

**CAUSAS NO GINECOLOGICAS  
DE DOLOR PELVICO  
CRONICO**

MAYO 2014

CONGRESO CHILENO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
INFANTIL Y DE LA  
ADOLESCENCIA

Dra. Bessie Hunter.

# CAUSAS NO GINECOLOGICAS DE DOLOR PELVICO CRONICO

- Dolor abdominal: dilema diagnóstico
- Común causa de consulta
- Mayoría benignos y autolimitados
- Dolor persistente: patología grave intercurrente?/ intervención urgente?
- Importante prevenir secuelas

# CAUSAS NO GINECOLOGICAS DE DOLOR PELVICO CRONICO

## ➤ **Dolor abdominal crónico o recurrente:**

✓ definición operacional hace 40 años, por Apley y Naish:

➤ **3 episodios de dolor abdominal severo, tanto como para limitar la actividad, que ocurre en un período de más de 3 meses y con intervalos libres de síntomas entre los episodios de dolor.**

# CAUSAS NO GINECOLOGICAS DE DOLOR PELVICO CRONICO

- **DESCRIPCION**, más que diagnóstico.
- **DAR o DAC**: cuadros de etiología funcional y también orgánica.
- Mayoría de literatura disponible usa la definición de Apley y Naish.

# CAUSAS NO GINECOLOGICAS DE DOLOR PELVICO CRONICO

- Mayoría adolescentes con dolor abdominal crónico ubican en:
  - 1) Síndrome de intestino irritable/constipación.
  - 2) Intolerancia a Hidratos de carbono.
  - 3) Enfermedad péptica (úlceras, dispepsia, RGE).
  - 4) Enfermedad inflamatoria intestinal.

# CAUSAS NO GINECOLOGICAS DE DOLOR PELVICO CRONICO

- Diagnósticos menos comunes:
- Enteroparasitosis
- Gastroenteropatía alérgica
- Divertículo de Meckel
- Obstrucción intestinal recurrente
- Duplicación intestinal
- Enfermedad celiaca.
- Porfiria

# CAUSAS NO GINECOLOGICAS DE DOLOR PELVICO CRONICO

- IMPORTA :
- buena historia clínica(muchas veces difícil de obtener)
- Edad del paciente (disminuye dg diferenciales)
- Características del dolor

# CAUSAS NO GINECOLOGICAS DE DOLOR PELVICO CRONICO

- Adolescentes dolor abdominal crónico **generalmente** funcional: sin evidencia objetiva de un trastorno orgánico subyacente.

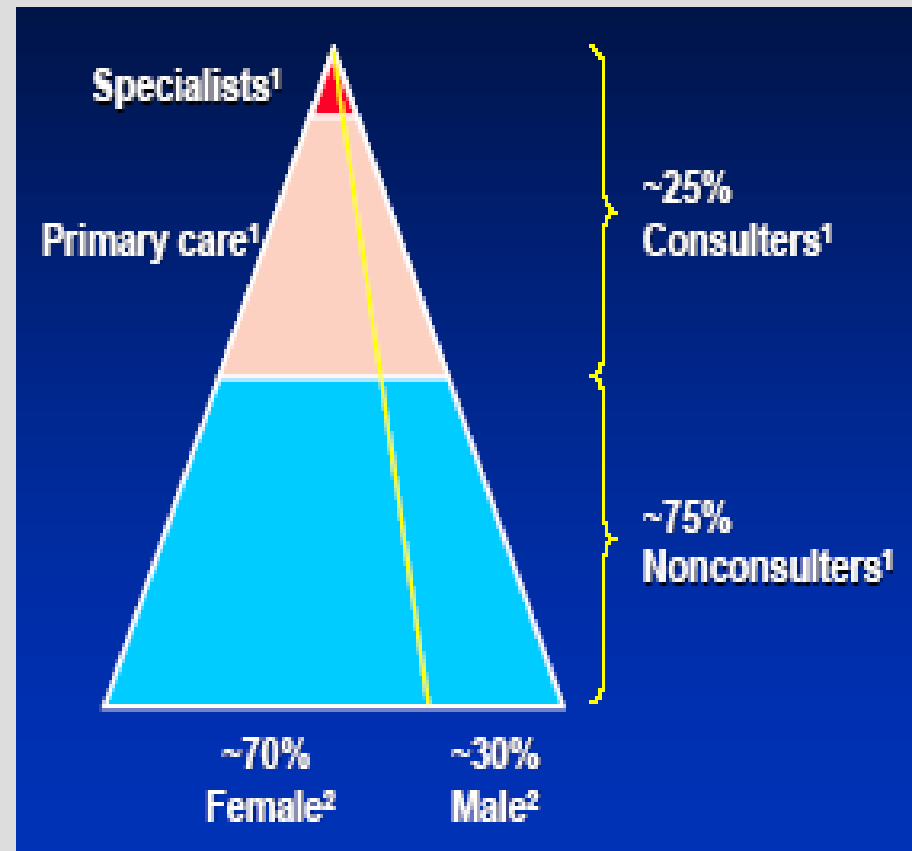


# Trastorno digestivo funcional

- Desorden con alteración primariamente fisiológica (motilidad-sensibilidad).
- No identifica causas estructurales ni bioquímicas
- Desorden bio-sico-social con disregulación eje cerebro-intestinal
- Condición crónica
- *Desorden de la función gastrointestinal* (JPGN 2004;39:S754-755)

