

PROTOCOLO

DE EVALUACIÓN DE LA MUJER

CON DOLOR PÉLVICO. CONSIDERACIONES

ESPECÍFICAS EN LA MUJER

PRE Y POSTMENOPÁUSICA

C. Pérez Sanz, A.F. Pérez Rodríguez y C. Larrañaga Azcárate

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Cuando una mujer consulta por dolor abdominal, lo primero que se debe determinar es si sufre un abdomen quirúrgico. Las dos consideraciones siguientes son: a) si la paciente está embarazada o no, y b) si la paciente requiere ingreso hospitalario o es susceptible de tratamiento ambulatorio (fig. 1).

Anamnesis

La historia de toda paciente con dolor abdominal debe incluir descripciones del inicio, localización y tipo de irradiación del dolor, junto a elementos que modifican su patrón, como la micción, la defecación, el coito, la actividad y el estrés. Es necesario anotar meticulosamente los antecedentes menstruales, sexuales y anticonceptivos e incluir preguntas de selección gastrointestinal, del aparato urinario, médicas y ortopédicas.

El diagnóstico, el tratamiento y la respuesta a la terapia de episodios previos pueden contribuir con información importante para la anamnesis, pero no debe suponerse que el diagnóstico previo fue necesariamente correcto, en especial si no se confirmó mediante diagnóstico laparoscópico, anatomopatológico y microbiológico. Este punto es importante en mujeres con un diagnóstico poco fundamentado de infección pélvica o en endometriosis.

Abdomen quirúrgico

Dentro del dolor pélvico agudo debemos diferenciar el abdomen quirúrgico por el diferente manejo que requiere.

Clínica

Dolor agudo, generalmente de inicio súbito; palpación dolorosa, rebote peritoneal doloroso; disminución o ausencia de ruidos intestinales. Con la menor brevedad posible se debe valorar la necesidad de una intervención quirúrgica urgente. La valoración incluye la anamnesis, cuando sea posible, y la exploración física.

Los signos de gravedad son confusión, obnubilación e hipotensión.

Evaluación inmediata del volumen intravascular y del estado hemodinámico. Reevaluación de forma frecuente. Se basa en la presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca. La hemoglobina y el hematocrito son indicadores poco adecuados del grado de pérdida sanguínea. Un aumento del pulso súbito o cambios posturales de la PA son con frecuencia los únicos signos de sangrado interno. Una hipotensión postural (disminución de la PA sistólica > 10 mmHg al cambiar de decúbito a bipedestación o incremento en la frecuencia cardíaca > 20 lat/min) indica una pérdida hemática moderada (del 10% al 20% del volumen circulatorio). La hipotensión en decúbito denota pérdida grave ($> 20\%$).

Diagnóstico diferencial

Depende de la edad de la paciente:

Prepúberes y adolescentes

Torsión anexial y linfadenitis mesentérica son las más frecuentes.

Edad fértil

Gestación extrauterina, atonía uterina grave postaborto o puerperal, perforación

postlegado, salpingitis, absceso tuboovárico y rotura de quiste ovárico. Situaciones más raras pero que deben incluirse: enfermedad de Crohn, colecistitis aguda, úlcera péptica perforada, pielonefritis aguda, litiasis renal o rotura esplénica.

Mujer potmenopáusica

Torsión anexial, colecistitis aguda, úlcera perforada y diverticulitis aguda.

La apendicitis aguda forma parte del diagnóstico diferencial en todos los grupos de edad.

Dolor pélvico agudo

El origen del dolor pélvico agudo puede ser genitourinario, gastrointestinal o musculoesquelético. Mediante una historia detallada y uso selectivo de pruebas diagnósticas dirigiremos el diagnóstico diferencial (tabla 1).

