

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Dolor pélvico crónico: impacto psicológico y sobre la función sexual

S. Anglès Acedo, C. Ros Cerro, M. Espuña-Pons

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic de Barcelona

RESUMEN

Introducción: El dolor pélvico crónico (DPC) es un síntoma común a diversos subsíndromes que abarcan múltiples especialidades, y tiene una elevada prevalencia. Se asocia a síndromes somáticos funcionales y a alteraciones en la esfera psicológica y sexual.

Resumen de la evidencia: Los procesos psicológicos de las emociones, el pensamiento y el comportamiento están implicados en la neuromodulación del dolor, inicialmente con un papel adaptativo. Cuando el dolor se perpetúa, se producen alteraciones en el sistema nervioso que provocan una mayor vulnerabilidad al dolor. El DPC se asocia a alteraciones psicológicas como la depresión, la ansiedad o la ira; asimismo, la prevalencia de disfunción sexual en estas pacientes también es elevada, y requiere un abordaje terapéutico específico. Las intervenciones psicológicas pueden ir dirigidas al propio dolor (percepción del dolor) o a la adaptación de la paciente a él.

Conclusiones: Las pacientes con DPC tienen un mayor riesgo de presentar trastornos emocionales y disfunción sexual, que deben ser abordados por el profesional sanitario.

Palabras clave: dolor pélvico crónico, disfunción sexual, depresión, ansiedad.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain: psychological impact and sexual dysfunctions

Introduction: Chronic pelvic pain (CPP) is a common symptom of various syndromes involving multiple specialties. CPP has a high prevalence and it is associated with functional somatic syndromes, and with psychological and sexual disorders.

Summary of evidence: Psychological processes of emotions, thought and behavior are involved in pain neuro-modulation, initially with an adaptive role. When the pain is perpetuated, the nervous system changes and patients display reduced pain tolerance. CPP is associated with psychological disorders such as depression, anxiety or anger. There is a high prevalence of sexual dysfunction in these patients, and it requires a specific therapeutic approach. Psychological interventions can be targeted directly at pain (pain perception), or at the patients' pain adaptation.

Conclusions: Patients with CPP have an increased risk of emotional and sexual dysfunction, which should be addressed by the healthcare professional.

Keywords: chronic pelvic pain, sexual dysfunction, depression, anxiety.

Introducción

El dolor pélvico crónico (DPC) cuenta con definiciones heterogéneas en la literatura médica. En esas definiciones la duración del dolor oscila entre 3 y 6 meses de duración, y su localización va desde el hemiabdomen inferior hasta la zona urogenital^{1,2}. Desde el punto de vista uroginecológico, sociedades como la International Association for the Study of Pain (IASP), la International Continence Society (ICS) o la European Association of Urology (EAU) consideran el DPC

dentro de un síndrome doloroso donde el dolor es la queja principal, pero está asociado a otros síntomas, ya sean urinarios, ginecológicos, digestivos o de naturaleza sexual³⁻⁵.

Se estima que el DPC afecta a más de 9 millones de mujeres en Estados Unidos⁶, con una prevalencia variable, que va desde 24 hasta 240 casos por cada 1.000 mujeres^{6,7}. Sin embargo, es probable que estos datos epidemiológicos infravaloren la realidad, ya que no todas las mujeres que experimentan DPC consultan a su médico de familia y, de las que lo hacen, no todas son remitidas para su investigación hospitalaria⁸.

Dirección para correspondencia:

M. Espuña Pons. Correo electrónico: mespuna@clinic.ub.es

El DPC tiene múltiples etiologías (ginecológica, urinaria, osteoarticular, coloproctológica, neuromuscular), y en la mayoría de las mujeres la causa específica puede ser desconocida o incierta⁹. Además, existe evidencia epidemiológica de la comorbilidad con otros síndromes de dolor crónico generalizados (fibromialgia) o somáticos funcionales (colon irritable)¹⁰, así como con alteraciones en la esfera psicológica y sexual.

