

# DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

*(Actualización de abril de 2010, con cambios mínimos)*

M. Fall (presidente), A. P. Baranowski, S. Elneil,  
D. Engeler, J. Hughes, E. J. Messelink, F. Oberpenning,  
A. C. de C. Williams

Eur Urol 2004;46(6):681-9

Eur Urol 2010;57(1):35-48

## Diagnóstico y clasificación del dolor pélvico crónico (DPC)

El dolor crónico (también conocido como dolor persistente) es aquel que persiste durante al menos 3 meses. Se asocia con alteraciones en el sistema nervioso central (SNC) que pueden perpetuar la percepción del dolor en ausencia de una lesión aguda. Estas alteraciones quizás también magnifiquen la percepción, de manera que estímulos no dolorosos se perciben como dolorosos (alodinia) y estímulos dolorosos se transforman en más dolorosos de lo esperado (hiperalgesia). Los músculos del tronco, p. ej., los músculos pélvicos, pueden tornarse hiperalgésicos, con múltiples puntos dolorosos.

Otros órganos también pueden tornarse sensibles, p. ej., el útero con dispareunia y dismenorrea, o el intestino con síntomas de colon irritable.

Los cambios en el SNC ocurren a lo largo de todo el neuroeje y, además de alteraciones sensitivas, producen cambios funcionales (p. ej., síntomas de colon irritable) y alteraciones estructurales (p. ej., edema neurogénico en algunos síndromes

de vejiga dolorosa).

Los cambios centrales posiblemente también sean responsables de algunas de las consecuencias psicológicas, que también modifican los mecanismos del dolor por sí mismas.

Se deben realizar estudios básicos para descartar patologías “bien definidas”. Los resultados negativos significan que es poco probable que se trate de una patología “bien definida”. Cualquier otro tipo de estudios se realizan con indicaciones específicas; p. ej., subdivisión de un síndrome doloroso. Las directrices de la EAU evitan utilizar términos diagnóstico falaces, que se asocian con estudios, tratamientos y expectativas del paciente inadecuados y, en definitiva, con un peor panorama pronóstico. La clasificación de la Tabla 1 se centra en los síndromes dolorosos urológicos. Reconoce que existe una superposición de mecanismos y síntomas entre diferentes afecciones y su tratamiento mediante un enfoque multidisciplinario. Un médico que utilice la clasificación de la Tabla 1 debe comenzar por la parte izquierda de la misma y continuar hacia la parte derecha sólo si puede confirmar de manera fiable que el dolor ha sido percibido en el sistema/aparato y órgano correcto. Con frecuencia puede ser imposible definir una afección más allá del diagnóstico de “síndrome de dolor pélvico”. La Tabla 2 define la terminología utilizada en el DPC. La figura 1 presenta un algoritmo para el diagnóstico y tratamiento del DPC. Se deben seguir los pasos 1 a 6 (Tabla 3) mientras se consulta las columnas correctas en el algoritmo (fig. 1).

## Tabla 1: Clasificación de los síndromes de dolor pélvico crónico

Eje I Región		Eje II Aparato/sistema	Eje III Órgano blanco como síndrome doloroso, según se identifique a partir de Hx, Ex e Ix			
Dolor pélvico crónico	Síndrome de dolor pélvico	Urológico	Síndrome de dolor vesical	(Ver la tabla 5 en la clasificación de ESSIC)		
			Síndrome de dolor uretral			
			Síndrome de dolor prostático	Tipo A inflamatorio		
				Tipo B no inflamatorio		
			Síndrome de dolor escrotal	Síndrome de dolor testicular		
				Síndrome de dolor de epidídimo		
				Síndrome de dolor posvasectomía		
		Síndrome de dolor peneano				
		Ginecológico	Síndrome de dolor asociado a endometriosis			
			Síndrome de dolor vaginal			
			Síndrome de dolor vulvar	Síndrome de dolor vulvar generalizado		
				Síndrome de dolor vulvar localizado	Síndrome de dolor vestibular	
					Síndrome de dolor clitoridiano	
			Anorrectal			
		Neurológico	p. ej., síndrome de dolor pudendo			
Muscular						
Síndrome de dolor no pélvico	p. ej., neurológico	p. ej., neuralgia pudenda				
	p. ej., urológico					

