

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha: 5 de Marzo de 2019	
	Edición: 01	

Dolor Pélvico Crónico Femenino

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Beatriz Duplá Parugues Paloma López Cañal Laura González Fernández	SUELO PÉLVICO del SERVICIO de GINECOLOGIA y OBSTETRICIA	AUTORIZADO Profesor F. J. Ferrer Barriendos
Fecha: Marzo/ 2019	Fecha: Marzo/ 2019	Fecha

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

DEFINICIÓN

Si bien no hay consenso sobre la definición de dolor pélvico crónico (DPC), generalmente se define como dolor no cíclico percibido en el área pélvica que ha persistido durante tres a seis meses o más y no está relacionado con el embarazo.

EPIDEMIOLOGÍA Y PATOGENIA

La prevalencia de DPC se encuentra entre un 6 y 25% de las mujeres en edad reproductiva, según los criterios de inclusión, y afecta significativamente a su calidad de vida.

El dolor puede ser una señal de la existencia de un daño tisular agudo o crónico, pero en ocasiones es una enfermedad en sí mismo, al convertirse en una afección crónica sin causa identificable. [TABLA I](#)

El dolor no tiene receptores con una morfología anatómica específica, sino que están en las propias terminaciones dendríticas de las neuronas bipolares, que tienen su soma en los ganglios nerviosos de las raíces posteriores medulares. Se transmite por fibras A delta (finas y poco mielinizadas) de forma rápida, muy localizado y de corta duración (primer dolor), y por fibras C amielínicas, de forma más lenta, difusa y duradera (segundo dolor).

La sensación dolorosa es transmitida hacia el SNC, donde es integrada en diferentes áreas, produciéndose cuatro componentes en dicho reconocimiento doloroso: el perceptivo (discriminativo), el afectivo, el memorístico y el de reflejo viscero-hormonal.

Una situación inflamatoria persistente puede interactuar con el SNC, y conducir a una sensibilización periférica, reduciendo el umbral del dolor y provocando una mayor respuesta, o a una sensibilización central, retroalimentando la instauración del dolor crónico («plasticidad neuronal»). Los fenómenos de hiperalgesia (sensibilidad dolorosa exacerbada), alodinia (percepción dolorosa ante estímulos que no lo son) y dolor espontáneo, tienen su origen en esta sensibilización. El reclutamiento neuronal, por sensibilización y proximidad, y mecanismos reflejos retrógrados, que en ocasiones provocan contracciones musculares, pueden originar síndromes de dolor miofascial secundarios (1).

CLASIFICACIÓN. TIPOS Y TERMINOLOGÍA

1. DEPENDIENDO DE SU ORIGEN FUNCIONAL:

1.a. Nociceptivo: la activación de las neuronas aferentes primarias por señales químicas, térmicas u otras de alto umbral que indican peligro o daño. Puede ser somático (dolor superficial o cutáneo y dolor localizado profundo) o visceral (dolor profundo, sordo e impreciso, a veces referido).

1.b. Inflamatorio: resultado de la interacción del sistema nervioso y mediadores inflamatorios. Se considera adaptativo.

1.c. Neuropático: resultado del daño en el tejido nervioso periférico o, en general, puede usarse incluyendo también el dolor disfuncional. De forma característica se presenta como dolor severo, incapacitante, con quemazón, parestesias, alodinia y/o hiperestesia (2).

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

2. DEPENDIENDO DEL DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA:

Existen múltiples causas reconocidas de DPC, pero nos centraremos en las que son causa de evaluación y tratamiento en las Unidades de Suelo Pélvico. Todas ellas suelen tener mayor incidencia de comorbilidades como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, migraña, depresión, colon irritable y afectación de todos los dominios de la función sexual.

2.a. VULVODINIA:

La Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal (ISSVD) identificó el dolor idiopático en la vulva como una entidad única, con sensación de dolor espontáneo vulvar/ardor y dispareunia, distinguiendo entre la forma generalizada y la localizada (vestibulodinia, clitorodinia...).

A nivel tisular se han descrito cambios como: incremento de terminaciones nerviosas libres intraepiteliales, inmunorreactividad al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (GRPC) e incremento en los mastocitos.

