

---

## DOLOR PELVICO CRONICO Y LAPAROSCOPIA PROFAMILIA MEDELLIN. JULIO-SEPTIEMBRE 1989

H. Garcés C.\*

**PALABRAS CLAVES:** *Laparoscopia - Dolor Pélvico Crónico*

---

### RESUMEN

En la Clínica de Profamilia de Medellín (Colombia) durante los meses de Julio a Septiembre de 1989 fueron practicadas 231 laparoscopias diagnósticas, a pacientes con dolor pélvico crónico.

Las pacientes tenían una edad promedio de 31 años con historia de cirugía ginecológica en 48% y de éstas 20% se les había realizado tubectomía. 48% de las pacientes eran amas de casa y 60% tenían unión estable.

Los principales hallazgos laparoscópicos fueron: endometriosis en 19%, adherencias pélvicas en 14% y sin hallazgos el 39%.

Igual porcentaje de pacientes eran nulíparas y de éstas 59% tenían endometriosis como hallazgo laparoscópico.

### SUMMARY

During July and September of 1989 at the Clinic of Profamilia of Medellín, Colombia, 231 diagnostic Laparoscopies were practiced in patients with chronic pelvic pain.

Patients had an average age of 31 years old, with a gynecological surgery history in 48% of this 20% had salpingectomy.

48% of the patients were housewives and 60% had a steady union.

The principal Laparoscopic findings were: Endometriosis in 19%, pelvic adhesions 14% and normality in 39%.

Finally 39 of the patients were nuliparous and of this 59% had endometriosis as the main laparoscopy finding.

**KEY WORDS:** *Laparoscopy, Pelvic Chronic Pain.*

### INTRODUCCION

El dolor pélvico es uno de los motivos de consulta más comunes en mujeres en edad reproductiva (1). Las causas atribuidas a esta dolencia, han sido diferentes, pudiendo ser orgánicas o psicológicas (2,3), situación que hace el caso para el médico, de difícil manejo, con una tendencia a enfocar el diagnóstico hacia un EPI, dejando de lado otra serie de causas que lo podrían producir, orientando el caso hacia una entidad que probablemente podría responder más fácilmente a una combinación de drogas tales como antibióticos,

---

\* Dr. Herman Garcés Correa  
Residente de Ginecoobstetricia  
Instituto de Ciencias de la Salud CES  
Medellín - Colombia

antiinflamatorios y analgésicos. Así empieza el ir y venir de la paciente que consulta por la misma dolencia, recibiendo muchas veces el mismo tipo de terapia o parte de ésta sin respuesta.

Después de un tiempo, se piensa en una ayuda diagnóstica que puede esclarecer la causa, solicitándose una ecografía (4) que poco contribuye al proceso, a no ser que se palpe masa anexial o uterina, o se solicita una laparoscopia que en última instancia, aclarará el diagnóstico, si la causa de la patología es orgánica.

Profamilia es en Medellín un centro de diagnóstico laparoscópico, que presta este servicio a pacientes que consultan directamente por esta situación, o que son remitidos por médicos particulares o por instituciones para este estudio.

El número de pacientes que ingresa diariamente a este centro para estudio laparoscópico es grande, lo cual lo hace un sitio ideal para evaluar el estado actual del manejo y orientación que se está dando a esta patología en nuestra ciudad, conocer los resultados más frecuentes de los estudios laparoscópicos y comparar los resultados, con los antecedentes personales, ginecoobstétricos, quirúrgicos, tratamientos recibidos etc. con el fin de avanzar en el esclarecimiento de sus causas en instituciones de nuestro medio y acercarnos más al manejo y enfoque futuro de este síndrome.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, en Profamilia, sede principal de Medellín, en pacientes de la institución o remitidas a ésta, por médicos particulares o instituciones, para realizarles laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico.

Se incluyeron en el estudio únicamente aquellas pacientes que llenaban el requisito de la definición del dolor pélvico. La investigación se realizó entre los días 3 de Julio y 30 de Agosto de 1989. Para el estudio se elaboró una encuesta en la cual se incluían: edad, paridad, estado civil, ocupación, antecedentes quirúrgicos, tratamientos recibidos y exámenes realizados, regularidad del ciclo menstrual y menarca.

A cada paciente se le realizó por separado una encuesta por el mismo investigador, ésta se elaboró antes del ingreso de la paciente a la sala de cirugía, sin ningún efecto sedante ni anestésico.

