

## PROTOCOLO

# Dolor pélvico crónico en la mujer: diagnóstico y tratamiento inicial

### Palabras clave

Dolor pélvico agudo, dolor pélvico crónico, síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial, dolor uretral, dolor vaginal, dolor perineal, dolor pélvico cíclico, neuralgia pudenda, dolor neuropático, dispareunia, dismenorrea, alodinia, hiperalgesia, disfunción de suelo pélvico femenina, vulvodinia, dolor miofascial, punto gatillo.

### Definición del problema (anexo 1)

El dolor se define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño físico real o potencial o que es vivida como tal daño»<sup>1</sup>. Por su parte, el dolor pélvico crónico (DPC) ha sido definido como aquel «dolor no cíclico de al menos 6 meses de duración localizado en la pelvis anatómica, la zona lumbosacra, las nalgas, la pared abdominal anterior o por debajo del ombligo, y que es lo suficientemente severo para causar incapacidad funcional o requerir atención médica» (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]).

El DPC se presenta en la consulta con un amplio abanico de formas, localizaciones, intensidades, repercusiones psicológicas y tiempos de evolución. Es recomendable poner en marcha lo antes posible el protocolo diagnóstico y terapéutico del DPC, incluso en aquellas pacientes que consultan antes de los 6 meses de persistencia de los síntomas.

### Objetivos del protocolo

El objeto principal de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO con la elaboración del presente protocolo es facilitar el conocimiento de esta patología y contribuir a la adquisición de las habilidades para que, mediante un abordaje multimodal (multidisciplinario y simultáneo), sea posible establecer lo más rápidamente posible un diagnóstico y posibilitar un tratamiento etiológico o al menos sintomático (tratamiento del dolor) si no se conoce la causa específica.

El objetivo final de este protocolo es la prevención secundaria del DPC, contribuyendo al reconocimiento de los factores etiológicos que favorecen la cronificación, la sensibilización central-memoria del dolor y la repercusión psicobiológica del problema.

Para alcanzar este objetivo se considera fundamental:

- Que el profesional pueda disponer de una estrategia de anamnesis, exploración física sistemática y opciones de

tratamiento sintomático del dolor, que permitan su aplicación en casos de DPC, o lo que es más interesante, de dolor en vías de cronificación.

- Que se pueda disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento del DPC, aplicando la mejor evidencia científica disponible.
- Que el profesional valore desde el inicio a la paciente con DPC con la intención de diseñar un programa de manejo consensuado y centrado en la paciente.
- Que la paciente conozca la naturaleza multifactorial del dolor pélvico, para lo cual es imprescindible que sea informada de forma adecuada.
- Que se genere confianza con el equipo que la va a tratar.

### Población diana

Mujeres que consultan por el síntoma de dolor continuo no resuelto y persistente en el hemiabdomen inferior, el periné, la vagina, la uretra o la región vulvar y anal, con o sin relación con el coito, asociado o no a otros síntomas sugestivos de disfunción del suelo pélvico, y que afectan a su calidad de vida.

### Clasificación y tipos de dolor. Terminología

#### Tipos de dolor

#### Dolor nociceptivo

Es aquel dolor producido por activación de las neuronas aferentes primarias denominadas nociceptores (incluyen las fibras C y Ad). Estas neuronas son activadas por señales químicas, térmicas u otras de alto umbral que indican peligro o daño.

El dolor nociceptivo puede ser de tipo *somático*, si es transmitido por fibras sensitivas aferentes pertenecientes al sistema nervioso somático que transmiten estímulos desde la pared abdominal, el suelo pélvico, el periné, la pared pélvica y el peritoneo parietal, o bien de tipo *visceral*, cuando el dolor es transmitido desde las vísceras abdominopélvicas y el peritoneo visceral.

#### Dolor inflamatorio

Es el dolor resultante de la interacción del sistema nervioso y los mediadores inflamatorios. Debido a su papel de protección de los tejidos, el dolor inflamatorio se considera adaptativo, aunque puede adaptarse mal en un contexto de inflamación crónica.

### Dolor neuropático

Es aquel dolor cuyo origen radica en el propio tejido neural. El término puede emplearse para designar concretamente el dolor que es resultado de un daño específico en el tejido nervioso periférico, o bien puede incluir también el dolor disfuncional en el que se desconoce el tipo de lesión y se genera una situación de excitotoxicidad que origina síndromes clínicos de dolor inexplicables. A través de múltiples mecanismos, el daño del tejido nervioso conduce a un incremento de señales dolorosas en el cerebro. Este dolor a menudo es caracterizado como punzante o eléctrico.

### Clasificación (anexo 2)

Resulta muy orientativo conocer si el dolor tiene relación con el ciclo menstrual durante el periodo reproductivo o no, así como su vinculación con las relaciones sexuales. El dolor puede ser episódico o continuo, y siempre ha de presentar una duración superior a 6 meses para considerarse DPC<sup>12,13</sup>.

Las causas más frecuentes en este contexto son:

- **Causas ginecológicas:** dismenorrea primaria y secundaria, síndrome premenstrual, endometriosis-adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, síndrome de ovario remanente, adherencias posquirúrgicas, vulvovaginitis, vestibulitis, vulvodinia, bartolinitis crónica, complicaciones posquirúrgicas en los genitales externos (cirugía vulvar, episiorrafia, colporrafias), prolapso de órganos pélvicos o varices pélvicas.
- **Causas urológicas:** síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial, disinergias y síndrome uretral.
- **Causas gastrointestinales:** síndrome del intestino irritable, enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...), adherencias posquirúrgicas densas, enfermedad diverticular, endometriosis intestinal, isquemia intestinal, cáncer colorrectal, enfermedad celiaca y proctalgias.
- **Trastornos musculoesqueléticos:** neuralgia del pudendo, fibromialgias, síndrome miofascial de la pared abdominal, síndrome miofascial del elevador del ano, síndrome del músculo piriforme, neuralgia del nervio ilioinguinal, iliohipogástrico o genitofemoral, dolor lumbosacro, dolor perineal posparto y coccigodinia.
- **Otros:** depresión, hiperalgesias, trastornos psicósomáticos, disfunción psicosexual (incluidos los abusos sexuales, pasados o actuales) y porfiria.

### Terminología (según la International Association for the Study of Pain [IASP])

La terminología relacionada con el dolor pélvico, especialmente cuando éste es crónico, está siendo debatida por varias sociedades científicas con el propósito de simplificar y reestructurar las clasificaciones existentes.

Por ello, la International Continence Society y la International Urogynecological Association han decidido establecer un criterio en función de la ubicación del dolor que refiere la paciente (que no necesariamente orientará su origen), para lo cual siguen la estructura axial de la clasificación establecida por la IASP<sup>14</sup>:

- **Dolor pélvico cíclico (*cyclical pelvic pain*):** está relacionado con la menstruación o cualquier otro momento del ciclo menstrual; en este tipo de dolor es muy alta la posibilidad de causa ginecológica.
- **Dolor vesical (*bladder pain*):** dolor, presión o molestia suprapúbica o retropúbica, que la paciente localiza en la zona de la vejiga y que generalmente aumenta con el llenado vesical; puede persistir o permanecer tras la micción.
- **Dolor uretral (*urethral pain*):** el dolor se percibe en la uretra, y así lo señala la paciente.
- **Dolor vulvar o vulvodinia (*vulval pain*):** dolor percibido en la vulva o alrededor de ella.
- **Dolor vaginal (*vaginal pain*):** dolor que se percibe internamente, por encima del introito.
- **Dolor perineal (*perineal pain*):** dolor percibido entre la horquilla perineal y el ano.
- **Neuralgia del pudendo (*pudendal neuralgia*):** dolor o quemazón vaginal o vulvar con extensión en la zona de inervación del nervio pudendo.

