

Etiología, clasificación y diagnóstico del dolor pélvico crónico

A. SUÁREZ VÁZQUEZ¹, J. VARA PANIAGUA², A. BOROBIA PÉREZ³ Y G. ROMERO CULLERÉS⁴

RESUMEN

El dolor pélvico crónico (DPC) presenta una etiología muchas veces desconocida, difícil de clasificar y multifactorial, lo que conlleva un difícil manejo terapéutico. Los síntomas a menudo sugieren disfunción de uno o más sistemas en la pelvis, acompañándose de consecuencias negativas desde el punto de vista cognitivo, del comportamiento, sexual y emocional, con un importante impacto en la calidad de vida. Ante una paciente con DPC, con frecuencia existen múltiples factores implicados, suma de diferentes patologías o fenómenos de sensibilización periférica y central, por lo que se recomienda inicialmente centrar el estudio en la localización y las características del dolor, sin descartar el estudio del resto de los órganos; de ahí la importancia de un abordaje interdisciplinario y multidisciplinario para un correcto diagnóstico y un adecuado tratamiento. El dolor pélvico miofascial debe ser considerado en todas las mujeres que consultan por dolor pélvico. Los cambios musculoesqueléticos pueden relacionarse con DPC, ya sea como problema primario o como una reacción secundaria al dolor pélvico. La importancia del dolor musculoesquelético es a menudo subestimada. Considerar el síndrome miofascial de forma precoz en el manejo del dolor pélvico podría evitar la realización de ciertos procedimientos innecesarios.

Palabras clave: Etiología. Clasificación. Diagnóstico. Dolor pélvico crónico. Dolor miofascial.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain (CPP) presents an etiology that is often unknown, difficult to classify and multifactorial, which leads to difficult therapeutic management. The symptoms often suggest dysfunction of one or more systems in the pelvis, accompanied by negative consequences from a cognitive, behavioral, sexual and emotional point of view, with a significant impact on the quality of life. In a patient with CPP, there are many factors involved, a number of different pathologies or phenomena of peripheral and central sensitization, so it is recommended to initially focus the study on the location and characteristics of the pain, without ruling out the study of other organs. Hence the importance of an interdisciplinary and multidisciplinary approach for a correct diagnosis and treatment. Myofascial pelvic pain should be considered in all women who consult for pelvic pain. Musculoskeletal changes may be related to CPP, either as the primary problem or as a secondary reaction to pelvic pain. The importance of musculoskeletal pain is often underestimated. Considering myofascial syndrome early in the management of pelvic pain may prevent the performance of certain unnecessary procedures. (DOLOR. 2017;32:55-64)

Key words: Etiology. Classification. Diagnosis. Chronic pelvic pain. Myofascial pain.

Corresponding author: Georgia Romero Cullerés, gromero@althaia.cat

¹Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Hospital Universitario Basurto
Bilbao

²Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Unidad de Suelo Pélvico
Hospital Universitario Doce de Octubre
Madrid

³Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Unidad de Suelo Pélvico
Hospital Universitario La Paz
Madrid

⁴Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Unidad de Suelo Pélvico
Hospital Universitario Fundación Althaia
Manresa, Barcelona
Facultat de Ciències de la Salut de Manresa (FCSM)
Universitat de Vic Universitat Central de Catalunya (UVicUCC)
Vic, Barcelona

Dirección para correspondencia:
Georgia Romero Cullerés
E-mail: gromero@althaia.cat

ETIOLOGÍA

En la actualidad, la etiología y la patogenia del dolor pélvico crónico (DPC) siguen siendo difíciles de entender, y en cerca del 60% de las mujeres no se llega a un diagnóstico específico¹.

La asociación de enfermedad orgánica con dolor pélvico es alta^{2,3}. Se ha estimado que el 25-40% de las mujeres que fueron sometidas a una laparoscopia por dolor pélvico no presentaban patología orgánica³.

El dolor pélvico es multifactorial, incluyendo múltiples sistemas, como el gastrointestinal, el urológico, el ginecológico, el musculoesquelético y el psicossocial⁴. Las causas más frecuentes se recogen en la tabla 1⁵.

En diferentes estudios se ha demostrado que de las causas de DPC las más frecuentes son no ginecológicas, y sin embargo la mayoría de estas pacientes son derivadas inicialmente al ginecólogo para su valoración^{6,7}. En este sentido, hay autores que han propuesto que la evaluación por equipos multidisciplinares compuestos por ginecólogos, urólogos, gastroenterólogos, psicólogos y médicos rehabilitadores obtendría mejores resultados que la evaluación clásica⁸.

Se ha sugerido que, en ausencia de una etiología aislada clara, el DPC podría ser considerado como un desorden complejo neuromuscular-psicosocial concordante con un síndrome de dolor regional crónico (como la distrofia simpática refleja) o con un síndrome de dolor somático funcional (como el síndrome de intestino irritable o el síndrome de fatiga crónica inespecífica)⁹.

La convergencia somatovisceral que ocurre en la pelvis justifica por qué no solo se debe realizar el examen de los órganos, sino también de los planos musculares, el tejido conectivo (fascia) y las vías neurológicas de la región, en las mujeres con dolor pélvico³.

