiste más allá de los primeros 1 o 2 días de flujo menstrual, o si se presenta a lo largo del mes o durante las relaciones sexuales, la causa puede ser **endometriosis**. Es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina, más frecuentemente en el fondo de saco de Douglas, ovarios, vísceras pélvicas y peritoneo. Puede ser Adenomiosis (tejido endometrial en miometrio) o Endometriosis Externa (en cualquier parte del organismo). Es una enfermedad no maligna aunque se disemine.

Su incidencia es de 1-2 % aunque en la población infértil es de 15-25 %. Se encuentra presente entre un 28 y 74 % de las laparoscopias por DPC. Los síntomas más frecuentes son dismenorrea, Dispareunia, infertilidad y sangrado uterino anómalo, generalmente de endometrio secretor. Algunas mujeres con endometriosis no padecen sintomatología alguna y hay autores que no han encontrado correlación entre la sintomatología y la severidad de la enfermedad. El dolor pélvico en la endometriosis puede ocurrir en cualquier momento del ciclo, aunque la dismenorrea es el síntoma principal. El paciente lo describe como presión o dolor punzante en el hipogastrio, región lumbar o recto (18). Si hay afectación de las vías urinarias, puede haber dolor vesical así como disuria y polaquiuria. La realización de una laparoscopia es imprescindible para su diagnóstico, aunque solo se llega a él en un 60% de los casos. El análisis de CA 125 y la velocidad de sedimentación pueden estar elevados, pero no

son específicos. El tratamiento se basa en la utilización de hormonas androgénicas, altas dosis de progestágenos o análogos de la gonadotropina, para disminuir los niveles estrogénicos. En los casos severos y endometriomas amplios, la resección por vía laparoscópica es imprescindible. Los pacientes que no deseen fertilidad pueden optar por histerectomía con doble anexectomía y apendicectomía.

### 3.1.3 SÍNDROME PREMENSTRUAL

Consiste en la aparición de dolor pélvico, así como una serie de síntomas físicos y psíquicos en la segunda fase del ciclo ovulatorio de la mujer. Tiene una incidencia del 20% de las mujeres en edad fértil. La etiología es desconocida, aunque se han propuesto una serie de mecanismos hormonales: aumento estrogénico, alteraciones del sistema renina angiotensina, exceso de vasopresina, etc. La clínica consiste en distensión abdominal, edema de las extremidades, mastodinia, cefalea y alteraciones en el estado de ánimo. El tratamiento consiste en la utilización de AINEs, diuréticos, danazol y antidepresivos.

### 3.1.4 FIBROMAS O LEIOMIOMAS

Los **fibromas** son tumores benignos (no cancerosos). Pueden aparecer en el interior del útero, en las paredes de éste, o unidos a la parte externa del útero por un pedúnculo. Pueden dar lugar a períodos menstruales más frecuentes o flujo menstrual más intenso. Las mujeres que tienen fibromas podrían sentir dolor o presión en el abdomen o la zona lumbar.

## 3.2 CAUSAS GINECOLÓGICAS NO CÍCLICAS

### 3.2.1 ADHERENCIAS

En un 16-44% de las laparoscopias efectuadas por DPC no encontramos adherencias pélvicas. Estas son más frecuentes en mujeres con DPC que en controles

laparoscópicos realizados en mujeres asintomáticas. Sin embargo su papel en la aparición de DPC es controvertido, ya que hay estudios que revelan una misma prevalencia y distribución de adherencias pélvicas en pacientes con DPC que en pacientes asintomáticas con infertilidad. Además cabría esperar que la adhesiolisis por vía laparoscópica o laparotómica mejorase el dolor. Sólo hay un estudio randomizado de adhesiolisis versus terapia expectante, y los resultados a 16 meses no muestran mejoría, respecto al control (19). Sólo mejoraron los pacientes con adherencias densas, muy vascularizadas que envolvían la vejiga. Se requieren más estudios de "mapeo del dolor" para determinar la sensibilidad de las adherencias y su localización en la génesis del DPC (20).

### **3.2.2 ENDOMETRIOSIS**

Puede debutar con dolor sin relación con el ciclo menstrual (Ver causas cíclicas).

### **3.2.3. SALPINGOOFORITIS**

Los pacientes con Salpingooforitis pueden presentar DPC aunque previamente debe haber una historia de infección aguda o subaguda. Hoy en día gracias a la utilización de antibióticos de amplio espectro su incidencia ha disminuido notablemente. La Endosalpingiosis (presencia de epitelio ciliar ectópico a nivel peritoneal o paraaórtico) no se ha relacionado como causa de DPC (21).

### **3.2.4. SÍNDROME DE OVARIO REMANENTE.**

Consiste en la aparición de dolor pélvico en pacientes que previamente se han sometido a histerectomía. La incidencia varía entre 0.9% y 3.38%. El dolor pélvico suele aparecer a los 2-5 años posteriores a la intervención, puede ser cíclico, y se localiza a nivel de la fosa iliaca o flanco. El examen físico puede revelar una zona empastada a nivel latero pélvico. Estudios ecográficos tras estimulación con clomifeno confirman el diagnóstico. El tratamiento consiste en la exéresis de los restos o terapéutica hormonal.

### **3.2.5. SÍNDROME DE CONGESTIÓN PÉLVICA.**

El Síndrome de Congestión Pélvica (SCP) es un cuadro responsable de DPC por la presencia de venas varicosas a nivel ovárico o uterino. Se desconoce la causa de la presencia de estas, aunque se cree que se dé a una disfunción del sistema nervioso autónomo o la presencia de Sustancia P en el endotelio vascular. Clínicamente se caracteriza por dolor abdominal y lumbar bajo, dismenorrea, dispareunia y menorragia. El dolor (que también puede ser cíclico) es bilateral y se acompaña de fatiga, mastodinia, irritación vesical y síndrome premenstrual. El diagnóstico se basa en la realización de un venograma y el tratamiento en el empleo de Medroxiprogesterona, histerectomía o embolización de las varicosidades de mayor tamaño

### **3.2.6. NEOPLASIS OVÁRICAS Y UTERINAS.**

La mayoría de los tumores de los órganos reproductivos pueden causar dolor agudo o crónico. Independientemente de agudizaciones, los tumores pélvicos pueden producir dolor y disconfort abdominal, independientemente de ser benignos o malignos. Conforme la neoplasia crece puede dar sintomatología relacionada con el órgano que invada: recto o vejiga. El diagnóstico se basa en técnicas de imagen, serológicas y laparoscopia. El tratamiento suele ser quirúrgico.