Existen también otros tipos de dolor que no han sido definidos por la IASP como entidades nosológicas específicas:

- **Dolor pélvico musculoesquelético:** es el dolor que se percibe en la pelvis y que no se asocia a otros síntomas sugestivos de disfunción intestinal, sexual, ginecológica o del tracto urinario inferior.
- **Dolor pélvico miofascial:** la sintomatología se atribuye a contractura, tensión y aumento de sensibilidad de los músculos y fascias pélvicas. Este tipo de dolor generalmente se acompaña de puntos gatillo identificados en la exploración pélvica. A menudo se asocia a síntomas de otros órganos pélvicos (urgencia miccional, quemazón vulvovaginal, sensación de ocupación rectal, defecación obstructiva, etc.), que pueden ser más molestos para la paciente que el propio dolor muscular<sup>15</sup>.

El empleo de una adecuada terminología facilita el correcto enfoque del caso, y debería incluir motivo de consulta, ubicación del dolor y tipo (visceral, somático, neuropático, etc.).

### Actividades que realizar para el diagnóstico inicial

Aunque el estudio de un dolor agudo y un dolor crónico puede presentar paralelismos, conceptualmente han de considerarse como entidades diferenciadas.

### Procedimientos básicos

Desde el momento mismo en que una paciente refiere dolor pélvico persistente, tanto si ha sido tratado o estudiado previamente como si no, estaría indicado el establecimiento de una serie de circuitos ambulatorios de *atención rápida y coordinada* para intentar llegar lo antes posible al diagnóstico y evitar demoras injustificadas en el tratamiento.

Cuando el dolor es crónico, con frecuencia existe multifactorialidad, agregación de patologías o fenómenos de sensibilización central; inicialmente se recomienda centrar la investigación en la localización y las características del dolor relatado por la paciente, pero sin descartar el estudio de los demás órganos o sistemas ni el inicio de medidas paralelas de valoración psicológica/neurológica ya desde un principio, no de manera secuencial.

La referencia de determinados miembros del equipo puede actuar de catalizador en la gestión de pruebas e interconsultas y favorecer el proceso, en cuanto que mejora el grado de confianza del paciente y enriquece y facilita la formación y capacitación del resto del equipo en esta área de salud.

### Anamnesis

En la primera visita de una mujer con dolor pélvico persistente, la anamnesis es una pieza fundamental para conseguir un diagnóstico correcto y un enfoque terapéutico adecuado.

El profesional ha de disponer del tiempo suficiente y la paciente debe sentir que tiene la posibilidad de exponer su problema y de ser escuchada y creída. En muchos casos la propia paciente tendrá su propia idea para explicar el origen del dolor. La naturaleza multifactorial del dolor debe discutirse con la paciente y valorarse desde el inicio, a fin de diseñar un programa de manejo consensuado y centrado en la confianza con el equipo que la va a tratar, relación que es muy importante mantener<sup>16</sup>.

Es fundamental realizar una anamnesis dirigida, por un lado, a definir el tipo de dolor y, por otro, a diagnosticar las posibles causas implicadas en su origen.

*Respecto al tipo de dolor*, hay que evaluar su duración, intensidad, localización y características (inflamatorio, neuropático, etc.), así como los factores agravantes (sedestación o deambulación) o que lo mejoran (reposo nocturno), los tipos de tratamiento recibidos y cómo lo modifican (respuesta a analgésicos y antiinflamatorios convencionales).

*Respecto al origen del dolor*, es imprescindible interrogar a la paciente sobre los siguientes aspectos:

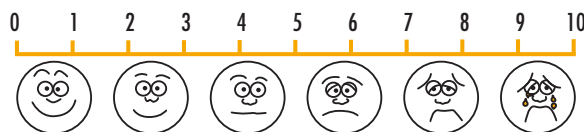


Figura 1. Escala visual analógica (EVA) del dolor. Clasificación de 0 a 10 en función de la intensidad del dolor (0= ausencia de dolor; 10= peor dolor imaginable)

- Antecedentes personales: cirugía pélvica, infecciones pélvicas, obesidad, trabajos de carga, antecedentes obstétricos (haciendo especial hincapié en los partos distócicos e instrumentales, los fetos macrosómicos y los desgarros), abusos sexuales e historia psicosexual, actividad deportiva (ciclismo), caídas, sedestación prolongada, traumatismos pélvicos, cirugía ortopédica.
- Enfermedades actuales: fibromialgia, cefaleas, colon irritable, ansiedad, depresión.
- Síntomas de dolor, o síntomas asociados, relacionados con:
  - Aparato reproductor: dismenorrea (sea primaria, que suele corresponder a hiperalgesia visceral, o secundaria), dispareunia (superficial o profunda), existencia o antecedente de vulvovaginitis (sobre todo de repetición), infertilidad (de causa conocida o no).
  - Aparato urinario: aumento de la frecuencia miccional, urgencia, disuria, dolor con el llenado vesical, nocturia, incontinencia, disfunción de vaciado.
  - Aparato digestivo: estreñimiento, episodios diarreicos, distensión/hinchazón abdominal, tenesmo, disquécia, dolor anal, rectorragias.
  - Aparato locomotor: dolor en la columna lumbosacra, dolor coccígeo, dificultades en la marcha.

### Escalas de dolor

Para valorar la intensidad del dolor, es útil emplear la escala visual analógica (EVA) de dolor y la escala numérica, ambas con un diseño de fácil aplicación basado en una esquematización gráfica o alfanumérica donde el paciente señala su apreciación subjetiva de la intensidad del dolor<sup>17</sup> (figura 1).

En lo referente a la evaluación específica del dolor neuropático, la Sociedad Española del Dolor propone que las unidades del dolor unifiquen criterios respecto a los instrumentos de evaluación recomendables para el seguimiento clínico de los pacientes en tratamiento por este tipo de dolor, estableciendo una serie de escalas específicas y un ritmo apropiado para emplear cada una de ellas en la monitorización de cada caso. Se incluyen dentro de estos instrumentos, además de las EVA clásicas, la escala de ansiedad/depresión (HAD), la de dolor neuropático (DN4) y la de valoración de sueño (MOS); la inclusión de esta última se justifica porque, excep-

**Tabla 1. Escalas de valoración de la gravedad del dolor neuropático y su repercusión en la calidad de vida**

- Cuestionario DN4 para la detección del dolor neuropático
- Escala visual analógica del dolor: EVA dolor neuropático
- Índice de discapacidad de Oswestry
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)
- Cuestionario SF-12 sobre el estado de salud
- Cuestionario del sueño Medical Outcomes Study (MOS)
- Escala de impresión de mejoría global del paciente (PGI-I)
- Escala de impresión de mejoría global del clínico (CGI-I)

to en dolores concretos, la afectación del sueño es vital para evaluar la gravedad del dolor<sup>18,19</sup> (tabla 1).