Hx = anamnesis; Ex = examen físico; Ix = análisis/estudios

Eje IV Características de irradiación	Eje V Características temporales	Eje VI Tipo de dolor	Eje VII Síntomas asociados	Eje VIII Síntomas psicológicos
Suprapúbico Inguinal Uretral Peneano/clitoridiano Perineal Rectal Dorsal Glútea	<p>INICIO Agudo Crónico</p> <p>PRESENTACIÓN Esporádica Cíclica Continua</p> <p>MOMENTO DE APARICIÓN Durante el llenado Durante el vaciado Inmediatamente después del vaciado Tardío después del vaciado</p> <p>PROVOCADO</p>	<p>Persistente Urente Punzante Eléctrico</p> <p>Otro</p>	<p>URINARIOS Aumento de la frecuencia Nocturia Dificultad para iniciar la micción Escaso flujo urinario Micción residual posmiccional Necesidad imperiosa de micción Incontinencia de urgencia Incontinencia Otro</p> <p>GINECOLÓGICOS p. ej., menstrual</p> <p>SEXUALES p. ej., en mujeres dispareunia impotencia</p> <p>Gastrointestinales</p> <p>MUSCULARES Hiperalgnesia</p> <p>CUTÁNEOS Alodinia</p>	<p>ANSIEDAD Por el dolor o por la supuesta causa del dolor Otro</p> <p>DEPRESIÓN Atribuida al dolor/ efecto del dolor Atribuida a otras causas o no atribuida</p> <p>VERGÜENZA, CULPA relacionadas con experiencias sexuales expresadas o no expresadas</p> <p>SÍNTOMAS DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (PTSD) Reviviscencia del evento traumático Conductas de rechazo Dificultades para conciliar y mantener el sueño</p>

**Tabla 2: Definiciones de la terminología del dolor pélvico crónico**

Terminología	Descripción
<i>Dolor pélvico crónico</i>	Dolor de causa no oncológica que se percibe en estructuras relacionadas a la pelvis, tanto en hombres como en mujeres. En caso de dolor nociceptivo documentado que se torna crónico, el dolor debe haber sido continuo o recurrente durante al menos 6 meses. Si se documentan bien mecanismos dolorosos no agudos y de sensibilización central, el dolor se puede interpretar como crónico, independientemente del tiempo de duración. En todos los casos, con frecuencia se asocian consecuencias negativas, que pueden ser de tipo cognitivo, conductual, sexual y emocional.
<i>Síndrome de dolor pélvico</i>	Dolor pélvico persistente o en episodios recurrentes asociado con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario inferior o de disfunción sexual, intestinal o ginecológica. No hay infección demostrada ni otras enfermedades evidentes (adoptado del informe 2002 de la ICS).

<i>Síndrome de dolor vesical</i>	<p>El dolor suprapúbico se relaciona con el llenado vesical y se acompaña de otros síntomas, como un aumento de la frecuencia miccional diurna y nocturna. No hay signos de infección urinaria u otra patología evidente. Este término se adoptó del informe 2002 de la ICS, donde se utilizó el término síndrome de vejiga dolorosa; el nombre se cambió a síndrome de dolor vesical para ser congruente con la terminología de otros síndromes dolorosos.</p> <p>La publicación de la Sociedad Europea para el Estudio de la IC/PBS (European Society for the Study of IC/PBS, ESSIC) hace mayor énfasis en el dolor que se percibe en la vejiga.</p>
<i>Síndrome de dolor uretral</i>	<p>Episodios recurrentes de dolor de uretra, habitualmente durante la micción, con aumento de la frecuencia miccional diurna y nicturia.</p> <p>Ausencia de infección demostrada u otra patología evidente.</p>
<i>Síndrome de dolor peniano</i>	<p>Dolor en el pene que no se origina primariamente en la uretra. Ausencia de infección demostrada u otra patología evidente.</p>

<i>Síndrome de dolor prostático</i>	Dolor prostático persistente o en episodios recurrentes asociado con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario y/o disfunción sexual. Ausencia de infección demostrada u otra patología evidente. Definición adaptada de la definición y clasificación consensuadas de prostatitis de los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH), que incluye afecciones descritas como “síndrome de dolor pélvico crónico”. Mediante el sistema de clasificación de los NIH, el síndrome de dolor prostático se puede subdividir en tipo A (inflamatorio) y tipo B (no inflamatorio).
<i>Síndrome de dolor escrotal</i>	Dolor escrotal persistente o en episodios recurrentes asociado con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario o disfunción sexual. Ausencia de orquiepididimitis demostrada u otra patología evidente.
<i>Síndrome de dolor testicular</i>	Dolor persistente o en episodios recurrentes localizado en los testículos al examen físico, que se asocia con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario o disfunción sexual. Ausencia de orquiepididimitis demostrada u otra patología evidente. Ésta es una definición más específica que el síndrome de dolor escrotal.
<i>Síndrome de dolor posvasectomía</i>	Síndrome de dolor escrotal que se presenta después de una vasectomía.