En total se realizaron 231 encuestas a igual número de pacientes, a las cuales se les efectuó posteriormente una laparoscopia por el equipo médico de SOLPA

(Sociedad de Laparoscopistas de Antioquia). Se registraron finalmente los diagnósticos laparoscópicos en cada encuesta.

La información se procesó por computador y se realizó el análisis estadístico de los datos con la ayuda del programa Pc Stats.

## RESULTADOS

En las 231 pacientes estudiadas, se encontró una edad mínima de 14 años y máxima de 60 años, con una edad media de 31 años. La desviación standart fue del 7.6 y la mediana de 30.

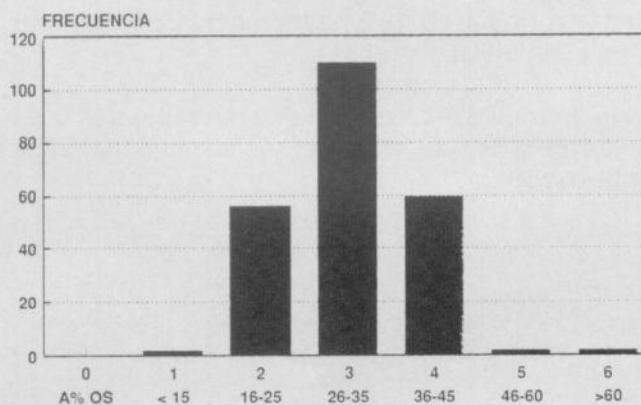
La menarca se presentó a una edad mínima de 10 años y máxima a los 19 años, con una media de 13.4 años y una mediana de trece.

El tiempo de evolución de la enfermedad fue de un mínimo de tres meses (requisitos para ingresar al estudio) y un máximo de 99 meses, para una media de 36 meses, una mediana de 24 y una desviación standart de 33.

El 47.6% de las pacientes pertenecían al grupo 26-35 años como puede observarse en la gráfica 1.

GRAFICO 1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD  
D.P.C. Y LAPAROSCOPIA. PROFAMILIA 1989



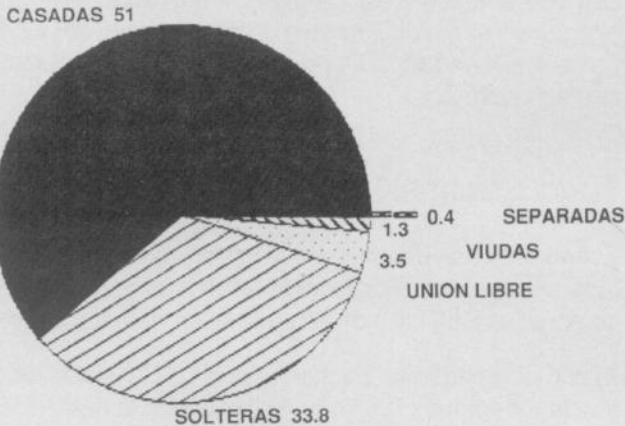
De las 231 pacientes, 112 (48.49%) tenían antecedentes quirúrgicos ocupando el primer lugar la tubectomía con 26 pacientes (11.25%), en segundo lugar la laparoscopia con 24 pacientes (10.38%), explicado en muchas pacientes por estudios anteriores de dolor pélvico, y en tercer lugar las cirugías ginecológicas en 16 pacientes (6.98%). Es importante tener en cuenta,

que hay un grupo de pacientes en las cuales se realizaron cirugías combinadas como: cesárea-tubectomía, laparoscopia-tubectomía, cirugía ginecológica-tubectomía, para un total de 20 pacientes, que sumadas a las 26 con tubectomía, incrementa el número de tubectomizadas y dolor pélvico crónico a 46 pacientes (19.9%).

El 49.7% de las pacientes estudiadas son amas de casa, el 29.8% son empleadas y sólo el 10.38 son obreras. El 64.5% tienen unión estable, y el 33.8% son solteras, (gráfico 2).

**GRAFICO 2**

**DISTRIBUCION SEGUN ESTADO CIVIL  
D.P.C. Y LAPAROSCOPIA. PROFAMILIA 1989**



En relación con la localización del dolor, se encontró lo siguiente: 96 pacientes (41.55%) presentaron dolor muy localizado, siendo el sitio principal las fosas ilíacas con una distribución similar. El 54.1% de las pacientes refieren irradiación del dolor a la región lumbosacra.