2.a. SÍNDROME DE DOLOR VESICAL/CISTITIS INTERSTICIAL (SDV/CI):

Término creado por la Sociedad Europea para el estudio de la Cistitis Intersticial (ESSIC) en 2007, adaptado a los criterios de la IASP (3).

La definición es la de DPC con presión o molestias pélvicas percibidas en relación con la vejiga y que están acompañados al menos de otro síntoma urinario, sobre todo polaquiuria, con predominio de nocturia. El dolor aumenta durante el llenado vesical y se asocia dispareunia (punto gatillo en triángulo vesical).

Afecta a un 1-2% de la población, con un predominio femenino 10:1. La instauración del dolor suele ser brusca y se suele confundir con infección urinaria. El curso de la enfermedad tiene remisiones espontáneas y reagudizaciones que no guardan relación con tratamientos instaurados.

Es obligatoria la realización de sedimento, urocultivo, citología urotelial y uretrocistoscopia, para descartar otras causas y biopsiar zonas sospechosas ([Primera Consulta Urología](#)). Un porcentaje pequeño de pacientes presentarán en la cistoscopia la lesión característica del SDV, la úlcera de Hunner. Debido a que el diagnóstico suele ser de exclusión, muchas pacientes tienen un largo recorrido antes de poder ser tratadas.

2.b. DOLOR PÉLVICO MIOFASCIAL:

DPC atribuible a contractura, tensión y aumento de sensibilidad de los músculos y fascias pélvicas, generalmente acompañado de puntos gatillo identificados en la exploración pélvica. Con frecuencia se asocia a sintomatología de otros órganos pélvicos (urgencia miccional, quemazón vulvovaginal, sensación de ocupación rectal, defecación obstructiva, etc), que pueden ser más molestos para la paciente que el propio dolor muscular.

Puede ser debido a la lesión directa de las fibras musculares derivada de traumatismos (parto, cirugía...), o indirecta por atrapamiento del nervio que los inerva. Los músculos implicados son: elevador del ano (sobre todo el fascículo pubo-rectal), piriforme, obturador interno, m. aductores o glúteos (3).

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

2.c NEURALGIA del PUDENDO:

Dolor o quemazón vaginal y/o vulvar, con extensión en la zona de inervación del nervio pudendo. Se puede hablar también de otras neuropatías periféricas como: abdomino-genital mayor y menor, femoro-cutáneo y genito-crural.

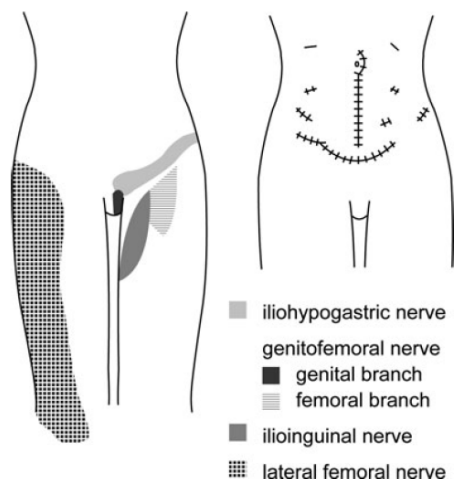


FIG 1: Otros territorios nerviosos

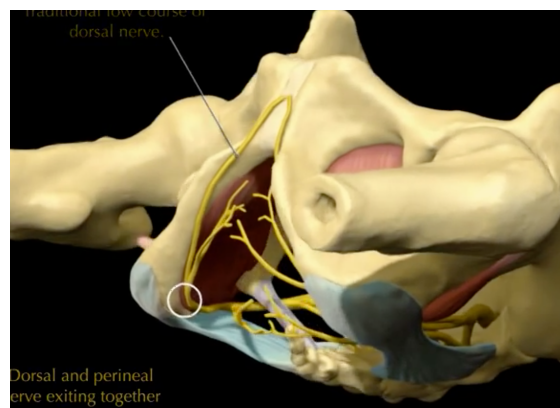


FIG 2: N. Pudendo

La incidencia de **atrapamiento del pudendo** es muy variable, según diferentes asociaciones, del 1/100.000 al 4%. En la mayoría de los casos es unilateral (70%) y a nivel de la “pinza intraligamentaria”, entre lig. sacroespinoso y sacrotuberoso, antes de la división en sus 3 raíces terminales (rectal inferior, perineal y dorsal del clítoris), menos probable en el canal de Alcock (20%) y/o en el diafragma urogenital (nervio dorsal), y un 20% mixto (Alcock-pinza).

