

Dolor Pélvico

Dr. Néstor H. Amorochó

Dr. Farid Amastha H.

Sic. Ma. del Socorro de Ruíz

Los autores desean expresar su agradecimiento a las entidades, instituciones y personas, que con su colaboración hicieron posible la realización del presente trabajo:

Sociedad Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología - Instituto Seguros Sociales - Caja Seccional del Valle - Pro-familia - Cali - Hospital de San Juan de Dios - Cali.

Carmen E. Viveros de Salazar - Auxiliar enfermería motivadora y orientadora de las pacientes en cada fase del programa.

Introducción

Mucho se ha escrito acerca del valor biológico evidente que tiene el dolor para protegernos del daño corporal, llegando a creerse que el dolor está acompañado siempre de una lesión y que es directamente proporcional al grado de ésta (9).

Sabemos que el dolor es sentido de diversas formas, según los estímulos que lo provoquen; también, que en ocasiones se siente en un lugar muy distante de la zona que ha sido lesionada (dolor reflejo).

Aunque en años recientes los ginecólogos se han dado cuenta, cada vez

más, que los trastornos emocionales pueden alterar la función y producir dolor en la región pélvica, son muchas las mujeres que para curarse de molestias ginecológicas se someten a operaciones como suspensión del útero, legrados, amputación cervical, operaciones plásticas, apendicectomías e incluso hysterectomías. Desgraciadamente, el tratamiento de los trastornos ginecológicos psicógenos y de las alteraciones en el funcionamiento sexual, por medio de procedimientos operatorios o de otro tipo físico, no es inocuo sino que fija y refuerza la idea de enfermedad (16).

El dolor pélvico es una de las más comunes quejas entre las mujeres jóvenes y de mediana edad que asisten a la consulta externa. Es un síntoma difícil de tratar porque a menudo la causa orgánica del dolor no puede encontrarse.

El dolor pélvico crónico con examen ginecológico negativo (palpación bimanual) puede resultar inexplicable para el médico y muy molesto para la paciente.

Comúnmente el médico diagnostica enfermedad inflamatoria pélvica teniendo por resultado que la mujer recibe series de tratamientos antibióticos y no obstante el dolor recurre. Como alternativa, después que prolongada investigación no ha revelado patología, se efectúa operación la cual permite aclarar la situación pélvica (2).

El recurso prematuro de la cirugía es el error característico en el tratamiento de pacientes con dolor pélvico (19).

Entre las mujeres que consultan por dolor ginecológico crónico hay significativo porcentaje en quienes la queja no tiene clara base orgánica. Este problema es bien conocido en la práctica ginecológica. En la literatura se le ha llamado de muy diversas maneras, y Naujoks hace años, estuvo hablando de la enfermedad con 20 diferentes nombres. Bajo estas circunstancias parece lógico pretender aclarar si los factores psicogenéticos contribuyen al origen o al mantenimiento de esta condición (18).

Hipócrates explicaba el dolor, al imaginar que la matriz se desplazaba, lo cual causaba presión de vasos sanguíneos y otros órganos (3).

Galeno decía que la histeria resultaba de congestión uterina por el líquido menstrual o por sangre.

Noyes expresa en su tratado de psiquiatría general: "No es sorprendente que la neurosis y los síntomas psicósomáticos se presenten con frecuencia en un sistema de importancia biológica, tan fundamental, relacionado con instinto, tan elemental como el genitourinario, durante el desarrollo de la personalidad". Las ideas y las emociones que se relacionan con el funcionamiento del aparato genitourinario se van cargando cada vez más de sentimientos de vergüenza, culpa, miedo, asco e incluso odio, todo como resultado de una educación defectuosa (16).

Breuer anotaba en 1882: "Así creo los dolores ováricos dependen del aparato genital, el que sean mediados síquicamente habría que demostrarlo y no es suficiente que este dolor pueda ser provocado como alucinación en la hipnosis o que los dolores ováricos puedan ser también de origen síquico. Se producen como el eritema, o como una de las secreciones normales, tanto por causas síquicas como puramente so-

máticas"; y añade posteriormente: "en las histéricas femeninas el dolor de ovarios conduce al diagnóstico de peritonitis" (5).

Sin duda alguna muchas pacientes neuróticas localizan molestias en la pelvis, cuando no existe ninguna lesión orgánica. De otra parte, muchas han sido calificadas como neuróticas porque el ginecólogo no tuvo suficiente habilidad para detectar un trastorno poco manifiesto. En 17 casos estudiados por culdoscopia, cuyo origen del dolor no se podía explicar por palpación bimanual, se logró en unos visualizar la causa del dolor y corregirlo, en tanto que en otros pudo establecerse que las vísceras eran normales.

A veces, la seguridad de saber que no existía enfermedad orgánica bastó para dar a la paciente tranquilidad suficiente. Cuando se hizo necesario recurrir a tratamiento psiquiátrico, el conocimiento de la falta absoluta de patología pelviana, ayudó a la labor del psiquiatra (20).

Diez años antes de Deutch (1922) sólo se hablaba de neurosis de órganos y psicosis de órganos (14).

Hoy en día las relaciones psicósomáticas se reconocen como realidad clínica, sobre todo en medicina interna, pediatria o ginecología (14).

Tradicionalmente se han designado los trastornos psicósomáticos como histeria de conversión o reacción de conversión, y es frecuente que los autores de trabajos e investigaciones, relacionadas con el Dolor Pélvico Psicógeno, empleen estos términos que se definen como la conversión de la angustia en síntomas funcionales que afectan los órganos o partes del cuerpo, inervados por el sistema nervioso sensoriomotor, sirviendo para prevenir o disminuir cualquier angustia consciente o palpable y suelen simbolizar el conflicto mental primario que produjo la angustia. Esto proporciona además una ventaja secundaria (16).

Históricamente el término psicósomático fue utilizado por primera vez en 1818 por el médico alemán Heinroth, aunque ya la imposibilidad de disociar el alma de la salud del cuerpo se vislumbra en el libro de Job y en la obra de Platón (14).

En un grupo numeroso de pacientes con dolor pélvico, sin patología obvia se mostró que cuando esas mujeres eran ansiosas había un aumento en la cantidad de sangre menstrual. Se propuso que esa "congestión vascular crónica", es un componente psicósomático a menudo coexistente con inmadurez e inseguridad emocional (7).

La crítica mayor para este estudio fue que como no se disponía de laparoscopia era imposible asegurar que no había patología pélvica en estas pacientes.

Con el advenimiento y la disponibilidad de laparoscopia ha sido posible distinguir más claramente entre las causas orgánicas y psicósomáticas de dolor pélvico (2).