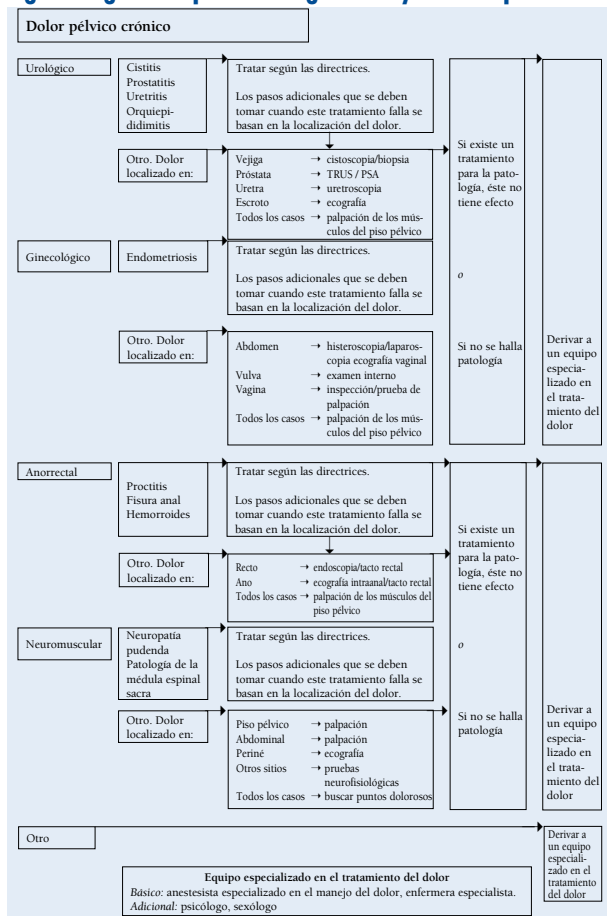
<i>Síndrome de dolor de epidídimo</i>	Dolor persistente o en episodios recurrentes localizado en el epidídimo al examen físico. Se asocia con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario o disfunción sexual. No hay orquiepididimitis demostrada ni otra patología evidente (definición más específica que el síndrome de dolor escrotal).
<i>Síndrome de dolor asociado a endometriosis</i>	Dolor pélvico crónico o recurrente en presencia de endometriosis, pero ésta no puede explicar todos los síntomas.
<i>Síndrome de dolor vaginal</i>	Dolor vaginal persistente o en episodios recurrentes asociado con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario o disfunción sexual. Ausencia de infección vaginal demostrada u otra patología evidente.
<i>Síndrome de dolor vulvar</i>	Dolor vulvar persistente o en episodios recurrentes relacionado con el ciclo miccional o con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario o disfunción sexual. No hay infección demostrada u otra patología evidente.



<i>Síndrome de dolor vulvar generalizado</i>	Dolor o sensación urente vulvar que no se puede localizar sistemáticamente y de manera precisa con un instrumento puntiforme (se realiza un “mapeo” aplicando presión con un hisopo o con un instrumento similar para vulvodinia disestésica). El vestíbulo vulvar puede estar comprometido, pero la molestia no se limita al vestíbulo. Clínicamente, el dolor puede ocurrir en forma espontánea o mediante provocación (tacto, presión o fricción).
<i>Síndrome de dolor vulvar localizado</i>	Dolor que se puede localizar de manera sistemática y precisa mediante un mapeo aplicando presión con un elemento puntiforme, en una o más regiones de la vulva. Clínicamente, el dolor habitualmente ocurre en forma provocada (tacto, presión o fricción).
<i>Síndrome de dolor vestibular</i>	Dolor que se puede localizar mediante un mapeo aplicando presión con un elemento puntiforme a una o más regiones del vestíbulo vulvar (antes denominado vestibulitis vulvar).
<i>Síndrome de dolor clitoridiano</i>	Dolor localizado mediante mapeo aplicando presión con un elemento puntiforme en el clítoris.

<i>Síndrome de dolor anorrectal</i>	Dolor rectal persistente o en episodios recurrentes, con puntos dolorosos rectales asociados o con dolor a la palpación, relacionado con síntomas de disfunción intestinal. Ausencia de infección demostrada u otra patología evidente.
<i>Síndrome de dolor pudendo</i>	Dolor de tipo neuropático originado en la zona de inervación del nervio pudendo con signos y síntomas de disfunción rectal o de las vías urinarias o disfunción sexual. No hay evidencia de patología evidente (se debe diferenciar de la neuralgia pudenda bien definida).
<i>Síndrome de dolor perineal</i>	Dolor perineal persistente o en episodios recurrentes relacionado con el ciclo miccional o con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario o disfunción sexual. Ausencia de infección demostrada u otra patología evidente.
<i>Síndrome de dolor de los músculos del piso pélvico</i>	Dolor del piso pélvico, persistente o en episodios recurrentes, con puntos dolorosos asociados, relacionado con el ciclo miccional o con síntomas sugestivos de disfunción del tracto urinario o disfunción intestinal sexual. Ausencia de infección demostrada u otra patología evidente.