Las causas más frecuentes son: traumatismo directo (ciclismo, hípica, sillas duras o cirugía pélvica), estiramiento del nervio durante el parto, episiotomías extensas, combinación de traumatismo (lesión del elevador) y estiramiento, inestabilidad de la articulación sacroiliaca, estreñimiento crónico y prolapso rectal.

El diagnóstico se basa en los cinco criterios de Nantes:

1. Presencia de dolor en el territorio anatómico del nervio pudendo.
2. Aumento del dolor con la sedestación, por tracción y/o elongación.
3. El dolor no la despierta por la noche, mejora en decúbito.
4. No hay pérdida de sensibilidad en el territorio del nervio pudendo.
5. El bloqueo anestésico del nervio pudendo calma el dolor

2.d. SÍNDROME DE DOLOR VESICAL/CISTITIS INTERSTICIAL (SDV/CI):

Término creado por la Sociedad Europea para el estudio de la Cistitis Intersticial (ESSIC) en 2007, adaptado a los criterios de la IASP (3).

La definición es de DPC con presión o molestias pélvicas percibidas en relación con la vejiga y que están acompañados al menos de otro síntoma urinario, sobre todo polaquiuria, con predominio de nocturia. El dolor aumenta durante el llenado vesical y se asocia dispareunia (punto gatillo en trigono vesical).

Afecta a un 1-2% de la población, con un predominio femenino 10:1. La instauración del dolor suele ser brusca y se suele confundir con infección urinaria. El curso de la enfermedad tiene remisiones espontáneas y reagudizaciones que no guardan relación con tratamientos instaurados.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

Es obligatoria la realización de sedimento, urocultivo, citología urotelial y uretroscopia, para descartar otras causas y biopsiar zonas sospechosas (**Primera Consulta Urología**). Un porcentaje de pacientes presentarán en la cistoscopia la lesión o úlcera de Hunner, característica del SDV. Debido que el diagnóstico es de exclusión, muchas pacientes tienen un largo recorrido antes de poder ser tratadas.

2.e. CONGESTIÓN PÉLVICA CRÓNICA:

Dolor provocado por varicosidades pélvicas. Suele afectar a mujeres multíparas, de edad media. Etiología incierta, probablemente multifactorial, en la que intervienen factores mecánicos y factores hormonales.

Se presenta como DPC, dismenorrea, dolor postcoital, polaquiuria, dolor lumbar. Los síntomas empeoran a lo largo del día y con la bipedestación. Ante la sospecha clínica se pueden solicitar pruebas de imagen (eco-doppler y/o angioTC).

DIAGNÓSTICO DEL DPC

1. ANAMNESIS:

Pieza fundamental para conseguir un diagnóstico correcto y enfoque terapéutico adecuado. La anamnesis debe ser dirigida a definir el tipo de dolor y a diagnosticar las posibles causas implicadas en su origen.

Respecto al **tipo de dolor**, hay que evaluar su duración, localización e irradiación, características, así como factores agravantes, tipos de tratamientos recibidos y cómo lo modifican.

Para la valoración de la **Intensidad del dolor**, se puede emplear la Escala Visual Analógica (EVA) o preferentemente una escala numérica tipo Likert, donde el paciente señala su apreciación subjetiva de intensidad del dolor.