Esta revisión bibliográfica se centra en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la disfunción psicológica y sexual secundaria al DPC.

Alteraciones psicológicas Influencia psicológica en la fisiopatología del dolor

Históricamente, el dolor se ha visto como un síntoma secundario a la presencia de daño tisular. Por tanto, se le daba una importancia secundaria, ya que, una vez resuelta la patología física, el dolor desaparecería. Como consecuencia de ello, durante años el diagnóstico y manejo del DPC se ha dirigido en gran parte a descubrir el daño periférico capaz de originarlo.

Actualmente, la investigación sugiere que el DPC puede desarrollarse a partir de múltiples mecanismos¹¹:

- Cambios en los nociceptores debidos a daño tisular localizado por una lesión aguda o una enfermedad (por ejemplo, la osteoartritis).
- Daños en el sistema nervioso central (SNC), en el periférico o en ambos.

Aunque un estímulo periférico como la infección puede provocar el comienzo del DPC, la condición puede perpetuarse como resultado de la modulación del SNC, independientemente de que la causa original haya desaparecido.

Los procesos psicológicos de las emociones, el pensamiento y el comportamiento están implicados en la neuromodulación del dolor¹². Su interacción es compleja, e inicialmente tiene un papel adaptativo. En el tronco cerebral, interactúan con la sustancia gris periacueductal del mesencéfalo; en la médula espinal, actúan alterando la codificación de la intensidad y, consecuentemente, la percepción del dolor; finalmente, en el cerebro pueden inhibir o facilitar la señal nociceptiva que llega a la conciencia y su valoración e interpretación, así como modular la respuesta del mensaje nociceptivo y, por lo tanto, la experiencia del dolor¹³.

Esta modulación psicológica puede actuar para reducir la nocicepción de forma adaptativa en un marco temporal rápido. Pero con el tiempo, a través de la potenciación a largo plazo, el individuo se vuelve vulnerable a sensaciones

que normalmente no serían experimentadas como dolorosas¹⁴. Así, la influencia psicológica es, cuando el dolor se perpetúa, desadaptativa.

Este proceso también ocurre en respuesta al estrés. A corto plazo, induce una respuesta adaptativa que involucra los sistemas endocrino, nervioso autónomo e inmunitario. Sin embargo, mediante la potenciación a largo plazo, el estrés puede condicionar el aumento de la experiencia de dolor y causar cambios físicos en el SNC (respuesta biológica), además de tener un efecto en la paciente en los planos emocional, cognitivo, conductual y sexual¹⁵.

Comorbilidades psicológicas asociadas al dolor pélvico crónico

La presencia de depresión, ansiedad, ira, estrés o disfunción sexual es lo suficientemente común en pacientes con DPC como para incluir estos trastornos en la evaluación diagnóstica y la planificación del tratamiento¹³.

Entender los factores psicológicos no sólo es importante para mejorar la calidad de vida de la paciente, sino que, como ya se ha señalado, esos factores tienen una implicación directa en el dolor pélvico y urogenital, e influyen en la forma de afrontarlo de la paciente.

Estudios epidemiológicos proporcionan una evidencia sólida sobre la existencia de una fuerte asociación entre el dolor crónico y la depresión¹⁶, pero no aclaran si es el dolor crónico el que causa la depresión o la depresión la que causa el dolor crónico. Además, el nivel de depresión desempeña un papel importante en el abandono precoz de los programas de rehabilitación del dolor¹⁷.

Las personas con DPC pueden experimentar ansiedad y preocupación, especialmente cuando no se conoce la causa del dolor. Pueden angustiarse por la incertidumbre ante el futuro y la progresión de la enfermedad, o bien por el impacto de la enfermedad en actividades cotidianas que causan un incremento del dolor; de ahí que tiendan a evitarlas, cayendo en la inactividad y aumentando con ello la discapacidad¹⁸.

