



Dolor pélvico crónico en la mujer: manejo y tratamiento del dolor pélvico crónico

Celia Bauset Castelló, Mar Muñoz Muñiz, Francisco Nohales Alfonso, Irene Díez Itza, Jordi Cassadó Garriga, Eloy Muñoz Galligo, Alicia Martín Martínez, Elisa López-Herrero Pérez, Enrique González Díaz y María Isabel Valdivia Jiménez

ABREVIATURAS

AD: antidepresivos
 ADT: antidepresivos tricíclicos
 AINE: antiinflamatorios no esteroideo
 COX2: ciclooxigenasa-2
 CV: cardiovascular
 DN: dolor neuropático
 DPC: dolor pélvico crónico
 GAP: Guía de Asistencia Práctica
 GR: grado de recomendación
 IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina
 LUNA: ablación de los ligamentos uterosacos por vía laparoscópica
 MSP: musculatura del suelo pélvico
 NE: nivel de evidencia
 PG: punto gatillo
 SNC: sistema nervioso central
 SP: suelo pélvico
 TA: tensión arterial
 TCC: terapia cognitivo conductual
 TENS: transcutaneous electrical nerve stimulation
 TXB: toxina botulínica

1. BASES DEL TRATAMIENTO. PREVENCIÓN DE LA CRONICIDAD

El manejo de las pacientes con dolor pélvico crónico (DPC) debe realizarse de una forma personalizada, en función de las necesidades individuales. No existe una estrategia única de actuación, sino que suelen necesitar una atención multimodal e interdisciplinar, pudiendo requerir la aplicación de distintos tipos de tratamientos con participación de diferentes profesionales de forma combinada, incorporando estrategias de tratamiento farmacológico y no farmacológico que tienen como objetivo reducir el dolor, minimizar la discapacidad y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Para ello debemos involucrar a la propia paciente en el autocontrol y autogestión del dolor, tratando cualquier causa (etiología) de dolor, pero también el propio síntoma de dolor, así como sus consecuencias.

Se evaluarán todos aquellos factores modificables relacionados con la recurrencia o perpetuación del dolor y posible cronificación (expuestos en la parte I de la Guía de Asistencia Práctica [GAP] del dolor pélvico crónico: *Dolor pélvico crónico en la mujer: definición, clasificación, terminología y diagnóstico*). Lo que en el mundo anglosajón se conoce como las 4 P (*prevention, psychological, physical, pharmaceutical*).

*Las Guías de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estas guías no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

En conclusión, es necesaria una actuación integral sobre la mujer desde un enfoque holístico. Mediante un abordaje psicobiosocial centrado en la paciente, actuando sobre el dolor y su repercusión, que incluya los aspectos físicos, psicológicos, conductuales y sexuales.

2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Desde el inicio del tratamiento se debe ofrecer una analgesia para controlar de forma adecuada el dolor, aunque no se haya identificado, no exista o haya fallado el tratamiento etiológico. Incluso a veces el tratamiento empírico puede resultar no solo terapéutico sino también diagnóstico.

No existe un único fármaco que consiga resultados óptimos en el tratamiento del DPC y con frecuencia se prescriben combinaciones de diferentes clases de medicamentos, para minimizar los efectos adversos y mejorar la eficacia. Sin embargo, no disponemos de suficiente evidencia científica de calidad acerca de cuál es la combinación de tratamientos farmacológicos más adecuada en las pacientes con DPC.

2.1. Analgésicos

El paracetamol es un analgésico-antitérmico de acción central bien tolerado, aunque su eficacia como fármaco de primera línea es cuestionable en muchas situaciones de dolor como la dismenorrea. Por lo tanto, en su uso a largo plazo deberemos revisar su eficacia.

Los analgésicos de acción periférica tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e inhibidores selectivos de la Ciclooxygenasa-2 (COX2), aunque están especialmente indicados en el dolor agudo, también pueden ser útiles en el DPC (especialmente si van combinados con otro tipo de fármacos como el paracetamol). Deben tenerse en cuenta sus efectos secundarios y contraindicaciones y realizar un seguimiento de su eficacia y tolerancia, de forma que, si no se consigue la función deseada o aparecen efectos secundarios, retirarlos. La utilidad de los AINE, sobre todo en la endometriosis, está bien establecida.

2.2. Neuromoduladores

El dolor neuropático (DN) está presente en muchas situaciones de DPC y puede ser la manifestación de múltiples etiologías. Su tratamiento puede iniciarse en el momento del diagnóstico, mientras de forma simultánea se completa el diagnóstico etiológico. Además, el DN se asocia frecuentemente a otros componentes de dolor, como el nociceptivo o el miofascial, y su tratamiento precoz puede mejorar la eficacia de otras terapias como la fisioterapia.