Un alto porcentaje de pacientes, el 79.6% recibieron analgésicos como único tratamiento, o asociado. Un 29.4% recibió asociación de antibióticos, antiinflamatorios y analgésicos. Un 12.6% recibió además tratamiento hormonal y solamente tres pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico.

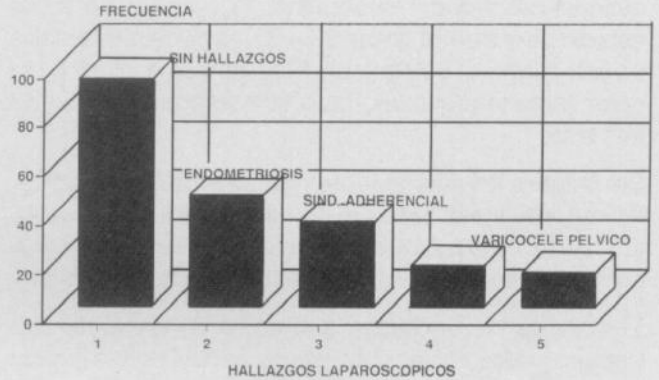
Entre los exámenes paraclínicos más comúnmente solicitados, se destacan la ecografía que se había practicado a un 50.2% de los mismos.

En el gráfico 3 podemos observar los cinco principales hallazgos laparoscópicos. Los otros diagnósticos con una frecuencia más baja fueron: masas anexiales y uterinas cada una con una distribución igual del 3.3%. Es de destacar que un grupo de pacientes presentó patología combinada así: 4 pacientes tenían endometriosis y masa uterina (miomatosis), la enfermedad

pélvica inflamatoria y masa anexial presentó una frecuencia igual a síndrome adherencial y endometriosis con dos pacientes cada una (0.8%).

**GRAFICO 3**

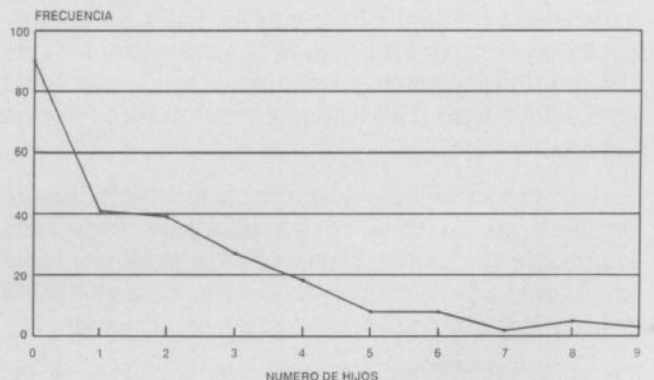
**HALLAZGOS LAPAROSCOPICOS  
D.P.C. Y LAPAROSCOPIA. PROFAMILIA 1989**



Al relacionar los principales hallazgos laparoscópicos, con la paridad, se encuentra lo siguiente: 91 pacientes (39.4%), no tienen hijos (gráfico 4). Se realizó cruces de variables, con algunos hallazgos laparoscópicos y se encontró lo siguiente:

**GRAFICO 4**

**DISTRIBUCION SEGUN PARIDAD  
D.P.C. Y LAPAROSCOPIA. PROFAMILIA 1989**



De las 44 pacientes con endometriosis, 26(59%) no tienen hijos, de 33 pacientes con síndrome adherencial, 11(33.3%) no tienen hijos y de las 18 pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria 6(33.3%) no tienen hijos. La irregularidad del ciclo menstrual está presente en 14 (31.8%) de las pacientes con endometriosis y 11(33.3%) de las pacientes con síndrome adherencial.

## DISCUSION

El dolor pélvico es una enfermedad que se presenta en mujeres en edad reproductiva (1), en el presente estudio se encontró que el 97.4 de las pacientes estaba en este rango, (16-45 años). El tiempo de evolución del dolor llama la atención, dado que su promedio fue de tres años.

En cuanto a los antecedentes quirúrgicos es de particular importancia el hallazgo de tubectomía previa en 46 (20%) pacientes, lo cual lo hace en este estudio un grupo de riesgo, que amerita ser estudiado a profundidad.

