

Abordaje del dolor en una unidad de suelo pélvico. Necesidad de equipos multidisciplinarios

M.I. Valdivia Jiménez

Médico adjunto de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Suelo Pélvico. Hospital de Valme. Sevilla

RESUMEN

El dolor pélvico crónico de origen urogenital presenta unas características que aconsejan un abordaje en equipo, con una estructura de estudio organizada y una base terapéutica multimodal. El objetivo del ginecólogo debe enfocarse hacia una sistemática de estudio ordenada y exhaustiva que permita diagnosticar en lo posible el origen del dolor y tratarlo según su etiología. Cuando ésta se desconoce, deberá tratarse como un síndrome de dolor pélvico crónico teniendo en cuenta que dicho dolor asocia otras patologías orgánicas.

Por los motivos expuestos, se recomienda la participación precoz de una unidad del dolor multidisciplinar para el estudio de estas pacientes, y abordando no sólo aspectos fisiológicos o clínicos, sino también psicosociales y vivenciales.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: dolor pélvico crónico, equipo multidisciplinar, historia clínica, examen físico, tratamiento multimodal.

Introducción

El dolor pélvico crónico (DPC) se define como el dolor intermitente o constante en la parte inferior del abdomen o de la pelvis de la mujer, de al menos 6 meses de duración, que no se produce exclusivamente con la menstruación o el coito y no está asociado al embarazo^{1,2}. Es un síntoma, no un diagnóstico, y para el ginecólogo supone un duro reto. Esto se explica por la complejidad de las estructuras englobadas en esta región anatómica, por su rica inervación, con componentes viscerales, simpáticos y parasimpáticos, y por la multitud de cuadros sintomáticos que engloba la definición de DPC. A todo ello hay que añadir el importante papel que los aspectos psicológicos y sociales pueden llegar a desempeñar en el desarrollo y la perpetuación de un dolor de estas características³.

Por tanto, nos hallamos ante una paciente que, antes de acudir a una unidad del dolor, a menudo ha visitado a

ABSTRACT

Approaching pain in a pelvic floor unit: the need for multi-disciplinary teams

Chronic pelvic pain of urogenital origin has characteristics that require a team approach, with an organized study structure and a base multimodal therapy. The aim of the gynecologist should focus towards a systematic and comprehensive study as orderly as possible to diagnose the source of pain and treat it according to its aetiology. When this last is unknown it must be treated as chronic pelvic pain syndrome considering that it could associate other organic pathologies.

Therefore, we recommend early involvement of a multidisciplinary pain unit for the study of these patients addressing not only physiological and clinical aspects, but also psycho-social and experiential.

©2013 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: chronic pelvic pain, multidisciplinary team, history-taking, physical examination, multimodal treatment.

varios especialistas y realizado múltiples pruebas diagnósticas sin obtener resultados satisfactorios^{4,5}.

Con frecuencia hay más de un componente de DPC. La evaluación debe tratar de identificar todos los factores contribuyentes, en lugar de asignar lo que lo origina a una única patología. Por tanto, en la evaluación inicial puede que no sea posible identificar con seguridad la causa del dolor.

Dada la complejidad de estos cuadros, las pacientes con DPC deben ser evaluadas desde este tipo de enfoque, incluyendo en la anamnesis una valoración de su entorno familiar y psicosocial. En la práctica, esto debería suponer que ciertas enfermedades bien conocidas, como la cistitis bacteriana y la endometriosis, se diagnosticarán y tratarán precozmente. Cuando el tratamiento de estas enfermedades no reduzca los síntomas, o cuando no se identifiquen este tipo de enfermedades bien definidas, quizá se necesi-

Dirección para correspondencia:

M.I. Valdivia Jiménez. Correo electrónico: maribelvaldivia@gmail.com.

te una investigación más profunda, dependiendo del lugar en el que se localice el dolor⁶.

La actitud terapéutica debe estar basada en todo lo anterior y ha de emplear todos los recursos farmacológicos y psicológicos disponibles, reservando la cirugía como última opción, dado que sus resultados en este grupo tan heterogéneo de pacientes son inciertos³.

Para apoyar esta idea contamos con estudios que demuestran que la adopción de un enfoque multidisciplinar para abordar otros tipos de dolor, como el dolor de espalda crónico, es eficaz tanto en la reducción de las medidas de dolor subjetivo como en la mejora en el entorno laboral y social del trabajo⁷. De la misma manera, cuando se adopta este enfoque multidisciplinar para el tratamiento del DPC también se observa una mejora en los parámetros referidos⁸.

