



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. agosto 2003; 7(2): 61-68

ARTÍCULO ORIGINAL

Hallazgos anatomopatológicos en las histerectomías por dolor pélvico crónico

Pathological findings in hysterectomies due to chronic pelvic pain

Vladimir Díaz Noda¹, Jorge Balestena², Juan J. Noda Miranda³, Ciro Suárez Blanco⁴.

¹Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

²Especialista de Segundo Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

³Especialista de Segundo Grado en Obstetricia y Ginecología. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁴Especialista de Primer Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Titular. Hospital General "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en las pacientes sometidas a histerectomía por dolor pélvico crónico durante los años 1999 y 2000, en el Hospital Abel Santamaría Cuadrado, de Pinar del Río. Durante estos dos años se realizaron un total de 1027 histerectomías y de estas, 155 se hicieron con el diagnóstico de dolor pélvico crónico. El mayor número de pacientes estuvo en las décadas de los 30 años con 2 o 3 hijos y con esta misma paridad en la década de los 40 años. El hallazgo más frecuente fue el útero con peso patológico seguido por la adenomiosis y el fibroma uterino. El dolor pélvico crónico representó la segunda causa de histerectomía en nuestro trabajo con 155 pacientes.

Descriptor DeCS: DOLOR, HISTERECTOMÍA.

ABSTRACT

A descriptive study was carried out in patients who underwent a histerectomy due to a chronic pelvic pain during 1999 and 2000 at Abel Santamaría Cuadrado Hospital in Pinar del Río. During these two years, 1027 histerectomies were performed and out of these 115 were performed after chronic pelvic pain diagnosis. Most patients were between 30 and 40 years of age with 2 or 3 children and between 40 and 50 years of age with this same parity. The most current finding was the uterus with pathological weight followed by adenomiosis and uterine fibroid. The chronic pelvic pain represented the second cause of histerectomy in our work with 155 patients.

Subject headings: PAIN, HISTERECTOMY.

INTRODUCCIÓN

Se plantea¹ que el dolor es el síntoma más común de enfermedad y cada caso difiere su naturaleza, localización y causa. Aproximadamente la mitad de las pacientes que acuden al médico tienen dolor entre sus molestias principales y para la mayoría el tratamiento adecuado de un proceso patológico debe aliviar el dolor, sin embargo en muchos el síntoma dolor debe valorarse con cuidado para poder interpretar su importancia y definir un plan terapéutico. En individuos con dolor sobre todo crónico, a menudo hay poca correlación entre la enfermedad y la magnitud del componente doloroso. Estos pacientes pueden presentar insomnio, disminución de la libido y adinamia. Algunos autores^{2,3} definen el Dolor Pélvico Crónico (DPC) en la mujer como un

dolor no cíclico de más de seis meses de duración que no se alivia con analgésicos no narcóticos. El DPC es un término no específico que incluye el dolor asociado con patologías evidentes en las laparoscopias como la endometriosis y otras patologías somáticas ocultas no ginecológicas.

Pocos trastornos exigen los límites de nuestra experiencia profesional tan rápidamente como el dolor pélvico crónico. La importancia del mismo se aprecia fácilmente ya que comprende el 10% de la consulta externa de ginecología y este es responsable de un 20 % de las laparoscopias y de un 12% de las histerectomías en Estados Unidos. También se plantea que se gastan en Estados Unidos dos billones de dólares por incapacidad y otras pérdidas al trabajo, es común que las mujeres refieran incapacidad y sufrimientos, pérdida de empleo, problemas maritales, divorcios y una constelación de trastornos médicos.

También se afirma que el DPC continúa estando entre los problemas más retadores y frustrantes que enfrenta el médico, ya que la etiología del mismo puede que no se haga evidente. Algo llamativo es la frecuencia que las mujeres con congestión pélvica son tratadas como si padecieran enfermedad pélvica inflamatoria, por lo que después de hecho este diagnóstico cada vez que recidiva el dolor es tratada como una inflamación pélvica, agregándosele antibióticos. Por todo lo anterior hay una tendencia a recurrir a la cirugía abdominal por sospecha de patología pélvica. Existen estadísticas de más del 40% de cirugía que van desde la apendicectomía a operaciones sobre ovarios y útero y dichas operaciones pueden crear adherencias, empeorando el dolor y la fertilidad.⁴⁻⁸