Anamnesis

Debe determinarse el comienzo, carácter, localización y patrón de irradiación del dolor, y correlacionarlos con los cambios como la micción, la defecación, las relaciones sexuales, la actividad física y el estrés. Los antecedentes menstruales, sexuales, anticoncepción, médicos y quirúrgicos previos pueden aportar datos de interés. Interrogar sobre episodios similares anteriores, con tratamiento exitoso o no. El dolor de iniciación rápida es más compatible con perforación de una viscera hueca o con isquemia. El cólico o el dolor grave de tipo retortijón casi siempre se acompaña de contracción de una viscera

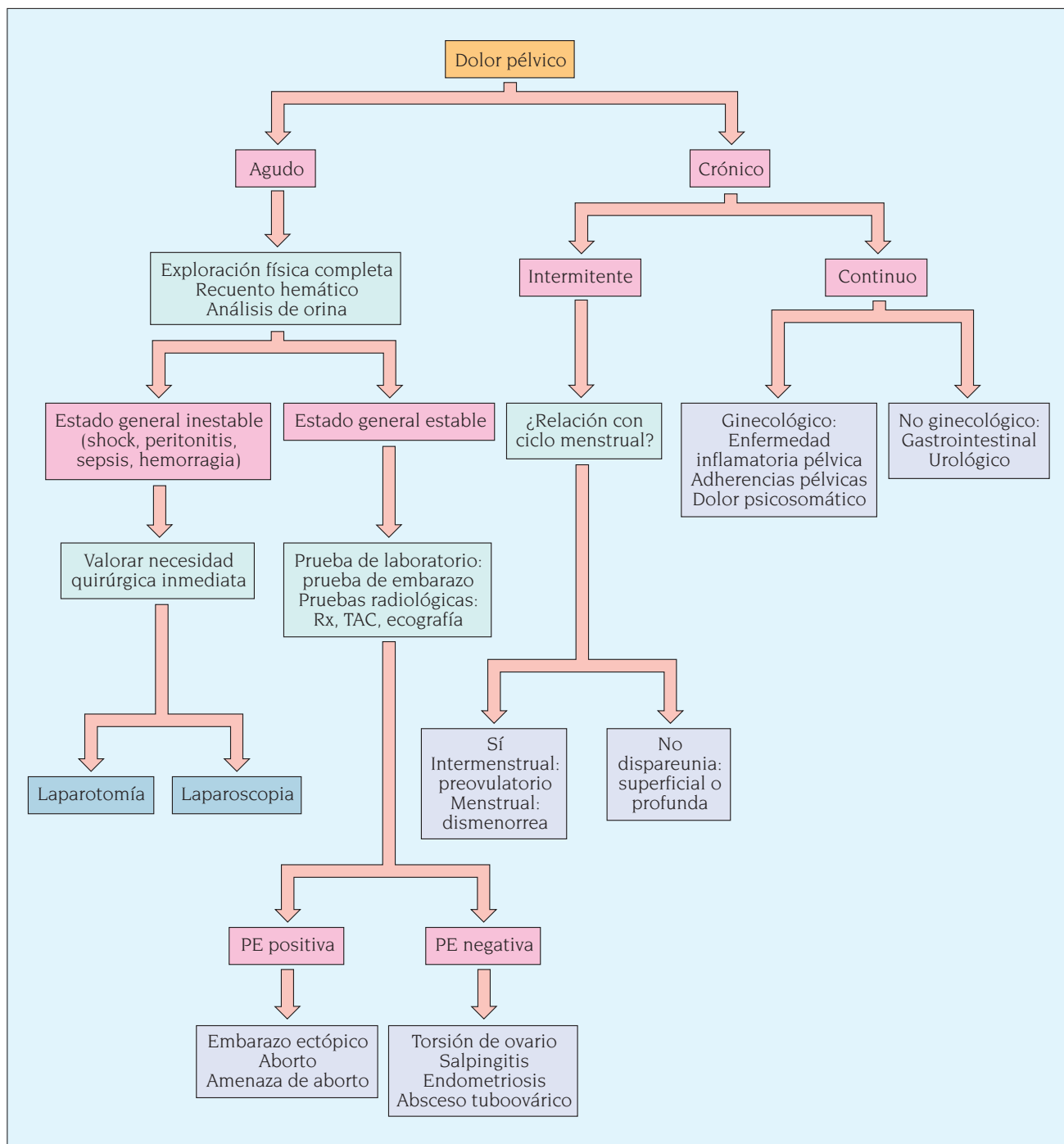


Fig. 1. Algoritmo diagnóstico del dolor pélvico. Rx: radiografía; TAC: tomografía axial computarizada; PE: prueba de embarazo.

huesa, como útero o intestino. El dolor que se percibe por todo el abdomen sugiere una reacción generalizada a un líquido irritante dentro de la cavidad peritoneal.