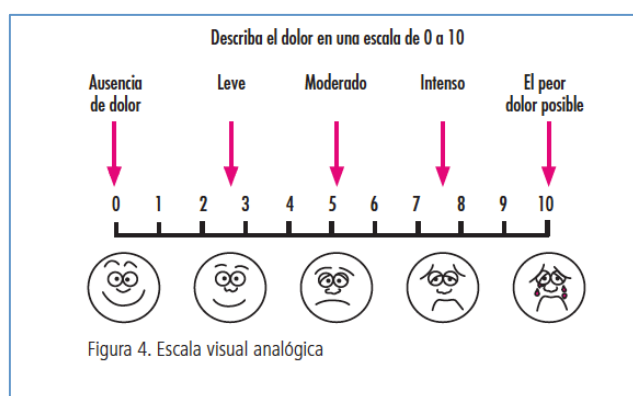


FIG 3: Escala Visual Analógica

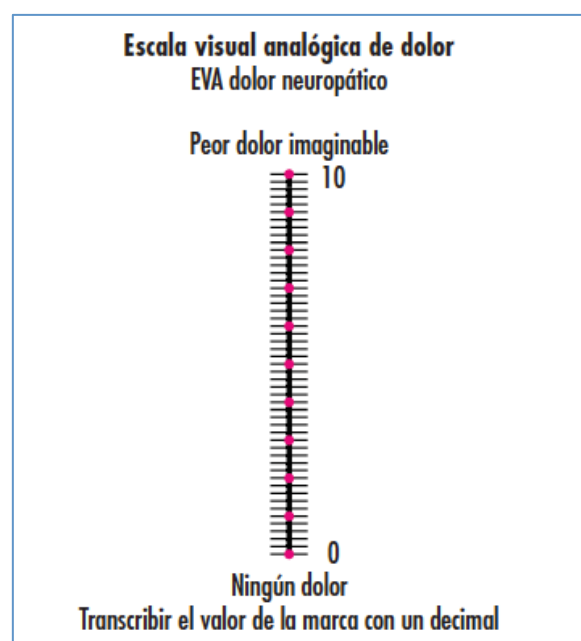


FIG 4: Escala analógica dolor

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha: 5 de Marzo de 2019	
	Edición: 01	

Respecto al **origen del dolor** es imprescindible interrogar sobre:

- Antecedentes personales de cirugía o infecciones pélvicas, partos distócicos o instrumentales, fetos macrosómicos, desgarros, actividad deportiva, traumatismos pélvicos...
- Enfermedades actuales asociadas como fibromialgia, colon irritable, ...
- Síntomas asociados referidos a otros sistemas (aparato urinario, digestivo, locomotor ...).

Se debe añadir una **valoración psicológica básica** para descartar la concomitancia de alteraciones de esta esfera, comunes en estas pacientes.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA:

El examen físico es esencial en la evaluación del DPC, pero puede ser doloroso y emocionalmente estresante para la paciente. Se debe seguir la siguiente sistematica:

1. **Inspección perineal detallada** de GE, periné, zona perianal, e inguinal con la finalidad de buscar lesiones, cicatrices, asimetrías, atrofia, ...
2. **Exploración vulvar:**
 - **Test del Hisopo:** valora la sensibilidad perineal de los dermatomas sacros perineales (S3) y perianales (S4).
 - **Reflejo bulbocavernoso:** valora la integridad del arco reflejo S2-S4 al producirse la contracción refleja del esfínter anal tras estímulo en área periclitorídea.
 - **Skin Rolling Test:** reproduce el dolor al desplazar mediante una pinza con nuestros dedos piel y tejido celular subcutáneo desde ano hacia pubis sobre el trayecto de las ramas del nervio pudendo.
3. **Tacto vaginal unidigital** con dedo índice de la mano dominante en dirección antihoraria, para valorar la integridad anatómica de los músculos, su tono, capacidad de contracción y relajación. Esto permitirá identificar desgarros, zonas cicatriciales y/o hipertonía.