Los neuromoduladores tienen efecto sobre la transmisión nerviosa y han mostrado eficacia en el tratamiento del dolor crónico, especialmente del neuropático o central. Son utilizados como tratamiento y coadyuvante en estas situaciones. La mayor parte de la evidencia y datos disponibles proceden de estudios sobre otras condiciones de dolor no pélvico, principalmente sobre la polineuropatía diabética dolorosa, neuralgia posherpética o neuralgia del trigémino. Aunque faltan estudios específicos y evidencia de su uso en el tratamiento del DPC, basándose en la eficacia en otros síndromes de DN, son también utilizados en el DPC de este origen. Debe tenerse en cuenta que son fármacos con efectos secundarios frecuentes y que pueden generar dependencia, lo que limita su uso.

Según la localización y el tipo de mecanismo de acción, los utilizados principalmente son (Ver pauta de tratamiento en tabla I):

- Acción sobre receptores periféricos: son fármacos de uso tópico, como la lidocaína y la capsaicina. Pueden considerarse en pacientes con DN localizado, que no toleran los tratamientos sistémicos (orales) o prefieren evitarlos.
- Acción sobre la modulación medular del dolor (bloqueantes de la subunidad alfa de los canales del calcio):

Anticonvulsivantes: actúan sobre las neuronas hiperexcitadas. Son frecuentemente utilizados en el DN y su utilización está recomendada en este tipo de dolor, son considerados fármacos de primera línea. Se dispone de algunos estudios en el DPC.

–Fármacos: gabapentina y pregabalina. Se recomienda iniciar a bajas dosis y aumentar de forma lenta y progresiva. Es recomendable dar pautas escritas y realizar una monitorización de la eficacia, los efectos secundarios y determinar la dosis eficaz más baja.

- Acción como moduladores de la inhibición a nivel central descendente:

Antidepresivos (AD): son eficaces en el DN y utilizados en el contexto del tratamiento multimodal del dolor.

Además de su efecto analgésico, sirven como coadyuvantes de otros fármacos para el DN, lo que permite disminuir sus necesidades, potenciar su efecto, disminuir los efectos secundarios y tratar también los trastornos psicológicos asociados. Las dosis en el tratamiento del DN suelen ser menores que las utilizadas como AD.

–Antidepresivos tricíclicos (ADT): han sido utilizados ampliamente en el tratamiento del dolor. La revisión Cochrane 2007 confirma su eficacia en el tratamiento del DN. Son considerados fármacos de primera línea en el tratamiento del DN ya que su efecto analgésico es independiente del efecto antidepresivo.

Fármacos: la amitriptilina es la más frecuentemente utilizada; la nortriptilina y la desipramina son aminoras secundarias, presentan menores efectos secundarios que la anterior y son mejor toleradas, pero tienen una menor eficacia.

Tabla I.
Pauta de tratamiento farmacológico del dolor neuropático

		Pauta	Efectos secundarios
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	Amitriptilina	- Dosis inicio: 10-25 mg/ noche. -Pauta ascendente: 10-25 mg cada 4-7 días / en 1-2 tomas (según eficacia y/o tolerancia). -Dosis máxima: 150 mg.	Debidos principalmente al efecto anticolinérgico: sequedad de boca, somnolencia, mareos, visión borrosa y estreñimiento. Precaución y uso limitado en ancianas por posible efecto sobre el estado cognitivo y/o cardiovascular (CV), aparición de arritmias, (infrecuentes en pacientes sin riesgo CV), que puede requerir control periódico con electrocardiograma.
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA / NOREPINEFRINA	Duloxetina	- Dosis inicio: 30 mg / noche. - Pauta ascendente: 60 mg / día / 1 toma cada semana. - Dosis máxima: 60 mg 2 veces / día	Mareos, fatiga, náuseas, somnolencia, sequedad bucal, síndrome serotoninérgico, estreñimiento (mejor perfil de seguridad que los ADT).
	Venlafaxina	-Dosis inicio: 37,5 mg / 1-2 veces al día. -Pauta ascendente: 75 mg semanal. -Dosis máxima: 225 mg /día.	Sudoración, pérdida de peso, disminución del apetito, náuseas, sequedad de boca, mareos, somnolencia, presión arterial elevada, arritmias. Elevada tasa de abandonos por efectos secundarios. Requiere control de tensión arterial.
ANTICONVULSIVANTES	Gabapentina	-Dosis inicio: 300 mg /noche. -Pauta ascendente: 300 mg cada 5 -7 días. -Dosis máxima: 600-900 mg / 3 veces al día*.	Mareos, somnolencia, visión borrosa, fiebre, comportamiento hostil.
	Pregabalina	-Dosis inicio: 25-75 mg. -Pauta ascendente: cada 5 -7 días, en dosis y frecuencia (de 1 a 3 veces al día). -Rango de eficacia: 300-600 mg/ día**.	Aumento de peso, somnolencia, mareos, borrosidad, visión, pensamiento deficiente.
AGENTES TÓPICOS	Parche /crema lidocaína 5%	-Aplicar el parche durante 12 h. -Aplicar la crema en la zona afecta cada 12 h.	Irritación local de la piel, lidocaína sistémica rara toxicidad (aturdimiento, mareos, somnolencia, acúfenos, visión borrosa o doble, bradicardia, hipotensión).
	Parche Capsaicina 8%		Dolor durante el tratamiento, erupción cutánea, elevación de la tensión arterial durante el tratamiento.