El dolor pélvico miofascial debe ser considerado en todas las mujeres que consultan por dolor pélvico³. Los cambios musculoesqueléticos pueden relacionarse con DPC, ya sea como problema primario o como una reacción secundaria al dolor pélvico¹⁰. La importancia del dolor musculoesquelético es a menudo subestimada, y el estado de dolor crónico mantenido por origen periférico neuropático necesita más atención¹¹. Considerar el síndrome miofascial de forma precoz en el manejo del dolor pélvico podría evitar la realización de ciertos procedimientos innecesarios³.

Con frecuencia no es posible identificar una causa aislada o una curación definitiva para el DPC. Al menos el 50% de los casos presentaron una o más afecciones asociadas (como síndrome del intestino irritable, endometriosis, cistitis intersticial o síndrome doloroso de la vejiga). La presencia de endometriosis y cistitis intersticial debe tenerse siempre en cuenta⁹.

El contexto psicosocial de las pacientes es importante. Cerca del 50% de las mujeres que buscaron cuidados para el DPC presentaban antecedentes de trauma emocional, físico o sexual, y aproximadamente un tercio presentaron un cribado positivo para el trastorno de estrés postraumático¹².

El DPC con frecuencia está relacionado con antecedentes de abuso sexual, físico y emocional o psicológico, violencia doméstica, baja autoestima, ansiedad, depresión y problemas somáticos, con una alta correlación entre ansiedad y depresión en la misma mujer^{6,13}.

Tabla 1. Causas más frecuentes de dolor pélvico crónico

Causas ginecológicas	Dismenorrea primaria y secundaria, síndrome premenstrual, endometriosis, adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica cronicada, síndrome de ovario remanente, adherencias posquirúrgicas, vulvovaginitis, vestibulitis, vulvodinia, bartholinitis crónica, complicaciones posquirúrgicas sobre genitales externos (cirugía vulvar, episiorrafia, colporrafias), prolapso de órganos pélvicos, varices pélvicas
Causas urológicas	Síndrome de dolor vesical-cistitis intersticial, disinergias, síndrome uretral
Causas gastrointestinales	Síndrome del intestino irritable, enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...), adherencias posquirúrgicas densas, enfermedad diverticular, endometriosis intestinal, isquemia intestinal, cáncer colorrectal, enfermedad celíaca, proctalgias
Causas musculoesqueléticas	Neuralgia del pudendo, fibromialgia, síndrome miofascial de la pared abdominal, musculatura del suelo pélvico, músculos piramidales y glúteos, neuralgia del nervio ilioinguinal, iliohipogástrico o genitofemoral, dolor lumbosacro, articulaciones sacroilíacas y cóccix, dolor perineal posparto
Otras	Depresión, hiperalgesias, trastornos psicosomáticos, disfunción psicosexual (incluyendo abusos sexuales pasados o actuales), porfiria