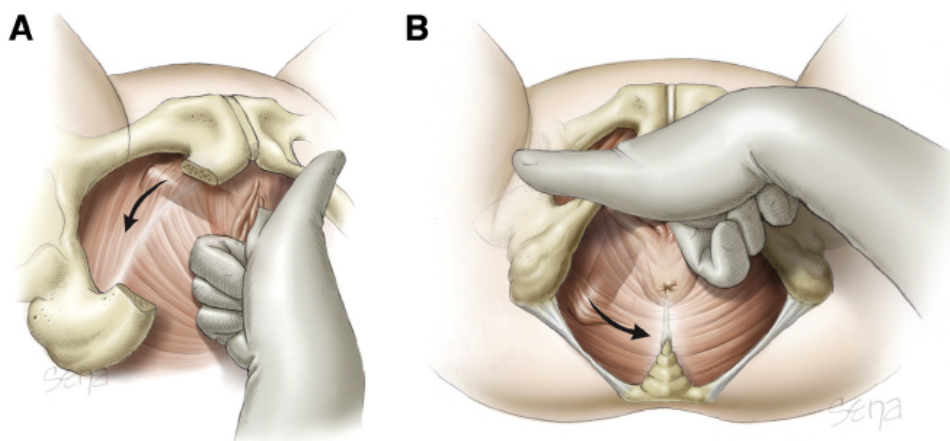


FIG 5. Tacto unidigital obturador interno y elevador del ano

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

4. **Identificación de puntos gatillo:** la presión sobre estos puntos provoca el mismo tipo de dolor, y/o dolor referido proximal pélvico o distal. Algunos puntos gatillo destacados en el tacto vaginal:
 - N. pudendo: sobre espina ciática o el canal de Alcock (FIG 2).
 - Obturador: a las 9-11 horarias, aumenta con la adducción de la pierna
 - Trigono vesical: sobre la cara anterior de la vagina, superior a proyección uretral.
5. **Tacto bimanual** para delimitar útero y anejos, valorar movilidad, sensibilidad y palpación de masas.
6. **Especuloscopia** que descarte infecciones, prolapso de órganos pélvicos, procesos neoformativos o presencia de nódulos endometriósicos submucosos.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

No existen estudios de laboratorio o imagen estandarizados para paciente con DPC. Se deben solicitar en función de la clínica o sospecha diagnóstica:

- **Pruebas de laboratorio:** Sistemático de orina para descartar leucocituria o hematuria; Urocultivo; Cultivo de exudado vaginal y endocervical, si sospecha de infección del tracto genito-urinario.
- **Estudio neurofisiológico (GAB NFS Estudio neurofisiológico):** información de tipo motor, sensitivo y autonómico del territorio nervioso con sospecha de afectación.
- **Pruebas de imagen:**
 - Ecografía en sospecha de patología ginecológica (endometriosis, EIP, masas, ...) o en postoperatorio abdominal/vaginal.
 - Ecografía de suelo pélvico (**ECO SUP**) en dolor acompañado de disfunción urinaria, defecatoria o complicaciones de mallas.
 - RM pélvica; en sospecha de alteración de partes blandas (endometriosis profunda, abscesos), daño medular o plexos y raíces nerviosas.
 - TAC abdómino-pélvico en dolor postoperatorio, osteítis, complicaciones urinarias (**RAD TC Urografía**) o sospecha de congestión o trombosis pélvica (**RAD TC Angiografía**).
- **Infiltración anestésica de puntos gatillo**, diagnóstica y/ terapéutica (**CONZ/TC Ambulatorias ginecología**).
- **Cistoscopia** en sospecha de SDV/CI, endometriosis vesical, sospecha de desplazamientos de mallas a uretra o vejiga, buscando la lesiones típicas como la úlcera de Hunner o inflamación tisular, mastocitosis detrusor, fibrosis intersticial en CI.
- **Laparoscopia:** investigación de segunda línea, si fallan otras intervenciones terapéuticas.

TRATAMIENTO DEL DPC

1. TRATAMIENTO GENERAL:

1.a. ANALGESIA:

Se inicia por la vía oral, según los criterios de la **Escala Analgésica de la OMS**, como otros dolores crónicos severos:

- **Primer escalón:** AINEs y derivados, paracetamol y COX-2 (NE 1b, GR A). En dolor leve, dolor de corta evolución o en DPC de tipo nociceptivo (somático o visceral), asociados o no a coadyudantes.
- **Segundo escalón:** opioides débiles (tramadol 400 mg/día y codeína), asociados a fármacos del primer escalón, en dolor moderado.
- **Tercer escalón:** se añaden **opioides fuertes** (morfina, metadona, oxicodona y fentanilo), solos o asociados a los del primer escalón, para evitar la memoria del dolor en DPC intenso (NE 1a, GR A). Sus efectos secundarios son depresión respiratoria, estreñimiento, náuseas y vómitos, bradicardia y prurito central. Nunca se deben asociar al 2º escalón.
- **Cuarto escalón:** en dolor grave refractario se utilizan procedimientos analgésicos invasivos:
 - **Bloqueo anestésico de los nervios periféricos**, asociado o no con esteroides para disminuir la inflamación.
 - **Técnicas de estimulación eléctrica**
 - **Infiltración espinal:** opioides, anestésicos y otros
 - **Neurocirugía**

