

Dolor pélvico crónico: endometriosis

ESTEFANY DÍAZ

HOSPITAL POLICIAL (MONTEVIDEO, URUGUAY)

Resumen

Una de las patologías ginecológicas prevalentes de la mujer es el dolor pélvico crónico, situación que compromete su situación clínica e influye decididamente sobre su calidad de vida. En este capítulo se analizan su etiología y curso clínico. Se destaca, entre otras causas, la endometriosis, caracterizada por una dismenorrea secundaria que progresivamente afecta a la mujer en edad reproductiva e incide sobre su fertilidad.

Palabras clave

Dolor pélvico crónico (DPC); dolor agudo; endometriosis.

Introducción

Se define dolor pélvico crónico (DPC) como la dolencia que se sitúa por debajo del ombligo y por encima de la sínfisis pubiana, cuya duración es igual o mayor a 6 meses. Puede ser de manera intermitente o continua.

El DPC puede tener múltiples causas, puede ser el único síntoma o ser partícipe de un síndrome. Puede afectar a hombres y a mujeres, siendo estas últimas las de mayor preponderancia y de las cuales nos centraremos en su análisis.

Constituye un reto para la especialidad, porque por lo general son pacientes que transcurre por múltiples consultas en múltiples especialidades médicas, antes de llegar al origen y adecuado manejo de la patología.

Epidemiología

La prevalencia exacta es desconocida, múltiples publicaciones internacionales hablan de una prevalencia cercana al 15 %. De las pacientes derivadas a Ginecología hasta un 10 % corresponden a pacientes portadoras de DPC; y el 50 % de las pacientes derivadas a endoscopistas son por dicha causa, siendo mujeres habitualmente jóvenes, económicamente activas, con pérdida de días laborales y disminución en su rendimiento físico y emocional habitual.

Clínica

Las causas de DPC son muy variadas, pudiendo corresponder a estructuras somáticas (piel, musculo y peritoneo parietal) o causas viscerales (órganos pélvicos). El dolor de origen somático habitualmente es

mas localizado; siendo el dolor visceral mas profundo, dificil de delimitar y acompañado frecuentemente de un dolor referido.

El primer paso fundamental a la hora de abordar la patología es diferenciar el dolor agudo del dolor crónico. El dolor agudo habitualmente responde a un síntoma de un daño tisular subyacente, mientras que el dolor pélvico crónico responde a una enfermedad en sí misma, que requerirá de un abordaje más completo, y fundamentalmente multidisciplinario.

No todo DPC es endometriosis, y no toda endometriosis se manifiesta por DPC. Es claro que la endometriosis contribuye en un gran número de las pacientes portadoras de DPC, pero es claro que el DPC puede persistir mas allá del tratamiento quirúrgico y hormonal de la endometriosis. Tampoco el DPC está relacionado con el estadio de la enfermedad, puesto que se ha visto endometriosis severa sin dolor, y pacientes portadoras de endometriosis leve con intenso DPC.

Causas más frecuentes de DPC

Endometriosis

Enfermedad en la que el tejido de recubrimiento endouterino se localiza fuera de él. Estos depósitos de tejido se pueden localizar en lugares variados y responden al ciclo menstrual en cuanto al crecimiento y sangrado a lo largo de él.

Debido a que esto tiene lugar fuera del útero, la sangre y el tejido no pueden emerger del cuerpo a través de la vagina. En cambio, permanecen en el abdomen, donde pueden provocar quistes dolorosos y bandas fibrosas de tejido cicatricial (procesos adherenciales).

Problemas musculoesqueléticos

Trastornos que afectan los huesos, las articulaciones y los tejidos conjuntivos, como fibromialgia, tensión muscular del suelo pélvico, inflamación de las articulaciones de la pelvis o hernias. Puede dar lugar a dolor pélvico recurrente.

Enfermedad inflamatoria pélvica crónica

Vinculada a infecciones crónicas del aparato genital, relacionadas con gérmenes de transmisión sexual, que dejan como consecuencia múltiples cicatrices en el aparato genital, y que se vinculan muchas de ellas a infertilidad y DPC.

Restos ováricos

A posteriori de cirugía pelviana, histerectomía y/o ooforectomias parciales, pueden persistir vestigios de tejido ovárico capaz de formar quistes dolorosos.

Mioma

Tumoraciones benignas del útero que pueden generar compresión de órganos pélvicos con sensación de pesadez y dolor en hemi-abdomen inferior, o por sufrimientos isquémicos de los miomas por un crecimiento exponencial de éstos que se traducirá en DPC.

