

11

DOLOR PÉLVICO

S. BLANCO PÉREZ

INTRODUCCIÓN

DOLOR PÉLVICO AGUDO

Sistema músculo-esquelético

Trastornos urológicos

Trastornos gastrointestinales

Trastornos ginecológicos

DOLOC PÉLVICO CRÓNICO

ACTITUD ANTE EL DOLOR PÉLVICO

INTRODUCCIÓN

Es probablemente el motivo más frecuente de consultar en la mujer: dolor abdominal bajo o lumbosacro, de intensidad y características variables, debido a una amplia variedad de procesos orgánicos y funcionales aunque muchas veces no se encuentran factores etiológicos. En cualquier caso en este tipo de dolor se implican factores psicológicos y emocionales en mayor grado que cuando el dolor se localiza en otras áreas del cuerpo.

El dolor puede ser agudo o crónico.

DOLOR PÉLVICO AGUDO

Su origen puede estar en el aparato genital, vías urinarias, sistema gastrointestinal o músculoesquelético.

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Por distensiones musculares o tendinosas tras ejercicio, alteraciones posturales, infecciones e inflamación articular. Suele ser sordo y poco localizado, presentándose habitualmente en la parte baja del vientre. Mejora con reposo y varía con los cambios de postura.

Diagnóstico: por anamnesis y exploración.

Tratamiento: miorrelajantes, AINE y rehabilitación.

TRASTORNOS UROLÓGICOS

Nefrolitiasis

Dolor cólico (espasmódico) intenso que suele irradiar desde el flanco afecto a pelvis, sin fiebre, con inquietud náuseas y vómitos.

Diagnóstico: clínica, microhematuria-hematuria y a veces cristaluria.

Pruebas complementarias: ecografía renal, urografía.

Tratamiento: espasmolíticos, analgésicos narcóticos, líquidos y dieta según naturaleza de los cristales.

Pielonefritis

Sintomatología urinaria, fiebre en agujas, dolor costovertebral continuo que irradia a pelvis ipsilateralmente.

Diagnóstico: clínica, sedimento alterado (bacteriuria, piuria y a veces cilindros leucocitarios y hematuria) y con frecuencia leucocitosis con desviación a la izquierda.

Tratamiento: antibióticos que alcancen buena concentración sérica.

Cistitis

Poliuria, disuria y sensibilidad vesical. Faltan síntomas sistémicos, el sedimento puede mostrar bacteriuria, hematuria y piuria más marcada que en pielonefritis.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

El dolor pélvico de este origen suele mostrar relación con la ingesta o defecación y se acompaña de alteraciones en dichas funciones digestivas

Apendicitis aguda

Dolor epigástrico y periumbilical que irradia a fosa ílica derecha en unas horas, seguido de náuseas, vómitos y anorexia y signos peritoneales. Más tarde aparecen la fiebre y la leucocitosis. La exploración ginecológica es normal aunque suele despertarse dolor intenso a la movilización cervical por la irritación peritoneal.

Diagnóstico: fundamentalmente clínico. RX: íleo paralítico, gas subfrénico o efecto masa si se forma un absceso.

Tratamiento: quirúrgico.

Diverticulitis

Cuadro clínico similar a apendicitis que se presenta en mujeres de edad y en fosa ílica izquierda. Se acompaña de diarrea, fiebre y se palpa una masa pélvica en dicha localización.

Obstrucción intestinal aguda

Dolor espasmódico con estreñimiento, vómitos y distensión. A veces es preciso cirugía.

TRASTORNOS GINECOLÓGICOS

A. PATOLOGÍA INFECCIOSA

Es la causa más frecuente de dolor pélvico en cualquiera de sus variantes (endometritis, salpingitis, salpingo-oforitis, pelviperitonitis). Puede adquirirse tras un contacto sexual (ETS) o tras manipulación uterina (parto, cesárea, legrado, inserción de DIU).

a) Endometritis puerperal

El 1-3% de todos los partos. Dolor vago en hipogástrico acompañado a veces de hemorragia uterina irregular, útero doloroso y blando a la palpación. Hipertermia y leucocitosis con desviación a la izquierda. Puede evolucionar a miometritis, parametritis y peritonitis. Ante la sospecha: derivar.

b) Salpingitis, anexitis, endometritis: enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)

Cuadro de dolor pélvico sordo en línea media que se puede acompañar de sangrado, leucorrea, síntomas urinarios, digestivos y fiebre en mujeres sexualmente activas. Habitualmente postmenstrual.