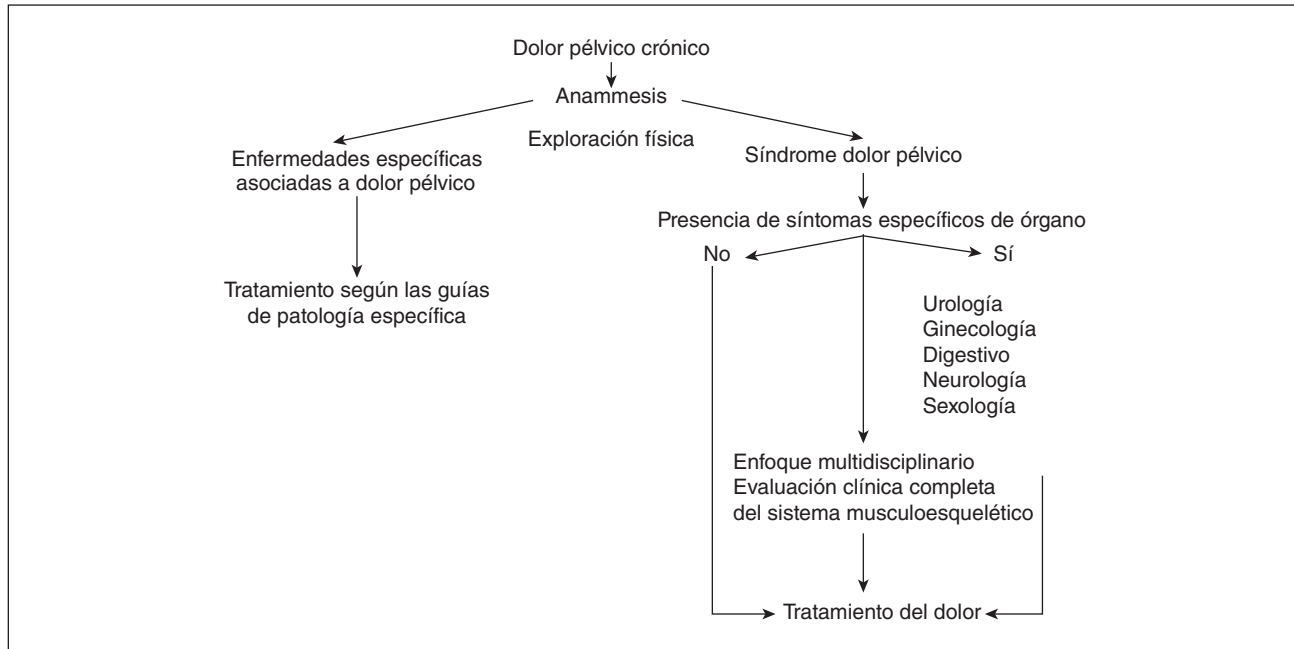


Figura 1. Algoritmo para el diagnóstico y el manejo del dolor pélvico crónico.

Los síntomas a menudo sugieren disfunción de uno o más sistemas en la pelvis, acompañándose de consecuencias negativas desde el punto de vista cognitivo, del comportamiento, sexual y emocional, con un importante impacto en la calidad de vida^{11,14,15}. Las guías muestran un fuerte interés por las consecuencias biopsicosociales del DPC y la necesidad de un abordaje interdisciplinario y multidisciplinario¹⁶.

CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La importancia de una clasificación se debe a que no puede ser tratado lo que no está definido. La terminología relacionada con el DPC está siendo debatida por distintas sociedades científicas con idea de simplificar y reestructurar las clasificaciones existentes⁵.

El dolor asociado con una enfermedad bien descrita requiere que la enfermedad sea tratada como prioridad. En este caso, para poder tratar es esencial lo siguiente: factores predisponentes y causas, mecanismos del dolor crónico para el dolor continuo, asociación de disfunción visceral, asociación de disfunción musculoesquelética, consecuencias emocionales, consecuencias sexuales y consecuencias sociales. Identificar estas características como parte del fenotipo es un elemento importante de la clasificación si queremos asegurarnos un apropiado manejo¹¹.

Ante una paciente con DPC con frecuencia existen múltiples factores implicados, suma de diferentes patologías o fenómenos de sensibilización periférica y central, por lo que se recomienda inicialmente centrar el estudio en la localización y las características del dolor, sin descartar el estudio del resto de los órganos y una valoración psicológica desde el inicio¹.

En diferentes guías clínicas^{5,17,18} se destaca la importancia del abordaje de esta patología desde unidades multidisciplinarias, debido a la variedad de los síntomas y signos que pueden coexistir, independientemente de su etiología inicial.

La evaluación de las pacientes con DPC debe estar basada principalmente en una detallada anamnesis y una exhaustiva exploración física, complementada con escalas de valoración del dolor y pruebas complementarias.

En la figura 1 presentamos un sencillo algoritmo para el diagnóstico y el manejo del DPC, adaptado de Engeler, et al.¹⁴.

Anamnesis

La anamnesis es fundamental en la primera consulta para conseguir un diagnóstico correcto y un adecuado enfoque terapéutico⁵. Para ello, el profesional ha de disponer del tiempo suficiente y conseguir que la paciente se sienta escuchada.

La anamnesis debe ser dirigida para definir el tipo de dolor y diagnosticar las posibles etiologías implicadas.

Podemos estructurar la anamnesis en diferentes apartados:

- Registro de las características demográficas de la paciente y su estatus socioeconómico: edad, nacionalidad, situación civil/social (con quién vive...) y nivel educativo.
- Antecedentes personales: empleo, especialmente trabajos de carga o con sedestación prolongada; actividades deportivas (ciclismo); caídas y traumatismos pélvicos.
- Valoración psicológica: la valoración psicológica básica, incluyendo la evaluación de abusos sexuales, físicos y psíquicos, se debe incluir en todos los dolores subagudos o crónicos desde el inicio. Un antecedente de abusos aumenta la vulnerabilidad del individuo ante cualquier estímulo nociceptivo.
- Antecedentes clínicos: obesidad, cirugía, infecciones pélvicas, antecedentes obstétricos (destacando los partos distócicos, instrumentales, fetos macrosómicos o desgarros), enfermedades actuales como fibromialgia, colon irritable, cefaleas, ansiedad, depresión, tratamiento farmacológico actual y antiguo.
- Variables relacionadas con el dolor:
 - En primer lugar, debemos reflejar cómo se inició el dolor (agudo o gradual), la intensidad, la duración y el ritmo (continuo, intermitente...).
 - Localización: si es posible indicar el foco del dolor percibido e irradiación.
 - Si existen factores que modifican el dolor, reflejando los que lo empeoran o mejoran: en condiciones basales (reposo), en sedestación y en bipedestación (tiempo que puede permanecer), durante la marcha, en decúbito, con las actividades físicas, con el frío o el calor, durante el ciclo menstrual, con la defecación o la micción, con las relaciones sexuales, con las actividades físicas, con la ingestión de comida, el estrés y el estado psicológico del paciente⁵.
- Tipos de tratamientos recibidos y respuesta clínica^{3,17}.
- Características del dolor: inflamatorio/nociceptivo, neuropático y visceral. Es importante diferenciar entre el dolor neuropático y el dolor miofascial

del suelo pélvico³. Aunque en la práctica clínica los síntomas de estos dos tipos suelen estar solapados, hay que intentar averiguar cuál empezó primero y cuál predomina en la actualidad, para afinar mejor el tratamiento.