*En pacientes posmenopáusicas, con bajo índice de masa corporal o que refieran ser especialmente sensibles a la medicación, puede iniciarse con dosis bajas, desde 100 mg/día, y aumento gradual de 100 mg/día, cada semana.

**Dosis < 150 mg/día es poco probable que presenten eficacia.

–Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN): tiene una acción similar a los ADT, pero su mayor selectividad hace que presenten mejor tolerancia, recomendados en el DN periférico.

Fármacos: duloxetina, venlafaxina y desvenlafaxina.

Opioides: actúan directamente sobre los receptores opioides del sistema nervioso central y periférico, debe tenerse un manejo cuidadoso en su uso ya que presentan riesgo de dependencia, tolerancia, morbilidad e incluso muerte. Por ello, no son fármacos recomendados para su uso en el DN crónico por el ginecólogo general. Solo deben prescribirse tras una evaluación multidisciplinaria y tras haber fracasado otros tratamientos (grado de recomendación [GR] fuerte). El uso de opioides a largo plazo solo debe ser prescrito en unidades especializadas en el dolor, y bajo supervisión de un especialista debidamente capacitado (GR fuerte).

Fármacos: codeína, tramadol, buprenorfina, metadona, petidina, morfina, hidromorfona y fentanilo.

–El tramadol, opioide menor o débil (análogo sintético de la codeína), tiene un mecanismo de acción dual sobre el sistema nervioso central (SNC), actúa como opioide y antidepressivo (IRSN), con menor afinidad por los receptores opioides. Puede considerarse su utilización como terapia de rescate aguda o en exacerbaciones del dolor. Es frecuente su uso combinado con el paracetamol. Dosis: 50 mg/6 h.

Los **cannabinoides** son alcaloides naturales o sintéticos derivados del Cannabis sativa o Cáñamo de la India (marihuana). Actúan sobre receptores endógenos ampliamente distribuidos en el encéfalo (CB1, CB2 y CB3).

No se recomienda su uso como tratamiento inicial del DN fuera de unidades especializadas.

En la prescripción y utilización del tratamiento farmacológico del DN debe seguirse un enfoque estandarizado basado en las recomendaciones y pautas generales de la Guías Internacionales de DN (GR Fuerte):

- Se debe informar a la paciente de que los fármacos utilizados tienen otras indicaciones.
- **Inicio del tratamiento:** utilizar fármacos de primera línea, con aumento progresivo de dosis hasta alcanzar una respuesta terapéutica aceptable o aparición de efectos adversos.
 - Los ADT y anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) son considerados como fármacos de primera línea en el tratamiento del DN.
 - No deben utilizarse como tratamiento inicial del DN, fuera de unidades especializadas: cannabinoides, parches de capsaicina, lacosamida, lamotrigina, morfina, oxcarbazepina, topiramato, venlafaxina, valproato sódico, tramadol (no a largo plazo, pero sí puede utilizarse como terapia de rescate aguda).

- Si un fármaco de primera línea utilizado en monoterapia es insuficiente y/o aparecen efectos adversos (no es bien tolerado): cambiar o asociar otro fármaco de primera línea de diferente mecanismo de acción. El fracaso de un fármaco no excluye un beneficio potencial de otro.
- Si la asociación de dos fármacos de primera línea es insuficiente y/o los efectos adversos impiden alcanzar la dosis máxima: incorporar o cambiar por otro que no sea de primera línea.
- En el cambio o incorporación de un nuevo tratamiento, superponer ambos durante un periodo breve, para no dejar sin tratamiento y evitar el deterioro del control del dolor.
- La duración del tratamiento dependerá de la causa. Generalmente será necesario durante meses. La retirada o disminución de la dosis deberá realizarse de forma progresiva.
- Realizar revisiones clínicas periódicas, evaluando eficacia, tolerancia y efectos adversos.
- Si no se obtiene una respuesta al tratamiento, deberemos asegurarnos del diagnóstico correcto y reevaluar posibles diagnósticos diferenciales. Evaluar la adherencia y efectos secundarios y el ajuste al esquema de tratamiento pautado.
- Si aún así el dolor es muy severo, limita significativamente su calidad de vida y estado de salud, remitir a un centro de referencia especializado capaz de dar un abordaje multidisciplinar y/o procedimientos especializados invasivos.