Por otra parte, el estrés contribuye a aumentar la tensión muscular y la excitación fisiológica, lo que puede exacerbar y mantener el dolor^{16,19}.

La alta prevalencia de ira observada en pacientes con DPC no resulta sorprendente, teniendo en cuenta las frustraciones relacionadas con la persistencia de los síntomas, la información limitada sobre la etiología y los repetidos fracasos de tratamiento a lo largo del tiempo. Ese sentimiento se puede dirigir hacia los demás (ámbito laboral, sistema de salud, miembros de la familia) o hacia uno mismo, por

la incapacidad para aliviar los síntomas y seguir adelante con la propia vida²⁰.

Disfunción sexual

La disfunción sexual (DS) se define como la incapacidad para disfrutar completamente de las relaciones sexuales. La capacidad de experimentar un óptimo confort y satisfacción sexual también requiere habilidades físicas básicas, esencialmente procesos sensoriales y motores intactos, y la capacidad de moverse con facilidad¹³.

Por otro lado, la respuesta sexual en mujeres es muy variable y depende de múltiples factores, como la etapa de la vida²¹. Consecuentemente, el DPC puede afectar a las diferentes fases del ciclo de respuesta sexual (figura 1), causando diferentes tipos de DS femenina (tabla 1)²².

Se estima que la prevalencia de DS femenina secundaria a dolor pélvico y sexual es del 26% (rango del 7 al 58%)²¹. Collett et al.²³ concluyeron que las pacientes con DPC referían más problemas sexuales que las mujeres con cualquier otro tipo de problema de dolor crónico. Seguramente son datos infraestimados, ya que la bibliografía sugiere que las mujeres no son sistemáticamente evaluadas ni tratadas de su DS. Posiblemente influya en ello la escasa educación sobre problemas sexuales que reciben los profesionales, que limita al clínico para poder reconocer y tratar la DS femenina²⁴. No hay que olvidar que, además, las pacientes suelen sentir vergüenza al hablar sobre su actividad sexual y que no acostumbran a manifestar espontáneamente sus quejas al respecto.

De todo ello se deduce la importancia de sensibilizar al equipo médico que valora a las pacientes con DPC para la detección y manejo de la DS, ya que estas mujeres pueden beneficiarse de un enfoque de equipo multidisciplinario que permite alcanzar una mejoría significativa en la calidad de vida²⁵.

Abordaje terapéutico

Las *intervenciones psicológicas* pueden ir dirigidas al propio dolor (percepción del dolor) o a la adaptación de la paciente al dolor.

Si se consigue tratar directamente el dolor, éste puede pasar a ser menos intenso o menos desagradable, y la tolerancia al dolor puede aumentar. Sin embargo, cuando fallan los intentos repetidos para lograr controlar el dolor, puede ser una desventaja; puede conducir a la frustración y a la preocupación por el dolor y, finalmente, a las exacerbaciones de la discapacidad y la angustia²⁶. En estos casos, en lugar de intentar obtener el control sobre el propio dolor, puede ser más eficaz intentar controlar el efecto que pro-

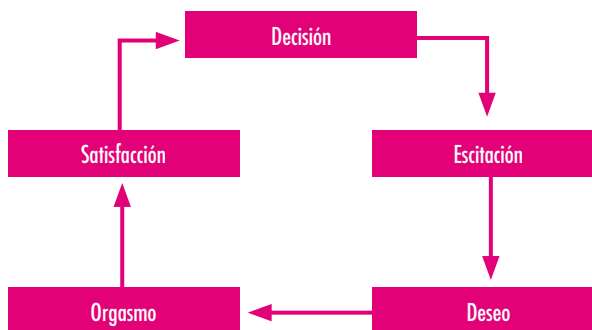


Figura 1. Fases del ciclo de respuesta sexual femenina según Basson et al.²²

voca el dolor en la vida de la paciente¹². El principal tratamiento psicológico basado en la adaptación al dolor es la terapia cognitivo-conductual, que está más orientada a reducir la angustia y la discapacidad que a tratar el propio dolor^{27,28}. Sin embargo, la calidad de la evidencia científica que apoya este tratamiento es baja, ya que las revisiones sistemáticas son heterogéneas, deficientes en la metodología de estudio y con un escaso seguimiento a largo plazo¹³.