Exploración física

Debe ser completa, incluyendo palpación abdominal, examen pélvico, tacto vaginal (TV) combinado y exploración rectal.

Pruebas de laboratorio

Prueba de embarazo, hemograma, pruebas de coagulación, sedimento y anormales de orina.

Ecografía

Se suele solicitar cuando la exploración es inadecuada por obesidad o dolor, se sospecha gestación ectópica, sospecha de masa anexial no confirmada por TV.

Laparoscopia diagnóstica

Cuando persiste un diagnóstico incierto.

Diagnóstico diferencial

Prueba de embarazo positiva

Identificar la localización de la gestación. Exploración zona anexial: dolor unilateral, masa ipsilateral (se tacta más veces el cuerpo lúteo del embarazo) concuerdan

con gestación ectópica. Se realizará ecografía para confirmar la localización de la gestación y su viabilidad.

Gestación intrauterina no evolutiva: aborto en curso (cérvix uterino dilatado), aborto incompleto, aborto completo. Si presenta signos infecciosos, aborto séptico.

Gestación intrauterina evolutiva: amenaza de aborto, incarceration uterina en pelvis menor (especialmente en úteros en retroflexión, el cervix muy anteverso puede provocar una retención aguda de orina).

Gestación ectópica: localización más frecuente es la trompa. Otros más peligrosos son los cornuales, los cervicales y los ováricos.

Prueba de embarazo negativa

Descartar infección.

Presencia de signos infecciosos. Fiebre, escalofríos, leucocitosis, desviación izquierda, elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG), leucorrea purulenta o mucopurulenta, movilización cervical dolorosa y palpación anexial dolorosa. Antecedentes de relaciones sexuales o técnicas invasivas (toma de biopsia endometrial, etc.). En el TV se puede identificar una masa, y objetivar mediante ecografía cuando se forma un absceso tuboovárico. Ante la sospecha de una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) antes del tratamiento con antibióticos se deben tomar muestras para cultivo endocervicales (gonococo, *Chlamydia trachomatis*).

En el diagnóstico diferencial deben tenerse en cuenta afecciones no ginecológicas como gastrointestinales (apendicitis aguda, linfadenitis mesentérica, diverticulitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal) o urológicas (cistitis, trigonitis, cólico renal, pielonefritis).

Ausencia de signos infecciosos. Útero irregular y doloroso a la palpación que puede corresponder a una degeneración miomatosa. Se confirma mediante ecografía. Dolor anexial: tipo cólico, unilateral y febrícula descartar torsión ovárica. Generalmente asociado a tumoraciones anexiales benignas (ausencia de adherencias). La mayor parte de las veces sin hallazgos ecográficos anormales. Cuando el dolor es bilateral se asocia más con rotura de un quiste ovárico o hemorragia capsular. Ecográficamente se aprecia líquido libre en Douglas.

Dolor pélvico crónico

Por definición, un dolor crónico tiene una duración mínima de 6 meses. Una buena anamnesis y exploración física no tienen sustituto. Debemos diferenciar entre dolor episódico y continuo (tabla 1).

Episódico

Dolor recidivante, cíclico. Se asocia con intervalos libres de dolor. Las recidivas pueden tener relación con el ciclo menstrual o no.

Sin relación al ciclo menstrual

Dispareunia. dolor con las relaciones sexuales. Puede ser: superficial: descartar vulvovaginitis, vestibulitis, bartholinitis, atrofia senil, complicaciones postcirugía (en episiorrafia, colporragias), y profunda: endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, adherencias pélvicas intensas, complicaciones infecciosas en muñón vaginal posthisterectomía y adherencias ováricas a muñón vaginal posthisterectomía.

Con relación al ciclo menstrual

Intermenstrual. 1. Por irritación peritoneal. En mujeres ovuladoras, periovulatorio por sangrado y/o liberación de líquido folicular al ovular. 2. Síndrome del remanente ovárico. En pacientes que han sido sometidas a histerectomía más doble aneختomía dificultosa (asociado muchas veces a cuadros de endometriosis), quedan

fragmentos de ovario que están incluidos entre adherencias. La determinación de hormona foliculoestimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) y 17-b-estradiol no están en los rangos compatibles con menopausia, que es lo esperable si la doble aneختomía fue completa.