2.3. Relajantes musculares

Su uso será principalmente para los cuadros asociados con síndrome de dolor miofascial.

La ciclobenzaprina es un relajante muscular farmacológicamente similar a los ADT, tiene efecto sobre el SNC y no efecto directo sobre el músculo. Se ha utilizado en la fibromialgia, aunque no hay experiencia en dolor pélvico. Mejora el sueño y el síntoma de dolor. Su administración es preferiblemente nocturna (5-10 mg), pudiendo aumentarse a una pauta de 3 veces al día si no provoca sedación.

En casos seleccionados se puede utilizar benzodiazepinas, como el diazepam (fuera de indicación) vía vaginal por su efecto como relajante muscular y ansiolítico. Se utiliza para reducir los síntomas miofasciales de la musculatura de suelo pélvico (MSP), especialmente en pacientes incapaces de tolerar la fisioterapia de suelo pélvico (SP). No usar de forma crónica por su dependencia, ni asociados a opioides, ya que potencian sus efectos de depresión sobre el SNC.

2.4. Tratamiento hormonal

En mujeres en edad reproductiva, el tratamiento hormonal estaría indicado en el dolor pélvico cíclico de origen ginecológico. Es un tratamiento de primera línea en aquellas mujeres con sospecha, diagnóstico o recurrencia de endometriosis, así como tras su tratamiento quirúrgico para prolongar los beneficios de la cirugía y mejorar el manejo de los síntomas.

Así mismo, puede ofrecerse de forma empírica si existe exacerbación del DPC de forma cíclica y/o dismenorrea.

El objetivo del tratamiento hormonal es la supresión menstrual para lo que puede utilizarse la pauta continua de anticonceptivos orales, el dispositivo anticonceptivo intrauterino de levonorgestrel y el acetato de medroxi-progesterona de depósito.

En mujeres menopáusicas, la aparición del dolor vulvar persistente en el síndrome genitourinario de la menopausia también es una indicación de tratamiento hormonal local y/o sistémico, incluye estrógenos y andrógenos, para evitar la aparición de vestibulodinia (con clínica de dispareunia superficial).

3. FISIOTERAPIA

Un elevado número de mujeres con DPC presentan algún grado de dolor de origen miofascial ya que no es infrecuente encontrar en la exploración un acortamiento de la MSP, pudiendo observar también puntos gatillo (PG) ya sean activos o latentes que producirán los síntomas descritos por la paciente cuando son estimulados.

En estos casos, la fisioterapia debe plantearse como un programa de tratamiento integral de técnicas musculares, articulares y miofasciales que abordará las disfunciones específicas que hayamos observado durante la evaluación de la paciente.

Este tratamiento debe basarse en:

- Manipulación miofascial que incluye la liberación manual de los PG, así como las infiltraciones de los mismos.
- Movilización y estiramiento neuronal.
- Rehabilitación de las anomalías musculoesqueléticas extrapélvicas mediante la reeducación neuromuscular y el estiramiento tanto activo como pasivo.
- Manipulación del tejido conectivo.
- Movilización de tejido cicatricial si este existiera.
- Terapia manual transvaginal y/o transrectal.
- Reeducación de los músculos del SP.

El tratamiento deberá ser realizado por personal especializado y el ritmo de este debe ajustarse a la tolerancia de la paciente ya que inicialmente puede ser doloroso. Ni la frecuencia ni la duración de las sesiones está claramente establecida en las guías de práctica clínica, pero se deberán adaptar a la tolerancia individual de la paciente

al tratamiento manual. En esta fase del tratamiento es importante que la paciente no realice ejercicios de fortalecimiento de la musculatura ya que podría agravar los síntomas.

A los 3-4 meses de iniciado el tratamiento es recomendable una evaluación que permita valorar la evolución, así como la necesidad de asociar otros tratamientos. Una vez finalizado el tratamiento pueden ser necesarias sesiones de seguimiento periódicas para tratar los brotes de dolor. Estos pueden aparecer como consecuencia de múltiples estímulos (estrés, ejercicio físico, relaciones sexuales, lesiones...). Si el acceso al tratamiento con personal especializado no es fácil, o una vez finalizado el mismo, se podrá recomendar tratamiento domiciliario (ayudado de diferentes dispositivos), pero siempre tras un adecuado adiestramiento para evitar una exacerbación del dolor.

La evidencia científica disponible sobre la eficacia de la fisioterapia en el dolor miofascial es escasa. Hay pocos estudios publicados y su diseño es heterogéneo, tanto en el tipo de pacientes incluidas como en las terapias analizadas.

4. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

Son múltiples las posibilidades de realizar técnicas mínimamente invasivas o invasivas. Vamos a distinguir las técnicas básicas o quirúrgicas que utilizamos en ginecología/suelo pélvico de las avanzadas que requieren una colaboración de unidades de dolor o multidisciplinarias.

4.1. Bloqueo/infiltración muscular

La infiltración de PG de forma aislada o combinada con otras terapias puede mejorar el dolor y la capacidad funcional de la paciente con DPC miofascial, permitiendo la fisioterapia posterior o como ayuda diagnóstica.

- La punción seca consiste en la introducción de una aguja a través de la piel con el objetivo de producir un estímulo mecánico sobre el tejido musculoesquelético, sin producir la administración de ningún tipo de medicación ni la extracción de cualquier elemento o fluido. La principal indicación de la punción es para el tratamiento de lesiones relacionadas con el síndrome de dolor miofascial, representado principalmente por los PG. No disponemos de evidencias de su utilidad en la MSP.
- Infiltración con anestésico local con / sin corticoide: a través de una palpación vaginal se puede identificar el fascículo del elevador del ano con hipertonía para inyectar anestésico local (bupivacaína al 0,25%) y corticoide (triamcinolona 40 mg), con un volumen total de 5 ml. Otros músculos que pueden originar el DPC son el obturador interno, en íntimo contacto con el

nervio pudendo, y el piramidal. Su infiltración es más segura si nos ayudamos del control electrofisiológico y/o ecográfico. A no ser que exista un trastorno inflamatorio específico subyacente (tendinitis, bursitis, artritis, etc.), la asociación de corticoides parece no ofrecer una mejoría significativa en el control del dolor. La infiltración con anestésico local ayuda al diagnóstico, ya que si la paciente mejora del dolor tras la infiltración, el síndrome miofascial será el responsable de este.

- La infiltración con toxina botulínica (TXB) inhibe la contracción muscular al bloquear la liberación de acetilcolina al espacio neuromuscular, y produce una relajación muscular en la región del músculo inyectado (denervación química transitoria). El efecto analgésico podría explicarse además por una acción eferente sobre las neuronas motoras y otra aferente sobre las nociceptivas.

La TXB es un producto de fermentación de la bacteria *Clostridium botulinum*, bacteria grampositiva y anaerobia que se encuentra en el agua y en la tierra. Las neurotoxinas producidas son proteínas, y se han identificado siete serológicamente distintas, aunque los subtipos de aplicación médica o estética son la toxina botulínica tipo A (TXB-A) y la toxina botulínica tipo B (TXB-B). En la revisión Cochrane de 2014 se concluía que las inyecciones con TXB-A en los síndromes miofasciales necesitaban estudios clínicos con mayor homogeneidad y mayor número de pacientes para determinar su papel en el tratamiento del síndrome de dolor miofascial. Un metaanálisis reciente de Meister encuentra una mejoría estadísticamente significativa en las puntuaciones de dolor y otros resultados secundarios (como la dispareunia) después de la inyección de TXB-A en los músculos del SP, sobre todo en mujeres con dispareunia profunda.

Otra posibilidad es el empleo de TXB-A en la vulvodinia como segundo escalón terapéutico, pero con menor evidencia terapéutica.

4.2. Infiltraciones en cicatrices

Aunque no disponemos de evidencia científica al respecto, en algunos casos se obtienen resultados beneficiosos infiltrando cicatrices con la combinación ya expuesta de anestésico local (bupivacaína al 0,25%) y corticoide (triamcinolona 40 mg). Pueden realizarse por vía vaginal en los dolores selectivos de los ligamentos uterosacros secundarios a la cirugía del SP, tras la episiorrafia o en cicatrices abdominales

4.3. Otros procedimientos quirúrgicos

No existe evidencia clara en el manejo de las pacientes con dolor secundario a la colocación del material protésico

durante la cirugía de SP. Sí hay una recomendación fuerte de remitir estos casos a unidades multidisciplinarias en las que se puedan beneficiar de diferentes tipos de tratamientos (farmacológico, fisioterapia, infiltraciones, exéresis). El material protésico puede originar el dolor por fibrosis o retracción o dolor miofascial y puede ser suficiente la sección de la malla. Ante dolor severo o ausencia de mejoría con otros tratamientos puede ser necesaria la retirada del material protésico. Pero no existe evidencia de que la exéresis de la malla lleve a la resolución completa del dolor, pudiendo persistir los síntomas tras la retirada de esta.

Referente a las técnicas quirúrgicas empleadas en el tratamiento del dolor:

Las técnicas laparoscópicas utilizadas para realizar una denervación en casos de DPC están prácticamente en desuso (neurectomía presacra y ablación de los ligamentos uterosacros por vía laparoscópica [LUNA]), ya sea por su dificultad técnica y alto grado de complicaciones o porque no han demostrado una eficacia mantenida en el tiempo.