- Síntomas asociados^{5,9,18}:
 - Aparato ginecológico: dismenorrea (primaria por hiperalgesia visceral o secundaria), dispareunia (superficial o profunda), vulvovaginitis (sobre todo de repetición), infertilidad (de causa conocida o no).
 - Aparato urinario: urgencia miccional, polaquiuria, nicturia, incontinencia urinaria, disfunción de vaciado, disuria y dolor con el llenado vesical.
 - Aparato gastrointestinal: estreñimiento, episodios diarreicos, distensión/hinchazón abdominal, tenesmo, disquecia, dolor anal y rectorragias.
 - Sistema musculoesquelético: dolor en la columna lumbosacra, dolor coccígeo, dolor miofascial, dificultades en la marcha.
 - Trastornos psiconeurológicos: valorar síntomas de ansiedad y depresión, principalmente, y de la esfera sexual de la mujer.

El mapeo del dolor podría ser útil. Los pacientes deberían localizar el dolor sobre una representación visual del cuerpo. Esto podría identificar otras áreas donde el paciente experimenta dolor, o podría revelar una distribución metamérica, lo cual podría sugerir un origen no visceral^{9,18}.

La Sociedad Internacional del Dolor ha desarrollado una forma detallada de anamnesis y exploración física para la evaluación de mujeres con DPC, que incluye herramientas para cuantificar y mapear el dolor pélvico (Fig. 2).

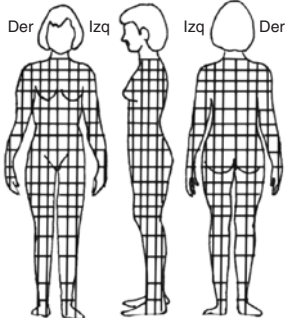
Escalas de valoración del dolor

La monitorización de la intensidad y de las características del dolor, del estado anímico y de la repercusión en la calidad de vida de la paciente podría ayudar en el inicio del tratamiento y en su evaluación y seguimiento^{3,5,18,19}.

Escala visual analógica del dolor

Está basada en un esquema gráfico o numérico donde el paciente señala su percepción subjetiva de la intensidad del dolor, de 0 (no dolor) a 10 (máximo dolor).

Mapeo del dolor
 Por favor marque con una X en el punto de dolor más intenso. Asigne un número del 1 al 10 a los sitios más dolorosos (10 = el dolor más intenso)



Dolor perineal/vulvar
 Dolor por fuera y alrededor de la vagina y ano
 Si ha tenido dolor vulvar, señale las áreas dolorosas y escriba un número del 1 al 10 en los sitios de dolor (10 = el dolor más intenso)
 ¿Su dolor mejora al sentarse en una silla cómoda?
 Sí_ No_

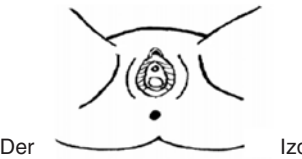


Figura 2. Mapeo del dolor²³.

Cuestionario DN4 para la detección del dolor neuropático²⁰

La escala DN4 es un instrumento que tiene como finalidad el diagnóstico diferencial entre dolor neuropático y dolor no neuropático de carácter somático.

Otras escalas

La Sociedad Española del Dolor propone complementar la evaluación específica del dolor con otras escalas²¹:

- Índice de discapacidad de Owesly.
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD).
- Cuestionario del sueño *Medical Outcomes Study* (MOS). Excepto en casos concretos, la afectación del sueño es vital para evaluar la gravedad del dolor.
- Cuestionario SF-12 sobre el estado de salud.
- Escala de impresión de mejoría global del paciente (PGI-I).

- Escala de impresión de mejoría global del clínico (CGI-I).
- Cuestionario *Pelvic Pain Assessment Form*²².

Exploración física

El objetivo de la exploración física es identificar los dermatomas, nervios, músculos y órganos que reproducen los síntomas dolorosos del paciente, para ayudarnos a diagnosticar la causa del dolor.

Se recomienda que la exploración sea reglada, pudiendo seguir el esquema que a continuación se presenta.

Exploración en bipedestación

Primero observamos la postura de la paciente y valoramos la mecánica de la marcha. A continuación exploramos la columna vertebral lumbar, el sacro, el coxis y las articulaciones sacroilíacas. Valoramos posibles posturas antiálgicas, desviaciones del raquis o asimetrías pélvicas que trataremos de corregir. Palpación desde las apófisis espinosas a la musculatura

paravertebral y cuadrado lumbar con maniobra de pinza rodada. Movilidad en todos los arcos de recorrido. El objetivo es valorar el tono muscular basal, la presencia de puntos dolorosos y si hay bandas tensas o puntos gatillo (PG).