### **3.2.7. ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA.**

El dolor crónico que surge de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) se debe a episodios recurrentes de infecciones del tracto urinario, o daño residual provocado por episodios pasados de infección pélvica. El dolor se debe a adherencias o fistulizaciones, o a daño de nervios por mediadores de inflamación o por los agentes patógenos productores de la infección. La clínica es de DPC en pacientes con antecedentes de uno o varios episodios de enfermedad de transmisión sexual. El diagnóstico precisa de la realización de una laparoscopia, con el fin de drenar los posibles abscesos o realizar adhesiolisis. El diagnóstico de EPI se debería hacer en la menor brevedad de tiempo, ya que se ha relacionado hasta en un 11% con infertilidad, y además estas pacientes tienen hasta seis veces más incidencia de desarrollar un

embarazo ectópico. El tratamiento consiste en la antibioterapia, así como el drenaje de posibles abscesos formados.

### **3.3 CAUSAS GASTROINTESTINALES.**

La principal causa de dolor pélvico gastrointestinal es el Síndrome de Colon Irritable (SCI), que está presente hasta en un 10-20% de la población. Es una enfermedad funcional, es decir el dolor surge de un cambio de hábito intestinal más que de un componente orgánico. Es un diagnóstico de exclusión, al que se llega según los criterios de Roma:

- Al menos tres meses de dolor intermitente o continuo que se alivia con la deposición, y asociado a un cambio de hábito y consistencia de la deposición.
- Al menos dos de los siguientes:
  - Cambio en la frecuencia de la deposición.
  - Cambio en la forma de la deposición.
  - Cambio en la deposición, esta es urgente o dolorosa.
  - Moco en la deposición.

La presencia de SCI en mujeres que acudían al ginecólogo fue del 37% en comparación con el 28% de mujeres con SCI que acudían al dermatólogo. Las que a su vez presentaban dolor era un 50%, y de estas, un 50% era de características cíclico (22). El tratamiento consiste en ansiolíticos, laxantes osmóticos y dieta rica en fibra.

Otra causa de DPC es la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, que puede ser Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU), siendo más frecuente la aparición de dolor en la EC. La EC se caracteriza por ser un proceso inflamatorio que puede afectar a todo el intestino y a todo su espesor. Clínicamente hay dolor abdominal, fiebre y diarrea, pudiendo aparecer cuadros seudooclusivos. El diagnóstico se establece por colonoscopia. La CU afecta colon izquierdo y recto, clínicamente hay dolor cólico, diarrea y rectorragias. El diagnóstico es por rectosigmoidoscopia.

La presencia de divertículos a nivel colónico (Diverticulosis) puede ser otra causa de DPC. Entre 5-40% de mayores de 40 años presentan Diverticulosis, aunque en la

mayoría es asintomático. La sintomatología es similar a la del SCI, y a veces tratamiento quirúrgico.

La presencia de tumores del tracto digestivo suele ser otra causa importante de DPC. La sintomatología suele ser cambio de hábito intestinal (74%) y dolor abdominal (65%), aunque también suele darse rectorragias y síndrome constitucional.

Otra causa de DPC son las Hernias, que son más que defectos en la pared abdominal que provocan la salida de un asa intestinal. El dolor característicamente aumenta con las maniobras de Valsalva. El diagnóstico es por exploración física y ultrasonidos; y el tratamiento quirúrgico.

### **3.4 CAUSAS GENITOURINARIAS.**

El dolor pélvico crónico ha sido vinculado a muchos trastornos urinarios debido a 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.

La cistitis infecciosa se caracteriza por dolor supra-púbico acompañado de disuria, frecuencia y urgencia. Presentan piuria en el uro cultivo y responden muy bien al tratamiento antibiótico. El agente patógeno más frecuente suele ser Clamidia.

La cistitis intersticial (CI) es una entidad inflamatoria de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor pélvico acompañado de urgencia, frecuencia y nicturia. El dolor aumenta conforme la vejiga se llena, y la capacidad de llenado suele ser cada vez menor (23). La prevalencia del cuadro varía de 10/100.000 a 500/100.000, pero dolor pélvico aparece en el 60% de los pacientes. El diagnóstico se establece por cistoscopia y los criterios clínicos son al menos dos de: dolor al llenado de la vejiga que cesa con el vaciado, edemas y petequias (úlceras de Hunner) en la cistoscopia y disminución de la compliancia en las pruebas uro dinámicas (24). La CI se asocia con otros muchos

síntomas, hasta un 38% tiene síntomas de enfermedad inflamatoria intestinal y un 45% presentan alergias.

El tratamiento es complejo, pueden ser útiles medidas dietéticas, los antidepresivos tricíclicos, anti colinérgicos, las instilaciones endovesicales con dimetilsulfóxido o heparina, el pentosán polisulfato oral, bloqueos anestésicos del plexo hipogástrico e incluso técnicas quirúrgicas como la cistoplastia de aumento o cistectomía. Recientemente han sido descritas técnicas de estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y de estimulación eléctrica selectiva de raíces nerviosas por vía retrógrada (25) para tratar los casos de dolor pélvico incontrolable producido por CI (26). Muchos casos de DPC se pueden deber a carcinomas infiltrantes de vejiga, cérvix, útero o recto. Para su diagnóstico es precisa una historia detallada, examen pélvico detallado, cistoscopia, pielograma y RMN.

El síndrome uretral crónico es otra causa frecuente de DPC, caracterizado por síntomas irritativos, incontinencia y sensación de llenado tras la micción. Se suele asociar con irritación vulvar así como vulvodinia y dispareunia. La etiología es desconocida pero se cree relacionada con estado hipoestrogénico, traumatismo o infección sobre todo por clamidia.

### **3.5 CAUSAS NEUROLÓGICAS**

El atrapamiento de un nervio en una cicatriz o fascia puede dar origen a dolor en la cicatriz o 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 con o sin ayuda de neuroestimulación, y cese parcial o completo del dolor. Los nervios más frecuentes son Ilioinguinal (T12, L1), Iliohipogástrico (T12, L1) y Genitocrural (L1, L2). Los nervios se pueden atrapar al paso por estructuras estrechas como los forámenes, así se ha sugerido que la compresión de las raíces sacras al abandonar el esqueleto axial puede dar lugar a disfunción vesical, digestiva o sexual.

El dolor referido a nivel pélvico se debe a dolor visceral que se percibe en lugares cutáneos alejados de origen. Cualquier estructura inervada vía (T12-L4) puede dar lugar a dolor referido pélvico. Poco se conoce de este fenómeno, aunque se cree que las fibras largas mielínicas no juegan un papel importante en su fisiopatología, si participando las fibras C. Se han realizado estudios de mapeo de dolor en laparoscopias con el paciente despierto encontrándose que la estimulación del peritoneo pélvico puede provocar dolor a nivel de la fosa iliaca o el periné (27,28).

Recientemente hay autores que han postulado el DPC como parte del Síndrome de Dolor Regional Complejo, ya que el daño neurológico podría ser el causante del dolor, y este mantenerse por alteración del sistema nervioso simpático (29).

