

Controversia: Manejo del Dolor Pelviano Crónico

Tratamiento Médico vs. Quirúrgico

TRATAMIENTO MEDICO DEL DOLOR PELVIANO

PROF. DR. LUIS AUGE

La endometriosis es una enfermedad evolutiva que afecta al 10-15 % de las mujeres en edad reproductiva, de tipo estrógeno dependiente y que se manifiesta por dolor, infertilidad o quistes ováricos.

Con respecto al dolor, este afecta al 70 % de la adolescentes y al 40 % de las mujeres adultas, es de tipo progresivo y no cede con los tratamientos clásicos, pudiéndose manifestar como un dolor pelviano crónico, dismenorrea, dispare unía. Entendemos por dolor pelviano crónico aquel de más de 6 meses de evolución, localizado en la pelvis, que genera sufrimiento físico y psíquico y que por consiguiente altera la calidad de vida de la mujer que lo padece. Por dismenorrea a aquel dolor durante el ciclo menstrual que se prolonga por mas de 6 meses, localizado en la pelvis que se puede propagar a la raíz de los miembros inferiores y/o a la región sacra. Por dispareunia al dolor presente durante las relaciones sexuales, generalmente profundo y que se pone de manifiesto en un alto porcentaje de las mismas.

El diagnóstico de la endometriosis siempre es laparoscopia con la finalidad de descartar las causas extragenitales de dolor, realizando en ella la estadificación y confirmación anatómica y patológica de la lesión biopsiada, requerimiento indispensable para realizar el tratamiento específico de la enfermedad

En cuanto al tratamiento es importante aclarar de entrada que el tratamiento de la endometriosis y dolor es en primera instancia quirúrgico y que el tratamiento médico específico o de supresión ovárica es siempre complementario, ya sea de utilización prequirúrgica de utilidad discutida o posquirúrgica muy útil tanto en la prolongación del tiempo libre de dolor como en la postergación de la recidiva.

El fundamento del tratamiento médico es el de producir un bloqueo del eje hipotálamo hipofisario, produciendo un estado de hipoestrogenismo, que actuando sobre el foco endometrial produzca una atrofia del mismo y como consecuencia una disminución de la secreción de prostaglandinas, citoquinas, factores de crecimiento, hormonas etc. a partir de los mismos.

Las drogas utilizadas para el tratamiento de supresión ovárica son los gónadotropos administrados por vía oral, inyectable o local (endoceptivo) los anticonceptivos orales combinados, el danazol, la gestrinona, los análogos del GnRh, los inhibidores de la aromatasa, los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos o de los receptores de progesterona, analizando los beneficios o contra de cada uno de ellos

Ya no como tratamiento específico o de supresión ovárica es importante tener en cuenta los antiinflamatorios no esteroideos de gran actividad antiprostaglandínica y muy efectivos en el manejo del dolor pero no de la endometriosis. También son útiles de tener en cuenta el mayor conocimiento de la enfermedad por parte de las pacientes y sus familiares, la actividad física, el yoga y los grupos de ayuda con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL DOLOR PELVIANO CRONICO

DR. RICARDO BUQUET

Es una manifestación dolorosa, no fugitiva o pasajera, sino persistente, con tendencia a repetirse y que impresiona la psiquis del enfermo produciéndole temor y ansiedad. Se la define como el dolor de más de 6 meses de duración localizado en pelvis y abdomen inferior, que produce sufrimiento psíquico y físico, y que altera la calidad de vida

Importancia del problema: representa 10 al 15% de las consultas entre ginecólogos y médicos generales, 25 a 35 % de las indicaciones de laparoscopia, 10 al 15% de las indicaciones de histerectomía en EE.UU., En Argentina se estima que afecta a 1.000.000 de mujeres en edad reproductiva

Prevalencia en Gran Bretaña (según consultas en el primer nivel de atención): 38.3/1000.

Incidencia en la comunidad de EE.UU. es del 15%

Las causas son múltiples: Urológicas, traumatológicas, psicológicas y por último ginecológicas

Es necesario la evaluación desde diversos puntos no desatendiendo el ginecológico, si no nos consideramos idóneos para ello, el trabajar en equipo quizás es lo que redundará en un mejor resultado para la paciente.

Etiología:

- a) Causado por enfermedad orgánica ginecológica.
- b) Causado por enfermedad orgánica extraginecológica
- c) Causado por enfermedad psiquiátrica
- d) Sin evidencia de enfermedad orgánica y psiquiátrica

El diagnóstico más frecuente inicial de dolor pelviano, dado por los Médicos generalistas fue: PID 83%.

Endometriosis 17%

Síndrome de irritabilidad intestinal 8%

Causas psicológicas 3%

Sin diagnóstico 7%

Tratamiento quirúrgico:

Resolución del t uterino

Tratamiento quirúrgico de las adherencias?

Tratamiento quirúrgico de la endometriosis

Tratamiento quirúrgico del varicocele pelviano?

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

En el 78% al 86% de las laparoscopias por dolor pelviano crónico se puede observar algún foco de endometriosis. También se encuentra en el 45% de las mujeres fértiles asintomáticas que se someten a una ligadura tubaria y puede estar presente en el 25% de las mujeres sin lesiones visibles. Por otro lado, el valor predictivo positivo de la visualización laparoscópica de las lesiones de endometriosis es del 43% al 45%. Esta imprecisión diagnóstica puede confundir los datos de un trabajo si no se requiere el diagnóstico histológico para la inclusión de pacientes en ese estudio.

Todos los focos visibles deben ser erradicados por remoción, o destrucción

Biopsiar alguna lesión para confirmar diag.

Cuidadosa inspección abdominal para una clara clasificación

Las adherencias deben ser removidas

Los procedimientos de debulking deben ser sopesados con el sentido común

Se debe realizar apendicectomía si la misma se encuentra involucrada

Se debe corregir la retroversión cuando se acompaña de obstrucción del Douglas por end. Se debería realizar plicatura de los úterosacros cuando hay adherencias al intestino

La end. de los úterosacros suele ser profunda, se debe cauterizar con monopolar

La eficacia del 2º look, no es clara y se deberían seleccionar los casos

CONCLUSION(S): El dolor pelviano crónico frecuentemente ocurre secundario a condiciones no ginecológicas que deben ser consideradas en la evaluación de la mujer afectada. Para la mujer en la cual la endometriosis es sospechada como causa del dolor, la confirmación laparoscópica es innecesaria y el conjunto de tratamiento médico incluyendo los de segunda línea como Danazol, Agonistas GnRh, Progestágenos es justificada siempre y cuando no exista otra indicación para la cirugía como la presencia de una masa anexial sospechosa. Cuando la cirugía es necesaria, el abordaje laparoscópico ofrece resultados comparables a la laparotomía pero con menor morbilidad. El balance de la evidencia sugiere el uso de medicación adyuvante postoperatoria luego de la cirugía conservadora por CPP. Hay alguna evidencia que la neurectomía presacra suma beneficios para el dolor pelviano medial, pero por el contrario existe inadecuada evidencia en lo referente a LUNA o uterosuspensión, la HT sola tiene escaso valor en la literatura en el tratamiento del dolor pelviano asociado a EDT.