

Recomendaciones en el manejo práctico de adolescentes que consultan por dolor pelviano crónico

Recommendations on the practical management of adolescents with chronic pelvic pain

MSc. Jorge Peláez Mendoza

Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos" La Habana, Cuba.

RESUMEN

El dolor pelviano crónico constituye un motivo frecuente de consulta entre las adolescentes. Se define como un malestar cíclico o no cíclico, intermitente o constante en la zona de la pelvis que persiste por no menos de 3 a 6 meses. Su diagnóstico y manejo resulta complejo en ocasiones, por lo que suele ser frustrante para la paciente, sus padres y el médico tratante. Incluso, puede llevar a problemas funcionales como cambios en la dinámica de la familia y a ausentismo escolar. Es precisamente la elevada frecuencia de este síndrome y sus múltiples peculiaridades lo que nos ha motivado a elaborar la presente revisión, que esperamos resulte de utilidad a todos los involucrados en la atención ginecológica de este sector de la población.

Palabras clave: adolescencia, dolor pelviano crónico.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain is a frequent symptom among adolescents. It is defined as a cyclic or non-cyclic, intermittent or constant discomfort in the pelvic area that lasts for at least 3-6 months. The diagnosis and management is sometimes complicated, so, it is often frustrating for patients, parents and the treating physician. It may even lead to functional problems such as changes in family dynamics and truancy. It is precisely the high frequency of this syndrome and its many peculiarities which

has led us to develop the present review, hoping to be useful to everyone involved in gynecological care in this sector of the population.

Keywords: adolescence, chronic pelvic pain.

INTRODUCCIÓN

En la adolescente, al igual que en la mujer adulta, el dolor pelviano, la leucorrea y los trastornos del ciclo menstrual constituyen las causas más comunes de asistencia a las consultas de Ginecología.

Desde el punto de vista semiológico el dolor pelviano puede ser agudo, se presenta en forma brusca, con escasa o nula sintomatología previa y con una intensidad que obliga a la búsqueda de asistencia médica de urgencia, o crónico que es el que se define como un malestar cíclico o no cíclico, intermitente o constante en la zona de la pelvis de por lo menos 6 meses de duración. Suele ser frustrante para la paciente, sus padres y el médico tratante. Incluso, puede llevar a problemas funcionales como cambios en la dinámica de la familia y a ausentismo escolar.¹⁻³

Mientras más tiempo transcurre entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico, la frustración de la paciente crece, y la lleva a automedicarse con distintos analgésicos. Por lo tanto, el médico debe tener en cuenta los dolores que refiere la adolescente y buscar sus causas, ya sean orgánicas o no orgánicas. El examen clínico debe incluir un amplio y profundo interrogatorio, acompañado del examen físico, de igual forma se deberán explorar algunos factores psicológicos.

DESARROLLO

Aspectos biopsicosociales

Como es conocido, la percepción del dolor de la paciente depende de la combinación de estímulos nociceptivos, su estado emocional y determinantes sociales concomitantes. El modelo biopsicosocial explica el fenómeno por el que las pacientes van cambiando los síntomas en el síndrome de dolor pelviano.¹ Cuando se retiran los estímulos nociceptivos sin prestar adecuada atención a los aspectos psicológicos o sociales, aparecen nuevos síntomas en otro sitio. Por ejemplo, una paciente con dolor pelviano crónico que va a cirugía y esta alivia su dolor, puede desarrollar entonces cuadros de cefaleas porque sus problemas emocionales no han sido resueltos.⁴

Como los factores somáticos, psicológicos y sociales, tanto en forma aislada o combinados, generalmente juegan un rol en el síndrome de dolor crónico, todos deben ser investigados. Si el médico demora la evaluación psicológica hasta descartar la enfermedad orgánica, las pacientes y sus familias no van a aceptar tan fácilmente una potencial causa no orgánica.^{4,5} En un trabajo prospectivo, randomizado, *Peters* y otros compararon dos grupos de pacientes: aquellas con

evaluación psicosocial y orgánica desde el comienzo y aquellas con evaluación psicosocial una vez descartada una patología orgánica.⁶ Como era lógico esperar, las pacientes del primer grupo tuvieron una mejor respuesta al tratamiento y mejores resultados a largo plazo.

Diagnóstico diferencial

La causa de dolor pelviano crónico en las adolescentes puede ser orgánica, no orgánica o multifactorial.