Diagnóstico del dolor pélvico crónico

A la hora de realizar el diagnóstico de este síndrome doloroso, deben tenerse en cuenta todas las estructuras que se encuentran en la pelvis: aparato genital, urológico y digestivo, y las estructuras musculoesqueléticas que la componen. De ahí la necesidad de adoptar el enfoque multidisciplinar en el diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico (figura 1).

Como en todo síndrome doloroso crónico, siempre deben tenerse presentes las alteraciones psicológicas que puedan ser causa del dolor o del empeoramiento de un dolor de origen orgánico³.

Abordaje del dolor pélvico crónico en una unidad de suelo pélvico

El abordaje del dolor pélvico por el que se acude al ginecólogo se basa en los mismos principios, a saber, descubrir causas corregibles y tratarlas con los métodos disponibles más eficaces. Sin embargo, el mayor reto terapéutico lo plantean las pacientes en las que no es posible encontrar una causa (30%)⁹.

Debemos, por tanto, realizar un diagnóstico lo más específico posible, con las herramientas disponibles para ello (guías clínicas), e instaurar un tratamiento, ya sea de tipo farmacológico, psicológico o con técnicas intervencionistas, y siguiendo unos escalones terapéuticos (escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud) apoyados por la evidencia científica.

Evaluación de la paciente con dolor pélvico crónico en la consulta de suelo pélvico

Historia clínica

La historia clínica es muy importante en la evaluación de pacientes con dolor crónico. Es crucial para conseguir una historia cronológica detallada del problema, con especial

atención a los factores que agravan y alivian el dolor, así como a los resultados de los intentos previos de tratamiento. Resulta útil averiguar lo que la paciente cree que está contribuyendo a su dolor (a menudo tendrá una idea de su estado) y los temores a los que se habrá de enfrentar. El ginecólogo debe identificar síntomas que revelen la posible participación del sistema gastrointestinal, el tracto urinario, el aparato locomotor y la musculatura del suelo pélvico, y evaluar también los factores psicológicos. Lo esencial es que el médico determine el impacto actual del dolor en la calidad de vida de la paciente y la cantidad de medicamentos que utiliza. Estos factores, seguidos con el tiempo, se pueden utilizar como indicadores de la respuesta al tratamiento¹⁰.

Hay que empezar realizando una anamnesis detallada, y recurrir también a otras herramientas para el establecimiento del diagnóstico (figura 2).

Debe determinarse la naturaleza, frecuencia y localización del dolor, así como su relación con factores desencadenantes y el ciclo menstrual. También es necesario valorar la intensidad del dolor, utilizando la escala visual analógica (EVA) del dolor y la escala numérica (EN) (figuras 3 y 4), ambas con un diseño de fácil aplicación y basadas en una esquematización gráfica o alfanumérica donde el paciente señala su apreciación subjetiva de intensidad del dolor¹¹.

Otras herramientas utilizadas y recomendadas por la Sociedad Española del Dolor en relación con el dolor neuropático son: las escalas de ansiedad/depresión (HAD), el cuestionario para la detección del dolor neuropático (DN4), el cuestionario del sueño Medical Outcomes Study (MOS), el índice de discapacidad de Oswestry, el cuestionario SF-12 sobre el estado de salud, la escala de impresión de mejoría global del paciente (PGI-I) y la escala de impresión de mejoría global del clínico (CGI-I)^{12,13}.

Un diario de dolor durante 2-3 ciclos menstruales puede aportar datos básicos sobre la etiología. Es indispensable tener unos antecedentes menstruales y sexuales detallados, en los que se incluirán los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y flujo vaginal. Se debe prestar especial atención a los síntomas «bandera roja» (tabla 1), que pueden necesitar una mayor investigación y la derivación a uno de los especialistas implicados en este proceso. Si la situación lo permite, puede ser útil preguntar directamente a la paciente acerca de traumatismos sexuales previos o presentes; para ello, el ginecólogo debe haberse ganado su confianza y estar preparado para escuchar y aceptar esas experiencias e indicar una posible derivación especializada al psicólogo.

En resumen, la historia inicial debe incluir preguntas sobre el patrón del dolor y su posible asociación con otros problemas (psicológicos, vesicales, síntomas intestinales), y el efecto del movimiento y la postura en el dolor¹⁴.