En el dolor miofascial se consideran criterios diagnósticos esenciales el reconocimiento de un nódulo palpable hiperirritable en una banda tensa que reproduce una respuesta de espasmo local, así como un dolor local o referido a los órganos locales o tejidos adyacentes²³.

Diferentes estudios han intentado establecer una exploración física reproducible, con diferentes técnicas de palpación, pero los resultados han sido muy variables³. Además, debemos tener en cuenta que hay diversos factores que podrían modificar la percepción del dolor durante la exploración, como cambios en la posición del paciente o en su estado emocional.

También deben explorarse el tejido conectivo y la fascia. En el DPC secundario al reflejo viscerocutáneo pueden aparecer cambios tróficos y respuestas de hiperalgesia a la palpación del tejido conectivo (piel y capas subcutáneas superficiales).

Exploración en decúbito supino

- Pelvis y miembros inferiores: exploramos la movilidad de las caderas, puntos dolorosos en la región trocánterica y elongación del músculo glúteo mediano y del tensor de la *fascia lata* para descartar el síndrome de dolor trocánterico. También valoramos el músculo piramidal, presionando digitalmente el trayecto del músculo y sus inserciones en el sacro y el trocánter mayor, y su acortamiento, al provocar dolor en la región glútea con la rotación interna forzada de la cadera y el miembro inferior extendido (maniobra de Freiberg); o bien, con el paciente sentado, podemos desencadenar dolor en la misma localización al realizar una abducción de cadera contra resistencia (maniobra de Pace)^{5,10}. Evaluamos el músculo obturador interno, si contiene PG activos; su amplitud de estiramiento también mostrará restricción del movimiento. El clínico lo comprueba con el paciente en supino buscando restricción a la rotación interna con la pierna extendida. Se obtiene un estiramiento mayor de este músculo flexionando la cadera a 90° y a continuación aduciéndola. Esta maniobra también ejerce presión sobre el piriforme, los gemelos y el obturador externo¹⁰. El dolor causado por el complejo iliopsoas puede manifestarse como dolor de la cadera anterior o de la ingle, y se diagnostica con la extensión pasiva o activa de la cadera¹⁰. El músculo extrapélvico con mayor probabilidad de provocar dolor dentro de la pelvis es el aductor mayor²⁴. Y terminamos con una exploración neurológica de los miembros inferiores, valorando la sensibilidad según el área topográfica afecta, la fuerza muscular según la escala de Daniels (los músculos más importantes a explorar son los glúteos, psoas-ilíaco, piramidal, aductores, cuádriceps e isquiotibiales), los reflejos osteotendinosos y las maniobras radiculares.
- Hipersensibilidad a la palpación sobre la columna lumbar, las articulaciones sacroilíacas o la sínfisis púbica: podría indicar un origen musculoesquelético del dolor. Puede usarse el test de Carnett para diferenciar el dolor visceral del dolor de la pared abdominal: con el paciente en decúbito supino y las piernas flexionadas, el explorador coloca un dedo sobre el punto doloroso abdominal para determinar si el dolor aumenta durante la maniobra de contracción de los músculos rectos del abdomen. La suposición es que esta maniobra incrementa el dolor miofascial en relación con PG, atrapamiento nervioso, hernia o miositis, mientras que si la causa del dolor es visceral, este no se incrementa cuando se contraen los músculos abdominales²⁵.
- Exploración abdominal:
 - Presencia de cicatrices dolorosas, hernias o tumoraciones de la pared abdominal. Tono de la musculatura abdominal y presencia de PG a este nivel (recto abdominal, oblicuo y transversal del abdomen).
 - Presencia de diástasis abdominal, patrón respiratorio, tensión diafragmática y cambios de presión toracoabdominoperineales (con la prueba de la movilidad esternal y de la presión descendente).
 - Posible disfunción neural en el caso de las neuropatías pelviperineales. La tensión neural adversa es una respuesta mecánica y fisiológica anormal producida desde estructuras del sistema nervioso cuando se evalúa su rango de movimiento y su capacidad de estiramiento. Las pruebas de tensión neural evalúan la excitabilidad del tejido neural y del tejido conjuntivo circundante. Existen unos signos físicos que ponen de manifiesto la existencia de una disfunción neural:

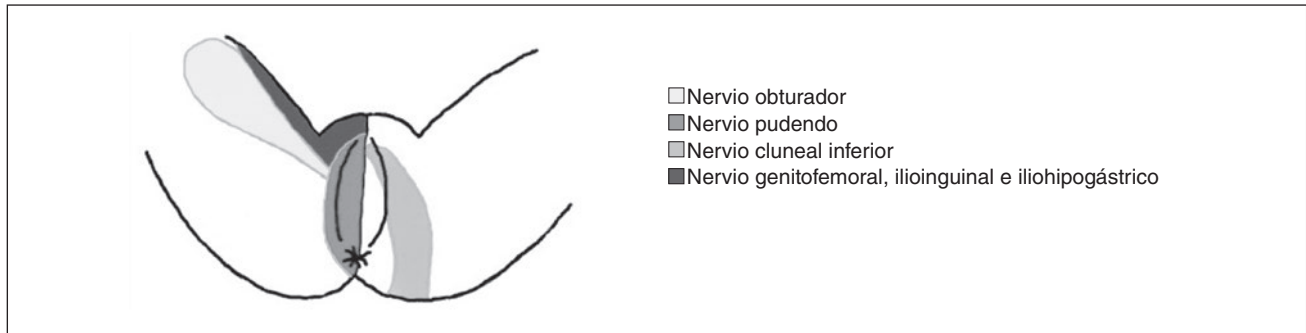


Figura 3. Representación del dolor metamérico de las principales neuropatías pelvianas.

