

## Dolor pélvico crónico: el invitado que ha llegado para quedarse

Como bien habrá reparado el lector asiduo de esta revista, de manera un tanto insistente se está queriendo llamar la atención de los especialistas sobre la patología del suelo pélvico femenino para incluir, en su ya apretada cartera básica de servicios, una patología nueva para muchos... Semilla que ya estamos viendo crecer, como todo lo que se siembra sobre buen terreno.

Dos editoriales, varios artículos de revisión y un número monográfico así lo atestiguan, pero lo nuevo no es en sí mismo el manejo del dolor como «síntoma», que ya realizábamos adecuadamente, sino «el otro dolor» («enfermedad») que repercute negativamente en todas y cada una de las dimensiones de la calidad de vida de las pacientes.

El dolor agudo no tiene por qué ser patológico en sí mismo. Hay una repercusión orgánica, y su correspondiente respuesta emocional proporcional al daño, que actúa como mecanismo de defensa, evitando muchas veces la perpetuación del estímulo y un daño mayor. La medicina alopática que todos practicamos tiene aquí uno de sus paradigmas en la causalidad y la proporcionalidad entre el estímulo y la vivencia del dolor.

Los avances en neurociencias nos han hecho reconsiderar axiomas clásicos de manejo, y abren día a día caminos al conocimiento de nuevas formas de tratamiento, en ocasiones muy diferentes a los analgésicos habituales, escapando de consideraciones genéricas y contextualizando en la paciente y el caso concreto.

Quizá todos nos podamos ver aquí reflejados tratando dolores crónicos con nuestros criterios de causalidad y proporcionalidad de daño, queriendo compensar la ineficacia de muchas pautas analgésicas, ya desde el inicio, con la prolongación del tratamiento y los múltiples cambios de tratamientos farmacológicos. Estos criterios habitualmente se derrumban ante un dolor crónico y, en ocasiones, hacen que nos sintamos «sin armas» para tratar el dolor y derivemos a los pacientes a una unidad de dolor.

### ¿Cuántos cuadros crónicos o de larga evolución nos empeñamos en tratar de manera pertinaz como si fueran agudos?

Hemos actualizado el protocolo de diagnóstico y manejo inicial del dolor pélvico crónico (DPC) –acogido, por cierto, con gran interés–, que hace hincapié en aspectos como la implicación multidisciplinaria en el estudio de cada caso, la eficiencia máxima en el proceso diagnóstico, el inicio rápido y multimodal de tratamientos y el especial cuidado en la valoración de la afectación psicológica como consecuencia y, menos veces, como causa.

Empezamos a disponer de datos de publicaciones internacionales y de organizaciones como la International Association of Study of Pain (IASP), y la frecuencia de diagnóstico de dolor pélvico crónico en la mujer preocupa ya de forma global. Las grandes diferencias socioculturales entre los distintos países, así como las barreras económicas y políticas, sumadas a los

E. Moral  
Santamarina

Jefe del Servicio  
de Ginecología  
y Obstetricia.  
Complejo Hospitalario  
de Pontevedra

condicionantes de rol en el afrontamiento del dolor en la mujer, son aspectos que todavía hacen imposible disponer de datos sobre la frecuencia real del DPC.

En los países desarrollados como el nuestro, el número de diagnósticos es creciente y no inferior al 15% de la población femenina en diferentes grados del problema.

La coexistencia de patologías orgánicas (urológicas, ginecológicas, gastroenterológicas, musculoesqueléticas...), así como las importantes implicaciones psicológicas, sociales, laborales y de la esfera sexual, nos conducen a un cambio en la estrategia de manejo que requiere la colaboración de equipos multidisciplinarios. El ginecólogo no debe perder la oportunidad de coordinar el proceso diagnóstico y poner en marcha las primeras medidas terapéuticas, teniendo en el horizonte las unidades de dolor para los casos más complejos.

A veces lo nuevo en nuestra apretada cartera de servicios puede incomodar o asustar, pero también puede llegar a ser estimulante. El uso de analgésicos opiáceos, o de anticonvulsivantes y antidepressivos, puede llegar incluso a interpretarse como «ajeno» a nuestra especialidad, pero recuerda los inicios del manejo del síndrome de vejiga hiperactiva con anticolinérgicos, fármacos hasta entonces empleados escasamente en nuestra especialidad.

Simplificando al extremo, sabemos que «dolor es cerebro», y así podemos llegar a entender el dolor atípico y el dolor sin un aparente desencadenante concreto, o fenómenos de «memoria de dolor», en los que se mantiene activa la vía de circulación del estímulo doloroso pero ya sin la presencia de éste.

Los distintos tipos de dolor en la región pélvica establecen una carrera contrarreloj, por lo que es necesaria una importante dosis de sagacidad en el diagnóstico de las posibles causas reconocibles (prevención secundaria) y, en el caso de dolores muy evolucionados o complejos, la puesta en marcha precoz de medidas terapéuticas y de rehabilitación para minimizar o evitar las secuelas (prevención terciaria). Es imposible realizar una adecuada prevención primaria de estos cuadros.

Recomiendo encarecidamente la lectura de un artículo de revisión, publicado el pasado mes de septiembre por Steege y Siedhoff, en el que se describe el enfoque de este problema por parte del ginecólogo práctico, considerado como un reto complicado que supone una pérdida de tiempo y resulta menos gratificante que la mayoría de los demás problemas obstétricos o ginecológicos, usualmente positivos y exitosos para ambas partes.

Pero, como decíamos al principio, «la semilla ya está plantada», y el interés de toda la comunidad clínica y científica sobre este problema es ciertamente elevado. El dolor es lo que más vincula al paciente con su médico. Nos toca implicarnos de nuevo y aprovechar las vías de trabajo en equipo con otras especialidades, algo que ya se ha emprendido con la creación de las unidades de suelo pélvico, con el ambicioso objetivo de seguir mejorando la calidad de vida de nuestras pacientes. ■

## BIBLIOGRAFÍA

- Engeler D, Baranowski AP, Elneil S. Guidelines on chronic pelvic pain. European Association of Urology. Eur Urol. 2012.
- Espuña M, coord. Dolor pélvico crónico. Suelo Pélvico. 2013; 9 Supl 1 [monográfico].
- RCOG. The initial management of chronic pelvic pain. Green Top Guideline 41, May 2012.
- Steege JF, Siedhoff MT. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2014; 124(3): 616-629.