### **3.6 CAUSAS MUSCULOESQUELETICAS**

El dolor lumbar, las lesiones de discos vertebrales y los espasmos musculares en la pelvis pueden todos causar dolor pélvico crónico, el embarazo o un traumatismo pueden conducir a un alineamiento alterado del esqueleto axial, como una separación de la sínfisis pubiana o una disfunción sacro ilíaca. El dolor surge de las articulaciones o del espasmo muscular asociado. Otros factores se suelen asociar como posturas erróneas disminución del ejercicio o alteración en la longitud de las piernas. El dolor que surge del esqueleto varía con el movimiento y empeora al final del día, este dolor puede variar con el ciclo menstrual por la acción hormonal en la laxitud ligamentaria. El diagnóstico se basa en la anamnesis y en la exploración física provocando dolor al explorar ciertas articulaciones.

Dolor Muscular: el dolor puede deberse a disfunción primaria muscular, es decir alteración en la relajación-contracción de grupos musculares opuestos. La existencia de puntos gatillo miofasciales es controvertido aunque cada vez hay más evidencia de su participación en el DPC. Muchos pacientes con DPC presentan posturas anómalas, estas suelen ser posturas antiálgicas o las que provoquen el DPC. Independientemente del origen, provocan tensión muscular y sobrecarga en articulaciones y ligamentos. En una revisión de 132 pacientes con DPC, hasta un 75% presentaban posturas anómalas.

### 3.7 FACTORES PSICOSOCIALES

El DPC es una experiencia desagradable en la cual intervienen numerosos factores: físicos, psicológicos y sociales. La influencia de cada uno de ellos varía dependiendo del paciente y puede variar en un mismo paciente a lo largo de su enfermedad. Por ejemplo, el dolor pélvico mecánico puede producirse después de un traumatismo, pero temores acerca del significado del dolor pueden conducir a gran sufrimiento y dolor, en especial cuando es inexplicado por un largo periodo de tiempo. Esto se podría manifestar como aumento de la tensión muscular alrededor de la zona originaria, provocando mayor dolor.

El estudio de otros síndromes dolorosos como el dolor crónico de espalda, sugieren que hay cierta personalidad y ciertas creencias acerca de la salud que predisponen al desarrollo de DPC. Los factores que más se relacionan son: tendencia catastrofista, sentimiento de descontrol sobre las cosas, pensar que el dolor representa un daño tisular constante, inseguridad en el trabajo, la demanda constante de tiempo por parte de los demás, infertilidad y rol en la sociedad (30). En el DPC son muy frecuentes la depresión y los trastornos en el sueño. De todos modos la morbilidad psicológica es más una consecuencia que una causa de DPC (31). El tratar la depresión y los trastornos del sueño mejoran en gran medida el dolor y entorno del paciente.

Hay estudios que se han centrado en el papel del abuso sexual (contacto directo sexual no deseado a cualquier edad) como causa de DPC, indicando que hay una prevalencia de hasta un 90%. 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 (32). Lo que si se ha demostrado es que el abuso sexual predispone la cronicidad del dolor al incrementar la vulnerabilidad a la depresión. De todos modos son necesarios más estudios para aclarar la relación DPC con abuso sexual.

## CONDICIONES GINECOLOGICAS QUE PUEDEN CAUSAR O EXACERBAR EL DOLOR PELVICO CRONICO, POR NIVELES DE EVIDENCIAS (33).

### NIVEL A:

- Endometriosis
- Neoplasias ginecológicas (estadios avanzados)
- Síndrome de ovario residual
- Síndrome de ovario remanente
- Síndrome de congestión pélvica
- Salpingitis tuberculosa
- Enfermedad inflamatoria pélvica

### NIVEL B:

- Adherencias
- Mesotelioma quístico benigno
- Leiomiomas
- Quistes peritoneales post operatorios

### NIVEL C:

- Adenomiosis
- Estenosis cervical
- Endometritis crónica
- Endosalpingiosis
- Dispositivos intrauterino
- Dolor ovárico ovulatorio
- Ovario accesorio residual
- Prolapso genital
- Dismenorrea atípica o dolor ovulatorio
- Quistes anexiales (no endometriósicos)
- Pólipo cervical o endometrial

### Niveles de Evidencia:

Nivel A: Evidencia científica buena y consistente de causas relacionadas con DPC

Nivel B: Evidencia científica limitada o inconsistente de causas relacionadas con DPC

Nivel C: Causas relacionadas con DPC basadas en opinión de expertos

#### 4. DIAGNÓSTICO

Dado que el dolor pélvico crónico puede tener diversas causas, a menudo es difícil diagnosticarlo. Para obtener un adecuado diagnóstico que permita un tratamiento adecuado, requiere un enfoque multidisciplinario. Independientemente de una historia y exploración física detallada, son necesarios sistemático de sangre, análisis de orina, cultivo de heces, orina y secreciones, ecografía abdominal, resonancia magnética o laparoscopia diagnóstica. Se debería realizar un estudio ginecológico así como psicológico. Según el enfoque, la consulta al urólogo, ginecólogo, digestólogo, neurólogo u oncólogo es obligatoria.

#### 5. TRATAMIENTO

Una vez que las pacientes han sido historiadas, exploradas, y se ha elaborado un diagnóstico diferencial, si las causas pueden determinarse, se administra el tratamiento médico correspondiente. En caso contrario, el tratamiento se concentra en el alivio del dolor. Existen pocas técnicas en el armamento terapéutico del especialista en dolor lo importante es no renunciar al tratamiento si las causas no pueden identificarse.

El manejo del DPC requiere mayor experiencia, esfuerzo y destreza. Algunos problemas pueden tratarse mediante cirugía si los medicamentos no dan resultado. La **histerectomía** podría ser una opción. Los reportes de éxito después de histerectomía en casos con dolor pélvico crónico varían entre el 69% y el 95%. Al momento no existe evidencia suficiente para recomendar histerectomía en DPC, especialmente en ausencia de patología uterina documentada. Los factores de riesgo para recurrencia para el dolor después de histerectomía son: no encontrar patología pélvica (25%), edad menor de 30 años, depresión y problemas psicológicos (40%). (34)

## MATERIALES Y MÉTODOS

### **Tipo de Estudio.**

Estudio observacional de serie de casos.

### **Área de Estudio.**

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología del HEODRA el cual cuenta con 18 camas censables.

### **Población de Estudio.**

Del total de pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, durante el período de estudio, se incluyeron a todas las pacientes que presentaron diagnóstico al ingreso de dolor pélvico crónico, y que fueron histerectomizadas durante el período del estudio del 2005 al 2009.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes que ingresaron al servicio de Ginecología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello durante el período del estudio y que presentaron:
  - Dolor pélvico crónico y
  - Sometidas a histerectomía

### **Fuente de datos.**

- Secundaria, a través de los expedientes clínicos.