- Postura antiálgica, protegiéndose del estiramiento del nervio implicado.
- Alteración del movimiento activo de la musculatura inervada por el nervio afectado.
- Limitación y dolor a la movilización pasiva del músculo y del nervio.
- Alodinia mecánica a la palpación de los nervios: se desencadenan áreas de hipersensibilidad o parestesias.

Con la anamnesis y la exploración física realizadas hasta este momento se podría llegar al diagnóstico de algunas patologías neuromusculares presentes en el DPC (discopatías, coccigodinia...), y también diagnosticar algunas complicaciones frecuentes que se asocian al DPC (80-90%). Estas complicaciones a menudo coexisten y se superponen con el dolor inicial, como es la lumbalgia mecánica crónica (dolor mecánico que cede con el reposo) y el síndrome miofascial (dolor referido como profundo, difuso, quemante, opresivo, a veces asociado a hormigueo, que podemos confundir con patología visceral; por ejemplo, un PG en el oblicuo del abdomen puede percibirse como un dolor sordo, visceral, en la región del hipogastrio, el pubis, la ingle e incluso la vulva, que puede llevar a diagnósticos viscerales erróneos), que en muchos casos permanecen después de haber eliminado la causa inicial, siendo aún más difícil su erradicación.

Exploración en silla ginecológica

Con el paciente en posición de litotomía, en la inspección valoraremos los genitales externos, la piel y las mucosas, desgarros y palpación de cicatrices, acompañadas o no de dolor.

A continuación realizaremos la exploración neurológica:

- Valoración de áreas de sensibilidad anómala en los genitales externos, el periné (vulva y vestíbulo), las zona perianal e inguinal, y la región interna del muslo mediante un hisopo, de forma sistemática y bilateral, para determinar el área topográfica afectada. Puede ser útil el empleo de un mapa de dolor metamérico que facilite el diagnóstico diferencial de las diferentes neuropatías pelvianas que pueden provocar DPC y su correspondiente función motora (Fig. 3):
 - Nervio pudendo: dolor neuropático en la región anal, perineal y genitales externos, clítoris y región suprapúbica. Diferenciarlo del nervio cluneal inferior, que presenta un dolor más lateral.
 - Nervio ilioinguinal: inerva la región superomedial del muslo, pudiendo llegar a los labios mayores. Su afectación motora es casi inexistente.
 - Nervio iliohipogástrico: inerva la zona del hipogastrio y el pubis, y puede acompañarse de un leve déficit motor de los oblicuos.
 - Nervio genitofemoral: inerva la región superior del muslo y el área genital, y puede asociar una disminución del reflejo cremastérico.
 - Nervio obturador: inerva la sensibilidad en la cara interna del muslo y las rodillas; puede asociar déficit motor en aducción y rotación interna de la cadera.
- Evaluación de la integridad del arco reflejo sacro (S2-S4) mediante el reflejo bulbocavernoso (contracción refleja del esfínter anal en respuesta al estímulo del clítoris) y el reflejo cutáneo anal (contracción refleja del esfínter anal al estimular la piel perianal).
- *Skin Rolling Test*: es positivo al provocar dolor con el desplazamiento de la piel y del tejido

Tabla 2. Músculos del suelo pélvico y síntomas más frecuentes

	Esfínter anal	Elevador del ano	Coccígeo	Obturador interno	Bulbocavernoso	Isquiocavernoso
Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor continuo, mal localizado en región anal - Pueden experimentar movimientos intestinales dolorosos 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en sacro, cóccix, recto, suelo pélvico o área perirrectal, vagina o región lumbar - Causa más reconocida de dolor referido - El dolor referido hace que la sedestación sea incómoda 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor referido a cóccix, cadera o espalda - También limita la sedestación - Sus puntos gatillo pueden causar dolor miofascial en la espalda al final del embarazo y al comienzo del parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor y sensación de plenitud de recto, con extensión ocasional del dolor por detrás del muslo 	<ul style="list-style-type: none"> - En mujeres dispareunia, en particular durante la penetración, y dolor continuo en región perineal 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor perineal, con menos probabilidad de interferir en las relaciones sexuales

celular subcutáneo mediante una pinza rodada con nuestros dedos, desde el ano hacia el pubis, sobre el trayecto de los ramos del nervio pudendo²⁶.