Reiter⁹ refiere que el DPC en ausencia de patología somática representa uno de los retos más difíciles que enfrenta el ginecólogo y que las mujeres con este síndrome debilitante a menudo se sienten enojadas y demandantes y que su frustración es compartida con su médico quién no encuentra una etiología plausible y por lo general estas mujeres se niegan a cualquier explicación o tratamiento no somático de su dolor debido a lo cual la paciente y su médico están dispuestos a considerar un tratamiento quirúrgico "definitivo" que consistirá en extirpar un útero que histológicamente puede ser normal, al igual que sus anejos. Otros autores¹⁰⁻¹⁴ reportan que entre el 10-35% de las laparoscopias son por dolor pélvico crónico donde se puede ver endometriosis, adherencias, venas pélvicas gruesas y menstruaciones retrógradas. Dado lo controvertido y difícil que es para el ginecólogo el diagnóstico exacto y la terapéutica adecuada para el dolor pélvico crónico decidimos realizar este trabajo con el objetivo de determinar la frecuencia del dolor pélvico crónico como causa de histerectomía en nuestro servicio, los grupos de edades de las pacientes, tiempo con dolor, la paridad y los hallazgos anatomopatológicos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes operadas de histerectomía con el diagnóstico de Dolor Pélvico Crónico en el servicio de ginecología del Hospital Abel Santamaría Cuadrado durante los años 1999 y 2000. Durante estos dos años se realizaron un total de 1027 histerectomías, de las cuales 155 fueron con el diagnóstico de dolor pélvico crónico que representa un 15,09% y de este total pudimos encuestar 143, que representa la muestra de nuestro trabajo.

Los datos fueron ordenados mediante distribuciones de frecuencias en las variables de edad, paridad, hallazgos anatomopatológicos, causas y tiempo del dolor. Para asociar dos variables de interés se utilizó la prueba de Chí Cuadrado en forma de tabla de contingencia. El nivel de significación alcanzado es de $p < 0,05$.

RESULTADOS

En la tabla 1 se recoge la relación entre los grupos de edades y la paridad. Con 2 hijos entre 30 - 39 años, 41 pacientes y entre 40 - 49 años, 17 pacientes. Con 3 hijos hubo 3 pacientes entre 20 - 29 años, 18 pacientes entre 30 - 39 años y 12 pacientes entre 40 - 49 años.

Tabla 1. Histerectomías por dolor pélvico crónico. Según edad y paridad.
Hospital "Abel Santamaría Cuadrado". 1999-2000.

Paridad	Grupos de edades		
	20 - 29	30 - 39**	40 - 49**
0	0	0	0
1	10	11	6
2	8	41	17
3	3	18	12
4 o más	0	3	14

$\chi^2 = 32,67^{***}$ $^{***}p < 0,01$

Fuente: Historias Clínicas y Encuestas.

En la tabla 2 se relaciona la distribución de frecuencias de los hallazgos anatomopatológicos, donde el peso patológico del útero oscila entre 80g o más (15) con 42 casos para un 29,37% fue la más frecuente siguiéndole la adenomiosis con 39 casos para 27,27%, continuándole el fibroma uterino con 24 pacientes para un 16,80%, las várices pélvicas con 15 pacientes para un 10,50% y la hipertrofia miometrial con 6 casos para 4,19%.

Tabla 2. Histerectomías por dolor pélvico crónico. Hallazgos anatomopatológicos. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", 1999-2000.

Hallazgos	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
Peso Patológico	42	29.37
Adenomiosis	39	27.27
Fibroma uterino	24	26.80
Varices pélvicas	15	10.50
Hipertrofia Miometral	6	4.19
Adherencias pélvicas	3	2.09
Miometritis aguda	1	0.69
Sin patologías	13	9.09

Fuente: Historias Clínicas y Encuestas.

La asociación entre el tiempo del dolor y los hallazgos anatomopatológicos en las pacientes histerectomizadas por DPC se observa en la tabla 3 donde vemos que de 7 a 11 meses con dolor se encontró 16 pacientes con adenomiosis, 14 casos con útero con peso patológico y 9 casos con fibroma. Con 1 año o más con dolor se observaron 24 pacientes con adenomiosis, 28 con útero con peso patológico, 15 pacientes con fibroma uterino y 12 pacientes con várices pélvicas. En la tabla 4 vemos que la primera causa de histerectomía fue el fibroma uterino con 50,24 % y en segundo lugar el dolor pélvico crónico con el 15,09 %, seguido por el cáncer con un 14,70.

Tabla 3. Histerectomías por dolor pélvico crónico. Tiempo del dolor y hallazgos anatomopatológicos. Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", 1999-2000.

Tiempo de dolor (meses)	Úteros con peso patológico	Adenomiosis	Fibroma uterino	Varices pélvicas	Hipertrofia miometral	Adherencias pélvicas	M
7 - 11	14	16	9	3	4	1	
12 o mayor ***	28	4	15	12	2	2	

$\chi^2 = 24,07^{***}$ *** $p < 0,01$

Fuente: Historias Clínicas y Encuestas.