### **Metodología de Recolección de la Información.**

Se identificó a las pacientes que al momento del ingreso a sala de ginecología tuvieran el diagnóstico de dolor pélvico crónico, y que fueran sometidas a histerectomía por dicha patología. Se acudió con la lista de dichas pacientes y por medio del número del expediente al departamento de estadística, donde se solicitaron los archivos de cada una para realizar el llenado del instrumento de recolección de datos el cual contiene:

- Datos demográficos
- Enfermedades asociadas y factores predisponentes.
- Antecedentes GinecoObstétricos, datos del examen físico ginecológico, y exámenes complementarios realizados. (Ver Anexo No. 1)

Luego se acudió al departamento de patología donde se buscó el resultado histopatológico de la pieza operatoria (útero, trompas y/u ovario) que hayan sido extraídas mediante el procedimiento quirúrgico.

### **Análisis.**

Los datos fueron procesados y analizados en el software SPSS versión 15.0. Se utilizaron medidas descriptivas como porcentajes, medidas de centro y de dispersión.

### **Consideraciones Éticas.**

A todas las pacientes que fueron ingresadas en el servicio de ginecología durante el período de estudio, con el diagnóstico de dolor pélvico crónico y que fueron manejadas quirúrgicamente, se les solicitó autorización del procedimiento (anexo No.2), se utilizó su expediente clínico para búsqueda de la información y llenado de una ficha previamente estructurada (anexo No. 1). Para fines del estudio no se reportan nombres, solo queda para retroalimentación de resultados en el servicio para mejorar el manejo de pacientes y para futuros estudios.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable	Concepto	Indicadores
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el día del diagnóstico.	<p>≤19</p> <p>20-34</p> <p>35-49</p> <p>≥ 50</p>
Escolaridad	Nivel de estudios que la mujer ha adquirido hasta el momento del diagnóstico del DPC.	<p>Ninguno</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Universitaria</p>
Procedencia	Lugar de residencia de la paciente.	<p>Urbano</p> <p>Rural</p>
Ocupación	Actividad laboral que desempeñaba la paciente antes de su ingreso.	<p>Ama de casa</p> <p>Doméstica</p> <p>Estudiante</p> <p>Obrera</p> <p>Comercio</p> <p>Profesional</p> <p>Otras</p>
Dolor pélvico crónico	Es aquel que se localiza a nivel de la pelvis o estructuras intra pelvianas, persistiendo durante al menos seis meses que se presenta de forma continua o intermitente.	<p>◆ Constante: continuo en el tiempo e intensidad constante (no varía).</p> <p>◆ Intermitente: presenta intervalos temporales sin dolor.</p>

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicadores</b>
Factores predisponentes	Factores propios de la mujer que disponen al dolor pélvico crónico.	Cirugías ginecológicas previas Uso de DIU Múltiples parejas sexuales Infecciones pélvicas
Edad al inicio de vida sexual activa.	Periodo de tiempo dado en años que tenía la mujer al tener su primer contacto sexual.	Edad en años.
Número de compañeros sexuales.	Cantidad de compañeros con los que la paciente sostuvo contacto sexual, previo al diagnóstico de DPC.	Cantidad de compañeros sexuales.
Número de Gestaciones.	Cantidad de embarazos que la mujer ha tenido.	Cantidad de Gestaciones
No. de Partos	Partos que la mujer ha tenido	Cantidad de Partos
No. de Abortos	Abortos que la mujer ha tenido	Cantidad de Abortos
No. de Cesáreas	Cesáreas que la mujer ha tenido	Cantidad de Cesáreas
Citología cervical	Método de escrutinio para detección oportuna de cáncer cervicouterino.	- Infeccioso - Inflamatorio - Anormalidades de Células epiteliales - LIEBG (VPH, NIC I ) - LIEAG (NIC II, NIC III, Ca In situ)

## RESULTADOS

Durante el período de estudio, del 2005-2009, se estudiaron 138 pacientes que habían ingresado por dolor pélvico crónico y que fueron histerectomizadas en el HEODRA. El promedio de edad de estas pacientes fue de  $41 \pm 8$  años, la mediana fue de 41 años y el rango fue de 20-63 años. En los grupos con edades extremas, menores de 20 y mayores de 64 no se reportaron casos, pero predominó en el grupo de 35-49 años con 64.5%. El 68.8% de las pacientes tenían escolaridad ninguna y primaria y 54.3% procedían de áreas urbanas. El 87% de las mujeres eran amas de casa (Tabla 1).

Los principales antecedentes ginecológicos según su historial médico fueron la leucorrea (52.9%), dismenorrea (51.4%) y dispareunia (45.7%). (Tabla 2).

Los principales hallazgos ultrasonográficos fueron: la enfermedad inflamatoria pélvica (26.8%), miomatosis (15.9%), adenomiosis (11.6%) y masa anexial (9.4%) (Gráfico 1).

Las principales enfermedades asociadas fueron: anemia (12.3%) e hipertensión arterial (10.1%) (Tabla 3).

Los principales posibles factores predisponentes a dolor pélvico crónico fueron las cirugías ginecológicas 70.3%, las múltiples parejas sexuales 47.1%, las infecciones pélvicas 31.9%, y el antecedente de uso de DIU 4.3% (Gráfico 2)

Los principales hallazgos histopatológicos ginecológicos fueron la cervicitis crónica 89.9%, seguido por la adenomiosis 34.8%, miomatosis 25.4% e inflamación pélvica 12.3% (Gráfico 3). Un hallazgo quirúrgico descrito en el expediente asociados al DPC fueron las adherencias en el 27.8% de 97 pacientes con antecedentes de cirugías ginecológicas.

Las principales lesiones reportadas en los Papanicolaou fueron: las inflamaciones moderadas y severas en un 41.7% y 39.5%, respectivamente. En relación a las

anormalidades de las células epiteliales 8.3% de las pacientes presentaron LIEBG y un 5.2% LIEAG, El 81.3% de los resultados fue Negativo para afección maligna (Tabla 4).

De 56 reportes de biopsias fraccionadas en pacientes con antecedente de sangrado uterino anormal se determinó que el reporte de infección con VPH fue de 57.1%, cervicitis crónica 35.7%, NIC I 19.6% y NIC II-III 14.3%, solo un 3.6% presentó hiperplasia endometrial sin atipia (tabla 5).

## DISCUSIÓN

### Principales hallazgos

La mayoría de pacientes eran adultas con baja escolaridad, amas de casa, de procedencia urbana, y con antecedentes ginecológicos de leucorrea, dismenorrea y dispareunia. Los principales hallazgos histopatológicos fueron la cervicitis crónica, adenomiosis, miomatosis e inflamaciones pélvicas. El Papanicolaou reportó principalmente inflamaciones y negatividad para afecciones malignas, sin embargo en algunas pacientes se reportó la presencia de LIEBG y LIEAG. En las biopsias fraccionadas se reportaron más VPH y cervicitis crónica.