Benson (3) en 1965 establece que el dolor pélvico persistente y atípico en cuanto a la mayor parte de las entidades ginecológicas reconocidas, es sicógeno. Para Benson (18) el dolor "funcional" invariablemente es signo de problemas emocionales de larga data que exigen solución. En nuestro medio, en el cual se destaca la importancia del afecto, el dolor pélvico sin causa determinante corresponde a personalidad histérica, la cual es casi exclusiva de la mujer.

Mandy (15) afirma: "Muchas mujeres que buscan ayuda para problemas de la mujer son en realidad, mujeres con problemas". Los problemas de la mujer no son ginecológicos ni siquiátricos sino ambas cosas.

Las molestias dolorosas a menudo son de naturaleza histérica y en oca-

siones pueden ser de tipo alucinatorio; al igual que los otros síntomas histéricos, el paciente relata un cuadro complejo o poco habitual y los datos no concuerdan con los que suelen derivarse de una enfermedad física (16).

La dismenorrea habitual suele ser la causa de conflictos internos profundos en la mayoría de los casos; afecta a mujeres neuróticas, frías y de difícil adaptación, que temen conscientemente al acto sexual. Puede tratarse de personalidades viriles, dominadoras que se sienten rebajadas cuando les llega la menstruación, otras se han quedado en su comportamiento afectivo en el estado pasivo del lactante, buscan protección materna y se asustan ante los deberes que como mujeres deben afrontar (14).

El dolor es necesidad anormal de solitud o satisfacción en la mujer masoquista, resentimiento en la frustrada, ansiedad en la hipocondríaca, culpa en la exigente o introspectiva, o mecanismo típico de defensa en la que linda con la esquizofrenia (18).

En las pacientes que consultan por dolor pélvico crónico en el 25% de los casos aproximadamente, no se descubre anomalía física; en el resto se encuentran lesiones mínimas o variación física insignificante pero no relacionada con la severidad del dolor (3).

En los últimos 50 años se han descubierto alteraciones en lo anatomofisiológico de las vísceras pélvicas, en aquellas pacientes de dolor pélvico inexplicado. A pesar de muchos ensayos, el dolor no puede estimarse objetivamente ya que es un fenómeno emocional y subjetivo (3).

A pesar de que la endoscopia pélvica (laparoscopia y culdoscopia), se establecieron en la práctica médica por Kalk (13) en 1925 y Telinde (20) en 1936, y la metodología en el diagnósti-

co ginecológico, gracias los subsiguientes avances para mejorar la calidad de los instrumentos, brindó a la ginecología el aumento de medios de diagnóstico, no se encontraba en la literatura hasta años muy recientes, década de los setenta, una utilización de ellos para aclarar el problema del dolor pélvico, atribuido, casi exclusivamente, a factores sicoemocionales en épocas anteriores.

Al tiempo que nosotros, nos interesábamos en el problema del dolor pélvico crónico sin diagnóstico definido, Beard y Colab (2) publican su trabajo titulado "Dolor pélvico crónico en la mujer", siguiendo un esquema muy similar al propuesto por nosotros en diciembre de 1977.

Motivados por las consideraciones anteriores, se propuso realizar una evaluación racional, del dolor pélvico, contemplando los aspectos clínicos y psicológicos de un grupo de pacientes, en forma prospectiva, utilizando la laparoscopia como medio objetivo para determinar patología pélvica.

MATERIAL Y METODOS

Definición

Para efectos relacionados con este estudio, definimos dolor pélvico así: "Síntoma manifestado por la mujer, relacionado o no con el ciclo menstrual, de 3 o más meses de evolución, motivo de consulta ginecológica al menos una vez, sin que se haya establecido un diagnóstico etiológico que lo justifique".

Universo de trabajo

Se propuso inicialmente el estudio de 100 pacientes, que reunieran las condiciones de la definición anterior. Estas pacientes provendrían de la remisión efectuada por los miembros de la Sociedad Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología, o entidades en las cuales ellos laboran: ISS, HUV, HSJD, Profamilia.

El universo de trabajo se redujo a 42 pacientes, estudiadas en el lapso comprendido entre el 15 de abril y el 15 de septiembre de 1979, debido a que gran número de las pacientes remitidas, no reunían las condiciones de la definición.

Recursos físicos y humanos

En la sede de Profamilia en Cali, se centralizó el grupo de trabajo, y las pacientes allí remitidas, gracias a las facilidades locativas y de equipo de la Institución, fueron conducidas en el desarrollo del programa.

El personal de investigación fue conformado por dos médicos ginecólogos-laparoscopistas, una sicóloga y una auxiliar de enfermería, con funciones de orientación, dar citas y programar las pacientes.

Mecánica

Se diseñó un formato de remisión que contempla aspectos de identificación, socio-demográficos, antecedentes médico y gineco-obstétricos, características clínicas del dolor, y examen ginecológico. Todas las pacientes fueron evaluadas en los diferentes aspectos mencionados.

(Ver formato en la página siguiente)

CORRELATO OFICIAL SOCIEDAD VALLECAUCANA
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

XIII — CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

DOLOR PELVICO

A. — NOMBRE:

Dirección residencial: _____

1. — Edad: _____ 2. — Raza: _____

3. — Estado civil: _____ 4. — Nivel educacional: _____

B. — MENARCA:

1. — Ciclos menstruales: _____

2. — Paridad: _____

3. — Cirugía previa: _____

4. — Tratamiento médico previo: _____

C. — DOLOR:

1. — Tiempo de aparición: _____ Meses: _____

2. — Relación con el ciclo: _____

3. — Localización: _____ Cólico: _____

4. — Características: _____ Agudo: _____

5. — Irradiación: _____ Incapacitante: _____

6. — Otros: _____

D. — EXAMEN GINECOLOGICO:

1. — Cees: _____

2. — Cerviz: _____

3. — Cuerpo uterino: _____

4. — Posición uterina: _____

5. — Fondos de saco: _____

6. — Anexos: _____

E. — EVALUACION EMOCIONAL:

Favor remitir la paciente con este protocolo:

A: Profamilia - Cali Programa "Dolor Pélvico"

Dirección: Calle 23N No. 3N-40

Teléfonos: 631730 - 684984

Desde el punto de vista psicológico, fueron sometidas a encuesta clínica hecha por la psicóloga y a la realización de un cuestionario que contempla los siguientes aspectos: socialización, productividad, autoimagen, antecedentes traumáticos, antecedentes familiares, vida afectiva, ventajas del dolor y actitud de la paciente.

Del total de pacientes, a 31 (11 no se presentaron) se aplicó el test M.M. P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) (12); instrumento sicométrico, diseñado para proveer en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la personalidad, distribuidas en escalas.

