

---

## DOLOR PÉLVICO AGUDO Y CRÓNICO.

Campo Molina, Gema (R4 de Ginecología y Obstetricia del HVC de Pamplona), Pérez Sanz, Cristina (Médico especialista en Ginecología y Obstetricia del CAM Andraize de Pamplona), Pérez Rodríguez, Ana Felicitas (Médico especialista en Ginecología y Obstetricia del CAM Solchaga de Pamplona)

### PRINCIPIOS GENERALES.

Cuando se nos presenta una mujer con dolor abdominopélvico, lo primero que se debe determinar es si sufre un **abdomen quirúrgico**. Las dos consideraciones siguientes son:

- si la paciente está embarazada o no.
- si la paciente requiere ingreso hospitalario o es susceptible de tratamiento ambulatorio.

### INTERROGATORIO.

La historia de toda la paciente con dolor abdominal debe incluir descripciones del inicio, localización y tipo de irradiación del dolor, junto a elementos que modifican su patrón, como la micción, la defecación, el coito, la actividad y el estrés.

Es necesario anotar meticulosamente los antecedentes menstruales, sexuales y anticonceptivos e incluir preguntas de selección gastrointestinal, del aparato urinario, médicas y ortopédicas.

El diagnóstico, el tratamiento y la respuesta a la terapia de episodios previos pueden contribuir con información importante para la anamnesis, pero no debe suponerse que el diagnóstico previo fue necesariamente correcto, en especial si no se confirmó mediante diagnóstico laparoscópico, anatomopatológico, microbiológico. Este punto es importante en mujeres con un diagnóstico poco fundamentado de infección pélvica o en endometriosis.

### ABDOMEN QUIRÚRGICO.

#### *Clínica.*

Dolor agudo, generalmente de inicio súbito. Palpación dolorosa, rebote peritoneal doloroso. Disminución o ausencia de ruidos intestinales. Con la menor brevedad posible se debe valorar la necesidad de una intervención quirúrgica urgente. La valoración incluye la anamnesis, cuando sea posible, y la exploración física, incluyendo el examen pélvico.

**Signos de gravedad:** (Confusión, obnubilación, hipotensión) indican la necesidad de una intervención urgente.

**Evaluación inmediata del volumen intravascular y el estado hemodinámico.** (Reevaluación de forma frecuente). Un aumento del pulso súbito o cambios posturales de la TA son con frecuencia los únicos signos iniciales de sangrado interno. La hipotensión postural (disminución de la TA sistólica > 10 mm Hg al cambiar de decúbito a bipedestación o incremento en la frecuencia cardíaca > 20 Lat./min) indica una pérdida hemática moderada (del 10 % al 20 % del volumen circulatorio). La hipotensión en decúbito denota pérdida grave (> 20 %).

**Diagnóstico diferencial.** Varía dependiendo de la edad de la paciente:

- Prepúberes y adolescentes.** Torsión anexial y linfadenitis mesentérica son las más frecuentes.
- Edad fértil.** Gestación extrauterina, salpingitis, absceso tuboovárico, rotura de quiste ovárico, atonía uterina grave postaborto o puerperal, perforación postlegado. Situaciones más raras pero que deben incluirse, enfermedad de Crohn, colecistitis aguda, úlcera péptica perforada, Pielonefritis aguda, litiasis renal o rotura esplénica.
- Mujer anciana.** Torsión anexial, colecistitis aguda, úlcera perforada, diverticulitis aguda.

La apendicitis aguda forma parte del diagnóstico diferencial en todos los grupos de edad.

**Pruebas de laboratorio.** Además de la prueba de embarazo, se deben realizar las determinaciones de grupo sanguíneo y pruebas cruzadas, y un hemograma completo. La hemoglobina y el hematocrito son indicadores poco adecuados del grado de pérdida aguda de sangre, pueden ser normales inicialmente a pesar de una pérdida de sangre considerable

**Tratamiento.** Debe iniciarse tan pronto como se identifique el compromiso hemodinámico. Se comienza con la restauración del volumen intravascular inmediatamente.