### Limitaciones y fortalezas del estudio

La principal limitación de este estudio es el tipo de fuente utilizada (secundaria), ya que generalmente se depende de información incompleta, hecho comprobado al momento de la recolección de los datos, contrario a la recolección de fuente primaria en donde el contacto cara a cara con la paciente permite delimitar mejor la magnitud y la relación causa y efecto, de forma más objetiva. Otra limitación real en este estudio es que el diagnóstico de DPC no tiene un abordaje multidisciplinario ya que no se cuenta con valoración urológica, gastrointestinal ni reportes psicológicos de estas pacientes, lo cual podría situarnos más sobre las causas de este trastorno para orientar a un tratamiento adecuado. No obstante, este estudio es un primer esfuerzo investigativo para describir el dolor pélvico crónico en el HEODRA.

### Consistencia con otros estudios

En este estudio la mayoría de las causas de dolor pélvico crónico estuvieron asociadas a causas ginecológicas no cíclicas.

Es importante mencionar que dentro de los hallazgos histopatológicos ginecológicos que se encontraron en las piezas quirúrgicas predominaron las cervicitis crónicas (89.9%) así como también se encontró en algunas la hiperplasia endometrial ambas entidades no forman parte de las causas establecidas internacionalmente de DPC (33).

La adenomiosis (35%) la cual se encuentra en nivel "C" según el ACOG como causante de DPC se situó como segundo hallazgo histopatológico en este estudio (18,33).

Otro hallazgo relevante fue: la miomatosis uterina (25%), la cual se encuentra en el nivel de evidencia "B" del ACOG como causante de DPC (33).

La enfermedad inflamatoria pélvica (salpingitis) aunque en menor proporción (12.3%) se encontró como hallazgo histopatológico causante de DPC en estas pacientes, hecho que concuerda con el nivel de evidencia "A" según el ACOG lo que puede estar asociada a prácticas sexuales de estas pacientes con múltiples parejas (47.1%) y el antecedente de uso de DIU (4.3%) nivel de evidencia "C" (21,33).

La endometriosis que según el ACOG se encuentra con un nivel de evidencia "A" y reportada en la literatura con una incidencia entre 1-2 % y entre un 28 y 74% de las laparoscopias por DPC, (18,32,33) se encontró en un 2% de las piezas quirúrgicas dato que concuerda con la bibliografía, sin embargo en notas quirúrgicas no se describe exploración de cavidad pélvica en búsqueda de focos endometriósicos, y además en nuestro servicio se carece de laparoscopia diagnóstica, la cual sería un pilar fundamental en el diagnóstico y hallazgo de dichos procesos patológicos.

Del total de pacientes que tenían antecedentes de cirugías ginecológicas previas (n=97), el 27.8% tuvieron adherencias, según la literatura consultada, reporta que entre un 16-44% de las laparoscopias efectuadas por DPC no se encuentran adherencias pélvicas, sin embargo, estas son más frecuentes en mujeres con DPC que en controles laparoscópicos realizados en mujeres asintomáticas. (13,19, 20, 28, 32,33)

### **Relevancia de los hallazgos para los tomadores de decisiones**

Los resultados de este estudio han revelado primeramente la dificultad de encontrar información en los expedientes que nos obliga a mejorar nuestro sistema de registro en los archivos de las pacientes.

Por otro lado, el DPC es una patología con múltiples causas, de difícil diagnóstico y tratamiento, lo que nos obliga a tener un abordaje multidisciplinario en estas pacientes, de lo que carecemos en el servicio, lo cual debería ser considerado por el personal de ginecología para mejorar el manejo (3).

Además, la carga del DPC recae principalmente en causas ginecológicas no cíclicas, principalmente procesos infecciosos como enfermedad pélvica inflamatoria, cervicitis, muchos de los cuales pueden estar asociados a enfermedades de transmisión sexual, lo que orienta a reforzar campañas de prácticas sexuales seguras.

## CONCLUSIONES

Las principales características socio demográficas de las pacientes fueron edad entre 35-49 años, baja escolaridad, amas de casa y procedían de áreas urbanas.

Las principales enfermedades asociadas fueron: anemia e hipertensión arterial.

Los principales factores predisponentes fueron las cirugías ginecológicas, las múltiples parejas sexuales, las infecciones pélvicas y adherencias.

Los principales hallazgos ultrasonográficos fueron: la enfermedad inflamatoria pélvica, miomatosis, adenomiosis y masa anexial.

Los principales antecedentes gineco-obstétricos fueron leucorrea, dismenorrea y dispareunia.

Los principales hallazgos histopatológicos ginecológicos fueron la cervicitis crónica, adenomiosis, miomatosis y enfermedad inflamatoria pélvica.

Hace falta la evaluación multidisciplinaria para demostrar o confirmar si posterior a la histerectomía la paciente, curó, mejoró o empeoró ya que no tenemos seguimiento de calidad de vida de estas pacientes.

## RECOMENDACIONES

Dotar de equipo de laparoscopia al hospital y entrenar al personal en formación para la realización de laparoscopia diagnóstica ya que ejerce un papel fundamental en el diagnóstico diferencial de estos cuadros, permitiendo el diagnóstico de las alteraciones anatómicas y la anatomía patológica.

Establecer en el servicio de ginecología protocolos de manejo considerando estudios básicos previos a la realización de histerectomía y la valoración multidisciplinaria para mejorar el diagnóstico del dolor pélvico crónico de las pacientes atendidas en el HEODRA.

Realizar un estudio prospectivo de pacientes que sufren dolor pélvico crónico con seguimiento a través de cuestionarios de calidad de vida para demostrar la eficacia del tratamiento quirúrgico efectuado.

## REFERENCIAS

1. Anand, K.J.S y Craig, K.D.:« New perspectives on the definition of pain », *Pain*, 1996, 67: 3-6
2. IASP: «Subcommittee on taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage», *Pain*, 1979, 6: 249-252
3. Vidal A, Rico B, Ayuso M, Angulo J, Ruiz M, Mugüerza J and Sanz M. *Chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 375-389.*
4. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1999; 106: 1149-1155.
5. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics and Gynecology* 1996; 87: 321-327.
6. Beard RW, Highman JH, Pearce S, Beard RW. Diagnosis of pelvic varicosities in women with chronic pelvic pain. *Lancet*, 1984: 946-949.
7. Rapkin AJ. Pelvic visceral pain in women. *IASP Newsletter* 1995; September-October:4-6.
8. Stones RW, Mountfield J. Intervenciones para el tratamiento del dolor pélvico crónico en mujeres (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. IASP Classification of chronic pain. *Pain* 1986; (supplement 3):S217.
10. J. Moore. Causes of chronic pelvic pain. *Bailliere´s Clinical Obstetric and Gynaecology* 2000 Vol 14, No.3, 398-402.
11. Anoun Nader; Kenneth D. Candido. Pelvic Pain. *Pain Practice* 2001, Vol. 1, No 2, 187-196.
12. Fry RP, Crisp AH, Beard RW, Sociopsychological factor in chronic pelvic pain: a review. *Journal Psychosomatic Research* 1997, Vol 42, No 1, pp 1-15.

13. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1993 18 (6): 357-387.
14. Kamm MA. Chronic pelvic pain in women-gastro-enterological, gynecological or psychological. *International Journal of Colorectal Disease*. 1997 12:57-62.
15. Cervero F. Sensory innervation of the viscera: peripheral basis of visceral pain. *Physiological Reviews* 1994 74:95-138.
16. Cervero F, Land J. Visceral pain. *Lancet* 1999; 353:2145-2148.
17. Rapkin AJ, Rasgon NL, Berkley KJ, *Anesthesia: biologic foundations*. Lippincot-Raven, Philadelphia, pp 1997, 785-793.
18. Endometriosis Association. North American membership survey, 1998.
19. Peter AAW, et col. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1992; 99:59-62.
20. Howard FM, et al. Conscious pain mapping by laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2000; 96:934-9.
21. Heinig J. et al. Endosalpingiosis-an underestimated cause of chronic pelvic pain or an accidental finding a retrospective study of 16 cases. Article in press. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*. 2002. 4213, 1-4.
22. Moore J Barlow DH, Jewell D & Kennedy S. Do gastrointestinal symptoms vary with the menstrual cycle *British Journal of Obstetric and Gynaecology* 1998; 105:1322-1325.
23. Rosamilia A, Dwyer PL. Interstitial cystitis and the gynecologist. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1998; 53:309-319.
24. Waxman JA, Sulak PJ & Kuel TJ. Cystoscopic findings consistent with interstitial cystitis in normal women undergoing tubal ligation. *Journal of Urology* 1998; 160: 1663-1667.
25. Feler CA et al. Recent advances: sacral nerve root stimulation using a retrograde method of lead insertion for the treatment of pelvic pain due to interstitial cystitis. *Neuromodulation* 1999, Vol 2, number 3: 211-216.
26. Aló KM, McKay E. Selective Nerve Root Stimulation (SNRS) for the treatment of intractable Pelvic Pain and Motor Dysfunction. *Neuromodulation* 2001; 4:19-23.

27. Lee JC, Yang CC, Kromm BG et al. Neurophysiologic testing in chronic pelvic pain syndrome: a pilot study. *Urology* 2001; 58:246-250.
28. Howard FM, El-Minawi AM et al. Conscious pain mapping by laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2000; 96:934-9.
29. Janicki TI. Chronic pelvic pain as a form of complex regional pain syndrome. Role of autonomic nervous system in chronic pelvic pain. *Fertility & Sterility* 2001; S51:P90.
30. McGowan LPA, Clark-Carter DD & Pitts MK. Chronic pelvic pain: a meta-analytic review. *Psychology and Health* 1998; 13:937-951.
31. Collet BJ, Cordle CJ, Stewart CR et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic non-pelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 105:87-92.
32. Vercellini P, Aimi G, Bussaca M, et col. Laparoscopic uterosacral ligament resection for dysmenorrhea associated with endometriosis: result of a randomized controlled trial. *Fertility and Sterility* 1997; 68 (suppl. 1): 3.
33. Howard F.M. Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 594-611 (Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 51, march 2004)
34. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstetrical and Gynecological survey* 2003; 58 (9): 615-623

# ANEXOS

## ANEXO No.1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

#### CAUSAS DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN EL HEODRA

Ficha #: \_\_\_\_\_

Expediente #: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Procedencia: 1 = Rural 2 = Urbano

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: 1= Ninguna

Número de hijos: \_\_\_\_\_

2= Primaria

3= Secundaria

4= Superior

#### ENFERMEDADES ASOCIADAS:

HTA 1=SI 2=NO

Enfermedad cardiaca 1=SI 2=NO

Enfermedad renal 1=SI 2=NO

Diabetes mellitus 1=SI 2=NO

Enfer. Neoplásicas especific. 1=SI 2=NO

Anemia 1=SI 2=NO

#### FACTORES PREDISPONENTES:

Cirugías ginecológicas previas 1=SI 2=NO

Masas pélvicas 1=SI 2=NO

Usuaría de DIU 1=SI 2=NO

Múltiples parejas sexuales 1=SI 2=NO

Infecciones pélvicas 1=SI 2=NO

#### ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

Leucorrea 1=SI 2=NO

Legrados previos 1=SI 2=NO

Dismenorrea 1=SI 2=NO

Dispareunia 1=SI 2=NO

Sangrado post coito 1=SI 2=NO

IVSA \_\_\_\_\_ años

Gestas \_\_\_\_\_

Partos \_\_\_\_\_

Abortos \_\_\_\_\_

Cesáreas \_\_\_\_\_

#### EXAMEN FISICO:

##### TAMAÑO DEL UTERO:

Normal: 1=SI 2=NO

Aumentado: 1=SI 2=NO

Atrófico: 1=SI 2=NO

Bordes regulares: 1=SI 2=NO

Dolor a la palpación: 1=SI 2=NO

Dolor al movilizar cérvix 1=SI 2=NO

**ANEXOS:**

Normales: 1=SI 2=NO

Masas palpables: 1=SI 2=NO

Dolorosos: 1=SI 2=NO

Engrosados 1=SI 2=NO

**HALLAZGOS DEL USG:**

Endometrio en mm: \_\_\_\_\_

Masas anexiales: 1=SI 2=NO

Enf. Inflam. Pelv. 1=SI 2=NO

Adenomiosis: 1=SI 2=NO

Miomatosis: 1=SI 2=NO

**PAP:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTOPATOLÓGICO**

Endometriosis 1 = SI 2 = NO

Adenomiosis 1 = SI 2 = NO

Miomatosis 1 = SI 2 = NO

Tumores de ovario 1 = SI 2 = NO

Inflamación pélvica 1 = SI 2 = NO

Otras: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**HALLAZGO QUIRURGICOS** \_\_\_\_\_



**ANEXO No. 2  
REPUBLICA DE NICARAGUA  
MINISTERIO DE SALUD**

SILAIS \_\_\_\_\_

No. INSS \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_

No. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO Y  
PROCEDIMIENTOS MEDICOS-QUIRURGICOS**

YO, \_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

COMO \_\_\_\_\_ PACIENTE/RESPONSABLE AUTORIZO AL PERSONAL DEL HOSPITAL

\_\_\_\_\_, PARA QUE DURANTE \_\_\_\_\_ HOSPITALIZACION

SE \_\_\_\_\_ PRACTIQUEN LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y QUIRURGICOS NECESARIOS

DE DIAGNOSTICO CLINICO, DE GABINETE, DEL LABORATORIO ANATOMOPATOLOGICO QUE

SEAN UTILES PARA EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y RECUPERACION DE \_\_\_\_\_

SALUD DE MI \_\_\_\_\_  
(PARENTESCO)

\_\_\_\_\_  
NOMBRES 1ER. APELLIDO 2DO. APELLIDO

A LA VEZ EXONERO DE RESPONSABILIDAD AL MISMO PERSONAL POR LAS COMPLICACIONES  
NATURALES QUE PODRIAN PRESENTARSE AL REALIZAR ESTOS PROCEDIMIENTOS.