A. — Cuatro para la validez:

- ? == Puntaje de duda
- F == Puntaje de validez
- L == Escala de mentira
- K == Puntaje de corrección

B. — Diez escalas clínicas:

- Hs == Hipocondriasis
- Hy == Histeria
- Mf == Masculinidad femeneidad
- Pt == Sicastenia
- Ma == Hipomanía
- D == Depresión
- Pd == Desviación sicopática
- Pa == Paranoia

- Sc == Esquizofrenia
- S == Socialización

Al finalizar esta fase la psicóloga realizó una evaluación de cada paciente, para llegar a establecer un diagnóstico psicológico.

Las pacientes fueron luego a laparoscopia diagnóstica, realizada por los investigadores.

Estas laparoscopias fueron calificadas como positivas y negativas, según se observara patología relacionada con el síntoma dolor, o no. Se llenó el formato que para el efecto tiene diseñado la Sociedad Colombiana de Médicos Endoscopistas.

Todas las pacientes fueron reevaluadas médicamente, en control posterior, para informarles del resultado de su estudio, orientarlas sobre la conducta a seguir; se enviaron al médico remitente los resultados del estudio efectuado.

RESULTADOS

Siguiendo la metodología propuesta en la cual la laparoscopia es el medio objetivo del problema, tanto los aspectos médico-clínicos, como los psicológicos, fueron cruzados con los resultados laparoscópicos, de acuerdo con el diagnóstico como positiva o negativa.

(Ver formatos en las páginas siguientes)

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

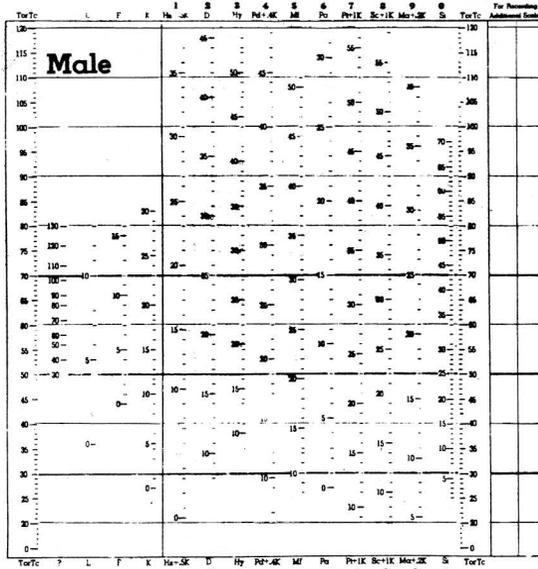
Starke R. Hathaway and J. Chamley McKinley



Name _____ Age _____ Sex _____ Date Tested _____

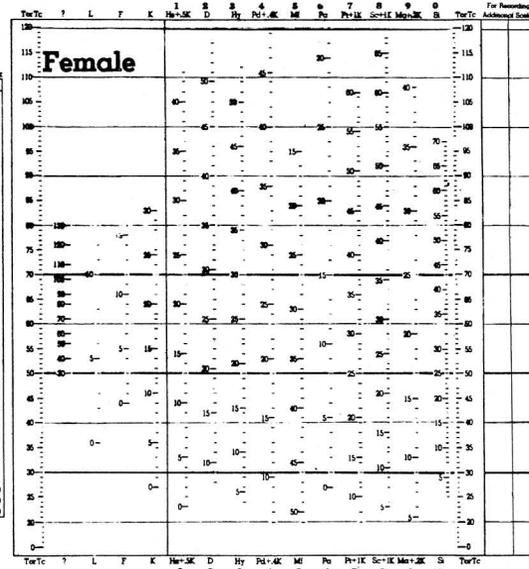
Address _____ Occupation _____

Education _____ Marital Status _____ Referred by _____



Positions of 2

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100



Raw Score _____

K to be added _____

Raw Score with K _____

Raw Score _____

K to be added _____

Raw Score with K _____

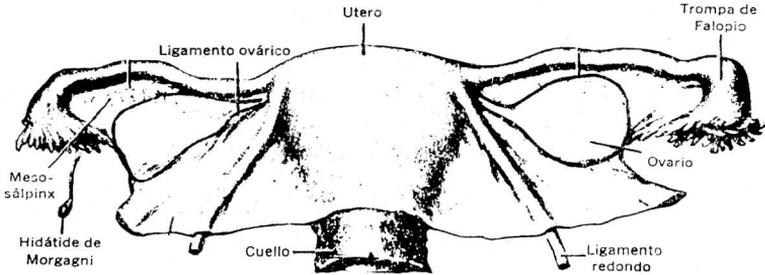
Signature _____ Scorer's Initials _____ Date _____

SOCIEDAD COLOMBIANA MEDICOS ENDOSCOPISTAS
C A L I

INFORME DE LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA

Paciente: _____
Laparoscopista Dr. _____
Anestesiólogo Dr. _____ Anestesia: _____
Clínica: _____ Fecha: _____

DESCRIPCION



Peritoneo: _____
Ligamentos: _____
Utero: _____
Ovario derecho: _____
Trompa derecha: _____
Ovario izquierdo: _____
Trompa izquierda: _____
Permeabilidad tubaria _____
Otros: _____
Diagnóstico final: _____
Recomendaciones: _____

Redondo _____
Utero sacro _____
Der. _____
Izq. _____

CLASIFICACION SOCIO-DEMOGRAFICA

CUADRO 1

A.— Edad

En él encontramos que el dolor pélvico se presenta en nuestras pacientes en la etapa reproductiva; en cuanto al diagnóstico laparoscópico se observa que el número porcentual de laparos-

copias negativas aumenta en relación con la edad, en tanto que en aquellas con diagnóstico positivo, disminuye con la edad.

B.— Clase socio-económica

Se tomó como base de esta clasificación el trabajo realizado por Bernal (4) publicado en 1969 el cual mostró la distribución por ingresos de la pobla-

CUADRO 1

**DOLOR PELVICO (42 PTES.)
CLASIFICACION SOCIO-DEMOGRAFICA**

CARACTERISTICAS E D A D	LAPAROSC. +		LAPAROSC. -	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 20 años	1	3.23	2	18.18
21 a 30 años	15	48.39	4	36.37
31 a 40 años	10	32.25	5	45.45
41 y más años	5	16.13	—	—
Total	31	100%	11	100%

NOTA: Relación directa en negativas.
Relación inversa en positivas.

CLASE SOCIO-ECONOMICA	Nº	%	N	%
A: Alta	—	—	—	—
B: Media alta	4	12.90	1	9.09
C: Media	8	25.81	4	36.37
D: Baja	15	48.39	5	45.45
Fuera de la ciudad	3	9.67	1	9.09
Sub-registro	1	3.23	—	—
Total	31	100%	11	100%

NOTA: Diferencia significativa en clase media.