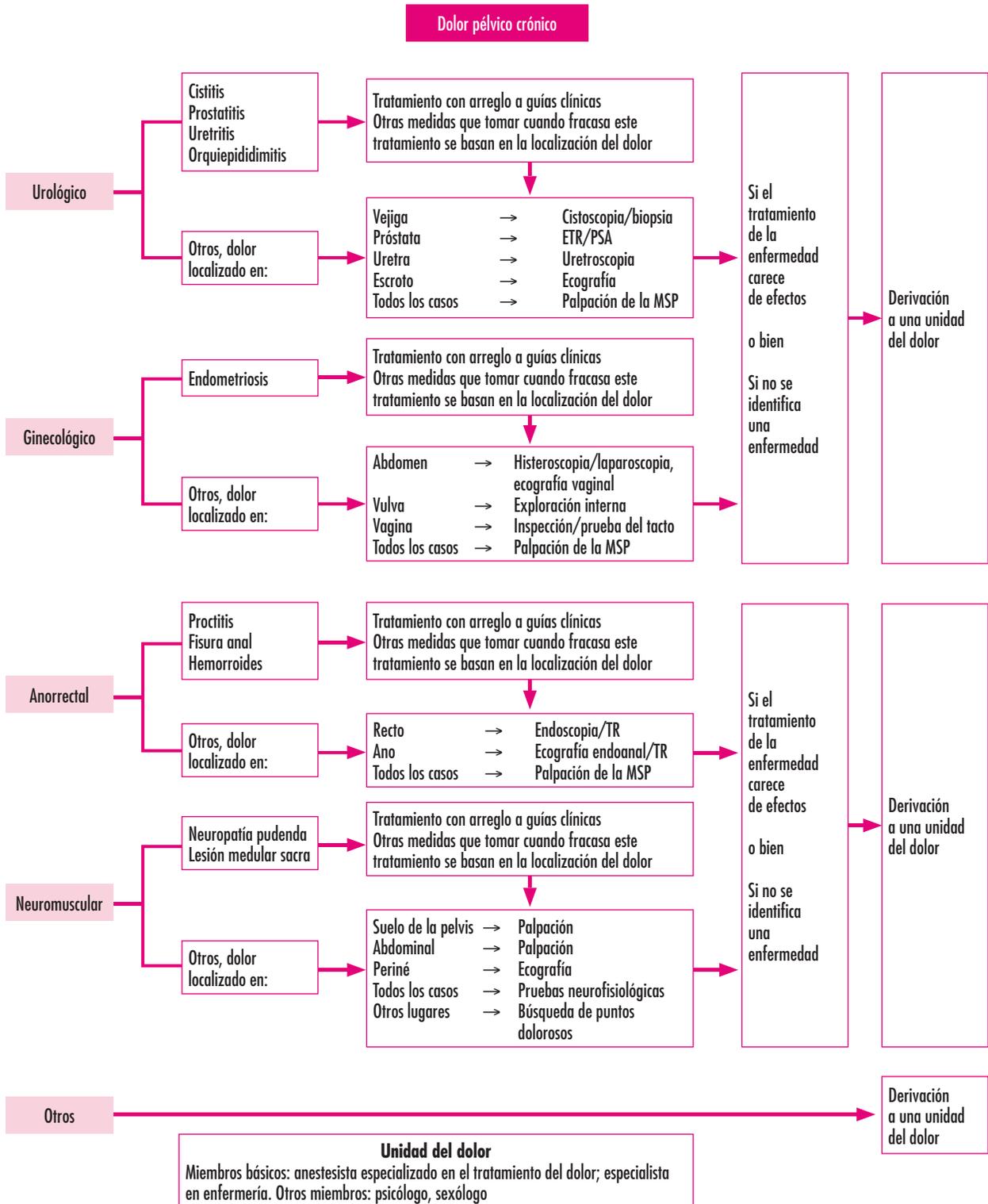


Figura 1. Algoritmo para diagnosticar y tratar el dolor pélvico crónico (DPC). Tomada de la Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. European Association of Urology 2010; 16-18. MSP: musculatura del suelo de la pelvis; TR: tacto rectal