Síndrome del intestino irritable

Los síntomas asociados con el síndrome del intestino irritable, como inflamación, estreñimiento o diarrea, pueden ser el origen del dolor y la presión pélvicos.

Síndrome de la vejiga dolorosa (cistitis intersticial)

Esta afección está asociada con un dolor recurrente en la vejiga y con una necesidad frecuente de orinar. Es posible que presenten dolor pélvico a medida que la vejiga se llena, por lo que pueden ceder temporariamente al orinar.

Síndrome de congestión pélvica

Se considera que las venas varicosas (várices) dilatadas que se encuentran alrededor del útero y de los ovarios pueden provocar dolor pélvico por congestión pélvica y dilatación de las redes venosas de la pelvis.

Factores psicológicos

La depresión, el estrés crónico o los antecedentes de abuso sexual o físico pueden aumentar el riesgo de dolor pélvico crónico. El sufrimiento emocional empeora el dolor, y vivir con un dolor crónico contribuye al sufrimiento emocional. Estos dos factores suelen generar un círculo vicioso.

Endometriosis

Trastorno a menudo doloroso, en el cual el tejido similar al tejido que normalmente recubre el interior del útero (el endometrio) crece fuera de él. Afecta más comúnmente a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis, pudiendo generar compromiso de los órganos intraabdominales en grado variable. Es una enfermedad de curso crónico, inflamatoria por excelencia, y estrógeno-dependiente.

Se desconoce la causa exacta de la enfermedad, pero se describen factores de riesgo asociados como son la menarca más temprana, retraso en la edad de inicio de la paridad, familiares de primer grado afectados, raza: mayor incidencia en mujeres asiáticas que mujeres afrodescendientes y caucásicas.

La lactancia prolongada y la multiparidad constituyen factores protectores para el desarrollo y la evolución de la patología.

Es de etiología desconocida. Se plantean múltiples teorías para su desarrollo. Dentro de la más aceptada mencionaremos la menstruación retrógrada, la metaplasia celómica y la de diseminación linfática o vascular.

Durante la atención de cualquier mujer en edad fértil, independientemente del motivo de consulta como se mencionó como dolor durante el ciclo menstrual (dismenorrea) que tenga un carácter invalidante, y/o que le genere una alteración en su vida habitual, siempre debe de sospecharse la presencia de endometriosis.

Sabemos que el retraso en el diagnóstico va en promedio desde 7 a 10 años, ya que el único diagnóstico de certeza sigue siendo la visualización y confirmación histopatológica de las lesiones.

Su prevalencia es desconocida, pero se estima que entre un 2 y 10 % de las mujeres en edad fértil presentan la enfermedad y un 35 a 50 % de las mujeres que presentan dolor pélvico y/o alteraciones en la fertilidad.

Dentro de los síntomas principales de la enfermedad encontramos:

- *Dismenorrea*: dolor pélvico menstrual
- *Dolor pélvico crónico*
- *Dispareunia profunda*: dolor en la pelvis profunda durante o posterior al coito

Sintomatología sugestiva de endometriosis profunda

- Disquesia o dolor para defecar
- Hematoquesia: sangrado al defecar
- Diarrea menstrual: aumento de las deposiciones durante el período menstrual
- Disuria
- Síndrome urinario bajo persistente durante la menstruación

Sintomatología sugestiva de endometriosis extragenital

- Dolor en hipocondrio derecho durante el período menstrual (endometriosis diafragmática)
- Dolor en cicatriz de cesárea durante el período menstrual (endometriosis parietal)

Una vez realizada una correcta y completa anamnesis se deberá realizar un examen físico minucioso y detallado. Un correcto examen abdominal, valorando cicatrices y puntos dolorosos. Una correcta valoración de los

genitales externos y mediante especuloscopia valorar la presencia de nódulos endometriósicos en vagina, cuello y fondos de saco vaginales.

Examen ginecológico bimanual valorando tamaño, posición y movilidad uterina. Esta última puede verse disminuida por la presencia de endometriosis, toda vez que valorar el dolor asociado a movilidad también es sugestivo de la patología. Palpar asimismo la existencia o no de nódulos en vagina y fondos de saco vaginales.

Tacto rectal y recto vaginal debe de reservarse para cuando sospechemos la presencia de nódulos en el tabique rectovaginal o ante la sospecha de compromiso intestinal cuando se presenta sintomatología sugestiva (disquesia o rectorragia).