FIRMO VOLUNTARIAMENTE A LOS \_\_\_\_\_ DIAS  
DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE

TESTIGO: \_\_\_\_\_  
(NOMBRES Y DOS APELLIDOS)

DIRECCION: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

Tabla 1 Características socio demográficas en pacientes histerectomizadas por dolor pélvico crónico en Ginecología, HEODRA, 2005-2009.

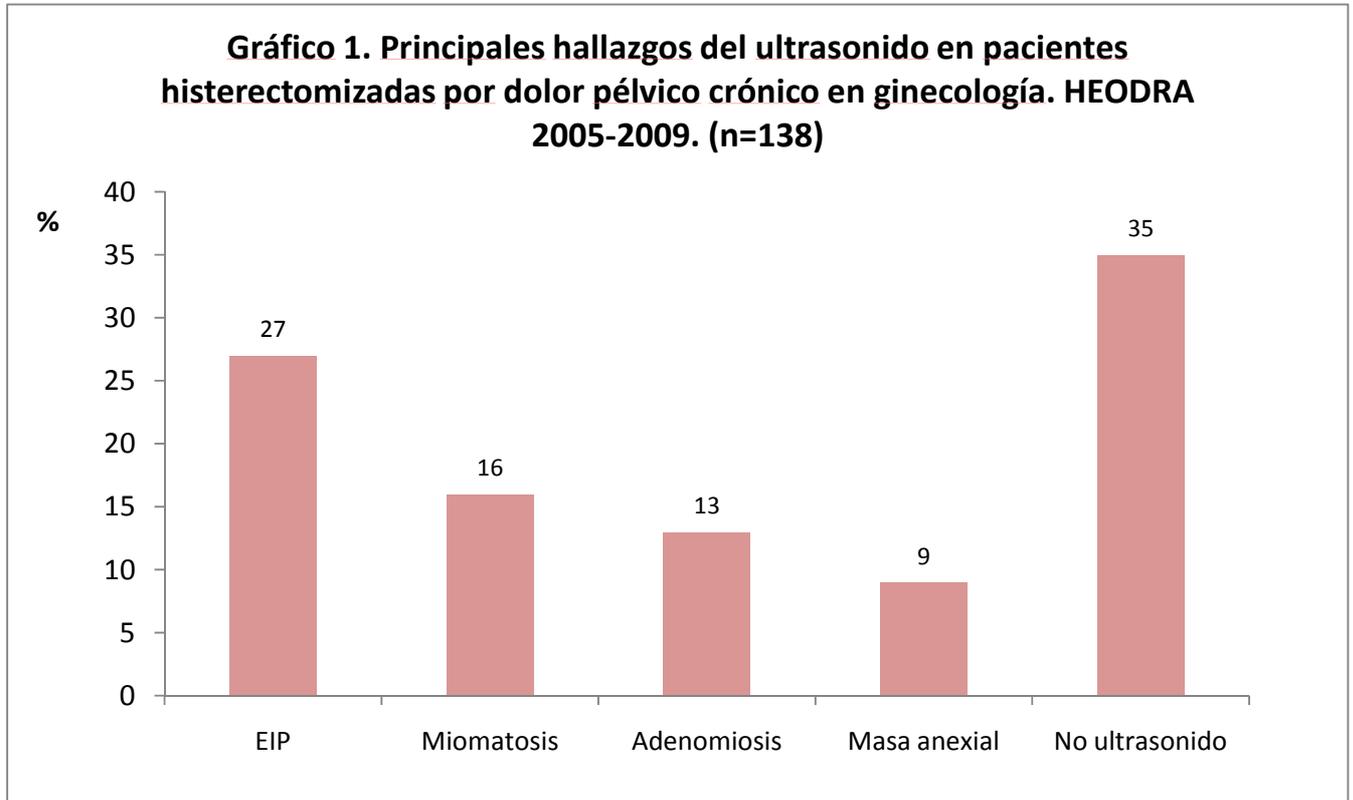
<b>Características</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Edad:</b>		
≤19	0	0
20-34	28	20.3
35-49	89	64.5
≥ 50	21	15.2
<b>Escolaridad:</b>		
Ninguno	20	14.5
Primaria	75	54.3
Secundaria	35	25.4
Universitaria	8	5.8
<b>Procedencia:</b>		
Urbano	75	54.3
Rural	63	45.7
<b>Ocupación:</b>		
Ama de casa	120	87.0
Secretaria	4	2.9
Doméstica	4	2.9
Comerciante	3	2.2
Profesional	2	1.4
Otras	5	3.6
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100.0</b>

Fuente: expediente clínico

Tabla 2 Antecedentes ginecológicos en pacientes hysterectomizadas por dolor pélvico crónico en Ginecología, HEODRA, 2005-2009.

<b>Antecedentes (n=138)</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Leucorrea	73	52.9
Dismenorrea	71	51.4
Dispareunia	63	45.7
Legrados previos	35	25.4
Sangrado post coito	18	13.0