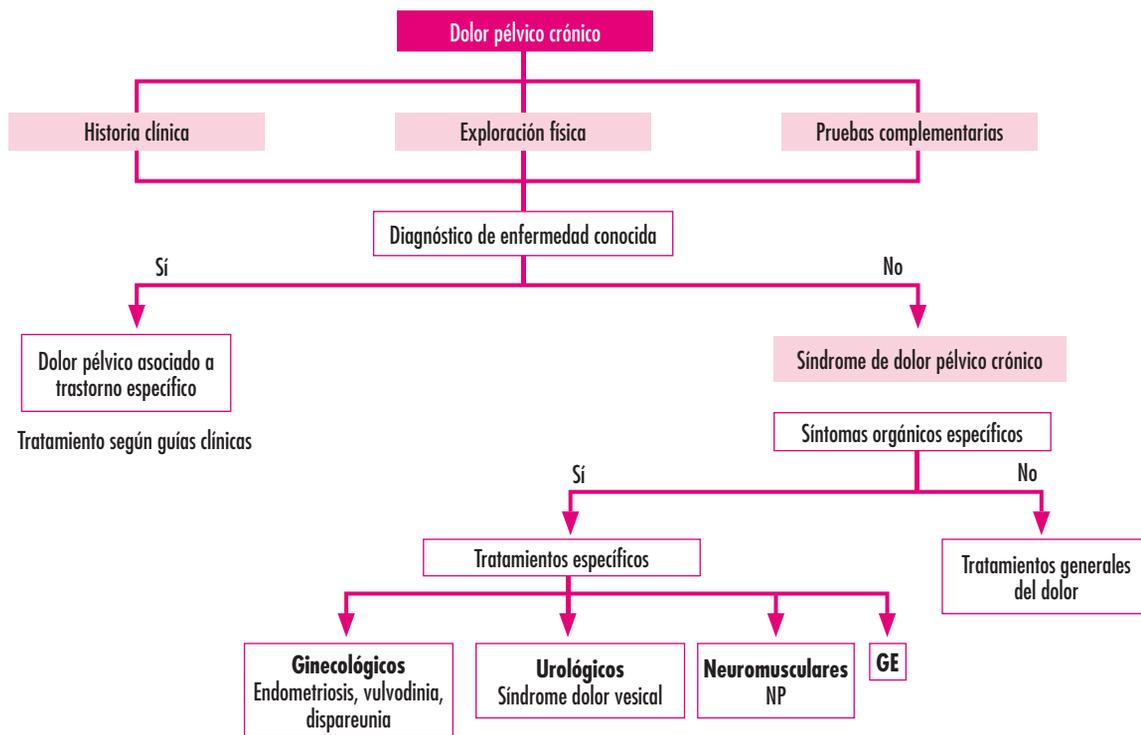


Figura 2. Algoritmo para el diagnóstico y manejo del dolor pélvico crónico. GE: gastroenterológicos; NP: neuropatía de pudendo

Durante la entrevista inicial, es importante mostrar interés y escuchar con atención a la paciente para validar su experiencia. Por desgracia, los pacientes que han sufrido dolor durante muchos años a menudo se sienten frustrados por médicos que han mostrado su incapacidad para curar su patología. Estos médicos aplican el modelo cartesiano; es decir, si no encuentran una patología visible, consideran que el problema es psicológico¹⁰.

Exploración física

La exploración abdominal y pélvica excluirá trastornos pélvicos evidentes (tumores, cicatrices y movilidad uterina reducida) y pondrá de manifiesto el foco de hipersensibilidad en su caso. También deben buscarse anomalías de la función muscular. Si el dolor es intermitente, lo mejor es examinar a la paciente cuando tiene dolor. El objetivo del examen es no sólo detectar condiciones patológicas, sino también reproducir el dolor habitual de la paciente para ayudar a identificar los factores contribuyentes. El examinador debe obtener una medida previa del dolor de la paciente, preferiblemente mediante una escala numérica, para determinar si el dolor es el mismo o diferente de su dolor crónico habitual, documentando la puntuación de cada área sensible al tacto. También debe dar información a la paciente sobre lo que se está buscando y qué estructuras pélvicas parecen ser dolorosas.

Es importante establecer una secuencia de examen, y realizar el examen bimanual al final, ya que es el más amenazante y el que mejor discrimina la parte más dolorosa.

Comportamiento general, movilidad y postura

Esto se puede observar en el momento en que la paciente entra en la consulta y se sienta para relatar su historia. Podrá observarse una alteración de la marcha, la vigilancia, y la colocación cuidadosa¹⁰.

