

Dolor pélvico agudo y crónico en Ginecología

Alumna: Viridiana Merida Ortiz

Dr. Luis Ignacio Gayoso

Definiciones

Dolor agudo

- Se caracteriza por ser repentino y de corta duración. (< 7 días)

Dolor crónico

- Aquel con mas de 6 meses de duración y con la intensidad suficiente para provocar incapacidad funcional.

Dolor pélvico agudo

Valoración del dolor pélvico agudo



Abdomen quirúrgico?

- Palpación dolorosa
- Rebote peritoneal doloroso.
- Disminución o ausencia de ruidos intestinales
- Confusión, obnubilación, hipotensión.

Embarazada?

Ingreso hospitalario?

Valoración del dolor pélvico agudo

Interrogatorio

Inicio, localización y tipo e irradiación, que modifican su patrón.
Antecedentes menstruales, sexuales, ETS y anticonceptivos.

Prueba de embarazo

Grupo sanguíneo, BH, coagulación.

Cultivo cervical (Gonococo/Chlamydia)

EGO

Causas

Ginecológicas

- Complicaciones del embarazo
- Infecciones agudas
- Alteraciones de los anejos



Gastrointestinales

- Gastroenteritis
- Apendicitis
- Obstrucción intestinal
- Diverticulitis
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome colon irritable

Vías urinarias

- Cistitis
- Litiasis ureteral



Causas ginecológicas

Embarazo ectópico

Quiste ovárico roto

Torsión ovárica

Enfermedad pélvica inflamatoria

Absceso tuboovárico

Miomas uterinos

Endometriosis

Embarazo ectópico

Se define como la implantación del blastocisto en un lugar distinto de la cavidad intrauterina.

Se presenta a las 7 semanas de la amenorrea

Triada clásica

- Periodo de amenorrea
- Sangrado irregular
- Dolor agudo

Diagnóstico

- β hCG >1500
- Ecografía transvaginal

Tratamiento

- Laparoscopia con salpingectomía
- Salpingostomía



Quiste ovárico roto

- ▣ Frecuente en edad reproductiva
- ▣ Ovario derecho



Inicio repentino de dolor abdominal unilateral, y que comienza durante una actividad física o relación coital.

Puede estar acompañado de un ligero sangrado vaginal

Ecografía transvaginal, prueba de embarazo, BH

Manejo ambulatorio y analgesia oral a demanda
O tx quirúrgico

Diferencial con EE

Torsión de ovario

- ▮ Es la quinta emergencia ginecológica en frecuencia (2,7%).
- ▮ Afecta a mujeres de todas las edades (80% ER)
- ▮ El riesgo aumenta en embarazadas
- ▮ La etiología más frecuente son los quistes de ovario

Clínica

- Inicio brusco, intenso y constante, a menudo asociado con crisis de náuseas o vómitos. **Fiebre**

Diagnóstico

- Definitivo: en cirugía
- Ecografía: agrandamiento heterogéneo de un ovario.



Figura 1. Imagen de torsión anexial izquierda.

Enfermedad pélvica inflamatoria

Es una infección aguda del tracto genital superior (útero-trompas-ovarios).

Clínica

- Inicio agudo de dolor bilateral que aumenta con el movimiento, fiebre, secreción vaginal purulenta, náuseas y vómito.
- Dispareunia
- Taquicardia
- ↓ ruidos intestinales
- Hipersensibilidad a la movilización cervical



Enfermedad pélvica inflamatoria

Criterios mayores

Dolor abdominal bajo*

Movilización cervical dolorosa*

Criterios menores

Temperatura > 38,3 °C

Leucocitosis con desviación izquierda

Flujo anormal mucopurulento cervical o vaginal

Leucocitos en frotis vaginal

Aumento de la VSG

Aumento de la PCR

Absceso tuboovárico

- ▮ Es una secuela de la salpingitis aguda y suelen ser bilaterales.
- ▮ Absceso roto: urgencia quirúrgica por posible shock tóxico por gram negativo

Paciente séptica

- Dolor y fiebre mayor a 1 semana
- Taquicardia, PA baja.
- Al examen bimanual se aprecian tumoraciones bilaterales, fijas muy firmes y bastante dolorosas.