PARIDAD	Nº	%	Nº	%
Nulíparas	12	38.71	3	27.27
Primíparas	5	16.13	2	18.18
Múltiparas	14	45.16	6	54.55
Total	31	100%	11	100%

NOTA: La mayor incidencia de múltiparas es negativa.

ción de Cali, proyectándolo a 10 años después.

En relación con el diagnóstico laparoscópico podemos apreciar una mayor incidencia de laparoscopias negativas en la clase media 36.37% frente a 25.81% en las positivas.

C.— Paridad

La mayor incidencia de laparoscopias negativas se presenta en el grupo de múltiparas; nótese que edad y paridad tienen igual significancia en nuestro grupo de estudio.

CUADRO 2

**DOLOR PELVICO (42 PTES.)
CLASIFICACION SOCIO-DEMOGRAFICA**

CARACTERISTICAS	LAPAROSC. +		LAPAROSC. —	
	Nº	%	Nº	%
EDUCACION				
Analfabetas	1	3.23	—	—
Primaria	13	41.94	7	63.64
Bachillerato	14	45.16	4	36.36
Universidad	3	9.67	—	—
Total	31	100%	11	100%

NOTA: Menor nivel muestra mayor incidencia en laparoscopias negativas 63.64%.

ESTADO CIVIL				
	Nº	%	Nº	%
Soltera	7	22.58	2	18.18
Casada	17	54.84	6	54.55
Unión libre	7	22.58	3	27.27
Total	31	100%	11	100%

NOTA: No muestra diferencia significante en los grupos.

R A Z A				
	Nº	%	Nº	%
Blanca	16	51.61	5	45.45
Mestiza	13	41.94	5	45.45
Negra	2	6.45	1	9.10
Total	31	100%	11	100%

NOTA: No difieren significativamente.

A.— Educación

Se encuentra mayor incidencia de negativas en las casadas, en ambos grupos, sin que exista diferencia porcentual.

Creemos que a medida que aumenta el nivel educacional existe una mayor capacidad para identificar el dolor orgánico.

B.— Estado civil

Encontramos un porcentaje predominante en las casadas, en ambos grupos, sin que exista diferencia porcentual.

C.— Raza

Nuestro estudio agrupó pacientes de raza mestiza y blanca existiendo un ligero predominio de la última en las laparoscopias positivas. En las laparoscopias negativas no hay diferencia.

CUADRO 3

DOLOR PELVICO (42 PTES.)

CARACTERISTICAS	LAPAROSC. +		LAPAROSC. -		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD DE LA MENARCA						
9 a 13 años	16	51.61	5	45.45	21	50
14 a 18 años	15	48.39	6	54.55	21	50
Total	31	100%	11	100%	42	100%

NOTA: No hay diferencia fundamental en los grupos.

CICLO MENSTRUAL	Nº		%		Nº		%	
Normal	19	61.29	8	72.73	27	64.28		
Oligomenorrea	7	22.58	1	9.09	8	19.05		
Poli-hipermenorrea	5	16.13	2	18.18	7	16.67		
Total	31	100%	11	100%	42	100%		

NOTA: Incidencia normal significativa en grupo negativo.

APARICION DEL DOLOR	Nº		%		Nº		%	
Relacionado con el ciclo	13	41.94	7	63.64	20	47.62		
No relacionado con el ciclo	18	58.06	4	36.36	22	52.38		
Total	31	100%	11	100%	42	100%		

NOTA: Grupo negativo relacionado con ciclo 63.64 es significante.

A.— Edad de la menarca

No encontramos diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a la edad de la menarca.

B.— Ciclo menstrual

Se destaca la alta incidencia de pacientes con ciclo menstrual normal, en el grupo laparoscopias negativas (72.73%).

C.— Aparición del dolor

Llama la atención la relación del dolor con el ciclo menstrual, 63.64% encontrado en el grupo de laparoscopias negativas. A pesar que en los totales la distribución de relación del dolor o no, con el ciclo menstrual, son muy cercanas.

CUADRO 4
DOLOR PELVICO (42 PTES.)
CARACTERISTICAS

CARACTERISTICAS	LAPAROSC. +		LAPAROSC. -	
	Nº	%	Nº	%
Hipogastrio	12	38.71	3	27.27
Fosas ilíacas	16	51.61	7	63.64
Difuso	3	9.68	1	9.09
Total	31	100%	11	100%

NOTA: Sensiblemente igual en ambos grupos.

TIPO DE DOLOR	Nº	%	Nº	%
Cólico	9	29.03	—	—
Agudo	6	19.36	8	72.73
Incapacitante	5	16.13	—	—
Sordo	7	22.58	2	18.18
Otros	4	12.90	1	9.09
Total	31	100%	11	100%

NOTA: Predominancia de agudo en el grupo negativo 72.73%.

IRRADIACION	Nº	%	Nº	%
Negativa	8	25.81	3	27.27
Espalda	18	58.06	6	54.55
Miembros inferiores	2	6.45	1	9.09
Abdomen	2	6.45	1	9.09
Otros	1	3.23	—	—
Total	31	100%	11	100%

NOTA: No hay diferencia significativa en los grupos.

A.— Localización

En el grupo de laparoscopias negativas se aglutina en "fosas ilíacas" 63.64% y "difuso" sólo alcanzó un 9.09%; nótese que en el grupo de laparoscopias positivas la cifra porcentual en el mismo renglón es más baja.

B.— Tipo de dolor

Encontramos un muy alto predominio de "agudo" en las laparoscopias negativas

72.73% y una amplia distribución de la descripción del dolor de las laparoscopias positivas.

C.— Irradiación

Se observa un predominio en ambos grupos con irradiación a "espalda", pero comparativamente no encontramos diferencia (58.06% y 54.55%).

CUADRO 5
DOLOR PELVICO (42 PTES.)
HALLAZGOS EN LAPAROSCOPIAS +

PATOLOGIA PELVICA	Nº	%
Adherencias	12	38.71
Varicocele pélvico	8	25.81
Varicocele y adherencias	3	9.68
Endometriosis	4	12.90
Inflamación tubárica	2	6.45
Masas ováricas y/o paraováricas	2	6.45
Total	31	100%

NOTA: Coincidente con DX anteriores 3 pacientes presentaron pequeños miomas uterinos

Adherencias, varicocele pélvico y su combinación sumaron el 74.20% de los hallazgos positivos de este estudio.