Exploración en bipedestación

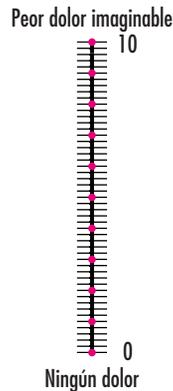
Hay que observar alteraciones de la marcha, asimetrías de cadera, escoliosis de columna y búsqueda de puntos gatillo (*trigger points*) en esa posición (músculo piramidal o piri-forme) presionando digitalmente el trayecto del músculo y sus inserciones en el sacro y el trocánter mayor¹⁵.

Exploración abdominal en decúbito supino

El objetivo es localizar hernias, cicatrices o tumoraciones, diástasis de rectos, cicatrices.

Se examinarán todos los cuadrantes del abdomen buscando los puntos gatillo: respuestas vigorosas de dolor ante la presión localizada, combinándolos con una contracción muscular¹⁰.

Escala visual analógica de dolor
EVA dolor neuropático



Transcribir el valor de la marca con un decimal

Figura 3. Recomendaciones de la Sociedad Española del Dolor para el dolor neuropático

Tabla 1. Síntomas y signos «bandera roja» (red flag)

- Hemorragia rectal
- Síntomas intestinales nuevos en mayores de 50 años
- Dolor de nueva aparición después de la menopausia
- Masas pélvicas
- Ideación suicida
- Excesiva pérdida de peso
- Sangrado irregular en mayores de 40 años
- Sangrado poscoital

Fuente: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. 2012¹⁴

Exploración ginecológica

- Valoración de genitales externos, periné, zona perianal y 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 hisopo¹⁵.
- Valorar el reflejo bulbocavernoso (contracción refleja de los músculos estriados del suelo de la pelvis y 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)¹⁴.

Especuloscopia

No es posible si la paciente tiene un vaginismo notable. Hay que utilizar un espéculo pequeño o valvas. Visualizar el cuello uterino, fondos de saco vaginal, y las paredes vaginales. Se

Describe el dolor en una escala de 0 a 10

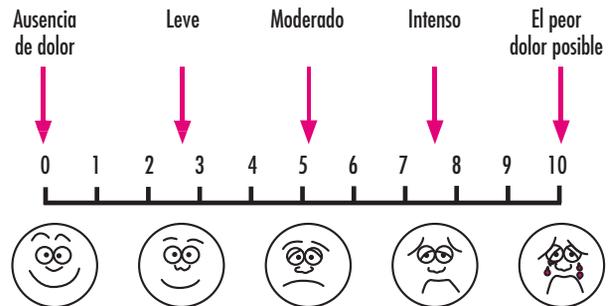


Figura 4. Escala visual analógica

pueden identificar prolapsos, lesiones cervicales, lesiones de las mucosas, infecciones e implantes de endometriosis. Se usa un hisopo de algodón largo para palpar el cuello uterino y fondos de saco vaginales, en busca de sensibilidad localizada. La dispareunia poshisterectomía puede proceder de lesiones localizadas o del atrapamiento del nervio en la cúpula vaginal. Se palpa la bóveda con un hisopo de algodón largo; puede ayudar a identificar las fuentes focales de dolor¹⁰.

Tacto bimanual

Debe llevarse a cabo de la forma más suave posible para delimitar el útero y los anejos, objetivándose la movilidad, la sensibilidad y la palpación de masas. La presencia de puntos gatillo en la pared abdominal puede hacer que el examen sea difícil y confuso¹⁰.

Examen digital vaginal

Se introduce un dedo en el introito y se le dice a la paciente que contraiga y relaje el suelo pélvico alrededor del dedo para evaluar el tono, el control muscular y el vaginismo, si está presente. Este examen permite valorar el estado de los músculos del suelo pélvico e identificar desgarros, zonas cicatriciales, hipertonía y dificultad en la relajación voluntaria de este grupo muscular. Se palparán la uretra y la base vesical. Se identificarán puntos gatillo mediante el tacto vaginal unidigital en los fascículos puborrectal, iliococcígeo e isquiococcígeo del músculo elevador del ano y de los músculos obturador interno y externo. 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 referirse incluso a zonas más distantes, como los muslos, las nalgas o el abdomen inferior. Suele acompañarse de palpación de cordón a tensión en el músculo implicado. La infiltración con anestésico local alivia el dolor^{10,16}.