Paraclínica

- *Ca 125*: marcador sugestivo no específico. Dicho marcador aumenta en otras patologías, como son infecciones, neoplasias, etc. Si bien presenta una baja sensibilidad, valores por encima de 35 UI/ml durante los días 3 a 5 del ciclo es sugestivo de la enfermedad cuando se presenta una sintomatología de sospecha.
- *Ecografía ginecológica transvaginal*: junto con la RNM presentan una elevada sensibilidad para el diagnóstico de endometriosis profunda y ovárica; no tan así para la endometriosis superficial. Ante la presencia de endometriosis ovárica, la imagen de los endometriomas en vidrio esmerilado o imagen hipoecoica con ecos difusos, es patognomónica de la enfermedad. Recordemos que ante la presencia de endometriomas, hasta un 40 % puede asociar endometriosis profunda y un 50 % adenomiosis. Para el diagnóstico de endometriosis intestinal, la sensibilidad

diagnóstica de la ecografía ginecológica transvaginal es menor. No obstante la misma puede aumentar si se realiza con preparación intestinal, valorando la presencia de nódulos intestinales y la ausencia de deslizamiento de las diferentes estructuras intraabdominales.

- *Resonancia magnética de pelvis*: cobra especial relevancia ante la sospecha de endometriosis profunda, fundamentalmente cuando se sospeche endometriosis del tabique recto vaginal, o cuando la ecografía ginecológica no sea concluyente. Presenta mayor sensibilidad diagnóstica para la valoración de focos de endometriosis alejados, valoración de parametrios, pared lateral y lesiones ováricas pequeñas.

Clasificación

Existen múltiples clasificaciones de la endometriosis:

- **Clasificación de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM)** (EFI: índice de fertilidad en endometriosis): su limitación principal es que sólo toma en cuenta las complicaciones vinculadas a la fertilidad, sin ponderación adecuada de las demás limitaciones de la patología.
- **Score ENZIAN**: su uso no está estandarizado, brinda una descripción morfológica de la endometriosis con infiltración profunda, basada en imágenes obtenidas de RNM. Mayor sensibilidad y especificidad para endometriosis profunda.
- **UBESS** (sistema de puntuación basado en ecografía): pretende predecir la dificultad operatoria según los hallazgos ecográficos.
- **Score ENDIRECT**: basado en un cuestionario, examen ginecológico ecografía TV y RNM. Cada variable suma puntos

obteniendo elevada sensibilidad y especificidad para el compromiso intestinal.

Tratamiento

Debe de ser en esencia multidisciplinario, combinando terapias médicas, quirúrgicas y psicosociales en conjunto con la paciente.

Las decisiones terapéuticas dependerán de la edad de la paciente, extensión de la enfermedad y severidad de los síntomas.

Se debe enfatizar en los objetivos a alcanzar, como aliviar el dolor, mantener o restablecer la fertilidad, reducir las lesiones endometriósicas, y/o evitar las recurrencias.

Se recomienda reservar el tratamiento quirúrgico cuando fracase el tratamiento médico inicial o con endometriomas mayores a 5 cm, o cuando haya compromiso intestinal y/o urinario.

Tratamiento médico

Debe de ser utilizado como alternativa inicial o post-cirugía.

Se recomienda su inicio de manera empírica ante la sospecha de la enfermedad y debe de ser administrado de manera prolongada. Debemos tener presente que no genera curación de la enfermedad, dada su evolución crónica, sino que nos permitirá un control de la endometriosis para lograr una mejor calidad de vida.

No deben de ser utilizados en pacientes con deseos inmediatos de fertilidad, ya que su uso no mejora los resultados y retrasa la concepción.

Anticonceptivos combinados: se recomienda para el tratamiento del dolor, reducción de los endometriomas y prevención de recidivas de la enfermedad post cirugía. Pueden utilizarse de manera cíclica o continua

consensuado con la paciente. La anticoncepción de rango extendido se asocia a amenorrea, por lo tanto mejor la calidad de vida cuando el síntoma principal es el dolor. Convendrá indicar anticonceptivos con baja carga estrogénica, preferentemente compuestos con *estradiol*, dado que poseen menor carga estrogénica que el etinilestradiol. Su uso debe de estar especialmente recomendado cuando el síntoma principal es la dismenorrea, cuando la endometriosis es superficial o posterior a una cirugía con endometrioma menor a 5 cm.