CUADRO 6
DOLOR PELVICO (42 PTES.)
ANTECEDENTES QUIRURGICOS

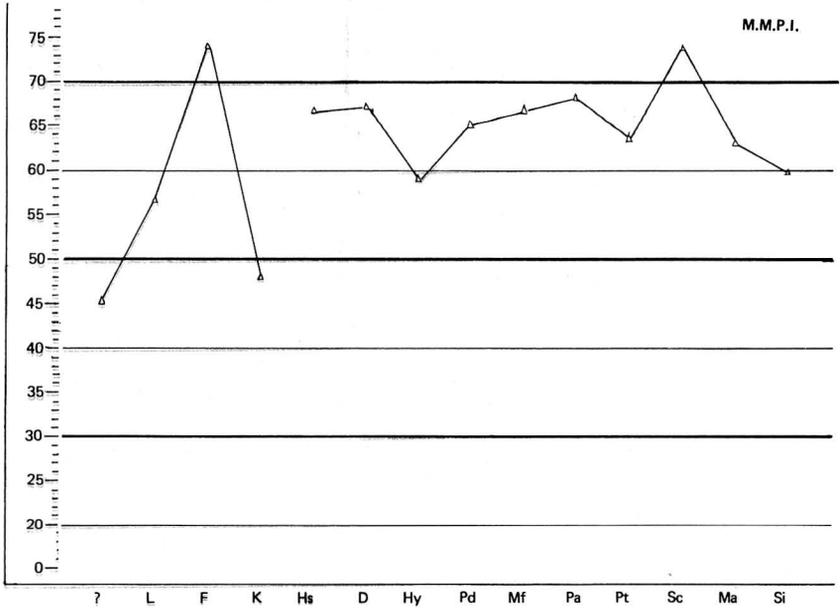
CIRUGIAS PREVIAS	Laparosc.		HALLAZGOS
	-	+	
Esterilización tubárica	1	3	Adherencias 2
			Varicocele 1
Cesárea		1	Adherencias 1
			Endometriosis 1
Laparoscopia		1	Varicocele 1
Ooforectomía	1		
Cuña de ovarios	1	3	Adherencias 3
			Varicocele 1
Histerectomía	1		
Plastia vaginal	2		
Apendicectomía	1	1	Varicocele 1
Total	7	9	

NOTA: Relación directa de antecedentes con laparoscopia positiva.

Llama la atención el hecho de la aparición de adherencias pélvicas, en alto porcentaje, en las pacientes con ante-

cedentes de cirugía tan frecuentes, como esterilización tubaria (2 de 4) y cuña de ovarios (3 de 4).

GRAFICO No. 7
DOLOR PELVICO (42 PTES.)
LAPAROSCOPIA POSITIVA (22 PTES.)



RESULTADOS Y DIAGNOSTICOS MMPI

En las escalas clínicas la prueba nos señala una tendencia o igualdad de puntaje para los dos grupos, encontrándose sólo una diferencia en algunas escalas de 1 ó 2 puntos.

Se encontraron cuatro escalas donde los puntajes son iguales. HS - PA - MF - PD.

Las pacientes del grupo laparoscopia negativa muestran síndrome depresivo, también manifiestan sentimientos de inutilidad, falta de confianza en sí mismas e introversión.

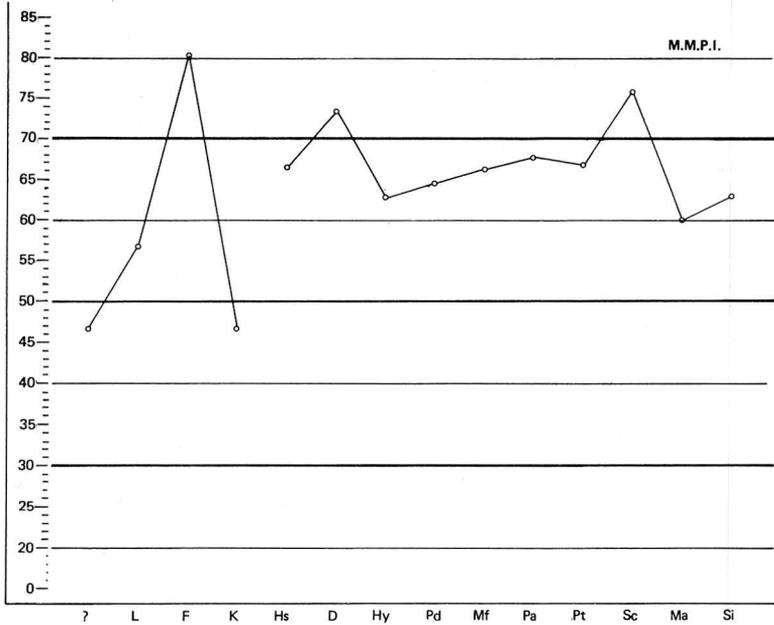
El grupo laparoscopia positiva muestra alta tendencia a la depresión.

Los dos grupos presentan alto puntaje en la escala Sc. (esquizofrenia) indicativo de comportamiento de tipo psicótico.

Considerando las dos escalas de puntuación más alta en los grupos negativos y positivos (D — Es) podremos decir que todas las pacientes presentaron trastornos de tipo afectivo.

La escala de validez nos da un índice fiable de la validez de la prueba; no obstante ser el puntaje F significativamente alto para los dos grupos, esto no nos autoriza para invalidar completamente la prueba, pero sí para tomar sus puntajes con reserva. Por otra parte el alto puntaje de F es indicativo de descuido de los sujetos al contestar la prueba, o para comprensión de los ítems que en ellas se encuentra.

GRAFICO No. 8
DOLOR PELVICO (42 PTES.)
LAPAROSCOPIA NEGATIVA (9 PTES.)



Resultados de entrevistas y aplicación de cuestionario

Para el análisis de estos resultados se tomó como base la última clasificación hecha por la "APA" (Asociación Psiquiátrica Americana) respecto a trastornos de la personalidad y del área siconeurótica que se definen así:

Trastorno de personalidad

Se designan los casos en los que la personalidad en lugar de utilizar síntomas que se expresen en alteraciones mentales somáticas o emocionales, en su esfuerzo por lograr adaptarse utilizan patrones de acción o de conducta.

Basándose en la dinámica del desarrollo de la personalidad, se caracteri-

zan por defectos en el desarrollo de la personalidad o por tendencia patológica de su estructura. Presentan poca angustia, depresión, inestabilidad emocional, poca responsabilidad para consigo mismo y la sociedad, exageraciones en su estado de ánimo, aislamiento, obsesión, compulsión o reacción agresiva.

Trastornos siconeuróticos

Comprende un grupo relativamente benigno de trastornos de la personalidad, los cuales pueden describirse como alteraciones intermedias.