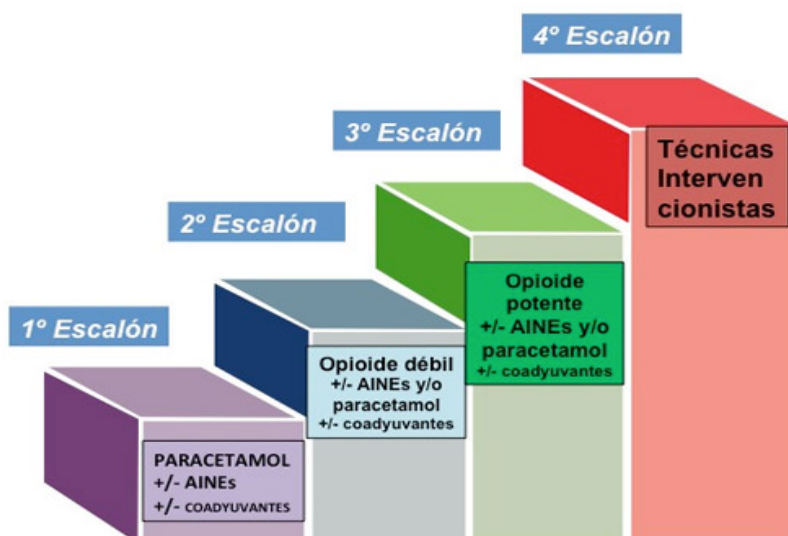


FIG 7. Escala analgésica de la OMS

Los **fármacos coadyudantes** más utilizados son: los antidepresivos, anticonvulsivantes, anestésicos, corticoesteroides, miorrelajantes y bloqueadores adrenérgicos. En DPC utilizamos anestésicos tópicos con lidocaína 5% para las relaciones sexuales y/o exploraciones dolorosas (NE 4c).

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

En **dolor neuropático o con sensibilización central** se recomienda asociar, para disminución de la excitabilidad neuronal, como coadyudantes:

- **Antidepresivos:**
 - Tricíclicos: Amitriptilina (Tryptizol®) de 10 mg/día por la noche hasta 150 mg/día en 6 semanas, dosis máxima 300 mg/8 horas. Provoca estreñimiento y somnolencia (NE 1a, GR A). Sus efectos anticolinérgicos pueden ser beneficiosos en vejiga hiperactiva.
 - ISRS: Venlafaxina (37.5 mg/día hasta máximo de 225 mg), Duloxetina (30 mg/24 a 12 horas) y Citalopram.
- **Anticonvulsivantes:** Gabapentina (Neurontin®), 300 mg/12 h hasta 900 mg/día, o Pregabalina (Lyrica®), 75 mg/12 h hasta 300 mg/día (NE 1a, GR A). Disminuye el dolor y mejora la centralización. Sus efectos secundarios son visión borrosa, somnolencia, inestabilidad y ganancia ponderal. Se deben iniciar dosis menores en pacientes de edad avanzada y pluripatológicos.

Todos los tratamientos analgésicos deben ajustarse cada 6-8 semanas. Se recomienda solicitar [Primera Consulta al Servicio de Anestesia, Unidad de Dolor](#), para asesoramiento analgésico en dolor refractario, comorbilidades o en DPC de causa desconocida (5).

1.b. FISIOTERAPIA:

Existen múltiples terapias indicadas en diferentes patologías, algunas no invasivas y otras sí. Se debe solicitar una [Primera Consulta a Rehabilitación](#) del Área Sanitaria al que pertenece la paciente*.