El músculo piramidal también puede explorarse por tacto vaginal con maniobras como la de Pace o la de Freiberg¹⁷.

Tabla 2. Tratamiento farmacológico del dolor pélvico crónico según la evidencia

Tipo de dolor	NE	GR	Comentarios
Paracetamol (dolor somático)	1b	A	Beneficios limitados y basados en el dolor artrítico
Antagonistas de la COX-2	1b	A	Evitar el riesgo cardiovascular
AINE para la dismenorrea	1a	B	Mejor que placebo, pero incapaz distinguir entre diferentes AINE
Antidepresivos tricíclicos	1a	A	Dolor neuropático
Antidepresivos tricíclicos	3	C	Los datos indican que el dolor pélvico es semejante al dolor neuropático
Anticonvulsivos	1a	A	Dolor neuropático
Gabapentina	1a	A	Pocos datos a largo plazo. Sólo médicos con experiencia de uso
Opiáceos para el dolor neuropático			
Opiáceos para el dolor no oncológico crónico	1a	A	Es probable que los beneficios sean clínicamente significativos. Precaución con su uso

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; COX: ciclooxigenasa; GR: grado de recomendación; NE: nivel de evidencia.
Modificada de: Fall et al. Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. European Association of Urology 2010⁶

Debe explorarse el trayecto del nervio pudiendo, en busca del signo de Tinel aplicando el Skin Rolling Test¹⁸.

También deben valorarse el esfínter anal, los ligamentos uterosacros, el tabique rectovaginal y el coxis mediante el tacto rectal, palpando directamente e identificando dolores localizados en estas estructuras.

Pruebas complementarias

- Análisis de sangre: 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.
- Cultivo de exudado vaginal y endocervical como parte del estudio de enfermedades de transmisión sexual (*Chlamydia* y gonococia), o reforzar la sospecha diagnóstica de endometriosis infiltrativa profunda.
- Análisis de sangre oculta en heces, en caso de sospechar enfermedad inflamatoria intestinal.
- Ecografía transvaginal, como prueba que informa sobre la anatomía y los trastornos pélvicos. Las guías clínicas concluyen que es una investigación adecuada para determinar y evaluar las masas anejas¹⁴.
- La resonancia magnética puede ser útil para el diagnóstico de adenomiosis y endometriosis profunda, así como de daño medular o raíces y plexos nerviosos¹⁴.
- Laparoscopia. En el pasado, la laparoscopia diagnóstica se consideraba la prueba de referencia para el diagnóstico de DPC, hasta el punto de que se afirmaba que era la prueba cruenta más útil para descartar una enfermedad ginecológica¹⁹ y facilitar el diagnóstico diferencial²⁰. Sin embargo, según las guías clínicas actuales esta prueba se considera una investigación de segunda línea, que se utiliza si fallan otras intervenciones terapéuticas²¹⁻²³.

- Ecografía endoanal, encaminada al diagnóstico de la endometriosis profunda y de patología gastrointestinal.
- Otras pruebas complementarias más específicas: uretrocistoscopia, pielografía descendente, tomografía axial computarizada abdominopélvica, estudio electrofisiológico y eco-Doppler de vasos pudendos.

Valoración psicológica

Cuando el DPC es moderado o grave, puede tener un impacto negativo en la capacidad de la mujer para funcionar en los ámbitos familiar, sexual y social y para desempeñar los roles ocupacionales. Esta condición se llama «síndrome de dolor crónico». La evaluación minuciosa de la mujer que experimenta DPC debe incluir una valoración de su experiencia emocional y otros aspectos del síndrome de dolor crónico.

Una evaluación psicosocial realizada por un psicólogo o un psiquiatra consiste en la realización de una extensa entrevista y una evaluación de la respuesta de la mujer al dolor estandarizadas, y de pruebas psicológicas que evalúen la discapacidad asociada al dolor. También habrá que buscar posibles indicios de abusos sexuales pasados o presentes¹⁴.

Tratamiento del dolor pélvico crónico

Tratamiento inicial

El inicio del tratamiento de cualquier dolor crónico implica la utilización de la vía oral, que es la más eficaz, tiene un bajo coste, es cómoda y cuenta con una buena aceptación por el paciente y su familia. Y en esta vía se basa la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud²⁴ (tabla 2).