Factores de riesgo: antecedentes de infecciones del tracto genital bajo, exploraciones intrauterinas, DIU o uretritis en el compañero sexual, promiscuidad.

Exploración: útero doloroso a la movilización por tacto combinado e hipersensibilidad anexial y a veces masas anexiales. Puede haber defensa y Blumberg positivo. Cambios en las características del flujo vaginal.

Pruebas complementarias: El hemograma muestra leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento de la VSG. Se deben solicitar serologías para agentes de transmisión sexual, ecografía (para descartar abscesos tubo-ováricos), cultivo de flujo vaginal endocervical.

Criterios diagnósticos

Menores	Dolor en hemiabdomen inferior Movilización dolorosa del cuello uterino Dolor anexial Actividad sexual reciente
Mayores	VSG o proteína C reactiva elevada Temperatura > 38° C Leucocitosis >10.000 Clamydias o gonococo en cultivo de flujo
Criterios adicionales	Evidencia ecográfica o laparoscópica

(El diagnóstico incluye 3 criterios mayores y uno menor)

Se debe **derivar** si:

- Diagnóstico dudoso, para excluir otras urgencias (ectópico o apendicitis).
- Gestante.
- Inmunodeprimidas.
- Hipertermia.
- Mal estado general.

- Signos de irritación peritoneal.
- Sospecha de abscesos anexiales.
- No respuesta a antibioterapia en 48 horas.

En cuadros leves (temperatura < de 38 °C, leucocitosis < 10.000, sin signos de irritación peritoneal ni vómitos), tratar (cubrir clamydias y gonococo) y reevaluar a las 48-72 horas la mejoría en la clínica.

Pauta de tratamiento: de elección se utilizará una cefalosporina de tercera generación en dosis única (ceftriaxona 250 mg o cefoxitina 2 g i.m.) + doxiciclina 100 mg/12 horas oral durante 10 días.

Si existe alergia a betalactámicos se sustituye la cefalosporina por espectinomicina 2 g. i.m. (dosis única), o ciprofloxacina 500 mg (oral)/12 h durante 12-14 días combinado con clindamicina o metronidazol oral.

Existen otras pautas de tratamiento (consultar Vademécum al final del libro)

Secuelas: adherencias (esterilidad y embarazo ectópico), dolor pélvico crónico.

B. EMBARAZO ECTÓPICO

Gran variabilidad clínica, sospechar en mujeres en edad fértil con una amenorrea de 6-8 semanas, test de embarazo positivo, dolor pélvico y sangrado irregular por si tiene datos de existencia de saco ovular intraútero. El tratamiento es quirúrgico la mayoría de las ocasiones, aunque en casos muy seleccionados se puede realizar tratamiento con metotrexato. Derivar.

C. AMENAZA DE ABORTO-ABORTO

Dolor tipo cólico similar a dismenorrea con sangrado procedente de cavidad en gestante en la que se ha comprobado previamente la existencia de saco intraútero. Puede haber expulsado restos o no (ver capítulo 21).

D. QUISTE DE OVARIO

Se puede torsionar, romper o sangrar.

Sintomatología muy variable según si la torsión es aguda (dolor violento, náuseas y vómitos y a veces síntomas generales. Difícil exploración por defensa) o subaguda (evoluciona en forma de crisis dolorosas de mayor o menor intensidad). El tratamiento es siempre quirúrgico.

La rotura y hemorragia son mas raros. Suele producirse en segunda fase del ciclo (cuerpo amarillo hemorrágico) tras coito o traumatismo. Se presenta como dolor unilateral que irradia a zona lumbar o crural. EL tratamiento puede ser expectante o quirúrgico en función de la evolución clínica.