Los *gestágenos* deben de ser considerados como tratamiento de primera línea en el manejo del dolor y prevención de recidivas, con menores efectos adversos. Tienen acción central, disminuyendo la función ovárica y por lo tanto disminuyendo la producción estrogénica. Presentan además una función periférica, actuando sobre los focos de endometriosis a distancia con efecto antiproliferativo, antiinflamatorio y antiangiogénico. Dentro de los *gestágenos* más recomendados mencionaremos al *dienogest*, a una dosis recomendada de 2 mg/d. También se recomienda el uso de *desogestrel* o *acetato de noretisterona*. El uso de *gestágenos* está recomendado, fundamentalmente, ante la presencia de endometriosis profunda.

DIU con levonorgestrel: constituye la segunda línea de tratamiento, con buenos resultados clínicos y mejoría sintomática franca.

Antigonadotróficos (danazol, gestrinona) y *agonista de GnRh*: constituyen la tercera línea de tratamiento. Presentan frecuentes efectos adversos, y mayor índice de intolerancia que los anteriores. Pueden ser utilizados por períodos cortos, dada la elevada repercusión en la densidad mineral ósea, por lo que su uso se debe asociar con vitamina D y suplementos de calcio.

Tratamiento quirúrgico

Si bien la cirugía constituye el *gold standard* en el tratamiento de todos los síntomas vinculados a la enfermedad, debe recordarse que la endometriosis es una enfermedad crónica, que requiere un manejo en tiempo prolongado, en donde se debe de optimizar el tratamiento médico, intentando evitar los tratamientos quirúrgicos repetidos dado que agregan fibrosis (componente importante para el dolor) y pueden dificultar el tratamiento vinculado al DPC.

El tratamiento debe de ser individualizado, considerando los síntomas principales, la extensión de la enfermedad, los deseos reproductivos y la presencia de endometriomas.

Es fundamental que el equipo quirúrgico esté formado por especialistas en la materia, que eviten disminuir el riesgo de complicaciones como es la realización de escisiones incompletas, lesiones vasculares y orgánicas.

Estas situaciones conllevan a terapéuticas quirúrgicas insuficientes.

En cuanto al abordaje conservador versus radical, siempre debe optarse por el primero.

En cuanto al abordaje laparotómico respecto al laparoscópico éste es de elección dada la mejor visualización de toda la cavidad abdominal, menor estancia hospitalaria, menor dolor post operatorio y mejores resultados cosméticos.

El gran dilema del tratamiento quirúrgico lo constituye el tratamiento de la endometriosis profunda, dado la dificultad de la técnica, ya que el tratamiento óptimo puede incurrir en lesiones intestinales, vesicales o vasculares. En consecuencia, ante la sospecha de ellas, debe realizarse una correcta valoración preoperatoria, adecuada planificación quirúrgica mediadas con el respectivo consenso y consentimiento de la paciente.

Constituyen indicación formal de cirugía

- Dolor persistente a pesar de tratamiento médico
- Contraindicaciones o rechazo al tratamiento médico
- Necesidad de diagnóstico anatomopatológico
- Exclusión de malignidad en una masa ovárica
- Afectación intestinal y/o urinaria

Contraindicaciones para la cirugía

- Pacientes con múltiples cirugías y dolor persistente
- Edad cercana a la menopausia
- Equipo quirúrgico no entrenado

Conclusiones

Si bien la presentación clínica de la enfermedad es muy variable, ante el relato de dolor pélvico en una paciente en edad reproductiva, debemos siempre sospechar la presencia de endometriosis, para, de esa forma optimizar precozmente un tratamiento dirigido y evitar grandes repercusiones a largo plazo.

Optimizar un tratamiento médico en primer lugar y reservar los procedimientos quirúrgicos en los casos en que la terapéutica farmacológica no haya resultado efectiva.

Bibliografía

- CLEMENZA S, SORBI F, NOCI I, CAPEZZUOLI T, TURRINI I, CARRIERO C, BUFFI N, FAMBRINI M, PETRAGLIA F. From pathogenesis to clinical practice: Emerging medical

treatments for endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;51:92-101. <<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.021>>

HIRSCH M, BEGUM MR, PANIZ E, BARKER C, DAVIS CJ, DUFFY J. Diagnosis and management of endometriosis: a systematic review of international and national guidelines. *BJOG*. 2018;125(5):556-564. <<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14838>>

KODAMAN, PH. Current Strategies for Endometriosis Management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42(1):87-101. <<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2014.10.005>>

KUZNETSOV L, DWORZYNSKI K, DAVIES M, OVERTON C, GUIDELINE COMMITTEE. Diagnosis and management of endometriosis: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2017;358:j4227. <<https://doi.org/10.1136/bmj.j3935>>