** En el HUCA no está disponible esta terapia en la cartera de Servicios, en el momento actual. Sólo en Áreas I, III, V y VI.*

1.c. PSICOTERAPIA:

Cuando el DPC es moderado o grave, puede tener un impacto negativo en la capacidad para funcionar en los ámbitos familiar, sexual, social y para desempeñar los roles ocupacionales. Esta condición se denomina «Síndrome de dolor crónico». La evaluación psicológica minuciosa debe incluir una valoración de su experiencia emocional y otros aspectos del síndrome de DPC, así como indagar sobre posibles indicios de abusos sexuales pasados o presentes, más prevalentes en estas mujeres.

La terapia cognitivo-conductual es imprescindible en casos de centralización del dolor. Se puede solicitar [Primera Consulta Salud Mental](#) del C. S. La Eria (Centro de Atención Psicosocial a la Mujer).

1.d. MODIFICACION de ESTILOS de VIDA: individual o de grupo, mediante reeducación vesical, hábitos de vida saludables, educación sexual, dieta y ejercicio adaptado.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

2. TRATAMIENTO ESPECIFICO:

2.a. VULVODINIA:

- **Pesario vaginal:** en vulvodinia, SVD y prolapsos acompañantes, según teoría integral de Petros por elevación uterina.
- **Anestésicos tópicos** en crema para relaciones sexuales o exploración (NE 4c) **o inyecciones intralesionales con /sin corticoides** (NE 2b GR C).
- **Biofeedback y otras terapias mio-relajantes** en casos asociados a vaginismo o dispareunia (ver Sdr. miofascial).
- **Escisión quirúrgica:** en vulvodinia localizada y fracaso de medidas anteriores (NE 2b GE B).

2.b. SINDROME MIOFASCIAL:

- **Relajantes musculares:**
 - BDZ: diazepam vía oral o rectal (Stesolid®) de 5 ó 10 mg, por las noches. Menos usado, ciclobenzapina (Yurelax®)
 - Toxina botulínica A (Botox®): en músculos contracturados, sobre todo elevador del ano, se puede repetir cada 6 meses. Se lleva a cabo en la sala de Técnicas Ambulatorias del Servicio de Ginecología.
- **Infiltraciones en puntos gatillo**
- **Fisioterapia:** masaje perineal, presión sostenida puntos gatillo, biofeedback, TENS (electroestimulación transcutánea bien vaginal o bien del tibial posterior)...
- **Cirugía:** raramente es necesaria, sólo en dolor secundario a cirugía vaginal con mallas para su exéresis o en casos muy concretos.

2.c. NEURALGIA PUDENDO y otros nervios periféricos pélvicos:

- **Tratamiento analgésico con coadyudancia** mediante con antidepresivos y anticonvulsivantes orales
- **Infiltraciones:** tienen dos propósitos, confirmar el diagnóstico mediante un bloqueo con anestésico local, e intentar aliviar el dolor. Todos los bloqueos se pueden realizar con anestésico local sólo (10 a 20 cc de lidocaína, bupivacaína 0.25%, mepivacaína 2% o ropivacaína 2 ó 7.5 mg) o con corticoide (40 mg triamcinolona, Trygon depot®). Puede ser unilateral, mas frecuentemente, o bilateral. Se realizan dirigidas por EMG, ecografía o TC.
- **Radiofrecuencia pulsada:** corriente de alta frecuencia que se aplica durante 6 minutos sobre el nervio afectado y tiene por objetivo neuromodular la conducción nerviosa.
Se realiza o bien con la colaboración de la Unidad del Dolor del Serv. Anestesia en la sala de Técnicas Ambulatorias del Servicio de Ginecología o en su Unidad. Su respuesta se comprueba a las 5 semanas y se puede repetir hasta en 3 ocasiones separadas 6 meses.
- **Cirugía:** para intentar la liberación del nervio en caso de sospecha de atrapamiento y fracaso de los tratamientos previos.
Se han descrito tres vías de abordaje externo: transperineal (Shafick), transglútea y transvaginal (Bautrant); además del abordaje laparoscópico con sección de ligamento sacroespinoso. Todas ellas con tasas de curación/mejoría muy variables del 40-70%, peor en los casos de larga evolución.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

- **Neuromodulación sacra:** tras fracaso o agotamiento de los tratamientos previos, y siempre que no haya indicación quirúrgica, se podría solicitar valoración del [Servicio de Neurocirugía](#) del HUCA, tras consensuar el procedimiento con la Unidad del Dolor.