# Fig. 1: Algoritmo para el diagnóstico y el manejo del DPC



**Tabla 3: Guía para el uso del algoritmo de la fig. 1 para el diagnóstico y el manejo del DPC**

Paso	Acción	Algoritmo
1	Comenzar tomando en cuenta el aparato/sistema u órgano en el que los síntomas parecen percibirse principalmente	Primera columna
2	Las afecciones “bien definidas” como la cistitis, se deben diagnosticar y tratar según las directrices nacionales o internacionales	Segunda columna y parte superior de la tercera columna
3	Cuando el tratamiento no ejerce ningún efecto sobre el dolor, se deben realizar estudios adicionales (p. ej., cistoscopia o ecografía)	Parte inferior de la tercera columna
4	Cuando estos estudios muestran la presencia de alguna patología, se la debe tratar adecuadamente	Cuarta columna
5	Si el tratamiento no tiene ningún efecto, el paciente debe ser derivado a un equipo especializado en el tratamiento del dolor	Quinta columna
6	En ausencia de una afección bien definida, o cuando no se encuentra ninguna patología mediante estudios adicionales, también se debe derivar al paciente a un equipo especializado en el tratamiento del dolor	Quinta columna

## Síndrome de dolor prostático

Según una definición más general (ver Tabla 2), se utiliza el término síndrome de dolor prostático) en vez del término prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico del Instituto Nacional de la Diabetes y de Enfermedades Digestivas y Renales (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NIDDK).

El síndrome de dolor prostático es una molestia o dolor persistente en la región pélvica, con cultivos negativos y recuentos de glóbulos blancos elevados o normales en las muestras tomadas de la próstata (es decir, semen, secreciones prostáticas y orina recogida tras masaje prostático). Debido a que no hay consecuencias diagnósticas o terapéuticas clínicamente relevantes a partir del diagnóstico diferencial entre los subtipos inflamatorio y no inflamatorio, el síndrome de dolor prostático puede interpretarse como una única entidad.

El diagnóstico se basa en antecedentes de tres meses de dolor genitourinario y ausencia de otras patologías en el tracto urinario inferior.

Se puede confirmar con una buena relación costo-eficacia mediante la prueba de los dos vasos o por medio del test pre y post masaje prostático, que identifican de manera precisa al 96% de los pacientes.

La etiología desconocida del síndrome de dolor prostático significa que el tratamiento es, con frecuencia, anecdótico. La mayoría de los pacientes requiere múltiples modalidades terapéuticas dirigidas a los síntomas principales y a las posibles comorbilidades. Resultados recientes de ensayos controlados aleatorizados han conducido a algunos progresos en el conocimiento sobre las diferentes opciones terapéuticas (Tabla 4).

## Síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial (SDV/CI)

Este espectro heterogéneo de afecciones aún no está totalmente bien definido. La inflamación es un aspecto importante en sólo un subgrupo de pacientes. El SDV se refiere a un dolor que se percibe en la región vesical, mientras que la CI se refiere a un tipo especial de inflamación crónica de la vejiga.

**Tabla 4: Tratamiento del síndrome de dolor prostático**

Fármacos	NE	GR	Comentario
• $\alpha$ -bloqueantes	-	-	No son efectivos, según un amplio ensayo controlado aleatorizado
• Tratamiento antimicrobiano	3	B	Administrar quinolonas solamente si antes no recibió tratamiento (virgen de tratamiento); reevaluar después de 2 a 3 semanas; duración: 4 a 6 semanas.
• Opioáceos	3	C	Como parte de múltiples modalidades terapéuticas para el tratamiento del dolor refractario en colaboración con clínicas de dolor

• Fármacos antiinflamatorios no esteroideos	1b	B	Se deben tener presentes los efectos secundarios a largo plazo
• Inhibidores de la 5- $\alpha$ -reductasa	1b	B	En presencia de hiperplasia prostática benigna
• Fitoterapia	1b-3	B	
• Bio feedback, ejercicios de relajación, cambios en el estilo de vida, masajes, quiropraxia, acupuntura y meditación	2a-3	B	Como tratamiento de apoyo, terapias de segunda línea

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación

Se ha utilizado una variedad extremadamente amplia de criterios de diagnóstico debido a la dificultad para establecer definiciones diferentes, tales como los criterios del consenso del NIDDK a fines de la década de 1980. La Sociedad Europea para el Estudio de la CI/SVD (European Society for the Study of IC/PBS, ESSIC) recientemente sugirió el uso de criterios de diagnóstico estandarizados para facilitar la comparación de estudios diferentes. Sugiere que el diagnóstico de SDV se debe hacer en función del dolor percibido en la vejiga urinaria, acompañado de al menos otro síntoma, tal como aumento de la frecuencia urinaria diurna y/o nocturna. Se deben descartar enfermedades que se puedan confundir como causa de los síntomas. Posiblemente esté indicado realizar una cistoscopia con hidrodistensión y biopsia (Tabla 5).