Menstrual. *Dismenorrea:* suele ser central, no anexial y abarca los 2-3 primeros días de la menstruación: 1. Primaria: generalmente tiene un inicio anterior a los 20 años. No se conoce causa. Característicamente no presenta signos ni síntomas fuera de la menstruación.

2. Secundaria: suele tener su inicio pasados los 20 años. El dolor puede empezar antes, durante o después de la menstruación. Si tiene dispareunia, generalmente empeora con la menstruación. La localización es central y bilateral en los cuadrantes inferiores del abdomen. Se incluyen las enfermedades inflamatorias pélvicas crónicas, endometriosis, adenomiosis, adherencias, congestión pélvica, dispositivo intrauterino (DIU), síndrome de Asherman, obstrucción cervical, malformaciones congénitas obstruidas del aparato genital interno (hematocolpos, hematometra). La laparoscopia diagnóstica ejerce un papel fundamental en el diagnóstico diferencial de estos cuadros, permitiendo el diagnóstico de las alteraciones anatómicas, la toma de muestras para cultivo y anatomía patológica.

Continuo

Se debe intentar identificar el origen del dolor para evitar derivaciones innecesarias.

TABLA 1
Espectro etiológico del dolor pélvico agudo y crónico

Dolor pélvico agudo	Dolor pélvico crónico
Causas ginecológicas Aborto espontáneo, amenaza de aborto Embarazo ectópico Enfermedad inflamatoria pélvica Rotura folicular-folículo hemorrágico Torsión anexial Rotura de endometrioma Degeneración de mioma, mioma parido, torsión de mioma	Causas ginecológicas Endometriosis Síndrome adherencial pélvico Dolor periovulatorio Himen imperforado Dispareunia: vulvovaginitis, bartholinitis, atrofia senil, endometriosis, adherencias, etc. Adenomiosis Síndrome de congestión pélvica Prolapso uterino Salpingitis crónica
Causas no ginecológicas Apendicitis aguda Linfadenitis mesentérica Diverticulitis aguda Enfermedad inflamatoria intestinal Cólico nefrítico Cistitis, pielonefritis	Causas no ginecológicas Síndrome de colon irritable Enfermedad inflamatoria intestinal Síndrome uretral Cistitis intersticial Procesos musculoesqueléticos Dolor psicósomático

rias. Distinguiremos en nuestro caso dos grupos: dolor ginecológico del “no-ginecológico”.

Ginecológico

Enfermedad inflamatoria pélvica crónica, adherencias pélvicas.

Síndrome de congestión pélvica: el dolor suele ser bilateral, continuo, sensación de peso, incremento con la bipedestación, reagudización vespertina, con el ejercicio físico. Mejora con el decúbito. Se puede sospechar por ecografía, y se

confirma mediante laparoscopia diagnóstica.

No-ginecológico

1. Gastrointestinal. Síndrome de intestino irritable; enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis; cáncer colorrectal, isquemia intestinal e intolerancia a la lactosa (enfermedad celíaca). Es más típico en jóvenes.

2. Urológico. Síndrome uretral crónico y cistitis intersticial.

3. Musculoesqueléticas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Blanc B, Boubli L. Dolores pélvicos agudos. Dolores pélvicos crónicos. Dolores pélvicos cíclicos. En: Ginecología. 2ª ed (edición en español). Madrid: Mosby/Doyma; 1994.

Rapkin AJ. Dolor pélvico y dismenorrea. En: Berek JS, Hillard PA, Adashi EY, editores. Ginecología de Novak. 12ª ed (edición en español). México DF: McGraw-Hill Interamericana; 1997.

Visscher HC. Dolor abdominal bajo y pélvico. En: Precis V, editor. An Update in Obstetrics and Gynecology (edición en español). ACOG 1998.

Zanagnolo V, Cullins V. Dolor pélvico agudo y crónico. En: Lambrou NC, Morse An, Wallach EE, editores. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia (edición en español). Madrid: Marbán. 2001.