Fuente: expediente clínico

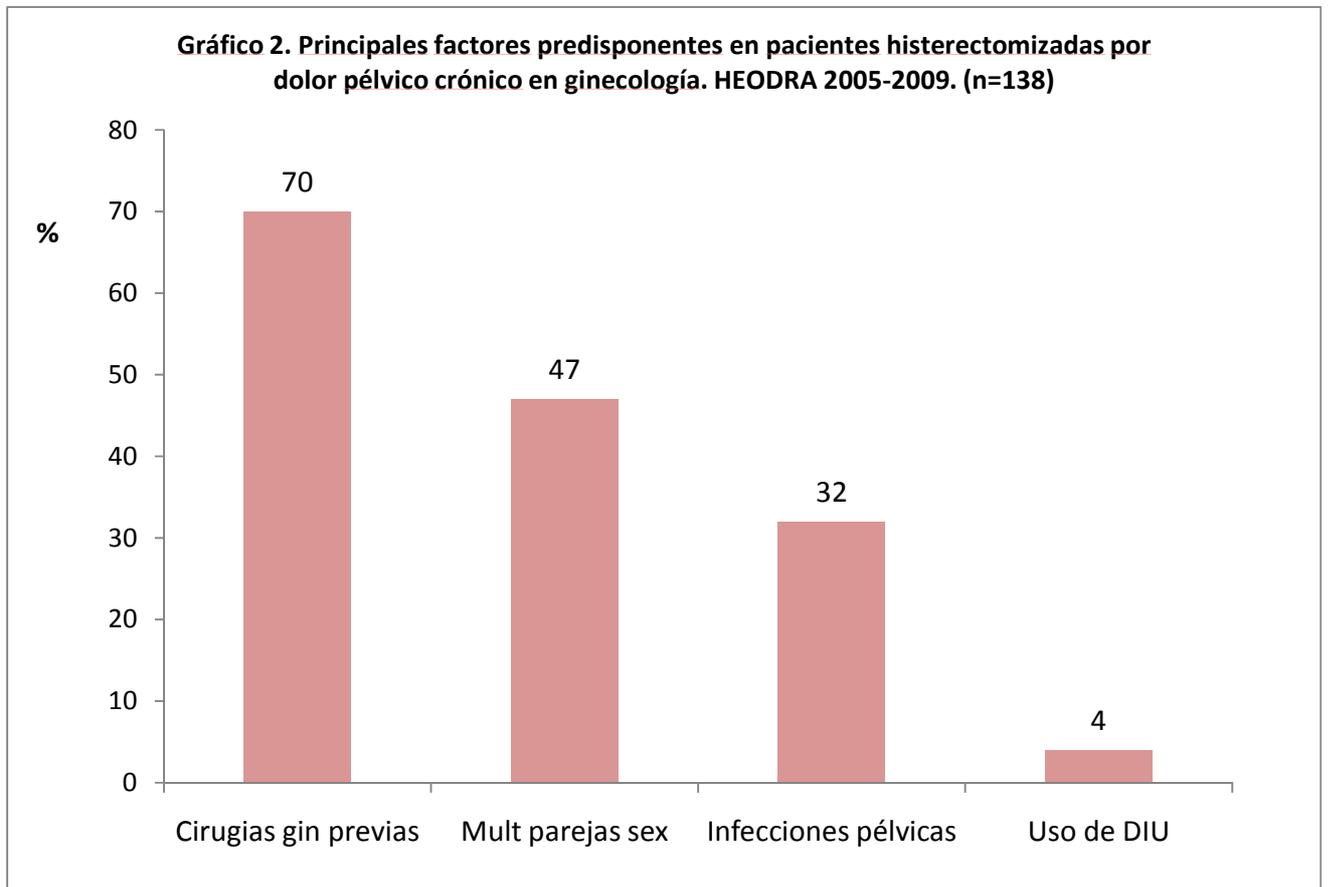


Fuente: expediente clínico

Tabla 3 Principales enfermedades asociadas en pacientes histerectomizadas por dolor pélvico crónico en Ginecología, HEODRA, 2005-2009.

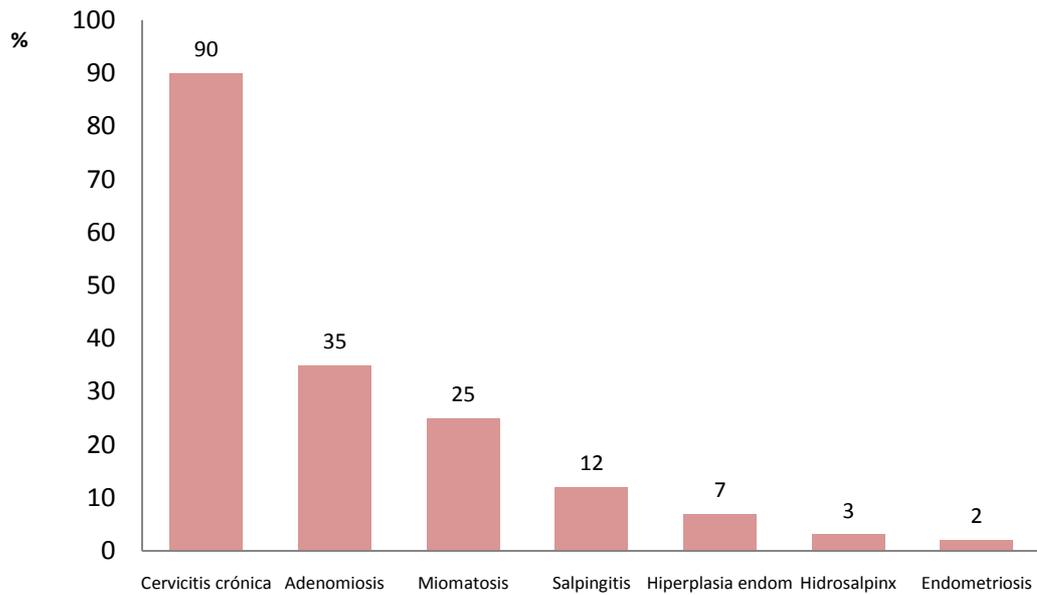
<b>Enfermedades asociadas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Anemia	17	12.3
Hipertensión arterial	14	10.1
Diabetes mellitus	5	3.6
Enfermedad cardiaca	3	2.2
Enfermedad renal	3	2.2
Enfermedades neoplásicas	3	2.2
Sin enfermedad asociada	93	67.4
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100.0</b>

Fuente: expediente clínico



Fuente: expediente clínico

**Gráfico 3. Principales hallazgos histopatológicos ginecológicos en pacientes histerectomizadas por dolor pélvico crónico en ginecología. HEODRA 2005-2009. (n=138)**



Fuente: expediente clínico

Tabla 4 Principales hallazgos del Papanicolaou en pacientes hysterectomizadas por dolor pélvico crónico en Ginecología, HEODRA, 2005-2009.

Hallazgos Papanicolaou	No.	% (N=96)
Inflamación leve	18	18.8
Inflamación moderada	40	41.7
Inflamación severa	38	39.5
Anormalidad de la célula epitelial		
LIEBG	8	8.3
LIEAG	5	5.2
Células escamosas atípicas	4	4.2
Células glandulares atípicas	1	1.0
Negativo para células malignas	78	81.3

Fuente: expediente clínico

Tabla 5 Reportes de biopsia fraccionada en pacientes hysterectomizadas por dolor pélvico crónico en Ginecología, HEODRA, 2005-2009.

<b>Reportes biopsia</b>	<b>No.</b>	<b>% (n=56)</b>
Cervicitis crónica	20	35.7
VPH	32	57.1
NIC I	11	19.6
NIC II-III	8	14.3
Cáncer in situ	1	1.8
Endometrio proliferativo	4	7.1
Metaplasia escamosa	22	39.3
Hiperplasia sin atipia	2	3.6

Fuente: expediente clínico