Algunas guías de práctica clínica recomiendan la realización de diarios de dolor<sup>16,20</sup>.

### Exploración física

#### **Exploración en bipedestación**

Se buscarán posibles alteraciones de la marcha, asimetrías de cadera y escoliosis de columna, así como la presencia de puntos gatillo en esa posición (músculo piramidal o piri-forme), presionando digitalmente el trayecto del músculo y sus inserciones en el sacro y el trocánter mayor (figura 2).

#### **Exploración abdominal en decúbito supino**

Se buscarán hernias, cicatrices o tumoraciones, diástasis de rectos o cicatrices. También buscaremos puntos dolorosos en la pared abdominal (rectos anteriores, transversos...).

#### **Exploración en la silla ginecológica**

- Valoración de los genitales externos, el periné, la zona perianal y la zona inguinal con la finalidad de buscar lesiones, cicatrices y zonas de sensibilidad anómala, mediante la inspección y valoración de la sensibilidad de la vulva y el vestíbulo con hisopo. Puede ser de interés trasladar la exploración a un mapa de dolor metamérico que facilite el diagnóstico diferencial con las neuropatías periféricas.
- Valorar el reflejo bulbocavernoso: contracción refleja de los músculos estriados del suelo pélvico/esfínter anal en respuesta a diversos estímulos sobre el periné o la región genital, constatando la integridad funcional de la médula sacra S2-S4 y los nervios periféricos sacros. Realizar el Skin Rolling Test: se produce dolor al desplazar mediante una pinza con nuestros dedos piel y tejido celular subcu-

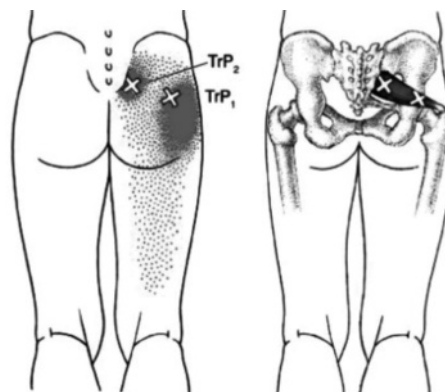


Figura 2. Puntos gatillo del músculo piramidal, en la exploración en bipedestación



Figura 3. Skin Rolling Test. Valoración de síntomas por neuropatía pudenda

táneo desde el ano hacia el pubis sobre el trayecto de las ramas del nervio pudendo<sup>21</sup> (figura 3).

- Valoración del estado de los músculos del suelo pélvico mediante tacto vaginal. El objetivo es evaluar su integridad anatómica, su tono y capacidad de contraer y relajar. Esto permite identificar desgarros, zonas cicatriciales, hipertonía y dificultad en la relajación voluntaria de este grupo muscular.
- Identificación de puntos gatillo (*trigger points*) mediante el tacto vaginal unidigital. Los fascículos puborrectal, ilio-coccígeo e isquiococcígeo del músculo elevador del ano, y los músculos obturadores interno y externo son accesibles en la exploración por esta vía. La presión sobre estos puntos a menudo provoca dolor referido a la vagina, la vulva, el periné, el recto y la vejiga. El dolor puede incluso ser referido a zonas más distantes, como los muslos, las nalgas o el abdomen inferior. Suelen acompañarse de palpación de cordón a tensión en el músculo implicado. La infiltración con anestésico local alivia el dolor.

- Exploración del trayecto del nervio pudendo y búsqueda del signo de Tinel (reproducción del dolor al presionar el tronco del nervio pudendo en la espina ciática o en el canal de Alcock por tacto vaginal).
- Valoración del aparato genital interno mediante el tacto bimanual, para descartar tumoraciones dependientes del útero o los anexos (neoplásicas, endometriósicas, inflamatorias...).
- Valoración del esfínter anal, los ligamentos uterosacros, el tabique rectovaginal y el cóccix mediante el tacto rectal, palpando directamente en búsqueda de dolor localizado en esas estructuras.
- Adicionalmente, el músculo piramidal también puede explorarse por tacto vaginal palpando por encima de la espina ciática, o bien colocando a la paciente en decúbito supino, con la cadera y la rodilla flexionadas, y solicitándole que haga una rotación lateral de cadera; la abducción contra resistencia de la cadera afectada, con el paciente sentado, genera dolor (maniobra de Pace), o bien se desencadena dolor en la nalga con la rotación interna forzada de la cadera en extensión de la extremidad (maniobra de Freiberg)<sup>22,23</sup>.
- Una vez realizada la exploración neuromuscular, completaremos la exploración física con la introducción del espéculo (primero ensamblado y posteriormente desmontado en valvas) para inspeccionar el cérvix y cada una de las paredes vaginales y de este modo descartar la presencia de prolapso de órganos pélvicos, de procesos inflamatorios/neoplásicos o de nódulos endometriósicos submucosos. También valoraremos el trofismo vaginal y la existencia de flujo/leucorrea. La exploración con espéculo la aprovecharemos para la toma de citología cervicovaginal, de cultivos y del estudio de pH (cuando sospechemos que estamos ante un proceso infeccioso agudo, sería recomendable realizar estas pruebas antes de realizar la exploración física endovaginal).

### Pruebas complementarias

Las pruebas complementarias se realizarán en función de la clínica o la sospecha diagnóstica.

### Pruebas de laboratorio

- Análisis de sangre con hemograma para valorar leucocitosis y velocidad de sedimentación; proteína C reactiva como prueba complementaria en procesos inflamatorios; CA-125 ante sospecha de procesos neoplásicos o endometriosis.
- Análisis sistemático de orina para descartar leucocituria y microhematuria; urocultivo; test de embarazo.
- Comprobar citología cervicovaginal reciente o actual.
- Cultivo de exudado vaginal y endocervical como parte del estudio de enfermedades de transmisión sexual (cla-

midia y gonococia), o para reforzar la sospecha diagnóstica de enfermedad inflamatoria pélvica.

- Análisis de sangre oculta en heces: se realizará en caso de sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal o en presencia de antecedentes familiares, o según el programa de cribado existente.

### Pruebas de imagen

Es esencial la realización sistemática de ecografía transvaginal y abdominopélvica, y si se sospecha patología rectal o del tabique rectovaginal es aconsejable hacer una ecografía endoanal.

La realización de otras pruebas de imagen (endoscopias, resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada...) debería fundamentarse en criterios sólidos y ante sospecha franca de patología orgánica. No son pruebas que deban llevarse a cabo en los primeros escalones asistenciales.

### Valoración psicológica

La valoración psicológica básica, incluyendo la búsqueda de indicios de abusos sexuales pasados o presentes, está especialmente indicada en todos los dolores subagudos o crónicos desde el inicio. Una historia de abusos posibilita *per se* el desencadenamiento de reacciones que aumentan la vulnerabilidad del individuo ante cualquier estímulo nociceptivo.

### Algoritmo para el diagnóstico del dolor pélvico

En la figura 4 se muestra un esquema de actuación en el diagnóstico y manejo del dolor pélvico.

### Tratamiento inicial

El éxito de las diferentes terapias para abordar el dolor pélvico está condicionado por el tipo, el origen y el tiempo de evolución.