El 40% de las pacientes son amas de casa sin otro trabajo que los oficios domésticos, lo cual podría indicar una búsqueda de atención por parte de este grupo.

En un 40% de las pacientes la nuliparidad es el principal hallazgo común, y encontramos que el dolor es inversamente proporcional al número de hijos. Además se corrobora el hecho de que la endometriosis es causa de infertilidad (16).

Se encontró que de las 44 pacientes con este hallazgo, 26 (59%) no tienen hijos.

A la mayoría de las pacientes se les solicitaron exámenes de laboratorio, la ecografía como paraclínico fue solicitada al 50% de las pacientes, lo cual la hace en este caso un examen innecesario a no ser que se trate de masa pélvica o anexial (4) dato que en este estudio sólo se encontró en un 12% de las pacientes.

Otro dato importante para analizar, es la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), la cual fue hallazgo laparoscópico en el 9% de las pacientes y si comparamos este dato con las pacientes que recibieron tratamiento para esta enfermedad (29.4%) encontramos una diferencia importante.

En cuanto a los hallazgos laparoscópicos, estos fueron positivos en un 60% de las pacientes, dato muy importante que justifica la utilización de la laparoscopia en el estudio del dolor pélvico crónico, porcentaje que está dentro del rango encontrado por otros autores (11).

La endometriosis se encontró en el 22.5% de las pacientes lo cual está de acuerdo con otros estudios realizados (10-11).

El síndrome adherencial se encontró en el 16% de las pacientes, hallazgo menor al de otros estudios (8-11-12).

El varicocele corrobora en este estudio también su participación en el dolor pélvico crónico, con hallazgos en el 6.5% de las pacientes, lo que está de acuerdo con rangos informados por otros autores.

Es importante anotar que muchos autores justifican el dolor pélvico crónico como de causa psicológica (2-3). Es de pensar que el hecho de encontrar tantas pacientes sin hallazgos positivos a la laparoscopia, no justifica el enmarcarlas dentro de este grupo, pues hay otras patologías que la laparoscopia no puede mostrar, como la adenomiosis (16), cuyo diagnóstico final, sólo es posible por estudio anatomopatológico y enfermedades osteomusculares, renales, neuropatías, etc. que obligan en estas pacientes a un estudio más detallado de su enfermedad, antes de rotularlas como trastorno de tipo psicológico.

## CONCLUSIONES

El presente estudio muestra la importancia de la ayuda laparoscópica en el diagnóstico del dolor pélvico crónico en una institución de referencia en nuestro medio.

El alto porcentaje de pacientes con DPC y antecedentes de tubectomía (20%) hace necesario la realización de estudios al respecto en nuestro medio.

Debe llamarse la atención en relación al uso de ciertos métodos diagnósticos en DPC como la ecografía pélvica, solicitada antes de la laparoscopia en 50% de las pacientes, con hallazgos negativos, lo que confirma su poca ayuda en el DPC, a no ser que se trate de masas anexiales uterinas, lo cual ya haría prácticamente innecesario el uso de la laparoscopia.

## AGRADECIMIENTOS

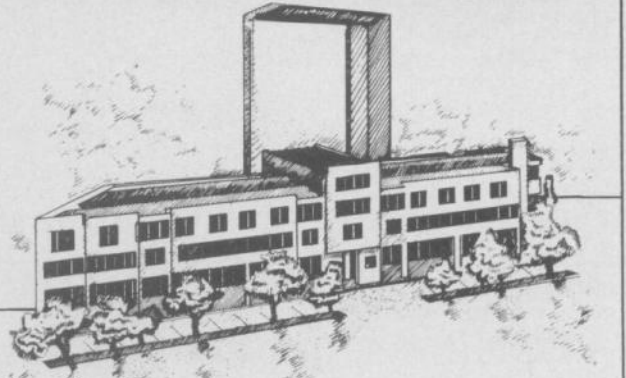
Al personal médico y paramédico de Profamilia al igual que a las secretarías de esta Institución, por su gran colaboración en esta investigación.

Al doctor Germán Raigosa quien me aconsejó y colaboró grandemente durante mi rotación por esta institución.

