

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

DOLOR PELVIANO EN ADOLESCENTES. CARACTERISTICAS

Dr. Denis Sueiro Baglans¹, Dra. Elaine Turrueñas Pedrayes², Dr. Roberto Matos Favier³, Dr. Leonel Durand⁴, Dr. Carlos Humberto Ward Manfugas⁴, Lenia Montes de Oca Dubarte.⁵

RESUMEN

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el dolor pelviano y sus características específicas en la etapa de la adolescencia teniendo en cuenta la repercusión negativa que tiene esta dolencia sobre la salud sexual y reproductiva en las adolescentes portadoras del mismo. Se presentan sus formas clínicas y se hace una revisión detallada de varios aspectos novedosos sobre el tema.

Palabras clave: DOLOR PELVIANO/etiología; DOLOR PELVIANO/quimioterapia.

INTRODUCCION

Los adolescentes son los adultos del mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es difícil porque el número de los adolescentes es muy grande; imprudente, porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; e injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros.

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

³ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente.*

⁵ *Master en Emergencia Médica. Licenciada en Enfermería. Instructor.*

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad.

El dolor pelviano es uno de los síntomas frecuentes en Ginecología y está presente en un gran grupo de adolescentes, provocando muchas veces complicaciones a corto y largo plazo que afectan la salud sexual y reproductiva, lo que representa el 10-15 % de las consultas y entre 25-35 % de las laparoscopias.

En Uruguay, las consultas en adolescentes representan entre el 6 y 8 %, tanto en la etapa premenárgica como postmenárgica y junto con las metrorragias y leucorreas puede llegar a constituir una afección orgánica, funcional y psicológica.

En Inglaterra, las consultas representan el 38.3 % por cada 1000 pacientes en el primer nivel de atención. La prevalencia en los Estados Unidos es de 15 %.

Estudios realizados en otros países han encontrado entre las principales causas de dolor pelviano en adolescentes, las anomalías congénitas, embarazo ectópico, endometriosis y enfermedad inflamatoria pélvica.

En Cuba, se estima que existe una fuerte tendencia de adolescentes al inicio precoz de relaciones sexuales, donde el promedio en el sexo masculino es de 14.5 % y 15.7 % en el femenino.

DESARROLLO

CONCEPTO DE DOLOR PELVIANO

Se define como molestar cíclico o no cíclico, intermitente o constante en zona de la pelvis, de por lo menos 6 meses de duración. Puede manifestarse en diferentes grados de intensidad, que van desde ligera sensibilidad dolorosa hasta dolor más intenso, que acompaña la mayor parte de urgencias en Ginecología.

CLASIFICACION DE DOLOR EN GINECOLOGIA

Dolor directo: Se localiza en porciones bajas del aparato genital y en procesos inflamatorios o tumorales que llegan a irritar pared pelviana o peritoneo parietal.

Dolor reflejo: Es aquel que no tiene necesariamente relación anatómica con el sitio afectado, sino a través del sistema nervioso, en las llamadas zonas metaméricas de Head.

Dolor indirecto: Es de propagación indirecta y está relacionado con los ligamentos de sostén del útero. Puede llegar a afectar los pares.

CLASIFICACION DE DOLOR PELVIANO

- a) Según instalación y evolución del dolor
 - Dolor pelviano de instalación aguda.
 - Dolor pelviano crónico.
 - Dolor pelviano recurrente.
 - 1.
- b) Según las causas:
 - Causas ginecológicas.
 - Causas no ginecológicas.

El dolor pelviano agudo: Es aquel cuya instalación es de forma súbita, gran intensidad y constante. En ocasiones requiere tratamiento quirúrgico de urgencia, cuyas causas pudieran ser un quiste de ovario torcido, un hematocolpos, una malformación uterina obstructiva, un embarazo ectópico, una salpingitis o piosalpinx.

El dolor pelviano recurrente: Se define como dolor de tres meses de duración que provoca interrupción de la actividad normal y que no cede con analgésicos comunes.