- Valoración de la musculatura del suelo pélvico. Mediante tacto vaginal⁵:

- Evaluamos su integridad anatómica, su tono basal, máxima contracción voluntaria, capacidad de contracción y relajación voluntaria coordinada con la respiración. Permitirá identificar desgarros, zonas cicatriciales, hipertonía y dificultad en la relajación voluntaria de este grupo muscular. La contracción voluntaria del músculo elevador del ano puede evaluarse mediante la Escala de Oxford modificada, que evalúa la fuerza muscular, y mediante la escala PERFECT, que permite una evaluación global más funcional. Recientemente se ha patentado un dinamómetro vaginal que permite cuantificar de manera fiable y objetiva la fuerza muscular en Newtons²⁷.

- Con la intención de localizar PG dentro de la pelvis, dividimos los músculos pélvicos en tres categorías²⁴:

- Músculos del suelo pélvico: esfínter anal, elevador del ano, coccígeo. Son más propensos a mostrar una afectación muscular múltiple. El incremento de tensión del elevador del ano a menudo ocurre en conjunción con el aumento de tensión del glúteo mayor.

- Músculos de la pared pélvica: obturador interno y piramidal. Son músculos del miembro inferior y, como tales, tienden a desarrollar

PG conjuntamente y en asociación con otros rotadores externos de la cadera (por ejemplo, los gemelos, el obturador externo y el cuadrado femoral).

- Músculos perineales: transversos del periné, bulboesponjoso e isquiocavernoso. Suelen mostrarse como síndromes de músculo aislado.

Podemos diferenciar el músculo elevador del ano del obturador interno. Palpando ambos, se pide al paciente que oprima el dedo (activación del elevador del ano), que se relaje y, a continuación, abduzca la cadera flexionada o en rotación externa contrarresistencia de cadera estirada. El incremento de la tensión muscular identifica al músculo que se contrae. La alteración de la musculatura del suelo pélvico se manifiesta con unos síntomas específicos (Tabla 2).

También debemos explorar el trayecto del nervio pudendo y valorar el signo de Tinel (reproducción del dolor al presionar el tronco del nervio pudendo en la espina ciática, o en el canal de Alcock por tacto vaginal).

- Valoración mediante tacto anal: evaluamos el estado del esfínter anal, los ligamentos uterosacros, el tabique rectovaginal y el coxis. Permite identificar directamente puntos dolorosos en estas estructuras.

Pruebas complementarias

Las pruebas básicas a realizar vienen determinadas por la clínica o por la sospecha diagnóstica. Normalmente estas pacientes ya han sido valoradas por los

Tabla 3. Signos de alarma en la evaluación del dolor pélvico crónico

Hallazgos	Posible etiología
Historia clínica	
– Dolor eléctrico	– Enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome intestino irritable
– Dolor de tipo quemazón	– Atrapamiento nervioso
– Dolor cíclico con el ciclo menstrual	– Adenomiosis, endometriosis
– Dolor fluctuante no asociado al ciclo menstrual	– Adherencias, cistitis intersticial, síndrome de intestino irritable, causa musculoesquelética
– Dolor urgencia en la micción	– Cistitis intersticial, síndrome uretral
– Sangrado poscoital	– Cáncer de cuello uterino
– Sangrado posmenopáusico	– Cáncer de endometrio
– Comienzo del dolor posmenopáusico	– Tumor ginecológico
– Infección o cirugía abdominal previa	– Adherencias
– Pérdida de peso inexplicable	– Enfermedad sistémica o maligna
Exploración física	
– Masa anexial	– Neoplasia de ovario
– Útero blando o alargado	– Adenomiosis, endometriosis crónica
– Útero fijo en la exploración bimanual	– Adherencias, endometriosis
– Dolor a la palpación externa de pelvis o de columna	– El foco del dolor en la pared abdominal o pélvica
– Debilidad de la musculatura del suelo pélvico	– Cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa, síndrome del elevador del ano, o del piriforme
– Puntos débiles en vagina, vulva o vejiga	– Adherencias, endometriosis y atrapamiento del nervio
– Test de Carnett (+)	– La vía del dolor es miofascial o de la pared abdominal
– Masa suburetral, durante el llenado o vaciado	– Divertículo uretral
– Anomalías del ligamento uterosacro	– Adenomiosis, endometriosis, tumores malignos
– Cirugía abdominal previa	– Adenomiosis, endometriosis, tumores malignos
Pruebas diagnósticas	
– Hematuria microscópica o macroscópica	– Cistitis intersticial grave, malformaciones del sistema urinario
– Masa en la ecografía	– Enfermedad maligna

servicios de ginecología y urología cuando son derivadas a la consulta de rehabilitación, y estas pruebas ya han sido realizadas^{5,9}:

- Pruebas de laboratorio: analítica de sangre (hemograma y velocidad de sedimentación globular; proteína C reactiva; antígeno CA 125 ante sospecha de procesos neoplásicos o endometriosis); análisis sistemático de orina; urocultivo; citología de orina; test de embarazo; citología cervicovaginal; cultivo de exudado vaginal y endocervical; análisis de sangre oculta en heces (en caso de sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, antecedentes familiares o programa de cribado).
- Pruebas de imagen: ecografía transvaginal y abdominopélvica; ecografía endoanal en caso de sospecha de patología rectal o del tabique rectovaginal. La realización de otras pruebas de imagen (endoscopia, tomografía computarizada, resonancia magnética...) se debe fundamentar en criterios establecidos y con sospecha de patología

orgánica. Ante la sospecha de patología neuromuscular puede ser útil realizar una radiografía simple de columna vertebral (anteroposterior y lateral) y de pelvis; una resonancia magnética para valorar radiculopatías o una neuropatía compresiva del obturador; y un electromiograma, especialmente ante la sospecha de neuropatía del obturador o del pudendo.