1. Colocar dos vías intravenosas de grueso calibre en venas periféricas grandes. Pueden utilizarse suero salino isotónico, Ringer lactato, glucosado al 5%, hasta que estén disponibles los productos sanguíneos. La velocidad de flujo debe calcularse en función de las condiciones de la paciente y de la pérdida de sangre estimada.
2. Después de la estabilización de la paciente, la exploración quirúrgica (laparotomía o laproscopia), es el paso siguiente si se sospecha un sangrado agudo intrabdominal o una apendicitis aguda.
3. Si la sepsis es el diagnóstico de presunción, la paciente debe ser hospitalizada y tratada con antibióticos de amplio espectro intravenosos; soporte de la TA continuado y mantenimiento del volumen intravascular.
4. Para las pacientes que están hemodinámicamente estables desde el momento de presentación, las indicaciones de cirugía exploradora antes de la observación deben basarse en el diagnóstico más probable.

## DOLOR PÉLVICO AGUDO.

El dolor pélvico agudo se presenta como dolor pélvico o abdominal bajo. Este dolor puede ser de origen genitourinario, gastrointestinal o musculoesquelético. Mediante una historia detallada y uso selectivo de pruebas diagnósticas dirigiremos el diagnóstico diferencial.

**Anamnesis.** Debe determinarse el comienzo, carácter, localización y patrón de irradiación del dolor, y correlacionarlos con los cambios como la micción, la defecación, las relaciones sexuales, la actividad física y el estrés. Los antecedentes menstruales, sexuales, anticoncepción, médicos y quirúrgicos previos pueden aportar datos de interés. Interrogar sobre episodios similares anteriores, con tratamiento exitoso o no.

El dolor de iniciación rápida es más compatible con perforación de una víscera hueca o con isquemia. El cólico o el dolor grave de tipo retortijón casi siempre se acompaña de contracción de una víscera hueca, como útero o intestino. El dolor que se percibe por todo el abdomen sugiere una reacción generalizada a un líquido irritante dentro de la cavidad peritoneal.

**Exploración física.** Debe ser completa, incluyendo palpación abdominal, examen pélvico, tacto vaginal (TV) combinado y exploración rectal. Evaluar la localización del dolor y los cambios en las características del dolor durante las maniobras de exploración. Intentar distinguir entre los cambios asociados a la palpación abdominal frente al tacto vaginal.

**Pruebas de laboratorio.** Prueba de embarazo, hemograma, pruebas de coagulación, sedimento y anormales de orina. La determinación de VSG, electrolitos y el perfil bioquímico pueden resultar de ayuda.

**Ecografía.** Se suele solicitar cuando la exploración es inadecuada por obesidad o dolor, se sospecha gestación ectópica, sospecha de masa anexial no confirmada por TV.

**Laparoscopia diagnóstica.** Cuando persiste un diagnóstico incierto.

### *Diagnóstico diferencial.*

#### **Prueba de embarazo positiva.**

Identificar localización de la gestación. Exploración zona anexial: dolor unilateral, masa ipsilateral (se taca más veces el cuerpo lúteo del embarazo) concuerdan con gestación ectópica. Se realizará ecografía para confirmar la localización de la gestación y su viabilidad.

- Gestación intrauterina no evolutiva. Aborto en curso (cérvix uterino dilatado), aborto incompleto, aborto completo. Si presenta signos infecciosos, aborto séptico.
- Gestación intrauterina evolutiva. Amenaza de aborto, incarceration uterina en pelvis menor (especialmente en úteros en retroflexión, el cervix muy anteverso puede provocar una retención aguda de orina).

- **Gestación ectópica.** Generalmente se asocia con dolor agudo intermitente o continuo con sangrado vaginal. Antes de la rotura del embarazo ectópico ( y del desarrollo del abdomen agudo) la exploración física pone de manifiesto un dolor anexial unilateral y puede mostrar una masa anexial dolorosa. Localización más frecuente es la trompa. Otros más peligrosos son los cornuales, los cervicales y los ováricos.

#### **Prueba de embarazo negativa.**

Descartar infección.

#### **Presencia de signos infecciosos.**

La EIP incluye la cervicitis aguda, la endometritis y la salpingitis aguda, con las complicaciones infecciosas de piosápinx, absceso tuboovárico, y perihepatitis.

Las pacientes generalmente presentan dolor abdominopélico en ambos cuadrantes inferiores. Fiebre, escalofríos, leucocitosis, desviación izquierda, elevación de la velocidad de sedimentación globular ( VSG), leucorrea purulenta o mucopurulenta, movilización cervical dolorosa, palpación anexial dolorosa. Antecedentes de relaciones sexuales o técnicas invasivas (toma de biopsia endometrial...) En el TV se puede identificar una masa, y objetivar mediante ecografía cuando se forma un absceso tuboovárico. Ante la sospecha de una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) antes del tratamiento con antibióticos se deben tomar muestras para cultivo endocervicales, gonococo, *Chlamydia trachomatis*.