Surgen del esfuerzo que el individuo hace para mejorar problemas psicológicos internos privados y específicos y situaciones que provocan "stress", que el paciente mismo es incapaz de dominar

sin tensión o recursos psicológicos inquietantes provocados por la angustia que ha estimulado.

Sus síntomas más frecuentes son: angustia o esfuerzos por controlar a tra-

vés de las reacciones de conversión fobias u obsesiones y compulsiones; inadaptaciones a través de las etapas de su vida evolutiva, conflictos permanentes con su medio, emocionales y agresividad.

CUADRO 9

**DOLOR PELVICO (42 PTES.)
EVALUACION SICOLOGICA**

ASPECTOS		LAPAROSC.		LAPAROSC.	
		+		-	
		Nº	%	Nº	%
Socialización	Normal	17	54.84	5	45.45
	Anormal	14	45.16	6	54.55
Productividad	Normal	18	58.06	8	72.73
	Anormal	13	41.94	3	27.27
Autoimagen	Normal	22	70.97	5	45.45
	Anormal	9	29.03	6	54.55
Aceptación de menstruación	Sí	17	54.84	8	72.73
	No	14	45.16	3	27.27
Antecedentes sicosomáticos	Sí	23	74.19	9	81.82
	No	8	25.81	2	18.18
Vida sexual	Satisfactoria	8	25.81	1	9.09
	No satisfactoria	23	74.19	10	90.91
Relaciones familiares	Adecuadas	21	67.74	5	45.45
	Inadecuadas	10	32.26	6	54.55
Vida afectiva	Estable	11	35.48	5	45.45
	Inestable	20	64.52	6	54.55
Ventajas del dolor	Sí	22	70.97	5	45.45
	No	9	29.03	6	54.55
Identificación	Padre	10	32.26	5	45.45
	Madre	21	67.74	6	54.55
Actitud	Equilibrada	17	54.84	7	63.64
	Anormal	14	45.16	4	36.36

Muestra la síntesis de los resultados de la evaluación clínica psicológica de la entrevista y la aplicación del cues-

tionario, en las diversas áreas investigadas, tanto para las pacientes con laparoscopias positivas como negativas.

CUADRO 10

**DOLOR PELVICO (42 PTES.)
EVALUACION SICOLOGICA
CONCLUSIONES DIAGNOSTICAS**

		LAPAROSO	
		+	-
Normales	9	29.03	3 27.28
Trastornos de personalidad	13	41.94	4 36.36
Siconeurótico	9	29.03	4 36.36

NOTA: Pacientes normales sensiblemente iguales, mayor incidencia de siconeurosis en pacientes laparoscopia negativa.

Del análisis de este cuadro podemos resumir nuestras conclusiones diagnósticas así:

Pacientes normales sensiblemente iguales.

Ligero predominio de pacientes con trastornos de personalidad en las laparoscopias positivas.

Mayor incidencia de siconeurosis en pacientes con laparoscopias negativas.

Comentarios y conclusiones

En la evaluación clínica médica de nuestro estudio, apoyados en la laparoscopia, definimos dos clases de pacientes que consultan por dolor pélvico. Estamos de acuerdo con otros autores (2) (3) para quienes el síntoma dolor se ha interpretado como de causa orgánica, pero al profundizar en el estudio de la paciente puede ser peligroso no considerar el síntoma como de causa sicosomática; así, pues, existen dos grupos de pacientes con dolor pélvico: de causa orgánica y de causa sicosomática, confirmados en nuestro estudio como laparoscopia positivas y negativas.

Este conocimiento, amplía el campo en el manejo de estas pacientes y conduce al éxito no siempre quirúrgico del tratamiento y conseguirá mejorar las condiciones de vida de las mujeres que consultan por dolor pélvico.

De acuerdo con Duncan y Taylor (7) creemos que la tendencia a localizar el dolor sicógeno en la pelvis, se debe al

compromiso del área sexual en el campo sicógeno.

El grupo de mujeres de nuestro estudio, de acuerdo con otros autores (2), se encuentran por encima de los 30 años y coincidimos en otros hallazgos como multiparidad, raza y alteraciones en sus relaciones interpersonales.

Llama la atención en nuestro estudio la presencia de varicocele pélvico y adherencias no consideradas por otros autores, como causas frecuentes de dolor pélvico.

Deben tenerse en cuenta los antecedentes quirúrgicos y en este análisis hallamos relación con la presencia de adherencias.

Pruebas MMPI

El alto puntaje alcanzado por los sujetos del programa, tanto en el grupo positivo como en el grupo negativo respecto a la escala F, que mide la validez total de la prueba, nos indica que no hubo una clara comprensión de muchos

de los ítems, debido a que la prueba no se encuentra estandarizada para América Latina.

No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en el puntaje de las otras escalas, nótese sí, que el puntaje es promedio alto, indicativo de presencia de desórdenes mentales.

El alto porcentaje 70% encontrado en los dos grupos en las escalas Hy, Es, PA, D, tetradá sicótica, no nos permite asegurar un comportamiento de tipo sicótico en las pacientes, ya que durante el tiempo que se trabajó en ellas y su anamnesis no mostraron índice de ello.

Por lo anterior se concluye respecto a la prueba MMPI:

Debe ser estandarizada en nuestro país para obtener porcentaje de validez real.

Es una prueba que aplicada en pacientes de nivel educacional bajo, por lo extensa, se hace fatigante aun cuando no existe límite de tiempo, más de dos horas para contestar una prueba, impide al individuo una actitud calmada, reflexiva y sincera, alterando con esto el resultado.

De las 42 pacientes sólo 31 se presentaron a la prueba. De las 11 pacientes que no la realizaron había 9 con causa orgánica y 2 sin causa orgánica. Nos preguntamos entonces si el rechazo a la prueba sea indicativo que estas pacientes tengan mayor compromiso psicológico que las que completaron su evaluación.

Cuestionario y entrevista

Las pacientes del programa establecieron buena interrelación durante las entrevistas y en la mayoría de los casos hablaron ampliamente de sus conflictos, algunas solicitaron a la psicóloga orientación en sus dificultades y otras fueron conscientes de la necesidad de psicoterapia.

Algunas pacientes se mostraron inhibidas en los ítems referentes a sexualidad.

Las pacientes que pudimos identificar como mujer con dolor de tipo sicosomático, según nuestro estudio, presentan un patrón de evaluación psicológico que corresponde a: socialización anormal, alta productividad, bajo autoimagen, marcada insatisfacción de su vida sexual, inadecuadas relaciones familiares, vida afectiva inestable, identificación con la madre, alta incidencia de trastornos sicosomáticos asociados y aceptación de su menstruación como hecho fisiológico a pesar de no encontrar ellas conscientemente ventajas a su dolor.