- En el dolor de origen somático o visceral de tipo agudo o de corta evolución, suele ser suficiente el empleo de analgésicos simples junto con el tratamiento etiológico específico de la patología sospechada.
- En el dolor de tipo crónico con sospecha de sensibilización central o en el dolor neuropático, además de analgésicos simples, será preciso utilizar otros fármacos (antidepresivos, anticonvulsivos, opiáceos...), en el marco de un abordaje multimodal en el que también se valorarán técnicas fisioterapéuticas, bloqueos analgésicos nerviosos o determinadas intervenciones quirúrgicas.

### Tratamiento farmacológico

Según su intensidad, podemos clasificar cualquier dolor en leve, moderado, intenso e insoportable. A la hora de plan-

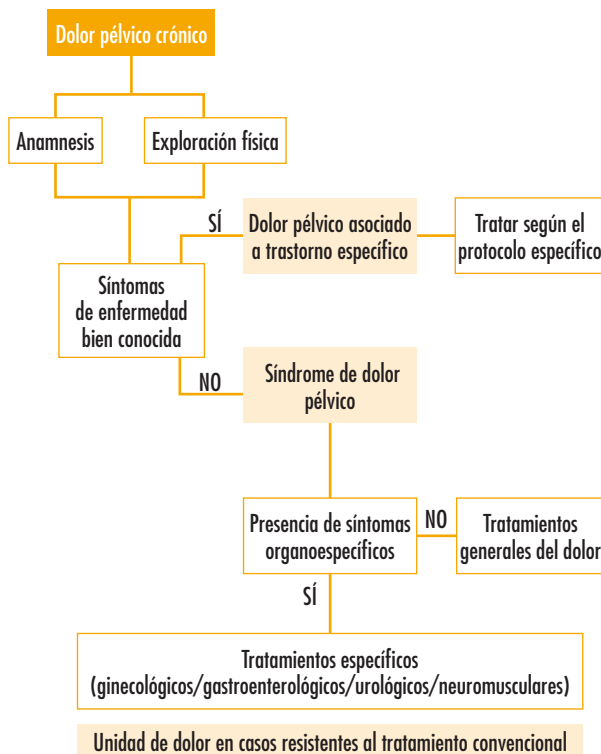


Figura 4. Algoritmo para el diagnóstico y manejo del dolor pélvico

tearnos su abordaje terapéutico, existen una serie de objetivos que debemos alcanzar: minimizar o eliminar la sensación de malestar del paciente, facilitar la recuperación del proceso agudo y eliminar o controlar de una forma efectiva los efectos secundarios asociados al tratamiento.

### Tratamiento farmacológico según la intensidad del dolor

El correcto tratamiento farmacológico del dolor se fundamenta en la utilización de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que distingue tres escalones dependiendo en gran medida de la intensidad del dolor:

- En los cuadros de dolor con una intensidad entre *leve* y *moderada*, los fármacos de elección son los analgésicos periféricos o los antiinflamatorios no esteroideos (AINE); se trata de un amplio grupo de fármacos que no presentan ninguna capacidad de fijación a los receptores opiáceos y que se caracterizan por tener tres efectos comunes: analgésico, antiinflamatorio y antitérmico.
- En los cuadros de *dolor intenso* están recomendados los opiáceos menores, a los que se pueden asociar AINE.
- Cuando la intensidad del dolor pasa a considerarse como *severa* o *insoportable*, hay que intentar controlarlo median-

te la administración de opiáceos potentes, sean solos o en combinación con AINE.

En los casos de *dolor neuropático* puede no ser válido el patrón de la OMS, y los fármacos se emplearían en función de la etiología del dolor pero asociados a antiepilépticos y antidepresivos (tabla 2).

### Tipos de fármacos más utilizados en el tratamiento del dolor

#### **Analgésicos**

Los agentes de acción periférica que cuentan con mayor evidencia terapéutica en las dosis habituales son el paracetamol (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A), los AINE (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación B), los antagonistas de la COX-2 (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación A), el clonixinato de lisina, el metamizol y el diclofenaco. Están especialmente indicados en casos de dolor agudo o de corta evolución, y como complemento de otros analgésicos en caso de DPC.

Los fármacos con un mecanismo principalmente central están representados por los opiáceos (codeína, tramadol, buprenorfina, metadona, petidina, morfina, hidromorfona y fentanilo). Están indicados en el dolor de intensidad moderada/severa, en el DPC (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) y en el dolor neuropático (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)<sup>24</sup>.

#### **Antidepresivos**

Los antidepresivos son de utilización común en el contexto del tratamiento multimodal del dolor, además de para tratar comorbilidades en estos pacientes, como son la propia depresión inducida por el dolor y la ansiedad<sup>25</sup>.

Los criterios que justifican el uso de los antidepresivos como tratamiento coadyuvante se sustentan en la posibilidad de que la terapia conjunta permita aliviar el dolor, potenciar el efecto de los analgésicos, disminuir la toxicidad de éstos, reducir los requerimientos de opiáceos, mejorar los síntomas asociados a síndromes dolorosos y tratar trastornos psicológicos concomitantes como el insomnio, la ansiedad y la depresión.

Disponen de más evidencia científica como coadyuvantes en el dolor neuropático (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A) que en el dolor pélvico en general (nivel de evidencia 3, grado de recomendación C)<sup>26</sup> (tabla 2).

Pueden utilizarse los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (citalopram, duloxetine, venlafaxina).

**Tabla 2. Fármacos utilizados para el tratamiento del dolor neuropático. Dosis y efectos secundarios**

Categoría/fármaco	Dosis sugerida (guías)	Efectos secundarios
<b>Antidepresivos tricíclicos</b>		
Amitriptilina	Comenzar con dosis de 10-25 mg/día; puede incrementarse 10-25 mg cada 4-7 días si es bien tolerada. Dosis máxima: 150 mg/día. Fraccionar la dosis	Boca seca, somnolencia, mareo, visión borrosa, estreñimiento, arritmia (ECG en mayores de 40 años)
Nortriptilina		
Desipramina		
Imipramina		
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/norepinefrina</b>		
Duloxetina	Comenzar con dosis de 30 mg/día e incrementar hasta 60 mg/día en 2 tomas	Mareo, fatiga, náuseas, somnolencia, boca seca, estreñimiento
Venlafaxina	Comenzar con dosis de 37,5 mg/día e incrementar semanalmente hasta 75 mg. Dosis máxima: 225 mg/día	Sudoración, pérdida de peso, náuseas, boca seca, somnolencia, mareo, elevación de la presión arterial, arritmia
<b>Anticonvulsivos</b>		
Gabapentina	Comenzar con dosis de 300 mg/día e incrementar semanalmente hasta 900 mg/día. En el paciente anciano, comenzar con 100 mg/día	Mareo, somnolencia, visión borrosa, comportamiento hostil
Pregabalina	Comenzar con dosis de 75 mg en 2 tomas e incrementar semanalmente 75 mg. Dosis máxima: 300 mg/día	Ganancia de peso, somnolencia, mareo, visión borrosa, dificultad para pensar
Topiramato	Comenzar con 50 mg en 2 tomas e incrementar 50-100 mg semanalmente hasta los 200-400 mg/día en 2 dosis	Síntomas gastrointestinales, diarrea, pérdida de apetito y de peso, náuseas, mareo, parestesia, pérdida de concentración, somnolencia, fatiga
<b>Agentes tópicos</b>		
Parches de capsaicina al 8%	Comenzar la aplicación durante 60 minutos. No aplicar con una frecuencia superior a cada 3 meses	Dolor, exantema. Elevación de la presión arterial durante el tratamiento
Parches de lidocaína al 5%	Cortar el tamaño adecuado y aplicar sobre la piel hasta 12 h en periodos de 24 h	Irritación local, raros efectos de toxicidad sistémica (ligero mareo, adormecimiento, doble visión, bradicardia)

Las dosis de antidepresivos tricíclicos suelen ser inferiores a las empleadas en el tratamiento de la depresión endógena.