Tampoco se recomienda la adhesiolisis laparoscópica de forma rutinaria como tratamiento del DPC, con un nivel de evidencia (NE) A y un GR fuerte.

La descompresión del nervio pudendo es otra técnica quirúrgica que se ha empleado en el tratamiento del DPC. La evidencia actual es limitada.

4.4. Técnicas invasivas especializadas

A continuación, mostramos las principales técnicas de control del DPC realizadas preferentemente en las unidades de dolor.

Bloqueos nerviosos

El DPC puede estar relacionado con una lesión nerviosa originada de forma directa o indirecta. Los nervios implicados en el DPC son múltiples: uterosacro, obturador, ilioinguinal, iliohipogástrico, genitofemoral, pudendo, entre otros.

Las infiltraciones de estos nervios tienen dos propósitos: confirmar el diagnóstico mediante un bloqueo con anestésico local, e intentar aliviar el dolor. La evaluación de la intensidad y de la topografía del dolor antes e inmediatamente después del bloqueo es esencial para la interpretación de los resultados. En líneas generales, los bloqueos se pueden realizar con anestésico local y corticoide, o con radiofrecuencia pulsada.

Neuromodulación periférica

La estimulación eléctrica transcutánea (TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*) se define como la apli-

cación de corriente eléctrica a través de la piel a un nervio para controlar el dolor. Actúa activando preferentemente las fibras A δ , bloqueando la transmisión del dolor en la zona del asta posterior de la médula. La neuromodulación transcutánea del nervio tibial posterior fue inicialmente descrita para pacientes con vejiga hiperactiva y empiezan a publicarse algunos artículos respecto al tratamiento del DPC.

Bloqueos simpáticos del plexo hipogástrico y del ganglio impar

La vía percutánea de aproximación al plexo hipogástrico superior se puede realizar guiando la aguja con técnicas fluoroscópicas, tomografía axial computarizada e incluso mediante ecografía.

Los bloqueos del plexo hipogástrico superior pueden usarse con fines tanto diagnósticos como terapéuticos. El bloqueo del ganglio de Walther o ganglio impar, de localización retroperitoneal en la cadena simpática prevertebral a nivel de la unión sacrococcígea, permite controlar el dolor de la parte distal del recto, ano, uretra y tercio inferiores de vagina, así como el de la vulva. El bloqueo del ganglio impar fue descrito para tratar el dolor perineal de origen simpático intratable como consecuencia de un cáncer.

Neuroablación

Los agentes neurolíticos más utilizados son: el fenol, el alcohol o la glicerina. La neuroablación puede conseguir una analgesia efectiva con una mejora en la calidad de vida. La experiencia indica que los dolores visceral y somático responden mejor que el neuropático. En este sentido, la neurólisis del plexo hipogástrico superior puede reducir eficazmente el dolor de origen visceral pélvico.

Neuromodulación medular

La estimulación de los cordones posteriores medulares o neuromodulación sacra implica la activación de fibras aferentes que actúan a nivel segmentario espinal, inhibiendo la transmisión de la información nociceptiva. Las aplicaciones más extendidas son el DN y el isquémico, también es una técnica establecida en el tratamiento de la urgencia/ frecuencia, de la incontinencia de urgencia y la retención urinaria crónica, así como en el tratamiento de la incontinencia fecal y del estreñimiento.

La neuroestimulación medular está indicada en el dolor crónico cuando han fracasado los demás tratamientos.

Infusión espinal

La vía intratecal constituye una alternativa para el dolor intenso. A partir del descubrimiento de la existencia de receptores opiáceos en el cerebro y la médula, la administración de opiáceos intratecales ha ido ganando terreno en el tratamiento del dolor crónico. Produce un efecto analgésico muy importante con dosis mucho más bajas que las empleadas por vía sistémica, sin interferir en la función táctil, las funciones motoras ni en los reflejos simpáticos. Por lo tanto, es posible emplear dosis muy bajas de morfina. Al ser una vía invasiva, debe reservarse como último escalón terapéutico, para pacientes con dolores rebeldes a otros tipos de tratamiento, o cuando los efectos secundarios sean intolerables. El empleo de esta técnica en dolor no oncológico se restringirá a pacientes muy seleccionadas.

5. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Existe una fuerte asociación entre factores psicológicos y el DPC, ya que se ha observado que casi la mitad de las mujeres que reciben tratamiento por este motivo informan antecedentes de trauma físico o emocional. También es conocido que los factores psicosociales desempeñan un papel en todos los tipos de dolor en la mujer, condicionando la gravedad y pronóstico.