El dolor pelviano crónico: Es el motivo más frecuente de consulta entre adolescentes. Se define como un malestar cíclico o acíclico, intermitente o constante en zona de la pelvis, de por lo menos 6 meses o más de evolución. Suele ser frustrante para la paciente, sus padres y el médico tratante. Puede llevar a problemas funcionales, como cambios en la dinámica de la familia y a ausentismo escolar.

DIAGNOSTICO-DIFERENCIAL

La causa de dolor pelviano crónico en adolescentes puede ser orgánica, no orgánica o multifactorial.

Problemas ginecológicos:

Estos incluyen endometriosis con o sin anomalías müllerianas, lesiones anexiales, como masas ováricas, embarazo ectópico crónico, causas infecciosas, como la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) o abscesos tuboováricos y adherencias pelvianas.

La EIP es muy frecuente en población adolescente y es la primera causa de dolor pélvico, que va desde infección asintomática o silente a una mayor morbilidad, que puede llegar hasta la muerte de la paciente.

La mayoría de casos de EIP están relacionados con enfermedades de transmisión sexual, uso de dispositivos intrauterinos y prácticas abortivas producidos con inicio precoz de relaciones sexuales, relaciones sexuales desprotegidas y promiscuidad.

Las causas de EIP son de naturaleza polimicrobiana y entre ellas tenemos: gonorrea, clamidia, micoplasma, gadnerrella, eschericha coli.

El diagnóstico va desde la forma asintomática hasta dolor intenso, evolucionando por diferentes estadios, pudiendo llegar hasta shock séptico y muerte de la paciente.

Enfermedades urológicas:

La causa urológica más común de dolor pelviano crónico en adolescentes es infección del tracto urinario. Con menos frecuencia se encuentra casos de cálculos renales, cistitis intersticial o síndrome uretral.

Alteraciones gastrointestinales:

Las enfermedades del tracto gastrointestinal pueden presentar dolor pelviano crónico porque los órganos de la pelvis y el tracto gastrointestinal comparten la misma inervación visceral. Una historia clínica detallada nos puede brindar el diagnóstico de intolerancia a la lactosa o de colón irritable.

Anomalías músculo esquelético: Son condiciones del sistema músculo esquelético que involucran aumento en el tono muscular (diferencia en el largo de las piernas), que pueden llevar a dolor pelviano crónico.

Problemas psicosociales:

El dolor pelviano crónico puede ser de origen psicosomático. Como el cuerpo de la adolescente está cambiando más rápido que en cualquier otra etapa de su vida, la paciente está más pendiente de las funciones del cuerpo y de distintas sensaciones. Es más, la adolescente tiene causas de stress temporario (ej. Exámenes escolares, presiones sociales, despertar sexual) que pueden producir síntomas físicos.

Otros tipos de stress al que puede estar expuesta pudieran ser: divorcio de los padres, abuso sexual presente o pasado, que también pueden producir síntomas físicos, particularmente si no puede sobrellevar estos asuntos de una manera saludable por su temperamento o porque las circunstancias no se lo permiten.

Otros factores que afectan a las adolescentes incluyen su estilo de vida y los grandes eventos en su vida. Un patrón de regularidad, horario para las comidas, hacer actividad física de manera constante, el mismo horario para levantarse y acostarse, la ayudan a sobrellevar el estres.

EVALUACION

Historia clínica. El estudio de la paciente con dolor pelviano crónico comienza con un buen interrogatorio que ponga énfasis en la duración y frecuencia de los síntomas, localización y severidad del dolor, situaciones que exacerban o mejoran el dolor, tratamientos anteriores. El médico debe preguntar si otros miembros de la familia tienen los mismos síntomas, la respuesta de la paciente a los estímulos dolorosos pueden estar influenciados por sus observaciones de cómo otros integrantes de la familia responden al dolor. Esta adaptación al dolor es un fenómeno conocido de enfermedades psicosomáticas.

Un calendario sobre el dolor puede ser útil para obtener información, la paciente debería anotar sus menstruaciones para detectar un componente cíclico.