Diagnóstica

- Ecografía
- Laparoscopia

Absceso tuboovaríco

Absceso no roto

- Antibióticos de amplio espectro I.V
- Tasa de éxito del 75%
- + Drenaje percutáneo transabdominal o transvaginal

Absceso roto

- Laparotomía exploradora con resección del tejido infectado

Miomas uterinos

- ▣ Provocan síntomas cuando se encuentran sobre el ligamento ancho, vejiga, recto o ligamentos de sostén del útero.
- ▣ Poco común
- ▣ El dolor se refiere como una presión no cíclica, y menos continua, frecuencia urinaria, dismenorrea, dispareunia o estreñimiento



Miomas uterinos

Diagnostico y tratamiento

Ecografía

Degeneración: analgésicos y observación

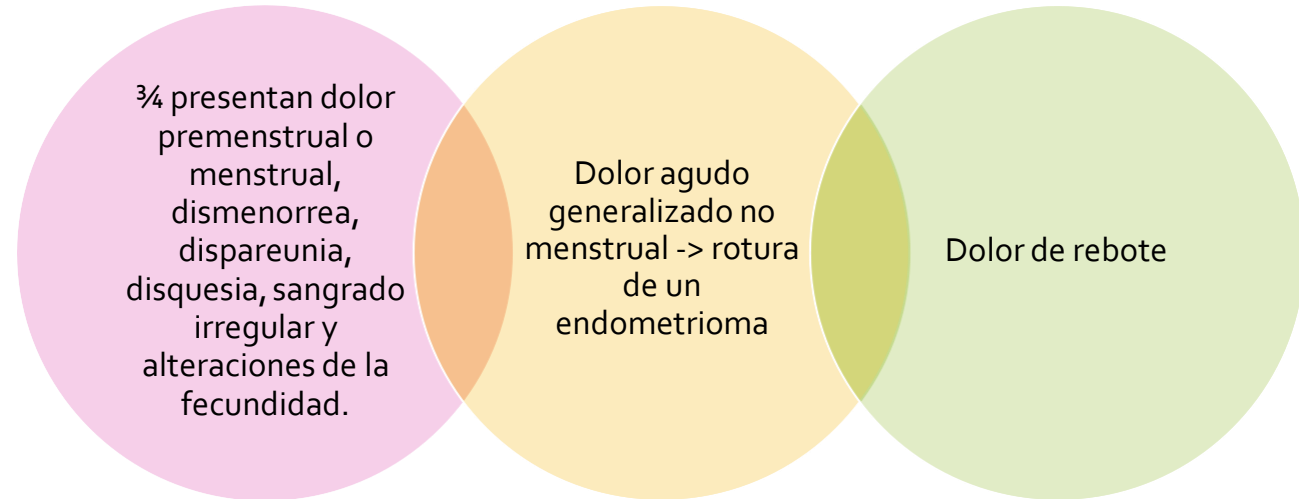
Torsión subseroso pediculado: laparoscopia, no indispensable intervención

Torsión submucoso con dolor y hemorragia: resección transcervical con histeroscopia



Endometriosis

Se define así a la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial.



Diagnostico



- Laparoscopia con biopsia

Dolor pélvico crónico

Dolor pélvico crónico

▮ Dolor que persiste en la misma localización por más de 6 meses y ocasiona incapacidad funcional o requiere tratamiento.

12-20% de las mujeres

Con frecuencia tienen ansiedad y depresión

Causas ginecológicas

Cíclicas

- Dolor periovulatorio
- Dismenorrea
- Endometriosis
- Adenomiosis

No cíclicas

- Adherencias
- Endometriosis
- Ovariosalpingitis
- Síndrome del remanente ovárico
- Congestión pélvica
- Neoplasias

Causas no ginecológicas

Gastrointestinales

- Síndrome de intestino irritable
- Colitis ulcerosa
- Enfermedad de crohn
- Carcinoma
- Infección
- Obstrucción intestinal parcial recurrente
- Diverticulitis
- Hernia

Vías urinarias

- Cistitis intersticial
- Síndrome uretral
- Pólipos uretrales
- Carcinoma de vejiga
- Obstrucción ureteral

Otros

- Neuropatías
- Síndrome de dolor lumbar
- Fibromialgia
- Linfoma

Evaluación del dolor pélvico crónico

Anamnesis Revisar la historia desde el principio, los antecedentes personales GO, de cirugías o trauma y familiares