De esta manera, la ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos por estrés postraumáticos van a estar presentes. Si añadimos la variable catastrofista del dolor entenderíamos cómo la gravedad del dolor genital podría estar relacionada con el estrés emocional que se caracteriza por las expectativas negativas y una respuesta más baja a los tratamientos médicos. Además, otra variable psicológica común entre las pacientes con dolor crónico es la somatización, descrita como un trastorno en el que la paciente se queja de varios síntomas somáticos (multisintomático) sin evidencia de patología orgánica.

Por tanto, los componentes emocionales y psicológicos son tan importantes de tratar como el componente físico y aquí es donde la terapia cognitiva-conductual (TCC) puede ser beneficiosa para estas pacientes.

La reestructuración cognitiva es una estrategia empleada por los profesionales para ayudar a identificar, evaluar y modificar el pensamiento perjudicial relacionado con la angustia emocional (pudiendo hablar de una rehabilitación emocional). Las intervenciones psicológicas pueden estar dirigidas al dolor mismo o al ajuste del dolor en términos de función y estado de ánimo.

En dos revisiones sistemáticas y metanálisis de los pocos ensayos heterogéneos de tratamiento psicológico para el DPC se encontró beneficios para el dolor en unos

pocos meses, de alrededor del 50%, comparables a los de la farmacoterapia, pero esto no se mantuvo durante el seguimiento.

Hay ensayos clínicos, en etapas piloto, con participación multidisciplinaria (psicológica y fisioterapéutica), que intentan demostrar la importancia de este tipo de abordaje. Para las pacientes menos discapacitadas y angustiadas, se puede realizar un seguimiento a través de visitas no presenciales (telefónicas o por Internet).

6. TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

La compleja patogenia y el tratamiento muchas veces insatisfactorio del DPC hacen que las terapias alternativas tengan un creciente interés tanto en las pacientes como en los profesionales. Este tipo de estrategias incluyen el ejercicio físico, terapias herbales, dietas y complementos alimentarios, las terapias mente-cuerpo (como el yoga o tai chi), terapias manuales (masajes y manipulación osteopática), bioenergética (como la acupuntura) entre otras, pero faltan datos de ensayos clínicos aleatorizados de calidad que evalúen su eficacia.

7. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La primera evaluación, una vez instaurado el tratamiento, es aconsejable realizarla a las seis-ocho semanas para ver si el tratamiento ha sido efectivo o no. Contestaremos las posibles dudas, realizaremos las adaptaciones necesarias y próximas evaluaciones. En el seguimiento se nos plantean, por tanto, dos posibilidades:

- Que el tratamiento resulte efectivo: en estos casos debemos prestar atención a ofrecer una prevención alternativa si ello fuera posible, para evitar recurrencias. Si la paciente consulta por el mismo dolor nuevamente deberemos empezar, tempranamente, con las estrategias de autocontrol que aprendió en el tratamiento inicial (postural, dieta, situaciones de estrés...), de esta manera tendrá una mejor oportunidad de evitar desarrollar síndromes de dolor pélvico nuevamente.
- Que el tratamiento no resulte efectivo: en los casos en los que el tratamiento iniciado no haya tenido suficiente efecto, es importante interrogar a la paciente acerca de si ha tomado la medicación de acuerdo con la prescripción realizada, si presentó algún efecto secundario y si hubo algún cambio en el dolor. En ese caso, el ajuste de la medicación o los esquemas de dosis pueden ayudar. En los casos en los que la paciente haya interrumpido las sesiones, pregúntele por qué tomó esa decisión. Es importante

comprobar si la paciente ha entendido la idea detrás de la terapia que se detuvo prematuramente.

Si la paciente, de acuerdo con sus médicos, llega a la conclusión de que ninguna de las terapias administradas mostró suficiente efecto, se recomienda derivar a un centro que trabaje con un equipo multidisciplinario (preferiblemente reconocido), de cara a introducir otros tratamientos.

En algunos casos, tras la evaluación inicial, si se trata de casos complejos, existe una gran afectación de la calidad de vida de la mujer o detectamos signos de catastrofización, es recomendable derivar a la paciente a unidades multidisciplinarias

La autogestión y cuidado compartido estaría dirigido a las pacientes que padecen un síndrome de dolor pélvico y no hay una opción de tratamiento específico disponible. Estas pacientes tendrán que vivir con su dolor y aprender a controlarlo. Esto significa que deberán encontrar una manera de gestionar el impacto de su dolor en las actividades diarias en todos los ámbitos de la vida. Los programas de autoayuda, así como los grupos de apoyo, pueden ser aconsejables, incluso pueden beneficiarse de una atención compartida con monitores o cuidadores, para apoyar estas estrategias de autogestión.