La amitriptilina se administra en una dosis inicial de 10 mg por la noche, con incrementos de 10 mg cada 5 × 7 días en ausencia de efecto o presencia de efectos secundarios; la dosis máxima es de 150 mg/día durante 6 semanas, con reevaluación posterior<sup>20</sup>.

En cuanto a las contraindicaciones y precauciones, debe hacerse un empleo cuidadoso de estos fármacos en los pacientes con antecedentes cardiovasculares, dado que

umentan la posibilidad de que aparezcan arritmias, bloqueos, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular; del mismo modo, en el hipotiroidismo incrementan el riesgo de toxicidad cardiovascular.

Por otra parte, elevan el riesgo de alteraciones psicóticas en sujetos con esquizofrenia y disminuyen el umbral convulsivo, por lo que hay que tener especial cuidado en los pacientes epilépticos.

Por sus efectos anticolinérgicos, no es aconsejable su uso en individuos con glaucoma de ángulo cerrado, ni en la hipertrofia prostática o cuando existan procesos obstructi-

vos de las vías urinarias, pues incrementan el riesgo de retención urinaria.

Se debe realizar un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia hepática y/o renal, ya que la disminución de los procesos metabólicos y/o su eliminación pueden aumentar el riesgo de toxicidad.

Se recomienda la suspensión escalonada de la medicación antidepressiva.

### **Anticonvulsivos**

No tienen indicación en el dolor agudo<sup>28</sup>.

Suelen usarse en combinación con los otros grupos terapéuticos en los casos de dolor crónico no oncológico y neuropático<sup>27</sup>, raramente como primera elección.

La guía de práctica clínica de DPC de la European Association of Urology contempla su utilización en casos de contraindicación, efectos secundarios o fallo de tratamiento inicial con antidepressivos<sup>20</sup>.

La pregabalina y la gabapentina son neuromoduladores selectivos del almacenamiento de neurotransmisores en varias regiones del cerebro y de la cadena lateral de la espina dorsal. Son útiles en pacientes con dolor neuropático, alodinia e hiperalgesia (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A).

En el caso de la pregabalina, se recomienda comenzar con una dosis de 75 mg/12 h, y luego incrementar cada semana una de las tomas 75 mg, hasta alcanzar un máximo de 300 mg/día. Se ha de informar a la paciente sobre la posible aparición de efectos secundarios, como somnolencia, ganancia de peso, sensación de mareo, visión borrosa y bradipsiquia, habitualmente bien tolerados.

Para una información más detallada sobre las interacciones de los distintos fármacos descritos, puede consultarse la siguiente página web: <http://www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2FBMXNIMDQ%3D>.

### **Estudio y tratamiento especializado de la paciente con dolor pélvico crónico** **Atención por un equipo multidisciplinar**

Estará indicada la derivación a un equipo profesional especializado en DPC en aquellos casos que se presenten con una mala evolución a los tratamientos iniciales, ausencia de hallazgos específicos que expliquen el cuadro doloroso y comorbilidad sintomática desde el inicio con evidente afectación psicológica de la paciente.

Estos equipos tienen que poder ofrecer un abordaje multidisciplinar; el objetivo es conseguir el mejor resultado en el menor tiempo posible, a fin de disminuir la temida morbilidad neurológica agregada de los dolores crónicos, que merma las posibilidades de curación completa de la patología. Para ello se ha de crear una red de trabajo y una vía que permita la mayor eficiencia en el diagnóstico temprano del dolor, basándose en el empleo de guías clínicas actualizadas y la optimización de pruebas diagnósticas por la mayor especialización del facultativo que la solicita.

Dentro de esta estructura de equipo se incluyen anestesiólogos de unidades de dolor, ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, coloproctólogos, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, rehabilitadores y enfermería hospitalaria, siendo también precisa la colaboración de facultativos y enfermería de atención primaria para la captación y derivación de pacientes desde el primer nivel asistencial.

Mediante reuniones periódicas o sesiones clínicas específicas, podrán valorarse las necesidades o los avances concretos de los casos clínicos más complejos, evitándose de este modo uno de los factores más desfavorables en esta patología: el paso del tiempo sin un diagnóstico o tratamiento adecuado.

### **Diagnóstico especializado del dolor pélvico crónico por un equipo multidisciplinar**

Siempre que existan dudas tras la aplicación de la metodología diagnóstica básica, puede solicitarse la realización de pruebas complementarias, cuya indicación dependerá de la patología que se quiera descartar:

- Ecografía abdominal y endoanal: complementa la ecografía transvaginal ante sospecha de patología extragynecológica o con extensión fuera de la pelvis.
- Uretrocistoscopia: se realiza cuando se sospecha síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial y síndrome uretral.
- Pielografía descendente: ante sospecha de patología de la vía excretora urológica.
- Tomografía axial computarizada abdominopélvica: en caso de sospecha de masas pélvicas y para la valoración de los órganos pélvicos.
- Resonancia magnética nuclear de la pelvis y la columna: aclara o complementa los hallazgos de otras pruebas de imagen en la zona pélvica, así como patología inflamatoria, neoplásica o morfológica en la columna vertebral sospechosa de daño medular o raíces y plexos nerviosos.
- Estudio electrofisiológico: se realiza si se sospecha lesión del nervio pudendo.
- Eco-Doppler de vasos pudendos: ante síntomas de lesión del nervio pudendo.
- Laparoscopia diagnóstica: ante la sospecha de una masa pélvica de etiología desconocida o ante una falta de



datos tras el examen y las pruebas básicas de imagen (el 40% de las laparoscopias diagnósticas se realizan por DPC y, de ellas, el 40% muestran una pelvis normal; de las que evidencian patología, el 85% muestran endometriosis o adherencias)<sup>28,16</sup>.

### Tratamiento especializado del dolor pélvico crónico por un equipo multidisciplinar

#### Psicoterapia

Es dirigida por profesional experto e incluye terapia conductual, terapias de grupo y *biofeedback*. Resulta especialmente útil en casos de DPC y en pacientes con patología psicológica franca o con historia pasada o actual de abusos sexuales. La integración del tratamiento psicológico al resto de tratamientos mejora los resultados (nivel de evidencia 1a, grado de recomendación A)<sup>29</sup>.

#### Técnicas neuroablativas y bloqueos nerviosos

Estas técnicas pretenden reducir el dolor a través de la interrupción de las vías nerviosas periféricas. Pueden ser quirúrgicas (neurectomía presacra y ablación de los ligamentos uterosacros por vía laparoscópica) o no quirúrgicas (tratamientos neurolíticos con fenol, crioablación o termoablación).

Las técnicas laparoscópicas neuroablativas son técnicas de uso limitado en la práctica, bien por su dificultad técnica y alto grado de complicaciones<sup>30</sup>, bien porque no han demostrado que su eficacia se mantenga en el tiempo<sup>31</sup>. La principal indicación sigue siendo la dismenorrea primaria y el dolor asociado a endometriosis pélvica resistente al tratamiento médico<sup>32-34</sup>.