**Tabla 5: Clasificación de la ESSIC para el SDV, basada en la cistoscopia con hidrodistensión y biopsia**

Cistoscopia con hidrodistensión

Biopsia	No realizada	Normal	Glomerulaciones (grado 2–3)	Lesiones de Hunner, con o sin glomerulaciones
• No realizada	XX	1X	2X	3X
• Normal	XA	1A	2A	3A
• Dudosa	XB	1B	2B	3B
• Positiva*	XC	1C	2C	3C

\* La histología muestra infiltrados inflamatorios y/o mastocitosis en el detrusor y/o tejido de granulación y/o fibrosis intrafascicular.

El diagnóstico se hace utilizando los síntomas, el examen físico, los análisis de orina y la cistoscopia con hidrodistensión y biopsia (fig. 2). Los síntomas típicos con que se presentan los pacientes son dolor y aumento de la frecuencia urinaria, que en ocasiones es extremadamente grave y siempre incluye nocturia. El dolor es el síntoma clave. Está relacionado con el grado de llenado vesical, aumenta clásicamente con el aumento del contenido vesical y se localiza a nivel suprapúbico, a veces irradia a las regiones inguinales, la vagina, el recto o el sacro. Si bien el dolor disminuye con la micción, reaparece poco tiempo después. Las dos afecciones principales, la enfermedad clásica (Hunner) y la enfermedad no ulcerativa, tienen diferentes presentaciones clínicas y distribución etaria. Ambas responden de manera diferente al tratamiento y tienen diferentes características histopatológicas, inmunológicas y neurobiológicas. En las tablas 6 y 7 se presentan las recomendaciones para el tratamiento del SDV/CI.



**Tabla 6: Tratamiento médico del SDV/CI**

Fármaco	NE	GR	Comentario
• Analgésicos	2b	C	Limitado a los casos que están a la espera de otros tratamientos
• Hidroxizina	1b	A	Tratamiento estándar, aún cuando demostró poseer eficacia limitada en los ECA
• Amitriptilina	1b	A	Tratamiento estándar
• Pentosanpolisulfato sódico (PPS)	1a	A	Tratamiento estándar; los datos son contradictorios
• Ciclosporina A	1b	A	Los ECA mostraron que es superior al PPS, pero tiene más efectos adversos

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación;  
 ECA = ensayo controlado aleatorizado; CI = cistitis intersticial;  
 PPS = Pentosanpolisulfato sódico

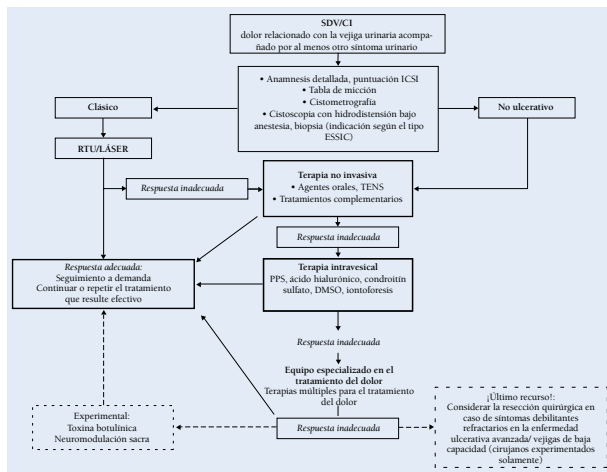
**Tabla 7: Tratamientos intravesical, intervencionista, alternativo y quirúrgico del SDV/CI**

Tratamiento	NE	GR	Comentario
• PPS intravesical	1b	A	
• Ácido hialurónico intravesical	2b	B	
• Condroitín sulfato intravesical	2b	B	
• Distensión vesical	1b	A	
• Distensión vesical	3	C	

• Administración de fármacos por medio de inducción eléctrica local	3	B	
• Resección transuretral (coagulación y láser)	NA	NA	Solamente en lesiones de Hunner. Consultar el texto completo.
• Bloqueo nervioso/ bombas epidurales para el dolor	3	C	Para intervención en casos de crisis; afecta el dolor solamente
• Entrenamiento vesical	3	B	Pacientes con poco dolor
• Terapia manual y fisioterapia	3	B	
• Psicoterapia	3	B	
• Tratamiento quirúrgico	NA	NA	Datos muy variables, último recurso, cirujanos experimentados solamente. Consultar el texto completo.

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación;  
 PPS = pentosanpolisulfato sódico; DMSO = dimetil sulfóxido;  
 NA = tipo de evidencia no aplicable, dado que los ECA son antiéticos en tales procedimientos quirúrgicos.

**Fig. 2: Diagrama de flujo de diagnóstico y tratamiento del SDV/CI**



## Síndrome de dolor escrotal

Siempre se debe realizar un examen físico que incluya la palpación suave de cada componente del escroto y un tacto rectal para detectar alteraciones prostáticas y de los músculos del piso pélvico. La ecografía escrotal tiene valor limitado para hallar la causa del dolor. El dolor escrotal puede producirse en diferentes puntos dolorosos en el suelo pélvico o en la musculatura abdominal baja.