Lo anterior nos da una clara descripción de la sintomatología de trastornos de tipo siconeuróticos, su alta productividad puede traducirse como una tendencia compulsiva a través de la cual encontraron un ligero alivio a sus tensiones y conflictos.

Por otro lado, las pacientes en las cuales aducimos como orgánica la causa de dolor se caracterizan por socialización normal, productividad normal, autoimagen adecuada, aceptación de su menstruación, antecedentes sicosomáticos detectables, mediana satisfacción en su vida sexual, adecuadas relaciones familiares, pero con vida afectiva inestable; le encuentran conscientemente ventajas al dolor y se identifican con su madre.

Lo anterior nos describe la sintomatología de los trastornos de personalidad, manifestados principalmente a través del área sexual, sicosomática y vida afectiva.

Comparando ambos grupos encontramos en el grupo de pacientes con diagnóstico laparoscopia positiva:

Mayor socialización, mejor autoimagen y mejores relaciones familiares.

En el grupo con diagnóstico laparoscopia negativa:

Más alta productividad, mejor aceptación de su menstruación, mejor formación de antecedentes sicosomáticos, más acentuada insatisfacción sexual.

Llama así la atención que las mayores ventajas conscientes del dolor las encontramos en el grupo de pacientes con causa orgánica y una mejor identificación con la madre en las pacientes sin causa orgánica.

Encontramos a través de nuestro estudio resultados acordes con lo que Breuer (5), Noyes (16) y otros autores habían anotado en años anteriores, en lo que respecta al grupo de pacientes laparoscopia negativas, pero también podemos establecer que el grupo con causa orgánica detectable, para nosotros responsable del dolor, presentan síntomas de alteraciones como trastornos de la personalidad y en varios grados trastornos siconeuróticos, probablemente asociados a la presencia por largo tiempo, de un dolor de causa orgánica.

Con esto podemos establecer que si bien es cierto, las pacientes con trastornos siconeuróticos y de personalidad pueden desarrollar dolor pélvico como síntoma y producto de su alteración emocional, no exclusivo de este grupo como lo acabamos de demostrar, nos planteamos entonces el interrogante: ¿Las alteraciones sicógenas que acompañan el grupo de pacientes de causa orgánica, desempeñan un papel desen-

cadenante del síntoma dolor o son el resultado del mismo dolor?

Comparando nuestros resultados con los obtenidos por M. Renaer (18), los encontramos sensiblemente iguales, en lo referente a los aspectos psicológicos del dolor pélvico crónico; en este trabajo los autores no encontraron diferencias significativas o alteraciones psicológicas del grupo laparoscopia positivas y negativas con el grupo control.

Dos aspectos queremos destacar en nuestra evaluación psicológica:

1. La marcada insatisfacción sexual encontrada en el grupo sin causa orgánica; como Richter citado por Luban (14) enuncia: "Es la protesta que la mujer formula con su cuerpo a la insatisfacción de su vida conyugal".
2. Las pacientes con causa orgánica si encuentran ventaja social y emocional a la presencia del dolor, cuando esperábamos que esta incidencia fuera mayor en las pacientes sin causa orgánica. Suponemos entonces que en estas últimas el trastorno siconeurótico que las caracteriza reprime la conciencia de sus ventajas.

Concluimos y recomendamos

Que en el estudio de pacientes que consultan por dolor pélvico se tengan en cuenta los siguientes patrones de evaluación, para hacer diferenciación etiológica entre lo orgánico y sicógeno:

EDAD:
NIVEL SOCIO ECONOMICO:
PARIDAD:
EDUCACION:
ESTADO CIVIL:
RAZA:
CICLO MENSTRUAL:
LOCALIZACION:
RELACION CON EL CICLO:
TIPO DE DOLOR:
IRRADIACION:
PROBLEMAS SOCIALES Y PERSONALES

Por encima de 30 años
Bajo
Multiparidad
Básica o intermedia
Casadas
Blanca o mestiza
Normal
Generalmente sí
Fosas ilíacas
Agudo
Espalda
Dificultades familiares y matrimoniales

El problema debe ser manejado de acuerdo con las necesidades individuales de la paciente, utilizando los medios adecuados como la laparoscopia; conformar un equipo médico-sicólogo, interesado en el estudio, para poder brindar a la mujer la mejor solución al dolor pélvico crónico.

Resumen y conclusiones

El dolor pélvico crónico es un síntoma difícil de tratar ya que a menudo no se encuentra causa orgánica responsable. Con frecuencia el médico diagnóstica enfermedad inflamatoria pélvica, suministrando series de tratamiento antibiótico y anti-inflamatorio, cada vez que el dolor recurre.

Muchas intervenciones quirúrgicas se han realizado, para aclarar la patología del dolor pélvico, sin resultados satisfactorios.

De otra parte, las pacientes en las cuales no se encontró patología orgánica atribuible como causa del dolor, fueron catalogadas dentro del marco de trastorno psicológico.

La disponibilidad de la laparoscopia permite, en el presente, distinguir causas orgánicas, responsables del dolor pélvico.

Se considera, para efectos del estudio la definición sobre dolor pélvico: "Síntoma dolor, manifestado por la mujer, relacionado o no con el ciclo menstrual, de tres o más meses de evolución, motivo de consulta ginecológica de por lo menos una vez, sin que se haya establecido diagnóstico etiológico que lo justifique".

Motivados por estas consideraciones, los autores se proponen realizar una evaluación racional del problema, contemplando los aspectos clínicos y psicológicos, de un grupo de pacientes,

valiéndose de la laparoscopia, como un medio objetivo, para determinar patología pélvica.

Las pacientes fueron evaluadas en el área psicológica aplicando: a) Entrevista personal. b) Cuestionario diseñado específicamente para este estudio. c) Aplicación del "test" MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

En el área médica, fueron evaluadas la totalidad de las pacientes por:

a) Anamnesis. b) Examen ginecológico. c) Laparoscopia diagnóstica.

Se investigaron un total de cuarenta y dos (42) pacientes. Se encontró en el área médica que en el 26% de ellas no se detectó patología orgánica (laparoscopia negativas).

Los hallazgos en el 74% "laparoscopia positivas" fueron: Varicocele pélvico y adherencias pélvicas, correspondiendo a $\frac{2}{3}$ del total y en tres pacientes, ambas entidades fueron coincidentes.

El $\frac{1}{3}$ restante de pacientes (laparoscopia positivas), correspondieron: endometriosis pélvica, obstrucción tubaria, hidrosalpinx, miomatosis uterina, salpingitis y quiste de ovario.

El tratamiento previo de estas pacientes estaba lejos de ser el pertinente (antibióticos, anti-inflamatorios, hormonal) y la evaluación clínica, no aportó datos de ayuda diagnóstica efectiva.