La historia clínica debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- Ginecológicos: Edad de la menarquia, actividad sexual, exposición a las enfermedades de transmisión sexual, irregularidades menstruales, antecedentes obstétricos.
- Urológicos: Frecuencia miccional, disuria, hematuria.
- Gastrointestinal: Alimentación, náuseas o vómitos, hábitos intestinales.
- Psicosocial: Antecedentes de depresión, desórdenes alimenticios, abuso de drogas, ausentismo escolar, presencia o ausencia de grandes cambios.

Se debe tener en cuenta el antecedente de enfermedades previas y cirugías, junto con la medicación actual. El médico debe indagar sobre el antecedente familiar de endometriosis ya que las mujeres con familiares de primer grado con dicha enfermedad tienen un mayor riesgo de desarrollarla.

EXAMEN FISICO

El médico debe examinar la postura para evidenciar una lordosis o una diferencia en la longitud de las piernas. La espalda debe palparse con la paciente sentada. Cuando la paciente está en posición supina, la flexión de la pierna y la cabeza y la extensión deben realizarse con la palpación de la pared abdominal. El médico debe decirle a la paciente que señale el área de mayor dolor. Típicamente, una adolescente cuyo dolor es psicósomático tendrá mayor dificultad en identificar una zona pequeña que origine el dolor.

El examen de la pelvis debe focalizarse en posibles causas urológicas y ginecológicas. El médico debe palpar la uretra y la vejiga. El tacto bimanual debe realizarse para poder evaluar el útero y los anexos. El médico debe hacer un tacto rectal, especialmente si se sospecha endometriosis.

La detección de un bolo fecal o de ampolla rectal ocupada hace el diagnóstico de constipación.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Estos deben incluir un hemograma completo, análisis de orina con urocultivo, eritrosedimentación, exudado vaginal con cultivo, con coloración de Gram y VIH. En los casos de pacientes sexualmente activas se debe realizar un cultivo de flujo y una subunidad beta HCG.

Tomando en cuenta el interrogatorio y el examen físico, el médico puede llegar a pedir otros análisis, por ejemplo, una placa de abdomen es útil si se sospecha constipación. La ecografía transabdominal, transvaginal o transrectal puede ser útil en pacientes con hallazgos anormales o equívocos en el examen físico.

En las adolescentes con dolor pelviano crónico, un hallazgo patológico en la ecografía pelviana, tiene un valor predictivo del 92.4 % para confirmar dicha patología al momento de la laparoscopia (incluso si esa no fuera la causa del dolor pelviano). Las anomalías más comúnmente identificadas por ecografía son las masas anexiales (ej. quistes de ovario, abscesos tuboováricos) o anomalías Müllerianas (ej. útero bicorne). Un hallazgo normal en la ecografía pelviana es menos predictiva (60 %) de una pelvis normal al momento del diagnóstico por laparoscopia en la misma población de pacientes.

La laparoscopia es segura y mínimamente invasiva por lo que representa una herramienta importante para el diagnóstico en la evaluación del dolor pelviano crónico en estas pacientes. La indicación de una laparoscopia diagnóstica se realiza cuando aparece una masa pelviana identificada por tacto vaginal o ecografía, dismenorrea progresiva, dolor pelviano crónico que no responde a los anticonceptivos, ni antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ginecorragia dolorosa e irregular y ante la duda diagnóstica entre una EIP crónica y una apendicitis crónica.

En el pasado, la endometriosis era vista como una enfermedad de mujeres de la tercera y cuarta década de la vida. Recién en los 70, se vio que la endometriosis era una causa común de dolor pelviano crónico en las adolescentes. De hecho, la mayoría de los artículos contemporáneos citan a la endometriosis como el hallazgo más común en la laparoscopia diagnóstica en adolescentes con dolor pelviano crónico. La mayoría de las pacientes con endometriosis presentan dolor pelviano cíclico o acíclico como principal motivo de consulta. Otros síntomas comunes incluyen la dismenorrea, ciclos irregulares, dispareunia, dolor abdominal, náuseas, constipación, diarrea y alteraciones urinarias. Más del 90 % de las adolescentes con endometriosis tienen una molestia difusa o localizada al examen físico.