Añadir un cuestionario de ansiedad y depresión

DELCASITA

D uración	¿Cuánto tiempo dura?
E mpieza	¿Cuándo y como? ¿Cambia?
L ocalización	¿puede señalarlo con el dedo?
C aracterísticas	Retortijón, punzante, ardor, cólico, etc.
A tenuantes / agravantes	¿Qué?
S íntomas asociados	Dispareunia, dismenorrea, sangrado anormal, secreciones; diarrea, distensión, gases, sangrado rectal; disuria, urgencia miccional
I rradiación	¿Se desplaza a otras zonas?
T emporal	¿ciclo menstrual o actividades cotidianas?
A mplitud	Escala del 0 al 10

Genital	<ul style="list-style-type: none">• Sangrado o secreción vaginal anómalo• Dismenorrea• Dispareunia• Esterilidad
Enterocolítica	<ul style="list-style-type: none">• Estreñimiento, diarrea, flatulencia, hematoquecia, y relación del dolor con los movimientos intestinales
Urológico	<ul style="list-style-type: none">• Urgencia, frecuencia, nicturia, disuria, incontinencia, hematuria.
Psicológico	<ul style="list-style-type: none">• Dx, internamientos, medicamentos, depresión actual, ansiedad, traumas emocionales, físicos o sexuales.
Musculoesquelético/ neuropático	<ul style="list-style-type: none">• Traumatismos• Exacerbación con el ejercicio o cambios de posturas

Pruebas complementarias

BH, VSG, EGO, cultivo de orina
y exudado vaginal.

Ecografía pélvica

Evaluación psico-social

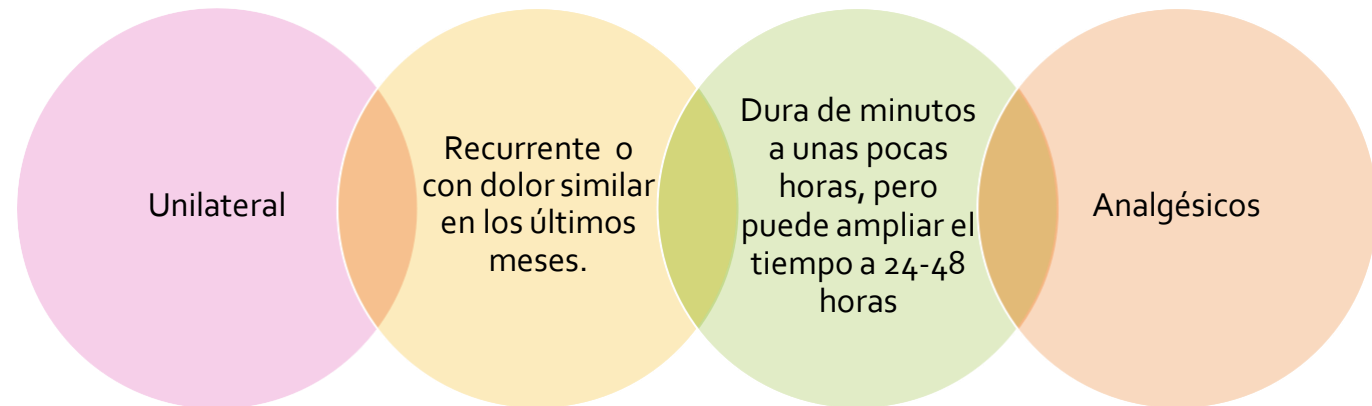
Laparoscopia

Causas ginecológicas de dolor cíclico

Dolor periovulatorio

Mittelschmerz

- ▣ Presente en el 20% de las mujeres.
- ▣ El dolor puede producirse justo antes, durante o después de la ovulación. Es alternante.
- ▣ Irritación peritoneal.



Dismenorrea

Es un dolor cíclico. Trastorno ginecológico frecuente, que afecta a cerca del 50% de las mujeres que menstrúan.

Primaria

- Dolor menstrual sin trastorno pélvico
- 1 ó 2 años después de la menarquia
- Inicia unas horas antes del inicio del periodo menstrual, o justamente después del mismo, y puede durar 48-72 horas.
- Dolor tipo cólico, suprapúbico
- Mejora con el calor
- Inhibidores de la síntesis de las prostaglandinas c/8h

Secundaria

- Aparece con trastorno pélvico subyacente y ocurre con ciclos anovulatorios
- Suele comenzar dos semanas antes de la menstruación y persiste unos cuantos días después.
- Causas + frecuentes: endometriosis, adenomiosis o DIU.
- AINES, progestágenos y la histerectomía es el tratamiento definitivo.