# IMPACTO TDF

- Frecuente, alta demanda atención médica, alto costo
- Debe ser conocido y manejado a nivel atención primaria



*Ann Intern Med.* 1992;116:1009-1016

# IMPACTO TDF

- Conceptos erróneos, falta validación, estigmatización y mala calidad atención, frustración paciente y médico
- Repercusión:
  - Individual: afectividad, calidad de vida y autoestima
  - Social: alteración funcionamiento familiar y escolar
  - Cronicidad: adultos con TDF
- Predominio sexo femenino ( percepción dolor visceral, respuestas cardioautonomicas, motilidad GI, procesamiento estímulos SNC, comorbilidad psiquiátrica)

# Enfoque actual de TDF

(Gastroenterology 2006;130:1377-1390)

- Cambio paradigma hace 30 años
  - Modelo reduccionista (una etiología biológica) → Modelo biosicosocial (más integrado).
  - Un sistema (mente y cuerpo) cuya desregulación puede producir enfermedad
  - Modelo biosicosocial: síntomas psicológicamente determinados y modificables (influencias socioculturales y sicosociales).

# Enfoque de TDF

- Desarrollo métodos de estudio:
  - GI: sensibilidad, motilidad (test provocación), inmunología, inflamación, microbiota
  - SNC: imágenes funcionales (PET, RNM funcional, SPECT)
  - Psicológico: categorización emociones, factores desencadenantes, calidad de vida

# Enfoque de TDF

(Gastroenterology 2006;130:1377-1390)

- Nuevas alternativas de terapia farmacológica (atención e interés de industria farmacéutica→atención comunidad médica y general)

# Enfoque de TDF

(Gastroenterology 2006;130:1377-1390)

- Desde 1980 los TDF son reconocidos como entidades clínicas
  
- **HISTORIA de los CRITERIOS DIAGNOSTICOS de ROMA:**
- Manning Criteria for IBS (1978)
- Kruis Criteria for IBS (1984)
- Rome Guidelines for IBS (1989) (Rome-2 IBS Criteria)
- Rome Classification System for FGIDs (1990) (Rome-1)
- Rome I Criteria for IBS(1992) and the FGIDs (1994)
- Rome II Criteria for IBS (1999) and the FGID (1999)
- Rome III Criteria (2006)

# Rome III TDF

- Functional disorders: neonates and toddlers
  - G1: Infant regurgitation
  - G2: Infant rumination syndrome
  - G3: Cyclic vomiting syndrome
  - G4: Infant colic
  - G5: Functional diarrhea
  - G6: Infant dyschezia
  - G7: Functional constipación
- H. **Functional disorders: children and adolescents**
  - H1. Vomiting and aerophagia
    - H1a. Adolescent rumination syndrome
    - H1b. Cyclic vomiting syndrome
    - H1c Aerophagia
  - H2. Abdominal pain related functional GI disorders
    - H2a. Functional dyspepsia
    - **H2b. Irritable bowel syndrome**
    - H2c. Abdominal migraine
    - H2d. Childhood Functional abdominal pain
      - H2d1 Childhood Functional abdominal pain syndrome
    - H3 Constipation and incontinence
      - H3a. Functional constipation
      - H3b. Non-retentive fecal incontinence



## H2b: Síndrome de intestino irritable:

- Diagnóstico en 22-45% de niños entre 4 y 18 años en centros terciarios médicos.
  - (JPGN 2005; 41:305-316)
  - (JPGN 2004;38: 187-191)
  - (Pediatrics 2004; 114: 73-78)