DISCUSIÓN

Correlacionando la edad y la paridad la prueba de Chi Cuadrado nos dio como resultado altamente significativo ($P < 0,01$) en la década de los 30 y los 40 años, este mismo resultado fue encontrado por Soto Alvarado.¹⁶ En nuestro estudio la causa más frecuente del DPC fue el útero con peso patológico con 42 pacientes (29,37%) y De Brux¹⁷ reporta un 6% de estos casos con útero aumentado de peso, sin otra patología, seguido por la adenomiosis con 39 pacientes (27,27%). Estos dos hallazgos hacen un total del 56% de los hallazgos encontrados. Sin patologías alguna hubo 13 pacientes para 9,09% muy por debajo de lo que reporta Ananth,¹⁸ es decir que para nuestra casuística el 90% aproximadamente tuvo una entidad ginecológica que se interpretó como la causa del DPC, estas patologías también han sido encontradas por otros autores.^{19,20} Este DPC puede provocar coitalgia, frigidez e insatisfacción sexual.²¹

Otro elemento importante observado fue que a medida que aumentó el tiempo del dolor se vieron más patologías sobresaliendo la adenomiosis, útero con peso patológico y fibromas uterinos además de las várices pélvicas. La prueba de Chi Cuadrado fue altamente significativa. Pensamos que después de un año con DPC, una mujer debe ser examinada minuciosamente buscando las patologías antes señaladas para evitarle tanto sufrimiento. El porcentaje del DPC (15,09%) encontrado por nosotros como causa de histerectomía es algo superior al citado por Reiter¹⁰ y Soto Alvarado,¹³ pero inferior que el reportado por Berek.²² Rock²¹ plantea que es la tercera causa más común para la histerectomía y para nosotros pasó a la segunda causa.

En este trabajo hemos podido comprobar que el DPC es la segunda causa de histerectomía y que los hallazgos anatomopatológicos más frecuentes fueron útero con peso patológico, adenomiosis y fibroma uterino y recomendar que a toda paciente que se le indique una histerectomía por dolor pélvico crónico tenga una laparoscopia previa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bennett JC. Cecil Textbook of Medicine. 21 ed. USA :W.B Saunders; 2000.
2. Reiter RC. Chronic pelvic pain. Clin Obst Gynecol 1990; (1): 117.
3. Berek JS, Hillard PA, Adashi EY. Ginecología de Novak. 12 ed. México Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.
4. Stovall TG. Hysterectomy for chronic pelvis pain of presumed uterine etiology. Obstet Gynecol. 1990; 75 (4): 676-679.
5. O'Neill JP. Chronic pelvic pain. Med J Aust 1986; 145: 114- 115.
6. Scott JR. Laparoscopy in the diagnosis and therapy of chronic pelvic pain. Clin Obstet Gynecol 1990; (1): 137- 144.
7. Barja Anez R. Dolor Pélvico Crónico. Memorias y Publicaciones Científicas Bolivia: Instituto de Maternidad Dr. Percy Boland Rodríguez. 2000.
8. Beard RW. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvis congestion. Br J Obstet Gynecol 1988; 95: 153-161.

9. Reiter RC. A Profile of women with chronic pelvic pain. Clin Obstet Gynecol 1990; 33 (1): 130- 136.
10. Scott JR. Danfort Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. México : Mc Graw - Hill Interamericana. 2000.
11. García León F; Oviedo Ortega G. Estudio comparativo entre neurotomía presacra y ablación de uterosacros en el dolor pélvico crónico, Abordaje laparoscopico. Experiencia inicial. Ginecol Obstet Mex, 2003; 71: 137 - 42.
12. Del Castillo A. Laparoscopia y dolor pélvico crónico. Ginecol Obstet 2000 ; 46(1): 75 - 9.
13. Ochoa Capelo F. Tratamiento de la endometriosis con gestágenos. Rev Ecuat Ginecol Obstet 2002; 9(2): 282 - 284.
14. Rojas Pocerros G, Bustos López HH. Perspectivas y alcances de la endoscopia ginecológica en el hospital ABC: Revisión de 10 años. Perinatol Repro Hum 2001; 15(4):229 - 237.
15. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: Mc Graw - Hill Interamericana, 2000.
16. Soto Alvarado MC. Concordancia clínico patológica en pacientes con histerectomía. León; UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA; 1999.
17. De Brux J. Histopatología ginecológica. Ciudad de La Habana, Editorial Científico - Técnica; 1983.
18. Ananth JJ. Hysterectomy and depression. The Coll of Obstet Gynecol ; 1978. 52(6): 500.
19. Jeffcoate N. Ginecología. 4 ed. Argentina: Editorial Interamericana; 1979.
20. Jiménez Rodríguez MP. Rasgos epidemiológicos y exploratorios en pacientes con pelvialgia crónica. Rev Esp Obstet Ginecol 1987; (317):277.
21. Rock JA, Thompson JD. TE LINDE. Ginecología Quirúrgica. 8 ed. Buenos Aires Editorial Panamericana; 1998.
22. Berek JS, Hillard PA, Adashi EY. Ginecología de Novak. 12 ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1997.

Recibido: 16 de octubre de 2003

Aprobado: 18 de octubre de 2003

Dr. Vladimir Díaz Noda. José A Labrador No. 7. e/n Palma y Julián Alemán. Pinar del Río. Cuba.