Adenomiosis

- ▮ La existencia de áreas de glándulas y estroma endometriales en el espesor del miometrio, junto con la hiperplasia de las fibras musculares lisas de este último.
- ▮ Mujeres >30 años que han tenido hijos.



Adenomiosis

- Metrorragia disfuncional, **dismenorrea**, sensación de presión pélvica.

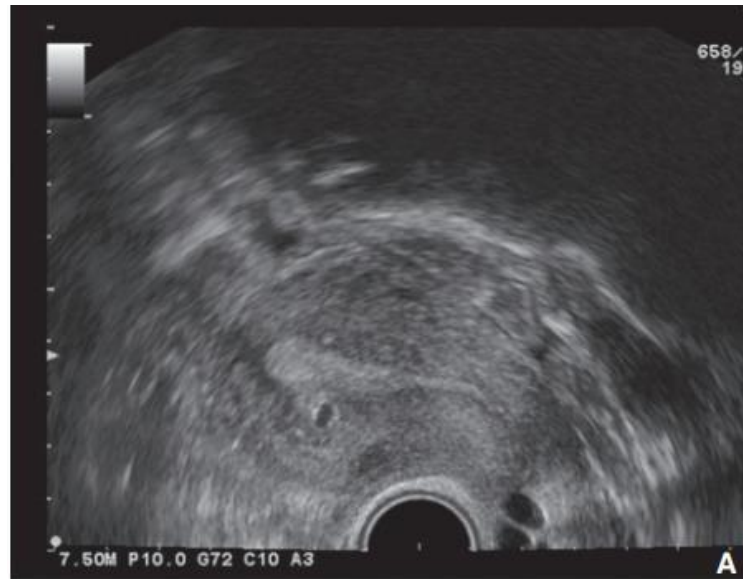
Clínica

- Heterogeneidad miometrial difusa o localizada
- Presencia de quistes intramiometriales
- Engrosamiento de la zona de unión superior a 12 mm

Los criterios diagnósticos en las pruebas de imagen:

- Histerectomía

Tratamiento



Causas ginecológicas de dolor no cíclico

Adherencias

- ▣ Se observan por laparoscopia en la misma región abdominal que el foco de dolor.
- ▣ La localización ni la densidad de las adherencias se correlacionan con la presencia de síntomas.

Dx laparoscópico

- Descartar otras patologías
- Estudio psicológico negativo

Tratamiento

- Lisis de las adherencias
- Obstrucción intestinal parcial
- esterilidad

Congestión pélvica

Implica la congestión o la dilatación de los plexos venosos uterinos y /u ováricos.

Mujeres en edad reproductiva

Signos y síntomas

- Dolor bilateral abdominal bajo y lumbar
- ↑ con la bipedestación prolongada
- Dismenorrea secundaria
- Dispareunia
- Sangrado anormal
- Fatiga crónica
- Síntomas de intestinoirritable

Diagnóstico y tratamiento

- Venografía transuterina
- Supresión hormonal
- Dolor
- Progestágenos en dosis ↑
- 30 mg acetato de medroxiprogesterona
- Análogos de GnRH
- Embolización de la vena ovárica
- Histerectomía con salpingoofotectomía

Síndrome del remanente ovárico

Consiste en la aparición de dolor pélvico en pacientes que previamente se han sometido a salpingooforectomía bilateral

La incidencia varía entre 0.9% y 3.38%.

Suele aparecer a los 2-5 años posteriores a la intervención

Dolor pélvico lateralizado. A menudo cíclico.

Estudios ecográficos tras estimulación con clomifeno conforman el diagnóstico.

El tratamiento consiste en la exéresis de los restos o terapéutica hormonal

- Agudo y punzante
- No irradiado

- Progestágenos

gracias

Referencias

- ▣ Berek y Novak. (2012). Dolor pélvico y dismenorrea. En Ginecología(470 - 520). Barcelona: Wolters Kluwer Health
- ▣ R. Ezcurra, N. Lamberto, V. Peñas. (2009). Dolor abdomino-pélvico en ginecología. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32, 49 – 58.
- ▣ Vidal A, Rico B, Ayuso M, Angulo J, Ruiz M, Mugüerza J and Sanz M. Chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 375-389.
- ▣ Cid, J. (2006). Dolor pélvico crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 13(1), 29-39.

Libro de Ginecología 2 ed Williams