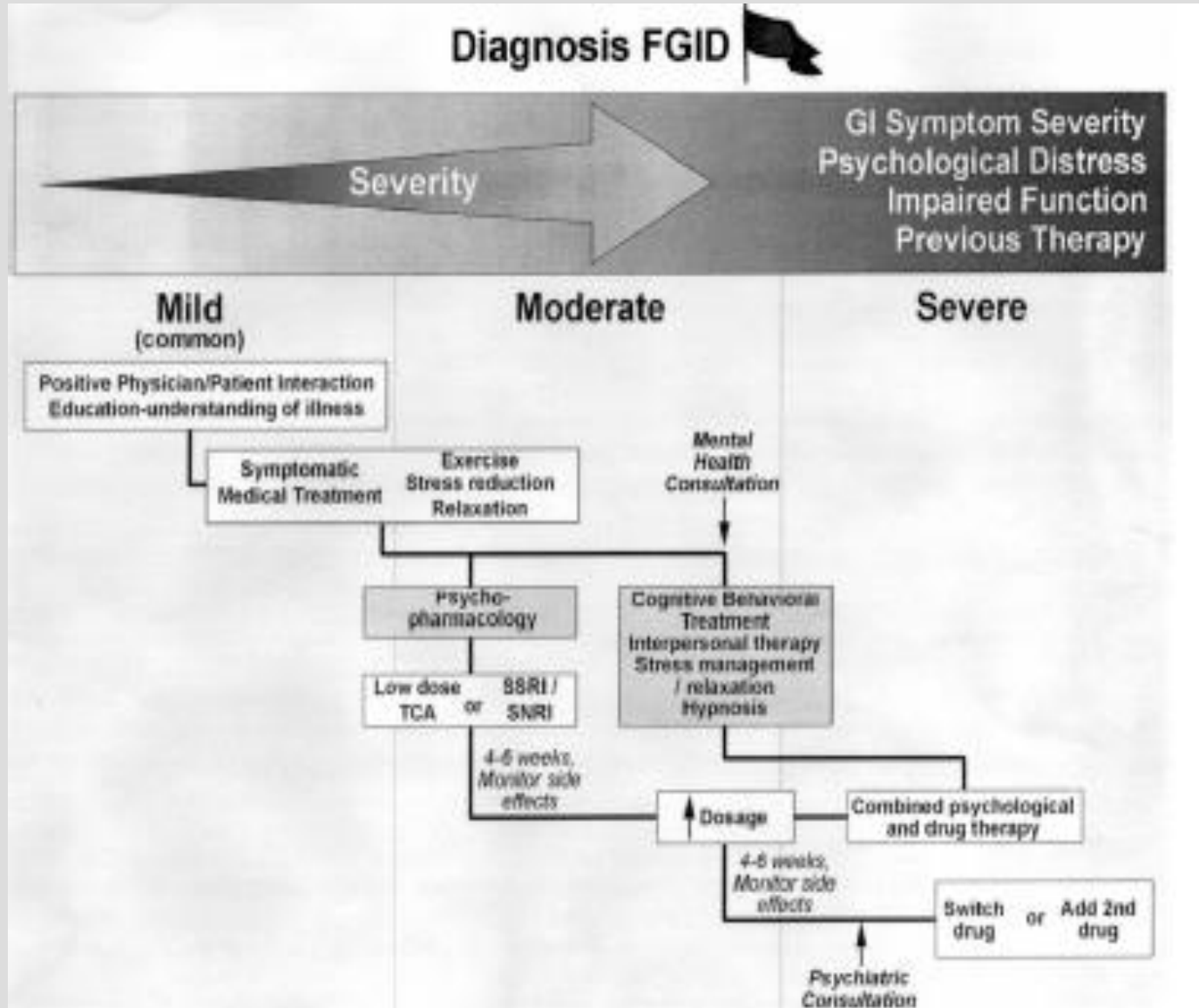
## **H2b: Síndrome de intestino irritable:**

**Todos** los criterios diagnósticos deben estar presentes a lo menos **1 vez por semana y a lo menos 2 meses:**

- **A) dolor o discomfort abdominal asociado a más de 2 de los siguientes síntomas más del 25% del tiempo:**
  - Mejoría con la defecación
  - Comienzo asociado con cambio en la frecuencia de deposiciones
  - Comienzo asociado con cambio en la forma o apariencia de la deposición.
- **B) Sin evidencia de proceso: inflamatorio, anatómico, metabólico o neoplásico que explique los síntomas del paciente.**

# Esquema tratamiento biosicosocial TDF

(Gastroenterology 2006; 130:1447-1458)



# Banderas rojas referencia a Salud mental



**Red Flags**

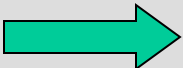
**MH Consultation**

- Severe depression / suicidal
- Chronic refractory pain
- Severe disability
- Maladaptive illness behavior
- Difficulties in physician - patient interaction
- Idiosyncratic health beliefs
- Other identifiable psychological difficulties (somatizing disorder, post-traumatic stress disorder, severe anxiety, abuse)

(Gastroenterology 2006; 130:1447-1458)

**INDICACION PARA CONSIDERAR PRECOZ  
REFERENCIA A SALUD MENTAL**

# SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA EN DAC

- Pérdida de peso
- Sangrado intestinal
- Fiebre persistente
- Diarrea crónica grave
- Vómitos importantes
-  Desechar diagnóstico de trastorno digestivo funcional