El bloqueo del plexo hipogástrico superior, a través de fluoroscopia o guiado mediante tomografía computarizada, puede reducir el dolor pélvico oncológico y no oncológico, disminuyendo su intensidad y el consumo de analgésicos, y mejorando los parámetros evaluados de calidad de vida.

El bloqueo del ganglio de Walter o ganglio impar de localización retroperitoneal en la cadena simpática prevertebral a nivel de la unión sacrococcígea permite controlar el dolor de la parte distal del recto, el ano, la uretra inferior, el tercio inferior de la vagina, y la vulva. La neurolisis se puede llevar a cabo mediante infiltración o por radiofrecuencia, y se considera un complemento del bloqueo del plexo hipogástrico en el dolor de tipo visceral, somático y neuropático procedente de estructuras perineales y pélvicas<sup>35,36</sup>.

Con la neuromodulación sacra se dispone de experiencia en los casos de síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial; fuera de esta indicación, sólo se emplea de forma ocasional<sup>37,38</sup>.

#### Técnicas fisioterapéuticas

Su indicación fundamental es el dolor pélvico de tipo miofascial. Dado que este diagnóstico es clínico (basado en los hallazgos característicos en la historia y la exploración física, que incluyen la valoración de los ligamentos, las fascias y los músculos del abdomen y la pelvis), el tratamiento sólo será eficaz en caso de disfunción musculoesquelética específica con existencia y reconocimiento de puntos gatillo en la musculatura abdominal o pélvica<sup>39</sup>.

Las similitudes del dolor en cuanto a su localización y los patrones cíclicos dificultan en gran medida la diferenciación entre el dolor de origen musculoesquelético y el dolor pélvico ginecológico, sobre todo si el clínico concede al segundo mayor importancia de la que tiene, prescindiendo del beneficio de una exploración física adecuada. Hay que señalar que este dolor disminuye habitualmente en reposo y cambia de intensidad y localización con las variaciones de postura y con actividades mecánicas específicas<sup>40</sup>.

En estos casos las pacientes pueden beneficiarse de terapia física, comenzando por la reeducación de hábitos negativos y la corrección de las alteraciones biomecánicas (si existen), para seguir con técnicas de liberación miofascial (inducción fascial, estiramiento de músculos, masaje de la zona afectada) y reeducación muscular (ejercicios de Kegel, *biofeedback*...), asociadas a otras técnicas fisioterapéuticas como parte de un abordaje multidisciplinar<sup>41-44</sup>.

En casos de DPC asociado a espasmo de fascículos del elevador del ano, se han comunicado buenos resultados tras la infiltración de toxina botulínica tipo A en la musculatura afectada, con la que se consigue una relajación inmediata y alivio del dolor. También se han utilizado inyecciones intravesicales de toxina botulínica en pacientes con síndrome de dolor vesical<sup>45,46</sup>.

Otras técnicas que pueden utilizarse son los ultrasonidos, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) o electroestimulación de la musculatura contracturada o dolorosa mediante electrodos de superficie o electrodos de aplicación vaginal en caso de afectación del músculo elevador del ano. La neuromodulación sacra se ha aplicado con éxito en síndromes dolorosos complejos pélvicos y en dolor de tipo neuropático<sup>47-50</sup>.

#### Resumen

El DPC es una patología de alta prevalencia que presenta:

- Afectación de estructuras con un mismo origen embriológico: el seno urogenital.
- Diferentes cuadros orgánicos con bases fisiopatológicas posiblemente similares.

- Comorbilidades asociadas (lo que puede llevar a la superposición de síntomas).
- Una etiología muchas veces desconocida.
- Una terminología confusa y variable.
- Un diagnóstico establecido muchas veces por exclusión, tras la realización de múltiples pruebas.
- Un tratamiento con múltiples posibilidades y resultados dispares.

En un elevado número de casos, no se identifica la causa fisiopatológica o daño subyacente al DPC. Ello contribuye a que muchas veces las pacientes sufran un verdadero peregrinaje de unos especialistas a otros, lo que conlleva importantes retrasos en el diagnóstico o el tratamiento de la patología, con una alta variabilidad en la práctica clínica.

El objetivo principal de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO con la elaboración del protocolo actual, así como con otras publicaciones previas, es facilitar el conocimiento de esta patología y contribuir a la adquisición de las habilidades necesarias para, mediante un abordaje multimodal (multidisciplinario y simultáneo), poder establecer lo más rápidamente posible un diagnóstico e instaurar un tratamiento etiológico o al menos sintomático (tratamiento del dolor) si no se conoce la causa específica<sup>50</sup>.

De esta manera se favorece una adecuada prevención secundaria del DPC, mediante la identificación de los factores etiológicos que favorecen la cronificación, la sensibilización central-memoria del dolor y la repercusión psicobiofísica del problema.

## ANEXO I

### ¿Qué entendemos por dolor pélvico?

La región pélvica puede ser asiento de una gran variedad de procesos dolorosos, tanto en lo que respecta a su manifestación en el tiempo (agudo, subagudo o crónico) como en relación con los diversos órganos o sistemas posiblemente implicados (urológico, ginecológico, musculoesquelético y el propio sistema nervioso somático o autónomo), pudiendo establecerse fenómenos de multifocalidad, sinergia, interferencia o desarrollo de respuestas dolorosas anormales, sobre todo en aquellos casos en que el dolor no se resuelve a corto plazo y se cronifica.

El dolor localizado en la parte baja del abdomen y la región pélvica y perineal puede ser una señal de advertencia de lesión tisular aguda o crónica de los órganos contenidos, o puede haberse convertido en una afección crónica en la que ya no podemos encontrar patología identificable por sensibilización del sistema nervioso y memoria del dolor, convirtiéndose el dolor en una enfermedad en sí misma<sup>2</sup>.

### Dolor pélvico agudo

Cualquier dolor pélvico en la mujer es causa habitual de consulta, siendo los ginecólogos frecuentemente requeridos para realizar diagnósticos diferenciales. Sin embargo, el componente fundamental cuando el proceso es agudo es identificar con rapidez la presencia de condiciones que amenazan la vida y, por lo tanto, exigen una intervención quirúrgica inmediata, como la hemorragia grave de ruptura de un embarazo ectópico o una perforación apendicular inminente.

El dolor agudo se define como un dolor de inicio brusco, intenso y localizado, normalmente de duración limitada y que puede asociarse a una serie de cambios fisiológicos (sudoración, taquicardia, hipertensión arterial, etc.); lo más importante, tanto para el paciente como para el médico, es conseguir un alivio rápido del dolor y obtener una potencia analgésica adecuada una vez que se inicia el tratamiento. El dolor agudo está constituido por una compleja constelación de experiencias sensoriales, perceptuales y emocionales desagradables; a ello se le suma una respuesta de estrés a la agresión dolorosa, que se traduce en la puesta en marcha de una serie de reacciones neurovegetativas de defensa que pueden acompañarse, a su vez, de un cuadro de ansiedad. Este cuadro varía según la naturaleza de la agresión y de la propia estructuración psicológica del individuo<sup>3</sup>.

