

EDITORIAL

Dolor pélvico crónico

Las algias pelviperineales, pese a su elevada prevalencia (alrededor del 4%) y pese a representar el 10% de las visitas ginecológicas, son relativamente mal conocidas, diagnosticadas y tratadas.

Este tipo de dolor no está integrado en los cuadros semiológicos de la patología de órgano con los que estamos más habituados a trabajar.

Para enfrentarnos al diagnóstico y tratamiento de las algias pelviperineales, necesitamos cambiar nuestra cultura de diagnóstico secuencial hacia un abordaje multidisciplinar mucho más holístico: deberíamos procesar muchos elementos simultáneamente para organizarlos en una unidad compleja.

Definimos como dolor pélvico crónico aquel dolor localizado en la pelvis y/o el perineo de más de 6 meses de evolución y susceptible de tener repercusiones cognitivas, de comportamiento y sociales.

Aunque normalmente en el origen del dolor crónico existe una causa lesional pasada o presente, muchas veces cuando estas pacientes nos llegan a la consulta el dolor crónico se ha transformado en una verdadera patología autónoma con expresión psicósomática de difícil medida con un marcador objetivo.

Simplificando muchísimo, podríamos clasificar el dolor pélvico crónico según lo que podemos llamar subsíndromes de distintos orígenes:

- Ginecológico: endometriosis, síndrome post-EPI.
- Urinario: cistitis intersticial.
- Osteoarticular: coxigodinia, síndrome piramidal.
- Coloproctológico: anismo, fisura anal.
- Posparto: episiotomía, desgarros.
- Posquirúrgico: síndrome adherencial.
- Neuropático: neuralgia del nervio pudendo, neuralgia del obturador, neuralgia ilioinguinal.
- Vulvodinia.
- Síndrome miofascial.
- Síndrome de congestión pélvica

Según su patogenia, podemos clasificarlo también en:

- Dolor neuropático por lesión central o periférica del sistema nervioso autónomo. Afecta a un territorio nervioso concreto y se asocia a síntomas funcionales como disuria o retención urinaria, con muy mala respuesta a los antiálgicos convencionales.
- Dolor nociocéptico por lesión directa de los nociocéptores somáticos o viscerales, que responden bien a los inhibidores de las prostaglandinas y a los opiáceos.

La realidad es que nuestras pacientes presentan cuadros mixtos muy complejos donde se combinan todos estos factores. Claros ejemplos de ello son las pacientes con neuralgia del nervio pudendo asociada a un síndrome miofascial con dolor neuropático y dolor somático con sintomatología funcional urinaria, digestiva y sexual, o las pacientes con vulvodinia, contractura del músculo elevador y dolor neuropático secundario. Todo esto, sumado a unos niveles de ansiedad altos y a la afectación de la vida laboral y de pareja, hace más complejo el abordaje de estas patologías.

A. Pessarrodona
y J. Cassadó

Unidad de Uroginecología.
Hospital Universitario
Mútua de Terrassa

Es evidente que el abordaje inicial debe basarse en la detección de patologías orgánicas identificables: endometriosis profunda, adenomiosis, lesiones medulares intrínsecas o compresivas, vestibulitis... Sin embargo, en muchos casos nos será imposible encontrar una causa orgánica del dolor, ya que en algunas pacientes éste se debe a la alteración de la transmisión nociceptiva o a una alteración de los sistemas de regulación del dolor. Además, algunos dolores pelviperineales tienen un origen psicocomportamental; es bien conocido el aumento de esta patología en mujeres que han sufrido abusos físicos o sexuales, y también está bien demostrada la asociación de dolor pélvico crónico con la fibromialgia, la migraña o el síndrome del intestino irritable. Por lo tanto, sólo con una visión holística podremos enfrentarnos al diagnóstico y tratamiento de esta patología, ya que en la mayoría de casos en su origen se combinarán la organicidad, una cierta alteración de los mecanismos del dolor, y aspectos psicógenos y de comportamiento que van a influir en la vivencia del dolor.

Analizada la complejidad del origen del dolor pélvico crónico, es obvio que el abordaje enfocado sólo desde una especialidad, que en general tiende al reduccionismo, conllevará una simplificación excesiva del diagnóstico y del tratamiento. Un abordaje único por parte de la clínica del dolor, el ginecólogo, el rehabilitador, el coloproctólogo, el urólogo o el psicólogo está abocado al más estrepitoso fracaso. No es raro encontrarnos en la consulta con pacientes que han pasado por varios de estos especialistas y no han conseguido mejorar su calidad de vida.

En mi opinión, debemos formar profesionales que sean competentes en diagnosticar el dolor pélvico crónico con un enfoque multidisciplinar, capaces de diagnosticar el origen somático pero también de identificar los aspectos psicógenos y de disregulación nerviosa tan frecuentemente asociados a esta patología. A partir de este profesional, debe establecerse una red de otros profesionales que sean capaces de tratar estos cuadros de una manera interdisciplinar.

Sólo mejoraremos la calidad de vida de nuestras pacientes combinando múltiples abordajes terapéuticos. Por ejemplo, en una vestibulitis asociada a contractura del músculo elevador puede ser necesario un tratamiento local farmacológico o quirúrgico, la terapéutica muscular por un rehabilitador, el uso de antidepresivos y la terapia de pareja para solucionar el impacto de la patología sobre la sexualidad. En otra patología como la neuralgia del nervio pudendo puede requerirse la descompresión quirúrgica del nervio por parte de un ginecólogo o neurocirujano, emplear toxina botulínica para la contractura del elevador, utilizar un antiepiléptico para el dolor neuropático o incluso implantar un neuromodulador sacro.

Es evidente que desde el ámbito de la uroginecología debemos impulsar actividades enfocadas a formarnos desde el punto de vista del diagnóstico, la exploración, los test y las pruebas complementarias, y sobre todo a cómo enfocar el manejo terapéutico de estas pacientes.

Creo que es necesaria la existencia de un profesional, que puede proceder de cualquiera de las especialidades antes mencionadas, que ejerza como director de orquesta en el diagnóstico y tratamiento de estas pacientes, que sea el referente para ellas y para los demás profesionales que la van a diagnosticar y tratar, que sea el nudo de esta red extensa y multidisciplinar necesaria para intentar mejorar la calidad de vida de unas pacientes con una patología compleja, pero a quienes podemos ofrecer tratamientos y herramientas para mejorar o poder convivir con ella.

Probablemente el dolor sea la entidad nosológica más compleja de la naturaleza humana, y en el dolor pélvico crónico se entrelazan, de una manera especial, vivencias, organicidad y funcionalidad. En la interrelación de todos estos ámbitos es donde podemos encontrar la solución. Debemos ser capaces de crear unidades bien estructuradas donde profesionales médicos, rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos y sexólogos intervengan de una forma coordinada según las necesidades de cada una de nuestras pacientes. ■