MANEJO

La causa del dolor pelviano crónico va a determinar el tratamiento. Se debe ofrecer el tratamiento sintomático con analgésicos. Si no hay una causa orgánica, la simple colocación de calor en el abdomen o ayudar a

regular el tránsito intestinal, pueden colaborar al mejoramiento de los síntomas. En la primera consulta, el médico debe mencionar a la paciente que el dolor puede no ser orgánico (es decir, psicosomático) en su origen.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DEL DOLOR PELVIANO

Aborto inducido. Se plantea que las adolescentes para combatir la fertilidad acuden a las prácticas abortivas, proceder que acompaña a la humanidad desde épocas inmemorables.

Entre las complicaciones del aborto tenemos en un 50 %, la enfermedad inflamatoria pélvica aguda, infertilidad, embarazo ectópico y un 13 % de las muertes maternas, debido a la inmadurez de los genitales en ellos.

En la actualidad, con el uso del aborto medicamentoso (Misoprostol), ayudara a disminuir la morbimortalidad por esta causa.

Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS). Entre las causas más frecuentes de ETS tenemos la producida por trichomona, gadnerrella.

LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA AGUDA (EIP)

Es la infección de los órganos pélvicos que incluye útero, trompas, ovarios e incluso el interior del abdomen bajo, es de causa polimicrobiana. Generalmente las mujeres jóvenes y especialmente las adolescentes son quienes contraen la enfermedad.

Esta entidad puede evolucionar desde una EIP hasta una pélvica tumoral (absceso tuboovarico), shock séptico y muerte de la paciente. El tratamiento es con antibióticos, y es de extrema importancia que se trate al compañero sexual. El tratamiento preventivo es el más aconsejable.

DISMENORREA

Es el dolor que acompaña la menstruación, que puede ser primaria y secundaria, que se le puede asociar otros síntomas como náuseas, vómitos, astenia, diarreas y cefalea. Este dolor es debido a un aumento en la producción de prostaglandinas que se va a producir en la segunda mitad del ciclo, con una prevalencia de un 23 % a los 12 años de edad, comenzando a disminuir a los 19 años. El término primaria, para aquella que se produce sin lesiones orgánicas y secundarias cuando existe enfermedad pélvica orgánica.

ENDOMETRIOSIS

Es una causa primaria de dismenorrea, que no es más que un dolor pélvico crónico cíclico que ocurre durante el periodo menstrual de la paciente. Ocurre cuando el tejido similar al que rodea dentro del útero, es encontrado fuera de su lugar normal de colocación. El tratamiento en adolescentes de la endometriosis debe ser la exéresis de las lesiones o su coagulación.

ANOMALIAS O MALFORMACIONES CONGENITAS MÜLLERIANAS

En general estas malformaciones no cursan con dolor pelviano, salvo que presenten una obstrucción con retención del flujo menstrual. Su frecuencia por tanto es muy pequeña.

Entre estas malformaciones tenemos el himen imperforado, agenesia o hipoplasia vaginal, agenesia cervical, tabique vaginal transversal completo, útero unicornio con esbozo o cuerno rudimentario no concomitante, obstrucción unilateral de una cavidad en un útero doble, obstrucción vaginal unilateral asociada con un útero doble.

El himen imperforado es el más frecuente en la práctica clínica, el cual provoca una retención del flujo menstrual con una dilatación retrograda progresiva, la cual condiciona el dolor. El tratamiento consiste en la incisión y extirpación parcial del himen para facilitar el drenaje de toda la sangre acumulada.