E. COMPLICACIONES DE LOS MIOMAS

Necrosis: dolor constante y progresivo, localizado en el lugar del tumor y que se exagera con su palpación. Se confirma el diagnóstico por ecografía.

Tratamiento: analgésicos.

Torsión: es fácil sospecharlo si existe diagnóstico previo de mioma pediculado.

Clínica similar a la torsión ovárica.

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Dolor persistente y continuo “sordo” con historia de larga evolución (al menos 3-6 meses), no invalidante pero debilitante, cíclico o no. Las causas orgánicas pueden ser variadas:

- Síndrome premenstrual (ver capítulo 12).
- Dolor a mitad de ciclo por la ovulación (duración autolimitada de pocas horas).
- Problemas de estática pelviana (úteros muy en retroversión o descendidos)
- Endometriosis, adenomiosis.
- Síndrome de congestión pelviana y desgarró de la hoja posterior del ligamento ancho: aunque los franceses le conceden importancia, el resto de los autores son escépticos.
- Enfermedad inflamatoria intestinal crónica (Crohn y colitis ulcerosa).
- Colon irritable.
- Neoplasia digestiva, ginecológica o urológica.
- Adherencias (antecedentes quirúrgicos, procesos infecciosos pélvicos, endometriosis).
- Estadios avanzados del cáncer genital, intestinal o urológico.
- Quiste ovario, hidrosalpinxs.
- Hidrouréter.
- Nódulos linfáticos abdominales.

- Fibrosis postirradiación.
- Causas ortopédicas y vertebrales (lumbarización, sacralización), artrosis, artritis, escoliosis cifosis.
- DIU, etc.

Ante la sospecha de un proceso orgánico se debe derivar a la paciente.

- Factores psiquiátricos:

Aunque muchas veces existe una patología de base que justifica el dolor crónico, otras veces es el resultado de la somatización de un problema real y constituye más una señal que un síntoma para buscar ayuda. La localización y las características del dolor son imprecisas al igual que el resto del interrogatorio. Pueden referir dispareunia, palpitaciones, debilidad, depresión... En la exploración clínica no se encuentran hallazgos anormales ni tampoco en las pruebas complementarias realizadas, lo que conlleva con frecuencia al empleo de técnicas diagnósticas cruentas como la laparoscopia/laparotomía. El apoyo psicoterápico puede ser útil para ayudar a la mujer a afrontar su problema y aceptar su "dolor".

ACTITUD ANTE EL DOLOR PÉLVICO

INTERROGATORIO

- Momento y forma de comienzo, evolución.
- Desencadenantes y antiálgicos.
- Anticonceptivo empleado (DIU colocado recientemente).
- Historia de esterilidad involuntaria (puede asociarse a endometriosis, miomas, quistes de ovario).
- Modificaciones en las características del flujo.
- Relación con el ciclo menstrual.
- Síntomas urinarios, estreñimiento.
- Problemas depresivos (cambios del patrón de sueño, pérdida de memoria o de capacidad de concentración, ansiedad, incapacidad para tomar decisiones, desinterés, disminución de la libido...).

EXPLORACIÓN

Descartar masas abdomino-pélvicas, anexiales, adenopatías, cuerpos extraños, pólipos. Realizar tacto combinado y rectal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se seleccionarán en función de la clínica y datos de la exploración:

- Hemograma y VSG.
- Sedimento/cultivo.
- Cultivo de flujo vaginal-endocervical.
- Test de embarazo si procede.
- RX lumbar y de cadera.
- Ecografía.
- Laparoscopia: útil si se sospechan adherencias, endometriosis, quistes, etc., y en los dolores crónicos de etiología incierta con mala respuesta a analgésicos.

Si después del tratamiento del supuesto origen etiológico del dolor, las molestias no ceden, pensar en derivar a los correspondientes especialistas para descartar patología gastrointestinal, osteomuscular, urológica y ginecológica sin olvidar que el dolor pélvico, sobre todo el crónico, tiene un fuerte componente emocional.