El dolor agudo se produce tras la activación de neuronas sensitivas primarias o nociceptores ante un estímulo o una lesión potencialmente perjudicial, lo que alerta al organismo de una lesión (o posible lesión) y desencadena respuestas vegetativas encaminadas a reparar el daño; habitualmente la sensación desaparece en un tiempo breve. Se trata de una respuesta de tipo adaptativo del sistema nervioso normal. Si persiste la estimulación de nuevos receptores, el dolor agudo puede perdurar pero no tiene por qué cronificarse, resolviéndose puntualmente por la misma vía descrita. La intensidad del síntoma doloroso agudo acostumbra a ser proporcional al daño tisular y el diagnóstico causal suele realizarse con facilidad mediante la anamnesis, la exploración física y pruebas de imagen. En general existe una relación causal bien definida, y el tratamiento suele ser más efectivo que en los casos de dolor crónico (en cambio, en el dolor crónico o persistente se pierde la finalidad del dolor, lo que representa una alteración del procesamiento nervioso)<sup>4</sup>.

Gran parte de los casos de dolor pélvico agudo en ginecología los solucionará el profesional que reciba a la paciente (muchas veces de urgencia), centrándose en descartar procesos inflamatorios, funcionales (ovulatorios, torsión de órganos), complicaciones del embarazo, etc., y sin necesidad de intermediación o valoración por otros especialistas.

Este axioma también es válido para los dolores agudos de causa urológica o gastroenterológica.

### Proceso de transición de un dolor pélvico agudo a crónico

Lo que parece claro es que, una vez pasada la fase aguda del dolor y tras haber administrado el tratamiento analgésico y etiológico del cuadro causal, cualquier dolor persistente debe alertar y llevar a la búsqueda sistemática de errores en el diagnóstico inicial (replanteamiento diagnóstico), al diagnóstico de nuevas complicaciones o insuficiencia del tratamiento analgésico; el objetivo es reconducir la situación hacia la curación y evitar la estimulación continua y anómala de las vías del dolor. Al ser la señal dolorosa mediada y transmitida por el sistema nervioso, con el paso del tiempo la persistencia del estímulo doloroso o la propia alteración de la señal hacen que el diagnóstico sea más complejo y que en ocasiones el tratamiento no sea satisfactorio en cuanto a cese del dolor. El dolor es una sensación subjetiva, que siempre es diferente de unos individuos a otros, e incluso en un mismo individuo a igualdad de estímulo doloroso.

Debido a las características de la transmisión de la señal dolorosa y la complejidad inherente a las redes de transmisión, la elaboración de la sensación dolorosa y su integración a nivel del córtex, ésta puede alterarse en caso de persistencia del estímulo que provoca el dolor inicialmente (estímulo nociceptivo), pudiendo llegar a mantenerse la situación del dolor, incluso permanentemente, después de haber desaparecido la causa original. Sabemos que el dolor es una sensación que puede llegar a percibirse incluso en ausencia de un órgano o una parte del cuerpo, como sucede en los casos de «miembro fantasma».

Cuando hablamos de dolor crónico en el que llega a producirse sensibilización periférica o central, pueden aparecer síntomas como la alodinia e hiperalgesia. Estos cuadros también pueden desarrollarse por daño neuropático, sin que tenga que ser un dolor de tipo crónico.

La hiperalgesia es una percepción de dolor incrementado o intenso ante estímulos que normalmente producen dolor. La alodinia es una respuesta dolorosa ante un estímulo que habitualmente no es doloroso. El dolor espontáneo es el que aparece en ausencia de estímulos.

### Dolor pélvico crónico

El contexto clínico del dolor pélvico agudo y del dolor pélvico crónico (DPC) es muy diferente y, por tanto, el consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos también lo suele ser.

El DPC se define como aquel «dolor no cíclico de al menos 6 meses de duración localizado en la pelvis anatómica, la

zona lumbosacra, las nalgas, la pared abdominal anterior o por debajo del ombligo, y que es lo suficientemente severo para causar incapacidad funcional o requerir atención médica» (ACOG).

Es un problema que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes. Muchos trastornos urológicos, gastrointestinales o ginecológicos pueden ser causas aisladas o asociadas de DPC y a menudo propician un dilema diagnóstico en la consulta ginecológica o general. El DPC a menudo coexiste con otras patologías orgánicas, y tiene importantes implicaciones psicológicas, derivadas en muchos casos de las diferencias socioculturales y de género en la percepción del dolor. Tiende a considerarse como un síndrome, más que como un signo, ya que induce modificaciones psicológicas, biológicas, sociales, laborales y de la esfera sexual que requieren un abordaje amplio por equipos multidisciplinarios.

Seis meses de dolor es un estándar común para enfermedades crónicas y, por lo tanto, de una manera arbitraria se ha utilizado para definir el DPC<sup>5</sup>, siendo el momento a partir del cual los cambios emocionales y de comportamiento observados en pacientes con DPC se hacen clínicamente relevantes<sup>6</sup>.

El DPC se presenta en la consulta con un amplio abanico de formas, localizaciones, intensidades, consecuencias psicológicas y tiempos de evolución; en cualquier caso, siempre conviene poner en marcha lo antes posible el protocolo diagnóstico y terapéutico del DPC, incluso en las pacientes que consultan antes de los 6 meses de permanencia de síntomas.

### Prevalencia del dolor pélvico crónico

Los estudios epidemiológicos han documentado que los síndromes de DPC urogenital en varones y mujeres constituyen una patología muy prevalente; tanto es así que alrededor del 15% de las mujeres en edad reproductiva sufren DPC<sup>5,7-9</sup>.

Conocer la prevalencia del DPC es importante de cara a tomar medidas desde la perspectiva de la salud pública: es necesario diseñar estrategias que permitan su identificación temprana, mediante un abordaje multidisciplinario de los posibles casos, y con ello reducir la carga de enfermedad que representa el DPC y minimizar el deterioro en la calidad de vida de la población femenina.

### Comorbilidades en el dolor pélvico crónico

Se estima que el 25-50% de las mujeres con DPC que reciben atención médica tienen más de un diagnóstico, y que muchos de estos cuadros comparten características con otros cuadros somáticos funcionales, generalizados o localizados fuera de la pelvis<sup>10</sup>.

Las pacientes con más de un sistema orgánico implicado en el DPC tienen mayor dolor que las que presentan síntomas derivados de un solo sistema<sup>11</sup>.

## ANEXO 2. TRASTORNOS UROLÓGICOS, GASTROINTESTINALES O GINECOLÓGICOS QUE PUEDEN SER CAUSA AISLADA O ASOCIADA DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