BIBLIOGRAFIA

1. Goldstein DP. Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescent. Rev Panam Sal Pública. 2007: 34-49.
2. OPS. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes jóvenes en las América 2001-2008. Programa de salud de la familia y del adolescente. Washington: OPS; 2008.p. 3-9.
3. Contreras JM. (2008): La sexualidad y la formación de uniones, en diagnóstico de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México : UNFPA; 2008.p. 4-14.
4. Lee LK, Chen PC, Lee KK, Kaur J. Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school survey. Singapore Med J. 2006; 47(10):869-74.

5. Colectivo de autores. Dolor Pélvico. En: Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2006.p. 67-70.
6. Seng JS, Graham-Bermann SA, Clark MK, McCarthy AM, Ronis DL. Posttraumatic stress disorder and physical comorbidity among female children and adolescents: results from service-use data. Pediatrics. 2005 Dec; 116(6): 767-76.
7. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, Soper DE, Stamm CA, Sweet RL, et al. A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease. Am J Epidemiol. 2005 Sep 15;162(6):585-90.
8. Jiménez Rodríguez J. Alteraciones Ginecológicas en adolescentes. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. 2005; 2(1): 32.
9. Koninckx PR, Craessaerts M, Timmerman D, Cornillie F, Kennedy S. Anti-TNF-alpha treatment for deep endometriosis-associated pain: a randomized placebo-controlled trial. Hum Reprod. 2008 Sep; 23(9): 2017-23.
10. Bekiesińska-Figatowska M, Jurkiewicz E, Iwanowska B, Uliasz M, Romaniuk-Doroszevska A, Bragoszevska H, et al. Magnetic resonance imaging as a diagnostic tool in case of ovarian masses in girls and young women. Med Sci Monit. 2007 May;13 Suppl 1:116-20.
11. Lazo MA, Berdasquera D, Martínez AM. Comportamiento sobre Sexualidad en Adolescentes. Rev Cubana Obst Ginecol. 2004; 7(1): 28-33.
12. Méndez Ribas JM. Anomalías del desarrollo genital. En: Enfoque actual del Adolescente por el Ginecólogo. Buenos Aires: Ascune Hermanos; 2004.p. 195-212.
13. Machado RH. Dolor Pelviano. En: Ginecología Infante Juvenil. Salud Reproductiva del Adolescente. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.p.122-125.
14. Molina M, Rojas E. Dolor Pélvico Crónico. Un Desafío Interesante. 2005; 2(1): 31-34.
15. Ozaksit G, Caglar T, Zorlu CG. Chronic pelvic pain in adolescent women: diagnostic laparoscopy and ultrasonography. J Reprod Med. 2005; 7:500.
16. Wong GT, Yuen VM, Chow BF, Irwin MG. Persistent pain in patients following scoliosis surgery. Eur Spine J. 2007 Oct; 16(10):1551-6.
17. Peláez J. Adolescencia y sexualidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2006.p. 19-26.
18. Peters AAW, van Dorst E, Jellis B. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 2004; 77:740.

19. Laffita RJ. Primera Relación Sexual en Adolescentes Cubanas. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005; 70(2).
20. Rodríguez Pons O. Adolescencia y sexualidad: Controversia sobre una vida que comienza. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2004.p. 35-43.
21. Ruoti Antonio M. (2006): La Salud del adolescente en América Latina. *Memorias del instituto de investigaciones en Ciencias de Salud.* EDUMA, Asunción Paraguay. pag 24-33.
22. Reiter RC. Chronic pelvic pain. *Clinical Obstet and Gynecol.* Philadelphia., 4.16-26
2005Toro Merlo J, Uzcátegui O. "Dolor Pelviano y el Embarazo en la adolescente"
- Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: *Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 - Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.*2005.
23. Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust.* 2008 Aug 4;189(3):138-43. PubMed PMID: 18673099.
24. Sotolongo Ortega, Vega Castillo. Impacto del Aborto en la Adolescencia. La Habana, 2004.
25. Valentín Martínez Camilo. Vega Castillo. Impacto del Aborto en la adolescencia. La Habana ,2004.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chlamydia screening among sexually active young female enrollees of health plans--United States, 2000-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009 Apr 17; 58(14):362-5. PubMed PMID: 19373196.