Los casos bilaterales, con EMG y RM normal e hipertonia marcada son los que peor responden a los tratamientos. En estos casos se puede utilizar la combinación de fisioterapia, Botox y analgesia como en el Sdr. miofascial.

2.d. SINDROME VEJIGA DOLOROSA/CISTITIS INTERSTICIAL:

Sólo realizamos seguimiento y/o en los casos rechazados por los Serv. de Urología, mediante:

- **Pesario vaginal:** en vulvodinia, SVD y prolapsos acompañantes, según teoría integral de Petros por elevación soporte pélvico.
- **Tratamiento analgésico con coadyudantes:** ADT (amitriptilina) si síntomas de hiperactividad vesical o Duloxetine si incontinencia urinaria de esfuerzo o Desmopresina (Minurin® 120 mg a 240 mg) si predominio de nocturia.
- **Biofeedback vesical:** para aumentar la capacidad vesical y controlar disinergias, en [Servicio de Urodinamia](#) del HUCA, previa petición de Estudio Urodinámico con EMG.
- **Instilaciones intravesicales:** [Urodinamia](#) HUCA
- **Neuromodulación del tibial posterior:** usado también en vejiga hiperactiva refractaria a tratamiento médico y en incontinencia fecal de urgencia. Precisa una vía nerviosa sensitivo-motora en buen estado (estudio EMG previo). Se solicita al Servicio de Neurofisiología del HUCA ([GAB NEFS PE-EST Estimulación tibial posterior](#)), o a los Serv. de Rehabilitación de Suelo Pélvico de su Área Sanitaria.
- **Técnicas invasivas:** Botox intravesical, NM sacra, Laser/RTU, cistectomía... a realizar por el Servicio de Urología o Neurocirugía.

2.e. SINDROME de CONGESTION PELVICA:

- **Embolización de vasos pélvicos:** mediante Consulta Radiología Intervencionista ([RAD VAS Embolización vasos pélvicos](#)) o al Servicio de Cirugía Vascular del HUCA.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TÍTULO	 Dirección Médica
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

Bibliografía

1. Cerezuela JF. Bases anatómicas y fisiológicas del dolor pélvico en la mujer. Suelo Pélvico 2013; 9 [Supl. 1]: 2-7.
2. Nohales FJ, Bonilla MA, Izquierdo R. Dolor pélvico crónico en la práctica uroginecológica. Suelo Pélvico. 2012; 8(1): 9-24.
3. Meister MR. Development of a standardized, reproducible screening examination for assessment of pelvic floor myofascial pain. Am J Obstet Gynecol, march 2019; 255 a1-a9.
4. Van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Daha LK, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. Eur Urol. 2008; 53: 60-67.
5. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. Guía clínica sobre el dolor pélvico crónico. European Association of Urology, 2010; 16-18.
6. Persistent vulvar pain. Committe Opinion n° 673, ASCCP-ACOG, september 2016.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TITULO	 Dirección Médica
	Fecha Marzo/ 2019	
	Edición: 01	

Tabla I

SISTEMA	ETIOLOGIA
GINECOLÓGICO	Endometriosis
	Leiomioma
	Hidrosalpinx
	Enfermedad inflamatoria pélvica
	Quistes anexiales
	Síndrome adherencial
	Síndrome del ovario restante
	Síndrome post-ligadura tubárica
	Síndrome Dolor Vesical /Cistitis Intersticial
	Ca. urológico
UROLÓGICO	Cistitis rádica
	Litiasis crónica
	ITU recurrente
MUSCULO-ESQUELÉTICO	Síndrome Miofascial
	Fibromialgia
	Coccigodinia
VASCULAR	Síndrome piramidal
	Síndrome de congestión pélvica
	Varices vulvares
NEUROLÓGICO	Neuralgia del pudendo
	Otras neuropatías
	Sensibilización central
DIGESTIVO	Enfermedad Inflamatoria Intestinal
	Intestino Irritable
	Enf. Celiaca
	Carcinoma colo-rectal
	Estreñimiento crónico
	Hernias abdomino-pélvicas