En el área psicológica, los rasgos: historia, esquizofrenia, paranoia, depresión y sicoastenia o hipomanía, aplicando el MMPI, fueron las características predominantes del 70% del grupo. De estos los rasgos esquizofrenia, paranoia, depresión e hipomanía, conformaron nuestra tétrada psicótica.

No se puede afirmar que ese 70% en realidad sean psicóticas, puesto que la entrevista, la situación de prueba y el cuestionario, no revelaron esta ten-

dencia sicótica de grupo, podríamos sí hablar, de trastornos de tipo neurótico, que aparecen por el componente histérico o por el tiempo de exposición al dolor, por un largo período, con los consecuentes desajustes en la vida afectiva, sexual, social y productiva de estas mujeres.

Las pacientes "laparoscopia negativas" no mostraron diferencia significativa con el resto del grupo, considerando el tamaño de la muestra.

Los autores concluyen, que para llegar al diagnóstico real del dolor pélvico crónico, debe tenerse en cuenta tanto el aspecto somático como el psicológico, puesto que ambos factores son constantes y no individualizables, para tener un mejor enfoque y un racional manejo del problema.

Recomiendan, que el problema debe ser manejado de acuerdo con las necesidades individuales de la paciente, utilizando los medios adecuados y conformar un equipo médico-sicólogo, interesado en el estudio, para poder brindar la mejor solución a la mujer que consulta por dolor pélvico crónico.

PELVIC PAIN

Summary and conclusions:

For the study purposes, the following definition is given for pelvic pain: "Pain symptom suffered by a woman, either related or not to menstruation, of three or more months of evolution, causing at least one gynecological consultation where no ethiological diagnoses justifying it has been determined".

Cronic pelvic pain is very difficult to treat because usually no responsible organic cause can be found.

At present, by laparoscopy, it is possible to determine the organic causes of pelvic pain.

The patients were assessed in the psychological area by means of:

- a) Personal Interview.
- b) A questionnaire specifically designed for this study.
- c) MMPI Test (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

All the patients were evaluated in the medical field by:

- a) Anamnesis.
- b) Gynecological examination.
- c) Diagnostic laparoscopy.

Fourty-two (42) patients were examined.

In the medical field it was found that in 26% of them no organic pathology was recorded (Negative Laparoscopy).

The findings of "Positive Laparoscopy" in 74% were: Pelvic Vericocele and pelvic adhesions, accounting for $\frac{2}{3}$ of the total, and in three patients both entities were coincidental.

The authors concluded that in order to obtain a real diagnosis for cronic pelvic pain, both the somatic and psychological aspects should be taken into consideration since both factors are constant and non individualized, thus having a better approach and a rational handling of the problem.

They recommend to handle the problem according to the individual needs of the patient, using suitable means, and to form a medical-psychological team, interested in the study, in order to give the best solution to a women suffering from cronic pelvic pain.

Referencias

- 1 ANASTASI, ANNE: Test Psicológicos. Edit. Aguilar 1967. Capt. 18.
- 2 BEARD, R. W., BELSY, E. M. LIEBERMAN, B. A., WILKINSON, J. C. M.: Pelvic pain in women, M. J. Obstet. Gynecol. 128: 566, 1977.

- 3 BENSON, R. C.: Dolor pélvico sicógeno. *Clinic. Obst. y Ginec.* Edit. Interamericana, Marzo 1965. Pág. 161.
- 4 BERNAL, R.: Proyecto multidisciplinario e interinstitucional de bienestar social. Tesis Máster en Administración Industrial. Universidad del Valle, mimeógrafo, Mayo 1969.
- 5 BREUER, JOSEF.: Contribuciones a los estudios sobre histeria. Edit. Siglo XXI. 1976. Págs. 133-145.
- 6 CROW, S., and CRISP., A. H.: A short clinical diagnostic selrating scale for psychoneurotic patients: The Midlese Hospital Questionnaire, *Br. J. Psychiatry* 112: 917, 1965.
- 7 DUCAN, C. H., and TAYLOR, H. C.: A psychosomatic study of pelvic congestion, *Am J. Obstet. Gynecol.* 64: 1, 1952.
- 8 EYSENCK, H. J. and EYSENCK, S. B. G.: *Manual of the Eysenck personality inventory*, London, 1964, University of London Press.
- 9 FLOYD, L. RUCH.: *Psicología y Vida*. Edit. Trillas 1971. Págs. 332-333.
- 10 FREUD: *Inhibición síntoma y angustia*. Edit. Grigalbo 1970. Tres ensayos sobre teoría sexual. Edit. Alianza. Editorial 1975.
- 11 FREUD: *Escritos sobre histeria*. Alianza editorial, 1975. Págs. 31, 34, 35, 133.
- 12 HATHAWAY, S. R.; McKLINLEY, J. C.: *Manual MMPI*. Edit. El Manuel Moderno S. A. 1975
- 13 KALK, cita por MARLOW, J.: Historia de la laparoscopia, sistema óptico y fibróptico e instrumentación. *Clin. Obst. y Ginec.*, Edit. Interamericana. Junio, 1970.
- 14 LUBAN - PLOZZA LOCARNO: *El enfermo psicossomático y el Médico práctico*, Edit. Roche 1975, Cpts. 1, 3, 12, 13.
- 15 MANDY, T. E., WELNBERG, P., TUDOLPH, A.: *Sychosexual conflicts: Their implications in functional pelvic disorders*: *Sothen Med. J.* 48: 533, 1955.
- 16 NOYES, ARTHUR P.: *Psisuiatría clínica moderna*. Ed. La Prensa Médica Mexicana 1958, Cpts. 5, 7, 23, 29.
- 17 OSGOOD, C. E., SINCI, G. J., and TEMENBAUM, P. H.: *The Measurement of Meaning*, Chempaing, 111, 1957, University of Illinois Press.
- 18 RENAER, M., VERTOMMEN, H., NIJS, P., WAGEMANS, L.: *Psychological aspects of chronic pelvic pain in women*, *Am J. Obst y Ginecol.* 134: 75, 1979.
- 19 TAYLOR, H. C.: *The problem of pelvic pain* in Meigs, J. V., and somers, H. S., editors: *Progress in Gynecology Vol. III*, New York, 1957, Grune and Stratton, Inc., pág. 19.
- 20 TELINDE, R. W.: *Culdoscopia. Aparato. Procedimiento. Indicaciones. Análisis*, en *ginecología operatoria*, Edit. Bernades, S. A., págs., 659-70, 1961.
- 21 UDDENBERG, N.: *Psychological aspects of sexual inadequacy in women*, *J. Psychosom. Res.* 18: 33, 1974.