8. RECOMENDACIONES SEGÚN LA EVIDENCIA

a) Las siguientes recomendaciones se basan en buenas y consistentes evidencias científicas (nivel A). GR fuerte:

- Realizar manejo del DN según guías clínicas.
- Proporcionar terapia hormonal o cirugía en los estadios bien definidos de la endometriosis.
- La decisión de instaurar un tratamiento con opioides a largo plazo debe ser tomada por un especialista capacitado y su médico de familia, solo si otros tratamientos razonables se han intentado y han fracasado y será necesario un seguimiento multidisciplinar.
- Recomendar tratamiento psicológico a todas aquellas pacientes con DPC con un componente importante de angustia asociada.
- Derivar a una unidad multidisciplinar a las pacientes que hayan desarrollado DPC después de la inserción de la malla.
- No se recomienda el uso rutinario de la adhesiolisis laparoscópica como tratamiento del DPC.
- Proporcionar una aproximación multidisciplinar al DPC refractario al tratamiento

b) Las siguientes recomendaciones se basan en datos limitados o evidencia científica inconsistente (nivel B).

GR débil:

- Aplicar terapia miofascial como primera línea de tratamiento en las disfunciones del SP relacionadas con el DPC.
- La infiltración de los PG (con suero salino, anestésicos, corticoides u opioides) de forma aislada o combinada con otras terapias ayuda a mejorar el dolor y la capacidad funcional de las pacientes con DPC miofascial.

9. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstet Gynecol.* 2020;135:e98-e109.
2. Tu FF, As-Sanie S. Chronic pelvic pain in adult females: Treatment. En: UpToDate. UpToDate, Waltham, MA.
3. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Borovicka J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. EAU Working Group on Chronic Pelvic Pain 2020 [Internet]. Disponible en: <https://uroweb.org/guideline/chronic-pelvic-pain/>
4. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:3005.
5. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, Lapensee L, Lea RH, Leyland NA, Martyn P, Shenassa H, Taenzer P. No. 164-Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain. *J Obstet Gynaecol Can* 2018;40:e747-e787.
6. The National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain overview. NICE-Pathways. Last Update May 2021 [Internet]. Disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/neuropathic-pain/>
7. The National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. Clinical guideline [CG173] [Internet]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>.
8. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD005454.
9. Urits I, Callan J, Moore WC, Fuller MC, Renschler JS, Fisher P, Jung JW, Hasoon J, Eskander J, Kaye AD, Viswanath O. Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2020;34:409-426.
10. Mohiuddin M, Park R, Wesselmann U, Pukall C, Jarvi K, Nickel C, Doiron C, Gilron I. Efficacy and safety of drug combinations for chronic pelvic pain: Protocol for a systematic review. *JMIR Res Protoc* 2021;10:e21909.
11. Cheong YC, Smotra G, Williams AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;CD008797.
12. Nohales FJ, Bonillo MA, Izquierdo R. Dolor pélvico crónico en la práctica uroginecológica. *Suelo Pélvico* 2012;8:9-24.
13. Frederice CP, Brito LGO, Pereira GMV, Lunardi ALB, Juliato CRT. Inter-ventional treatment for myofascial pelvic floor pain in women: systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2021;32:1087-1096.
14. Usandizaga R, Martínez B, Cánser E, Muñoz M. Tratamiento del dolor pélvico crónico en unidades especializadas: bloqueos nerviosos, neuromodulación. Papel de las unidades del dolor en el tratamiento del dolor pélvico crónico. *Suelo Pélvico* 2013;9:36-40.
15. Daniels JP, Middleton L, Xiong T, Champaneria R, Johnson NP, Lichten MN, et al. Individual patient data meta-analysis of randomized evidence to assess the effectiveness of laparoscopic uterosacral nerve ablation in chronic pelvic pain. *Human Reprod* 2010;16:568-576.
16. Soares A, Andriolo RB, Atallah AN, da Silva EM. Botulinum toxin for myofascial pain syndromes in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014:CD007533
17. Meister MR, Brubaker A, Sutcliffe S, Lowder JL. Effectiveness of botulinum toxin for treatment of symptomatic pelvic floor myofascial pain in women: a systematic review and meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2021;27:e152-160
18. Brandsborg B, Nikolajsen L. Chronic pain after hysterectomy. *Curr Opin Anaesthesiol* 2018;31:268-273.
19. Leonard G, Perrouin-Verbe MA, Levesque A, Riant T, Normand LL, Labat JJ, Rigaud J. Place of surgery in the management of post-operative chronic pain after placement of prosthetic material based on a series of 107 cases. *Neurourol Urodyn* 2018;37:2177-2183.
20. Wagner B, Steiner M, Huber DFX, Crevenna R. The effect of biofeedback interventions on pain, overall symptoms, quality of life and physiological parameters in patients with pelvic pain : A systematic review. *Wien Klin Wochenschr* 2022;134:11-48.
21. Nohales Alfonso F. Experience with nutraceutical supplements in the treatment of pelvic pain in gynaecology: case reports. *Drugs Context* 2022;11:2021-10-8.