## H2B. Sd de intestino irritable

- Evaluación: evaluar factores sicosociales, calidad vida, signos alarma, examen físico completo, antropometría y curva crecimiento
- Diagnóstico tipo SII: constipación o diarrea
- Evolucion natural: cronicidad
- Tratamiento:
  - no farmacológico: calmar y explicar al niño y los padres, hábitos dietéticos y de defecación

# H2B. Sd de intestino irritable

- **FARMACOLOGICO**: Depende de síntoma predominante
- Alivio sintomático demostrado:
  - único demostrado en niños: esencia de menta (*J Pediatr Gastroentol Nutr* 2005;40:249-261)
  - Antiespasmódicos (alivio dolor, alivio general en >12a) (*The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005,2;No:CD003460)
  - Tegaserod (agonista 5HT<sub>4</sub>) en SII predominio constipación en mujeres (*The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, 1; No:CD003960)
- **Discutido**:
  - Antidepresivos, hierbas medicina China (*The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 1; No:CD004116), anti-5HT (alose tron), ansiolíticos

# MALABSORCION DE CARBOHIDRATOS

- Carbohidratos no absorbidos en ID pasan colon, fermentados por flora colónica y resulta ácidos grasos de cadena corta volátiles (acético, propiónico, butírico), CO<sub>2</sub> e hidrógeno.
- Ácidos grasos absorbidos por epitelio colónico.
- Gases expelidos o absorbidos a sangre/ exhalados
- Clínica fermentación de CH no absorbidos: diarrea, cólicos, meteorismo, borborigmos, exceso de gases.



# MALABSORCION DE CARBOHIDRATOS

- **Lactosa:**
- -- malabsorción: demostrada por test de H<sub>2</sub> espirado
- -- intolerancia: síntomas post ingesta, depende muchos factores: otros alimentos concomitantes, capacidad de flora colónica de fermentar, reacción a la distensión intestinal.
- Suspensión de lactosa por 2 semanas, luego titular tolerancia.

# MALABSORCION DE CARBOHIDRATOS

- **Fructosa:**
- --ingestión concomitante de glucosa facilita su absorción
- --presente en jugos de fruta comerciales gran cantidad, junto con glucosa y sorbitol
- --sorbitol puede inhibir su absorción

# MALABSORCION DE CARBOHIDRATOS

- **Sorbitol:**
- --muchas frutas (peras, manzanas, duraznos)
- --es endulzante productos “sugar free”
- --ingestión de 5 a 10 gr puede asociarse con test de H<sub>2</sub> espirado alterado y desarrollo síntomas
- -- tb jarabes medicinales (endulzante)

# MALABSORCION DE CARBOHIDRATOS

- **Hidratos de carbono complejos:**
- --almidón del trigo: determinado por test de H<sub>2</sub> espirado, común
- -- pan, tallarines y otras pastas
- --rafinosa y estaquiosa: presentes en porotos y son CH que se absorben pobremente.

# ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

- Etiología desconocida
- rol reconocido ambiente y genética.
- Crónico
- Tres entidades definidas:
  - Colitis ulcerosa
  - Enfermedad de Crohn
  - Colitis indeterminada.

# ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

- Frecuencia 4 a 10/100.000 hbts países desarrollados.
- Chile?
- 20% presentación edad escolar
- evolución en crisis
- 25% antecedentes familiares positivos de EII

# COLITIS ULCEROSA

- Cambios inflamatorios en colon
- 95% con compromiso rectal
- Inflamación continua mucosa, úlceras, edema y hemorragia
- Histología: mucosa inflamación aguda o crónica, polimorfonucleares, mononucleares, abscesos crípticos, alteración glándulas y depleción globet cells.

# ENFERMEDAD DE CROHN

- Compromiso cualquier segmento tubo digestivo, zonas sanas entre segmentos comprometidos. Ubicación más frecuente: ileocecal, luego íleon, menos colon.
- Inflamación transmural, hasta serosa, puede presentarse con fistulas entre vísceras.
- Histología: úlceras superficiales, aftoides, sobre placas de Peyer, inflamación focal crónica que se profundiza hasta la submucosa, a veces, granulomas no caseosos.



# EII

- Ambos pueden tener manifestaciones extraintestinales que ayudan a orientar diagnóstico
- Generalmente asociados a signos de **ALARMA**

# EII

- Exámenes evaluación sistémica
- Endoscopía para diagnóstico macroscópico e HISTOLOGICO.
- Radiología: sólo en Crohn para evaluar intestino medio, fuera alcance enteroscopía.

# EII

- Tratamiento : inmunosupresión con Corticoides, según severidad de CU.
- Crohn: corticoides.
- Ambos: ácido-5-aminosalícilico.
- Uso de anticuerpos monoclonales
- Tratamiento y control de por vida.

Muchas gracias.