Respecto a la actitud del médico con la paciente, éste debe dar información personalizada y que responda al problema que sufre aquélla, y debe transmitirle convicción y empatía para aliviar la ansiedad²⁹. Igualmente, puede ser útil proporcionar información adicional por escrito o dirigir a la paciente a fuentes fiables³⁰.

En cuanto a las *alteraciones de la función sexual*, la derivación temprana para el abordaje específico de la DS representa un beneficio para la calidad de vida de las pacientes con DPC³¹.

Tabla 1. Clasificación de las disfunciones sexuales según Basson et al.²²

Trastornos del deseo sexual
Trastorno del deseo sexual hipoactivo
Trastorno de aversión sexual
Trastornos de la excitación sexual
Trastorno de la excitación subjetiva
Trastorno de la excitación genital
Trastorno combinado de la excitación
Trastorno orgásmico
Trastornos de dolor sexual
Dispareunia
Vaginismo
Otros trastornos de dolor sexual

La planificación del momento de la relación es un aspecto importante, así como la programación de una visita después del acto sexual. Otros cambios de comportamiento son la micción antes y después del coito, y la aplicación de compresas frías en el área genital o suprapúbica¹³.

Entre las estrategias específicas de comportamiento figuran el explorar alternativas a las relaciones sexuales con penetración (placer manual u oral), la adopción de posiciones coitales diferentes o las modificaciones en el ritmo del coito²¹. También puede ser de ayuda el uso de lubricantes o dilatadores (naturales o juguetes sexuales)¹³. En mujeres con signos de atrofia vulvovaginal, es útil la aplicación de cremas de estrógenos en el introito^{32,33}.

En las pacientes con una hipercontractibilidad del suelo pélvico, la terapia física mediante relajación miofascial o masaje muscular³² puede ser muy beneficiosa, así como las técnicas de *biofeedback* o estimulación eléctrica transcutánea (TENS)²¹. Como terapia adyuvante a la rehabilitación, se puede valorar el tratamiento precoital con analgésicos, antiespasmódicos o relajantes musculares²⁵.

Por último, cabe recordar que la terapia dirigida a la DS debe realizarse de forma conjunta con la pareja. Además, algunos elementos del programa se pueden ofrecer de forma grupal, en lugar de individual: aparte de tener beneficios económicos, fomenta el apoyo entre iguales y aumenta el rendimiento de la terapia⁷.

Conclusiones

Las pacientes con DPC tienen un mayor riesgo de presentar trastornos emocionales (como ansiedad, depresión e ira), así como una disregulación nociceptiva de base.

La prevalencia de DS es superior en las pacientes con DPC que en otros tipos de dolor crónico, y debe ser diagnosticada y tratada de forma específica.

Las intervenciones psicológicas pueden ir dirigidas al mismo dolor (percepción del dolor) o a la adaptación de la paciente al dolor, mediante terapia cognitivo-conductual.

Los médicos que tratan a las personas con dolor persistente deben evaluar tanto la patología física como el estado de ánimo. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Turk DC, Okifuji A. Pain terms and taxonomies of pain. En: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, eds. *Bonica's Management of Pain*, 4.ª ed. Nueva York: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; 13-23.