**Diagnóstico diferencial:** tener en cuenta **afecciones no ginecológicas.**

- Gastrointestinales: Apendicitis aguda, linfadenitis mesentérica, diverticulitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal.
- Urológicos: Cistitis trigonitis, cólico renal, pielonefritis.

**Tratamiento:** Las complicaciones de la infección pélvica, como infertilidad, dolor pélvico crónico, y embarazo ectópico pueden minimizarse con el tratamiento precoz y agresivo con antibióticos de amplio espectro. Las pacientes levemente sintomáticas que pueden tolerar el tratamiento antibiótico oral pueden ser candidatas a tratamiento ambulatorio. Este manejo requiere un seguimiento clínico frecuente.

#### **Ausencia de signos infecciosos.**

**Dolor anexial.** (Torsión ovárica, hemorragia ovárica intra o extracapsular, rotura de un quiste ovárico o endometrioma) Tipo cólico, unilateral y febrícula descartar torsión ovárica. Generalmente asociado a tumoraciones anexiales benignas (ausencia de adherencias). La mayor parte de las veces sin hallazgos ecográficos anormales. Cuando el dolor es bilateral se asocia más con rotura de un quiste ovárico o hemorragia capsular. Ecográficamente se aprecia líquido libre en Douglas.

Tratamiento: La analgesia con observación estrecha es de elección en las pacientes hemodinámicamente estables en las que el diagnóstico es rotura de un quiste o hemorragia ovárica. La cirugía laparoscópica o laparotomía pueden ser necesarias en la torsión ovárica, la hemorragia ovárica significativa o cuando no hay mejoría clínica con el tratamiento conservador.

**Mioma degenerado:** Útero irregular y doloroso a la palpación. A menudo relacionado con el embarazo. Se confirma mediante ecografía.

Tratamiento: conservador (calor local, reposo, AINES), tratamiento hormonal (agonistas GnRH) si la paciente no esta embarazada o tratamiento quirúrgico según la severidad de los síntomas, la edad de la paciente y sus deseos reproductivos

#### **Trastornos no ginecológicos que causan dolor pélvico.**

- Apendicitis aguda
- Linfadenitis mesentérica
- Diverticulitis
- Enfermedad inflamatoria intestinal

#### **DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.**

Por definición, un dolor crónico tiene una duración mínima de seis meses.

Una buena anamnesis y exploración física no tienen sustituto. Debemos diferenciar entre dolor episódico y continuo.

### **EPISÓDICO.**

Dolor recidivante, cíclico que se asocia con intervalos libres de dolor. Las recidivas pueden tener relación con el ciclo menstrual o no.

#### **Sin relación al ciclo menstrual:**

Dispareunia. Dolor con las relaciones sexuales.

- A) Superficial. Descartar vulvovaginitis, vestibulitis, bartholinitis, atrofia senil, complicaciones postcirugía (en episiorrafia, colporrafias).
- B) Profunda. Endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, adherencias pélvicas severas, complicaciones infecciosas en muñón vaginal posthisterectomía, adherencias ováricas a muñón vaginal posthisterectomía.

#### **Con relación al ciclo menstrual:**

- A) Intermenstrual o dolor pélvico a mitad de ciclo. Por irritación peritoneal. En mujeres ovuladoras, periovulatorio por sangrado y/o liberación de líquido folicular al ovular. El dolor es generalmente unilateral y dura unas pocas horas, pero en algunas pacientes puede ser intenso y prolongado.

Tratamiento inmediato con AINES y el tratamiento profiláctico a largo plazo con supresión ovárica con anticonceptivos orales (ACO).

- B) Menstrual. Dismenorrea. Suele ser central, no anexial. Puede acompañarse de taquicardia, jaqueca, náuseas, vómitos o diarrea. Suele abarcar los dos-tres primeros días de la menstruación.

- a. Primaria. Generalmente tiene un inicio anterior a los veinte años. No se conoce causa. Característicamente no presenta signos ni síntomas fuera de la menstruación y no dura más de 3 a 5 días. La dispareunia en general está ausente y está más frecuentemente asociada con los síntomas sistémicos anteriormente descritos.

Tratamiento: AINES, ACO de dosis bajas o ambos.

- b. Secundaria. Suele tener su inicio pasados los veinte años. El dolor puede empezar antes, durante o después de la menstruación. Si tiene dispareunia, generalmente empeora con la menstruación. La localización es central y bilateral en los cuadrantes inferiores del abdomen.