- **Causas ginecológicas:** dismenorrea primaria y secundaria, síndrome premenstrual, endometriosis-adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica cronicada, síndrome de ovario remanente, adherencias posquirúrgicas, vulvovaginitis, vestibulitis, vulvodinia, bartolinitis crónica, complicaciones posquirúrgicas de los genitales externos (episiorrafia, colporrrias), prolapso de órganos pélvicos o varices pélvicas.
- **Causas urológicas:** síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial, disinergias y síndrome uretral.
- **Causas gastrointestinales:** síndrome del intestino irritable, enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...), adherencias posquirúrgicas densas, enfermedad diverticular, endometriosis intestinal, isquemia intestinal, cáncer colorrectal, enfermedad celiaca y proctalgiás.
- **Trastornos musculoesqueléticos:** neuralgia del pudendo, fibromialgias, síndrome miofascial de la pared abdominal, síndrome miofascial del elevador del ano, síndrome del músculo piriforme, neuralgia del nervio ilioinguinal, iliohipogástrico o genitofemoral, dolor lumbosacro, dolor perineal posparto y coccigodinia.
- **Otros:** depresión, hiperalgesias, trastornos psicósomáticos, disfunción psicosexual (incluidos los abusos sexuales, pasados o actuales) y porfiria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Foley KM, Posner JB. Pain and its management. En: Cecil Textbook of Medicine, 18.ª ed. Filadelfia: WB Saunders, 1988; 104-112.
2. Montero-Homs J. Dolor nociceptivo, dolor neuropático y memoria de dolor. Neurología. 2009; 24(6): 419-422.
3. Sociedad Española del Dolor: [www.portalsedolor.es/areastematicas](http://www.portalsedolor.es/areastematicas)
4. Engeler D, Baranowski AP, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, Oliveira P, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology, 2012.
5. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. Br J Gen Pract. 2001; 51(468): 541-547.
6. Williams RE, Hartmann KE, Steege JF. Documenting the current definitions of chronic pelvic pain: implications for research. Obstet Gynecol. 2004; 103(4): 686-691.
7. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. Obstet Gynecol. 1996; 87(3): 321-327.
8. Stones RW, Price C. Health services for women with chronic pelvic pain. J R Soc Med. 2002; 95(11): 531-535.
9. Latthe P, Lathe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Publ Health. 2006; 6: 177.
10. Warren JW, Morozov V, Howard FM. Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome? Am J Obstet Gynecol. 2011; 205(3): 199.e1-199.e5.
11. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community – symptoms, investigations, and diagnoses. Am J Obstet Gynecol. 2001; 184(6): 1.149-1.155.
12. Vercellini P, Daguati R, Abbiati A. Chronic pelvic pain. En: Arici A, Seli E, eds. Non-Invasive Management of Gynecologic Disorders. Londres: Informa Healthcare Publishing Group, 2008; 33-51.
13. Howard FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2003; 101(3): 594-611.
14. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. IASP Press, 2002.
15. Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. Clin Obstet Gynecol. 2003; 46(4): 773.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green-top Guideline n. 41. RCOG, mayo de 2012.
17. Price D, McGrath P, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain. 1983; 17(1): 45-56.
18. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. J Psychosom Res. 2002; 52(2): 69-77.
19. De la Calle. Recomendaciones sobre el empleo de escalas en el dolor neuropático de la SED. Disponible en: <http://dn.areastematicas.com/recomendaciones>
20. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2010; 57(1): 35-48.
21. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). NeuroUrol Urodyn. 2008; 27(4): 306-310.
22. Pleguezuelos E, Merí A, Guirao LI, Moreno E, Pérez ME, Sanz P. Atlas de puntos clave musculares en la práctica clínica. Buenos Aires-Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
23. Ruiz-Arranz JL, Alfonso Venzalá I, Villalón Ogayar J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 14 casos. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2008; 52(6): 359-365.
24. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006; (3): CD006146.
25. Bajwa ZH, Simopoulos TT, Pal J, Kraemer JJ, Chopra P, Nagda JV, et al. Low and therapeutic doses of antidepressants are associated with similar response in the context of multimodal treatment of pain. Pain Physician. 2009; 12(5): 893-900.
26. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (4): CD005454.
27. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (3): CD001133.
28. Mollo M, Baurant E, Rossi-Seignert AK, Collet S, Boyer R, Thiers-Baurant D. Evaluation of diagnostic accuracy of colour duplex scanning, compared to electromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in pudendal neuralgia by entrapment: a prospective study on 96 patients. Pain. 2009; 142(1-2): 159-163.
29. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, Abbiati A, Barbara G, Fedele L. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis and

- diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol.* 2009; 25(3): 149-158.
30. Morley SJ, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain.* 1999; 80(1-2): 1-13.
  31. Lee TT, Yang LC. Pelvic denervation procedures: a current reappraisal. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008; 101(3): 304-308.
  32. Kwok A, Lam A, Ford R. Laparoscopic presacral neurectomy: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2001; 56(2): 99-104.
  33. Daniels J, Gray R, Hills RK, Latthe P, Buckley L, Gupta J, et al. Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain. A randomized controlled trial. *JAMA.* 2009; 302(9): 955-961.
  34. Cortiñas M, Muñoz T, Vara C, Salmerón J, García-Villalba F. Eficacia del bloqueo del ganglio impar en dolor pélvico y perineal de etiología ginecológica. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2011; 38(3): 95-99.
  35. Walters A, Muhleman M, Osiro S, Bubk K, Snosek M, Shoja MM, et al. One is the loneliest number: a review of the ganglion impar and its relation to pelvic pain syndromes. *Clin Anat.* 2013 Jan 21. Doi: 10.1002/ca.22193.
  36. Nair AR, Klapper A, Kushnerik V, Margulis I, Del Priore G. Spinal cord stimulator for the treatment of a woman with vulvovaginal burning and deep pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(2 Pt 2): 545-547.
  37. Marcelissen T, Van Kerrebroeck P, De Wachter S. Sacral neuromodulation as a treatment for neuropathic clitoral pain after abdominal hysterectomy. *Int Urogynecol J.* 2010; 21(10): 1.305-1.307.
  38. Díaz-Mohedano E, Barón-López FJ, Pineda-Galán C. Consideración etiológica, diagnóstica y terapéutica del componente miofascial en el dolor pélvico crónico. *Actas Urol Esp.* 2011; 35(10): 610-614.
  39. Rosenthal RH. Aspectos psicológicos y dolor pélvico. En: Ling FW, ed. *Tratamiento actual para el dolor pélvico crónico.* Clínicas de ginecología y obstetricia. México DF: Interamericana, 1993; 4: 601-618.
  40. Hughes SS, Goldstein MN, Hicks DG, Pellegrini VD Jr. Extrapelvic compression of the sciatic nerve. An unusual cause of pain about the hip: report of five cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1992; 74(10): 1.553-1.559.
  41. Ruiz-Arranz JL, Alfonso Venzalá I, Villalón Ogayar J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 14 casos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2008; 52(6): 359-365.
  42. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J.* 2003; 14(4): 269-275.
  43. FitzGerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK, Peters KM, Clemens JQ, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol.* 2009; 182(2): 570-580.
  44. Abbott JA, Jarvis SK, Lyons SD, Thomson A, Vancaille TG. Botulinum toxin type A for chronic pain and pelvic floor spasm in women: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(4): 915-923.
  45. Liu HT, Kuo HC. Intravesical botulinum toxin A injections plus hydrodistension can reduce nerve growth factor production and control bladder pain in interstitial cystitis. *Urology.* 2007; 70(3): 463-468.
  46. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. I: Background and patient evaluation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14(4): 261-268.
  47. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med.* 2008; 5(3): 513-523.
  48. De Oliveira Bernardes N, Bahamondes L. Intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain. *J Reprod Med.* 2005; 50(4): 267-272.
  49. Kemler MA, Barendse GA, Van Kleef M, De Vet HC, Rijks CP, Furnée CA, et al. Spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy. *N Engl J Med.* 2000; 343(9): 618-624.
  50. Nohales FJ, Bonillo MA, Izquierdo R. Dolor pélvico crónico en la práctica uroginecológica. *Suelo Pélvico.* 2012; 8(1): 9-24.