2. Paulson JD, Delgado M. The relationship between interstitial cystitis and endometriosis in patients with chronic pelvic pain. *JLSL*. 2007; 11: 175-181.
3. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. Seattle: IASP Press, 1994.
4. Haylen BT, De Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29: 4-20.
5. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Huges J, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol*. 2010; 57: 35-48.
6. 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: 321-327.
7. Stones RW, Price C. Health services for women with chronic pelvic pain. *J R Soc Med* 2002; 95: 531-535.
8. 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: 541-547.
9. Gambone JC, Mittman BS, Munro MG, Scialli AR, Winkel CA; Chronic Pelvic Pain/Endometriosis Working Group. Consensus statement for the management of chronic pelvic pain and endometriosis: proceedings of an expert-panel consensus process. *Fertil Steril*. 2002; 78(5): 961-972.
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. Cheng HT. Spinal cord mechanisms of chronic pain and clinical implications. *Curr Pain Headache Rep*. 2010; 14: 213-220.
12. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007; 133: 581-624.
13. Engeler D, Baranowski AP, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, Oliveira P, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Association of Urology, 2012.
14. Rygh LJ, Tjølsen A, Hole K, Svendsen F. Cellular memory in spinal nociceptive circuitry. *Scand J Psychol*. 2002; 43(2): 153-159.
15. Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res*. 1997; 42(5): 433-444.
16. Gatchel RJ. *Clinical Essentials of Pain Management*. Washington DC: American Psychological Association, 2005.
17. Kerns RD, Haythornthwaite JA. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: 870-876.
18. Boersma K, Linton, SJ. Psychological processes underlying the development of a chronic pain problem: a prospective study of the relationship between profiles of psychological variables in the fear-avoidance model in disability. *Clin J Pain*. 2006; 22: 160-166.
19. Robinson ME, Riley JL. The role of emotion in pain. En: Gatchel RJ, Turk DC, eds. *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. Nueva York: Guilford, 1999; 74-88.
20. Okifuji A, Turk, DC, Curran SL. Anger in chronic pain: investigations of anger targets and intensity. *J Psychosom Res*. 1999; 61: 771-780.
21. Dhingra C, Kellogg-Spadt S, McKinney TB, Whitmore KE. Urogynecological causes of pain and the effect of pain on sexual function in women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2012; 18: 259-267.
22. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development con-

- ference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol*. 2000; 163: 888-893.
23. Collett BJ, Cordle CJ, Stewart CR, Jagger C. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *Br J Obstet Gynecol*. 1998; 105(1): 87-92.
 24. Solursh DS, Ernst JL, Lewis RW, Prisant LM, Mills TM, Solursh LP, et al. The human sexuality education of physicians in North American medical schools. *Int J Impot Res*. 2003; 15 Supl 5: S41-S45.
 25. Wehbe SA, Whitmore K, Kellogg-Spadt S. Urogenital complaints and female sexual dysfunction (part 1). *J Sex Med*. 2010; 7: 1.704-1.713.
 26. McCracken LM, Carson JW, Eccleston C, Keefe FJ. Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*. 2004; 109: 4-7.
 27. Arntz A, Schmidt AJM. Perceived control and the experience of pain. En: Steptoe A, Appels A, eds. *Stress, Personal Control and Health*. Oxford: John Wiley & Sons, 1989; 131-162.
 28. Bandura A, O'Leary A, Taylor CB, Gauthier J, Gossard D. Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *J Pers Soc Psychol*. 1987; 53: 563-571.
 29. McGowan L, Luker K, Creed F, Chew-Graham CA, et al. How do you explain a pain that can't be seen?: the narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *Br J Health Psychol*. 2007; 12: 261-274.
 30. EAU Survey: What do you tell your patients?
 31. Kellogg-Spadt S, Whitmore KE. Role of the female urologist/urogynecologist. En: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A, eds. *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*. Londres: Taylor and Francis, 2006; 708-714.
 32. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med*. 2006; 3(4): 589-595.
 33. Webster DC, Brennan T. Use and effectiveness of sexual self-care strategies for interstitial cystitis. *Urol Nurs*. 1995; 15(1): 14-22.