Se incluyen las enfermedades inflamatorias pélvicas crónicas, endometriosis, adenomiosis, adherencias, congestión pélvica, DIU, síndrome de Asherman, obstrucción cervical, malformaciones congénitas obstruidas del aparato genital interno (hematocolpos, hematometra).

La prueba diagnóstica más sensible es una cuidadosa historia clínica y exploración física y pélvica. Se debe tener especial atención a la uretra, los anejos, los ligamentos uterosacros y el fondo de saco posterior. La laparoscopia diagnóstica ejerce un papel fundamental en el diagnóstico diferencial de estos cuadros, permitiendo el diagnóstico de las alteraciones anatómicas, la toma de muestras para cultivo, anatomía patológica.

El tratamiento se dirige hacia la corrección del proceso patológico identificado.

### **CONTINUO.**

Es un dolor pélvico recidivante, no cíclico, que ha estado presente durante 6 meses o más. La endometriosis y la adenomiosis también pueden causarlo. Otras causas ginecológicas son la pérdida de soporte del suelo pelviano, inflamación pélvica crónica con presencia de adherencias pélvicas firmes, el síndrome de congestión pélvica, el síndrome del remanente ovárico, el síndrome de ovario atrapado, y el atrapamiento nervioso.

Inflamación pélvica crónica, adherencias pélvicas y salpingitis crónica. Puede ponerse de manifiesto con la exploración pélvica con cualquier combinación de dolor anexial, a la movilización cervical o uterina. La biopsia endometrial puede confirmar el diagnóstico de endometritis. La laparoscopia diagnóstica con frecuencia es necesaria para realizar el diagnóstico de adherencias pélvicas o infección crónica.

El tratamiento médico de la infección crónica consiste en un tratamiento largo (2 a 6 semanas) de antibiótico de amplio espectro por vía oral o parenteral o ambas. La cirugía laparoscópica con lisis de las adherencias es un abordaje inicial razonable para las pacientes con adherencias y sin signos de infección.

Síndrome de congestión pélvica, el dolor suele ser bilateral, continuo, sensación de peso, incremento con la bipedestación, reagudización vespertina, con el ejercicio físico. Mejora con el decúbito. Empeora en los últimos días del ciclo. La exploración física puede poner de manifiesto dolor en ambos anejos, dolor uterino, aumento del tamaño del útero, dolor en el fondo de saco posterior sin induración ni masas. Se puede sospechar por ecografía, y se confirma mediante laparoscopia diagnóstica (venas en los ligamentos, dilatadas y prominentes).

El tratamiento de los casos severos que no responden a consejos ni a analgesia, pueden responder a la histerectomía o al tratamiento con agonistas de Ngr.

Síndrome del remanente ovárico, se produce en pacientes que han sufrido una ooforectomía bilateral incompleta generalmente dificultosa por EIP o por endometriosis. El tipo de dolor que presenta es variable. El tratamiento consiste en la extirpación adecuada del remanente ovárico.

Síndrome del ovario atrapado, por adherencias posthisterectomía de uno o ambos ovarios al ápex vaginal. Puede intentarse tratamiento médico con supresión ovárica con ACO.

#### **“NO-GINECOLÓGICO”.**

Gastrointestinal.

Síndrome de intestino irritable.

Enfermedad inflamatoria intestinal.

Diverticulitis.

Cáncer colorrectal.

Isquemia intestinal.

Endometriosis intestinal.

Intolerancia a la lactosa, enfermedad celíaca. Más típico en jóvenes.

Urológico.

Síndrome uretral crónico.

Cistitis intersticial.

Musculoesqueléticas.

#### **BIBLIOGRAFÍA.**

- Blanc B, Boubli L. “Dolores pélvicos agudos”, “Dolores pélvicos crónicos”, “Dolores pélvicos cíclicos”. En Ginecología 2ª ed (edición en español). Mosby/ Doyma. Madrid 1994.
- Rapkin AJ. “Dolor pélvico y dismenorrea”. En Ginecología de Novak 12ª ed (edición en español). Berek JS, Hillard PA, Adashi EY editores. McGraw-Hill Interamericana. México DF, 1997.
- Visscher HC. “Dolor abdominal bajo y pélvico” en PRECIS V, An Update in Obstetrics and Gynecology (edición en español). ACOG 1998.
- Zanagnolo V, Cullins V. “Dolor pélvico agudo y crónico”. En Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia (edición en español). Lambrou NC, Morse An, Wallach EE editores. Marbán. Madrid 2001.