## Síndrome de dolor uretral

El síndrome de dolor uretral es una afección mal definida. Los signos son la sensibilidad uretral o el dolor a la palpación e inflamación de la mucosa uretral hallada durante la endosco-

pia. Los pacientes se presentan con dolor o molestias durante la micción, en ausencia de infección urinaria. La “ausencia de infección urinaria” causa problemas diagnósticos debido a que los métodos que clásicamente se utilizan para identificar la infección urinaria son poco sensibles. No hay consenso acerca del tratamiento. El manejo posiblemente requiera un abordaje multidisciplinario.

## **Dolor pélvico en la práctica ginecológica**

Es necesario contar con todos los antecedentes clínicos, examen físico y análisis adecuados (p. ej., hisopado genital, estudios pélvicos con imágenes y laparoscopia diagnóstica) para identificar alguna causa que se pueda tratar. Sin embargo, en aproximadamente 30% de los pacientes no se encuentra ninguna causa. Las afecciones dolorosas ginecológicas más comunes incluyen dismenorrea, infecciones pélvicas y endometriosis. Las infecciones pélvicas habitualmente responden al tratamiento antibiótico, pero posiblemente sea necesario realizar una cirugía en las afecciones de largo tiempo de evolución. Los tumores malignos ginecológicos con frecuencia se presentan con síntomas similares al SDV. La disfunción sexual que se asocia con dolor pélvico puede necesitar atención especial. La disfunción sexual masculina se analiza en detalle en otra sección de las directrices de la EAU. La disfunción sexual femenina es más difícil de tratar, y se ve afectada por problemas en la pareja masculina. Se recomienda que la mujer sea evaluada dentro del contexto de la pareja en una clínica de patologías sexuales.

## **Afecciones neurogénicas**

Cuando no se puede explicar el DPC por una patología pélvica

local, se debe solicitar la opinión de un neurólogo y se debe descartar cualquier forma de patología del cono o de la raíz sacra. La resonancia magnética es el estudio de elección para mostrar el tejido nervioso y las estructuras circundantes. Si los exámenes y los estudios no logran revelar una alteración, se debe considerar que se trata de un síndrome de dolor focal; p. ej., atrapamiento del nervio pudiendo. El tratamiento para cada afección debe ser individualizado.

## **Función y disfunción del suelo pélvico**

El suelo pélvico tiene tres funciones: apoyo, contracción y relajación. La disfunción del suelo pélvico se debe clasificar de acuerdo a la Estandarización de la terminología de la función y disfunción de los músculos del suelo pélvico (The standardisation of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction) publicado por la Sociedad Internacional de Incontinencia (International Continence Society, ICS). Al igual que en todos los documentos de estandarización de la ICS, la clasificación se basa en la tríada de síntomas, signos y enfermedad. Los síntomas son lo que el paciente le informa; los signos se encuentran en el examen físico. Se utiliza la palpación para evaluar la contracción y relajación de los músculos del suelo pélvico. Según los resultados, la función de los músculos del suelo pélvico se clasifican en normal, hiperactiva, hipoactiva o no funcionante. Los músculos del suelo pélvico hiperactivos pueden causar DPC.

La sobrecarga muscular repetida o crónica puede activar puntos dolorosos en el músculo. Los puntos dolorosos se definen como puntos hiperirritables asociados con un nódulo palpable hipersensible en una banda tensa. El dolor originado en los

puntos dolorosos se agrava con movimientos específicos y se alivia con ciertas posiciones. El dolor se agrava cuando se ejerce presión en el punto doloroso (p. ej., dolor relacionado con el acto sexual) y con contracciones sostenidas o repetidas (p. ej., dolor relacionado con la micción o la defecación). En el examen físico, los puntos gatillo se pueden palpar y su compresión ocasionará dolor local e irradiado. En pacientes con DPC, los puntos dolorosos con frecuencia se encuentran en músculos relacionados con la pelvis, tal como ocurre con los músculos abdominales, glúteos y piriformes. Se debe considerar el tratamiento de la hiperactividad del suelo pélvico en el DPC. La fisioterapia especializada puede mejorar la función y coordinación de los músculos del suelo pélvico.

## **Factores psicológicos en el DPC**

Existen factores psicológicos que afectan el desarrollo y mantenimiento del dolor pélvico persistente, la adaptación al dolor y el resultado del tratamiento. El dolor causa angustia y la pérdida de actividades gratificantes. A los pacientes también les preocupan la enfermedad y la posibilidad de daños y sufrimiento prolongado. Hay fuerte evidencia de que participan procesos cognitivos y emocionales en el procesamiento del dolor. No hay evidencia para el modelo alternativo y difundido de trastorno de somatización/dolor somatoforme. La ausencia de signos físicos significativos no es evidencia de causalidad psicológica importante.