En la evaluación de la paciente con DPC debemos tener en cuenta ciertos signos de alarma que pueden asociarse con un diagnóstico etiológico específico^{15,26} (Tabla 3).

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA⁹

- En ausencia de un diagnóstico etiológico, el DPC debería considerarse un síndrome de dolor regional

o un síndrome funcional somático, y estaría indicado realizar una cuidadosa evaluación biopsicosocial (nivel de evidencia C).

- El hallazgo de determinadas alarmas requiere descartar una enfermedad sistémica grave o maligna, como el sangrado poscoital, el comienzo del dolor o sangrado posmenopáusicos, pérdida de peso inexplicada, masa pélvica o hematuria (nivel de evidencia C).
- Cuando el DPC es grave debería realizarse una laparoscopia si no se establece un diagnóstico después de la evaluación inicial (nivel de evidencia B).

BIBLIOGRAFÍA

1. Montenegro MLLS, Vasconcelos ECLM, Candido dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2008;62:263.
2. Wheeler AH. Myofascial pain disorders: theory to theory. *Drugs.* 2004; 64:45-62.
3. Spitznagle TM, Robinson CM. Myofascial pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2014;41:409-32.
4. Kotarinos R. Myofascial pelvic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2012; 16:433-8.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Dolor pélvico crónico en la mujer: diagnóstico y tratamiento inicial. 2013.
6. Weijenborg PT, Greeven A, Dekker FW, Peters AA, Ter Kuile MM. Clinical course of chronic pelvic pain in women. *Pain.* 2007;132:S117.
7. Vercellini P, Somigliana E, Vigano P, Abiatti A, Barbara G, Fedele I. Chronic pelvic pain in women: etiology, pathogenesis, and diagnostic approach. *Gynecol Endocrinol.* 2009;25:149.
8. Hooker AB, Van Moorst BR, Van Haarst EP, Van Ooteghem NAM, Van Dijke DKE, Heres MHB. Chronic pelvic pain: evaluation of the epidemiology, baseline demographics, and clinical variables via a prospective and multidisciplinary approach. *Clin Esp Obstet Gynecol.* 2013;40:492-8.
9. Speer LM, Mushkbarb S, Erbele T. Chronic pelvic pain in women. *Am Fam Physician.* 2016;93:380-7.
10. Steege JF, Siedhoff MT. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2014; 124:616-29.
11. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, et al. The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. *Eur Urol.* 2013;64:431-9.
12. Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoun D, Steege J, Green E, Teich A. Trauma and post-traumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2007;109:902-8.
13. Romao AP, Gorayeb R, Romao GS, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2009;63:707.
14. Engeler D, Baranowski AP, Elneil S, et al. Guidelines on chronic pelvic pain. *Arnhem: European Association of Urology;* 2012.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The initial management of chronic pelvic pain. Mayo 2012. (Consultado el 29/5/2015.) Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf
16. Baranowski AP, Lee J, Price C, et al. Pelvic pain: a pathway for care developed for both men and women by the British Pain Society. *Br J Anaesth.* 2014;112:452-9.
17. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, et al.; European Association of Urology. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol.* 2010;57:35-48.
18. Deggweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM, et al. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: a report from the Chronic Pelvic Pain Working Group of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2016 Aug 26. doi: 10.1002/nau.23072. [Epub ahead of print]
19. Burchhardt CS, Anderson KL. The quality of life scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health Qual Life Outcomes.* 2003;1:60.
20. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain.* 2005;114:29-36.
21. De la Calle. Recomendaciones sobre el empleo de escalas en el dolor neuropático de la SED. Disponible en: <http://dn.areastematicas.com/recomendaciones>
22. The International Pelvic Pain Society. Pelvic Pain Assessment Form. 2008. Disponible en: <http://pelvicpain.org/docs/resources/forms/history-and-physical-form-spanish.aspx>
23. Climent JM. Dolor miofascial. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Panamericana.
24. Travell JG, Simons DG. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Volumen 2. Capítulo 6. Músculos del suelo pélvico. p.137-63.
25. Ortiz DD. Chronic pelvic pain in women. *Am Fam Physician.* 2008;77: 1535-42.
26. Labatt JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn.* 2008;27:306-10.
27. Romero-Cullerés G, Peña-Pitarch E, Jané-Feixas C, Arnau A, Montesinos J, Abenoza-Guardiola M. Reliability and diagnostic accuracy of a new vaginal dynamometer to measure pelvic floor muscle strength in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2017; 36:333-7.