Por este motivo, después de haber descartado cualquier tratamiento etiológico, debemos comenzar aplicando esta escalera analgésica. Su uso adecuado, junto con las medi-

das de apoyo general (información, apoyo emocional, atención continuada, etc.), permite controlar hasta el 70-80% de los casos. Debemos recordar la importancia del correcto manejo de los fármacos coadyuvantes en la analgesia (anti-depresivos, antiepilépticos, anestésicos locales, bloqueadores adrenérgicos...), de especial utilidad en el tratamiento del dolor de tipo predominantemente neuropático²⁵.

Tratamiento multimodal

Consiste en la realización de técnicas fisioterapéuticas, bloqueos analgésicos nerviosos (bloqueo del plexo hipogástrico superior, del ganglio de Walther o ganglio impar)^{26,27} y determinadas intervenciones quirúrgicas, como las técnicas neuroablativas (neurectomía presacra y ablación de los ligamentos uterosacros por vía laparoscópica), y no quirúrgicas (tratamientos neurolíticos con fenol, crioablación o termoablación). Y finalmente, la neuromodulación sacra²⁸ y la psicoterapia (terapia conductual, terapias de grupo y *bio-feedback*).

Necesidad de equipos multidisciplinares

Es en este punto en el que el DPC requiere diagnósticos y tratamientos específicos efectuados por médicos de diferentes especialidades, cuando se hace patente la necesidad de abordar el DPC mediante un equipo multidisciplinar, creando una red fluida de relación interservicios que permita un adecuado y temprano diagnóstico y tratamiento, implicando a todo el equipo de trabajo, que estará compuesto por anestesiólogos de unidades de dolor, ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, coloproctólogos, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, rehabilitadores, enfermería hospitalaria y atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106: 1.149-1.155.
- Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int.* 2006; 27: 585-599.
- Vidal A, Rico B, Ayuso M, Angulo J, Ruiz M, Mugüerza J, et al. Chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000; 7: 375-389.
- Anoun N, Kenneth D. Pelvic pain. *Pain Pract.* 2001; 1(2): 187-196.
- Cid J. Dolor pélvico crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2006; 1: 29-39.
- Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. European Association of Urology, 2010; 16-18.
- Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain.* 1992; 49: 221-230.
- Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, Afifi S, Ferrer-Brechner T. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. *Pain.* 1990; 41: 41-46.
- Newham AP, Van der Spuy ZM, Nugent F. Laparoscopic findings in women with pelvic pain. *S Afr Med J.* 1996; 86 (9 Suppl): 1.200-1.203.
- Allaire C, Taenzer P. History-taking, physical examination, and psychological assessment. En: Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. 2005, n.º 164, 1.ª parte; 785-789.
- 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: 45-56.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67: 361-370.
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychiatr Res.* 2002; 52: 69-70.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain. Green-top Guideline no. 41, 2012; 2-16.
- Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann EH, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis.* 2005; 9: 40-51.
- Pleguezuelos E, Meri A, Guirao LI, Moreno E, Pérez M E, Sanz P. Atlas de puntos clave musculares en la práctica clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
- 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: 359-365.
- 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.
- Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Ballieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000; 14(3): 467-494.
- Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil Steril.* 1997; 68(5): 765-779.
- Jansen FW, Kapiteyn K, Trimbos-Kemper T, Hermans J, Trimbos JB. Complications of laparoscopy: a prospective multicentre observational study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104: 595-600.
- Chapron C, Querleu D, Bruhat M, Madelenat P, Fernández H, Pierre F, et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. *Hum Reprod.* 1998; 13: 867-872.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preventing entry-related gynaecological laparoscopic injuries. Green-top Guideline no. 49. Londres: RCOG, 2008.
- Walker VA, Hoskin PJ, Hanks GW, White ID. Evaluation of WHO analgesic guidelines for cancer pain in a hospital based palliative care unit. *J Pain Symptom Manage.* 1988; 3: 145-149.
- Cerdá-Olmedo G, Monsalve V, Mínguez ZA, Valiá JC, De Andrés JA. Decision algorithm for the management of chronic pain: a necessary proposal (I). *Rev Soc Esp Dolor.* 2000; 7: 225-233.
- 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.
- Walters A, Muhleman M, Osiro S, Bubb 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. Doi: 10.1002/ca.22193. [Epub ahead of print].
- Hunter C, Dave N, Diwan S, Deer T, Cornell W. Neuromodulation of pelvic visceral pain: review of the literature and case series of potential novel targets for treatment. *Pain Pract.* 2013; 13(1): 3-17.