En las mujeres, la ansiedad, depresión y problemas sexuales son frecuentes en el DPC y se deben evaluar y tratar. Es bastante común el antecedente de abuso sexual o físico, pero es un hallazgo que también se ve en otras afecciones y es poco probable que exista un vínculo causal. En los hombres, la

depresión se asocia con síntomas urológicos y la ansiedad y la depresión pueden ocasionar que se dejen de lado las actividades normales; es poco probable que existan problemas sexuales.

La evaluación psicológica (Tabla 8) es mucho más sencilla si el médico está en comunicación con un psicólogo o un experto equivalente. Es mucho más útil hacerle preguntas directas al paciente acerca de lo que piensa que está mal, o lo que le preocupa, que usar un cuestionario sobre ansiedad. Un paciente que admite que está deprimido, y lo atribuye al dolor, posiblemente responda a un manejo del dolor con tratamiento psicológico. Que un paciente pueda expresar que haya existido abuso físico o sexual no afecta el manejo del dolor. Cuando se informa la existencia de abuso físico o sexual en la actualidad, se lo debe derivar inmediatamente a los servicios adecuados. Todos los tratamientos se deben evaluar por su impacto en la calidad de vida.

Hay pocos estudios con tratamiento psicológico. El dolor pélvico femenino muestra una tasa significativa de remisión espontánea de los síntomas. Si se utilizan tratamientos físicos y psicosociales, es probable que se produzcan los mejores resultados, tanto en hombres como en mujeres (Tabla 9).

**Tabla 8: Factores psicológicos en la evaluación del DPC**

Evaluación	NE	GR	Comentario
Ansiedad acerca de la causa del dolor: preguntar “¿está usted preocupado sobre qué podría estar causando su dolor?”	1a	C	Hay estudios en mujeres solamente: no se ha estudiado la ansiedad en los hombres
Depresión atribuida al dolor: preguntar “¿cómo se ha visto afectada su vida por el dolor?”; “¿Cómo le afecta emocionalmente este dolor?”	1a	C	Hay estudios en mujeres solamente: no se ha estudiado la ansiedad en los hombres
Síntomas físicos múltiples/salud general	1a	C	
Antecedentes de abuso sexual o físico	1a	C	Puede ser más importante el dato de abuso actual/reciente

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación.



**Tabla 9: Tratamiento físico y psicológico en el manejo del DPC**

Tratamiento	NE	GR	Comment
Reducción de la tensión; relajación, para la reducción del dolor	1b	A	Relajación +/- bio feedback +/- fisioterapia; principalmente dolor pélvico masculino
Manejo multidisciplinario del dolor para lograr el bienestar	(1a)	(A)	Pacientes con dolor pélvico tratados con manejo del dolor basado en la psicología; son pocos los ensayos específicos sobre dolor pélvico.

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación.

## Tratamiento general del DPC

Hay poca evidencia acerca del uso de analgésicos y analgésicos combinados en el DPC. Las recomendaciones provistas aquí derivan de la bibliografía sobre el dolor crónico general, sobre la base de que el DPC probablemente sea modulado por mecanismos similares a los de los dolores somático, visceral y neuropático. La tabla 10 resume el tratamiento general.

### *Analgesicos simples*

El paracetamol es bien tolerado y tiene pocos efectos secundarios. Puede ser una alternativa al uso de los AINE o incluso se pueden dar ambos fármacos combinados. Sin embargo, existe muy poca evidencia para el uso de los AINE en el DPC. La mayoría de los estudios con analgésicos investigaron la disme-

norrea, en la que los AINE resultaron ser superiores al placebo y, posiblemente, al paracetamol.

### *Analgésicos neuropáticos y antidepresivos tricíclicos*

Si es posible que haya ocurrido lesión nerviosa o sensibilización central, considere el algoritmo de la fig. 3. Los antidepresivos tricíclicos son eficaces en el dolor neuropático. Hay evidencia limitada acerca del uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y evidencia insuficiente acerca de otros antidepresivos.

### *Anticonvulsivantes*

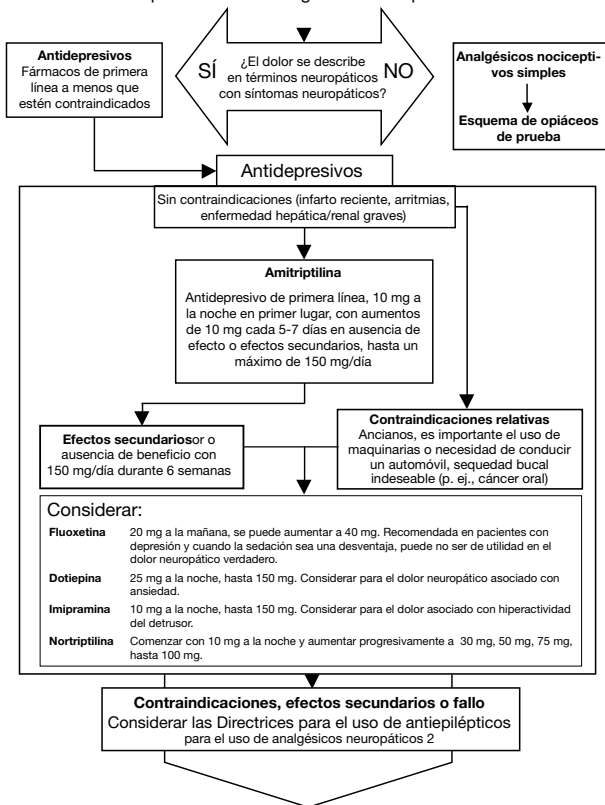
Los anticonvulsivantes se han utilizado en el manejo del dolor durante muchos años. Pueden ser útiles en pacientes que posiblemente sean neuropáticos o en la sensibilización central. La gabapentina ha recibido el permiso de comercialización en algunos países para el tratamiento del dolor neuropático crónico. La gabapentina tiene menos efectos secundarios graves en comparación con los anticonvulsivantes más viejos. Los anticonvulsivantes no están indicados en el dolor agudo.