A la doctora Isabel Cristina Ruiz del grupo de investigaciones Pedro Nel Cardona y al doctor José María Maya Mejía por sus valiosas sugerencias en cuanto a la presentación del trabajo y asesoría en investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MORRIS, N.O.'nEIL. Outpatient Gynaecology. Br. Med. J 1958. ii.
2. LUNDBERG, I. William, WALL, E. Jacck, MATHERS. E. John. Laparoscopy in Evaluation of Pelvic Pain. Obstetrics and Gynecol. Vol. 42 (6) December 1973, 872-76.
3. GOMEZ, J. Dally. Psychological Mediated Abdominal Pain in Surgical Medical Outpatient Clinics. Br. Med. J. 1977: i, 1151-53.
4. FRIEDMAN, H. Volgezang RL. MENDELSON, EB, ET AL: Endometriosis Detection by US with Laparoscopy Correlation, Radiology 157: 217, 1985.
5. MELLONI, Biagio John, EISNER M. Gilbert, Diccionario Ilustrado de Melloni. Traducido por el Doctor Rafael Echavarría Ramos, Miguel Renart Pita y Juan A. Durán Otero. Barcelona, Reverte S.A. 1983, pp. 159 (Melloni's Ilustred Medical).
6. LITCHER, D. Eric, WARFIELD, A. Cãrol. Pelvic pain Syndrome, The Pain Clinic. Hospital Practice. March 15, 1985, 32E - 32P.
7. AMOROCHO, Nestor, AMASTHA, Farid M. DE RUIZ, María del Socorro. Dolor Pelvico. Rev. Col. de Obstetricia y Ginecología., Vol. XXXI (6) 358-79.
8. PRIOU, G. et al. Etude de L'aport diagnostique de la Colioscopie dans le Bilan des Algies Pelviennes Chroniques. J. Ginecol, Obstet. Biol. Reprod. 13: 395-402.
9. MURPHY, A. Flegner. Diagnostic Laparoscopy Role in Management of Agude Pelvic Pain. Med. J. Aust. 1981: i 571-73.
10. FRANHENHEIN, H. Klendienst, W. Chronic Pelvic Disease of Unknown Origin, J. Reprod. Med. 13-29, 1974.
11. CUNANAN, G. Rafael. COUREY, G. Norman, LIPPES, Jack, Findings in Patient with Pelvic Pain. Am. J. Obstet. Ginecol. 146: 589-91.
12. KRESCH, Arnold, et al. Laparoscopy in 100 Women with Chronic Pelvic Pain, Obstet. Gynecol. 64: 672-74.
13. TOZZINI, I. Biagio John. PINEDA, L. Rafael, Ginecología Endoscópica. Buenos Aires. Médica Panamericana, 1986, pp. 1-108.
14. REANER, M. Chronic Pelvic Pain with out Obvious Pathology in Women, Europ J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biolog. 10: 415, 1981.
15. CALATRONI, J. Carlos. RUIZ Vicente. Terapéutica Ginecológica 10a. Ed. B. Aires, Panamericana. 1988 pp. 309-318.
16. ORY, J. Steven. Endometriosis Pelvica, Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Traducido por Alberto Folch Pi. Madrid, Interamericana. Mc Graw-Hill, Vol. 4, 1987, pp. 907-922.



# **ATENCION CLINICAS Y LABORATORIOS DENTALES**

En la carrera 80 eje  
comercial, residencial  
y de la salud.  
Centro Integral  
Rodeo Plaza.  
Su sede propia.  
Cuota inicial en  
6 meses,  
cuota mensual  
en UPAC: \$ 150.000

 **251 96 77**

 **256 22 29**

**ATENCIÓN**

# LABORATORIOS WYETH INC.

Se complace en informar a los profesionales de la salud, el cambio de color de la lata de su producto PROMIL\*.

PROMIL asegura el balance correcto de nutrientes para las necesidades críticas de crecimiento y desarrollo del bebé a partir de los seis meses de vida.

sólo hay un cambio...  
el color del tarro.



*su contenido sigue igual!*



## PROMIL

Mejor que la leche de vaca  
para el bebé activo y saludable de hoy.

PROMIL es el alimento lácteo de elevado contenido proteico para la segunda etapa de los lactantes de 6 meses en adelante. PROMIL ha sido elaborado en forma cuidadosa para proporcionar una dieta nutricionalmente equilibrada en asocio de los alimentos sólidos y semisólidos de los bebés mayorcitos. El propósito de PROMIL no es el de reemplazar a la leche materna.



Colaborando para una mejor nutrición infantil



\* Marca Registrada

RSIAD02M030-84

T-PRO-90-COL.