### *Opioáceos*

No está bien definido el uso de los opiáceos en el dolor urogenital. Su uso en el dolor neuropático es poco claro, si bien un metanálisis sugiere que provocan beneficios clínicamente importantes.

## Fig. 3: Guía sobre los analgésicos neuropáticos

Guía para el uso de analgésicos neuropáticos:



**Tabla 10: Tratamiento farmacológico del DPC**

Fármaco	Tipo de dolor	NE	GR	Comentario
Paracetamol	Somatic pain	1b	A	El beneficio es limitado y se basa en el dolor artrítico
Antagonistas de la COX2		1b	A	Evitar en pacientes con factores de riesgo cardiovascular
AINE	Dismenorrea	1a	B	Mejor que el placebo pero no se puede distinguir entre diferentes AINE.
Antidepresivos tricíclicos	Dolor neuropático	1a	A	
	Dolor pélvico	3	C	La evidencia sugiere que el dolor pélvico es similar al dolor neuropático
Anticonvulsivos Gabapentina	Dolor neuropático	1a	A	

Opiáceos	Dolor no maligno crónico	1a	A	Los datos a largo plazo están limitados; sólo deben ser usados por médicos experimentados en su uso
	Dolor neuropático	1a	A	El beneficio probablemente sea clínicamente significativo. Tenga precaución con su uso, tal como se indicó anteriormente

NE = nivel de evidencia; GR = grado de recomendación; COX = ciclooxigenasa; AINE = antiinflamatorio no esteroide.

### Bloqueos nerviosos

El bloqueo neural habitualmente se lleva a cabo para el diagnóstico y/o manejo por parte de un especialista en medicina del dolor con experiencia en anestesia. Los bloqueos diagnósticos pueden ser difíciles de interpretar debido a los muchos mecanismos por los que un bloqueo puede actuar. Todos los bloqueos nerviosos se deben realizar dentro de las mejores condiciones de seguridad posibles, con personal de apoyo capacitado y equipo de monitorización y resucitación. Se debe utilizar el equipo correcto para el procedimiento, especialmente las agujas de bloqueo, los dispositivos de localización nerviosa y la elección del método con imágenes correctos (p. ej., intensificador de imágenes radiológicas, ecografía o tomografía computarizada).

## **Neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) supra-púbica**


En el estudio más grande sobre TENS suprapúbica en 60 pacientes (33 con CI clásica, 27 con enfermedad no ulcerosa), 54% de los pacientes con CI clásica tuvieron mejoras con la TENS. En la CI no ulcerativa se obtuvieron resultados menos favorables. Es difícil evaluar con precisión la eficacia de la TENS en el SDV/CI. Los estudios controlados son difíciles de diseñar debido a que se administra estimulación de alta intensidad en áreas determinadas específicas durante un período muy largo.

## **Neuromodulación sacra en los síndromes de dolor pélvico**

El dolor neuropático y los síndromes de dolor regional complejo han sido tratados con éxito mediante neuroestimulación de los cordones dorsales y los nervios periféricos. La neuromodulación podría tener alguna función en la DPC.

## **Resumen**

El dolor pélvico crónico abarca un gran número de presentaciones y afecciones clínicas. La etiología y la patogenia son, con frecuencia, difíciles de dilucidar. Para un tratamiento con éxito se requiere de una anamnesis detallada, un examen físico minucioso avalado por análisis de laboratorio adecuados y una actitud de precaución con el tratamiento, pasando desde el tratamiento menos perjudicial a procedimientos más invasivos según los algoritmos establecidos, y se debe contemplar la posibilidad de cirugía solamente cuando todas las demás opciones han fallado.



*Este folleto breve se basa en las directrices de la EAU más completas (ISBN 978-90-70244-91-0), disponibles para todos los miembros de la Asociación Europea de Urología (European Association of Urology) en su sitio web - <http://www.uroweb.org>.*