Causas de dolor pelviano crónico en adolescentes

Dolor asociado a problemas ginecológicos

Según nuestra experiencia, el motivo más frecuente de dolor pelviano crónico de causa ginecológica en las adolescentes es la dismenorrea, aunque también podemos encontrar otras etiologías como son las secuelas de la enfermedad inflamatoria pélvica, la endometriosis, con o sin anomalías müllerianas, el dolor asociado a la inserción de un DIU y otros que pudieran relacionarse con lesiones anexiales, como las masas ováricas, secuelas de un embarazo ectópico, y adherencias pelvianas.

Dolor secundario a enfermedades urológicas

La causa urológica más común de dolor pelviano crónico en adolescentes es la infección del tracto urinario. Con mucha menor frecuencia se encuentran casos de cálculos renales, cistitis intersticial o síndrome uretral.

Afecciones gastrointestinales

Las enfermedades del tracto gastrointestinal (GI) pueden presentar dolor pelviano crónico porque los órganos de la pelvis y el tracto GI comparten la misma innervación visceral. Algunas de estas enfermedades pueden descubrirse mediante un adecuado interrogatorio y un exhaustivo examen físico, mientras que otras requieren una evaluación ecográfica, radiológica o endoscópica. La constipación, que se produce generalmente por una dieta pobre en residuos y por falta de hábito, es común entre las adolescentes, puede diagnosticarse fácilmente y corregirse con una buena hidratación, cambios en la dieta y una intervención farmacológica si fuera necesario. Una historia clínica detallada nos puede brindar el diagnóstico de intolerancia a la lactosa o de colon irritable. Las pacientes que padecen colon irritable con dolor pelviano generalmente somatizan y suelen tener depresión y ansiedad. Otras causas gastrointestinales de dolor pelviano crónico son la úlcera péptica, gastroenteritis, enfermedad inflamatoria de intestino delgado, apendicitis crónica y hernias. Las dos condiciones requieren una interconsulta con cirugía.¹⁻³

Anomalías músculo esqueléticas

Las condiciones del sistema músculo esquelético que implican un aumento en el tono muscular (diferencia en el largo de las piernas) pueden llevar a un dolor pelviano crónico. Es más, las anomalías estructurales, daños o enfermedades de la columna, cadera o varios músculos (abdominales, psoas ilíaco, piriformes, obturadores interno y externo) pueden causar dolor que se propaga al abdomen

inferior.¹ Este dolor puede fluctuar en severidad en el curso del ciclo menstrual por el efecto de los niveles oscilantes de progesterona y relaxina en estos tejidos. El dolor de causa músculo esquelética cambia su intensidad y localización con variaciones en la postura o con actividades específicas. Una mala postura o una diferencia en la longitud de las piernas pueden causar un dolor pelviano crónico por un estrés mecánico en las articulaciones, ligamentos y músculos.

Problemas psicosociales

El dolor pelviano crónico puede ser de origen psicosomático. Como el cuerpo de la adolescente está cambiando más rápido que en cualquier otra etapa de su vida, la paciente está más pendiente de las funciones del cuerpo y de distintas sensaciones. Es más, la adolescente tiene causas de estrés temporario (exámenes en la escuela, presiones sociales, despertar sexual) que pueden producir síntomas físicos. A los que deben añadirse la presencia de tensiones permanentes a las que pueden estar expuestas (divorcio de los padres, abuso sexual), los cuales pueden también producir síntomas físicos, particularmente si fueran incapaces de sobrellevar estos asuntos de una manera saludable, ya sea por su temperamento o porque las circunstancias no se lo permiten.^{7,8}

La manera en que la paciente maneja el estrés va a afectar el desarrollo de los síntomas psicosomáticos.⁸ Algunas adolescentes toman una actitud activa frente a él; si la situación familiar resulta intolerable, por ejemplo, se escapan de la casa. En tanto algunas toman una actitud pasiva, sin exhibir ninguna reacción; internalizan su tensión y desarrollan síntomas de dolor crónico o fatiga.

Otros factores que afectan a las adolescentes incluyen su estilo de vida y los grandes eventos en su vida.^{7,8} Un patrón de regularidad, un horario estable en sus comidas, la práctica de deportes, bailes u otra actividad física de manera sistemática, patrones en los horarios para levantarse y acostarse, la ayudan a sobrellevar las tensiones. Por el contrario, horarios caóticos producen o agravan los problemas. Grandes eventos de la vida como pueden ser la muerte de un familiar cercano, la migración, el divorcio de los padres o un desastre natural, pueden amenazar la habilidad de la adolescente a adaptarse. La ocurrencia de dos o más eventos de este tipo en un corto período de tiempo aumenta sustancialmente el riesgo de no poder adaptarse y desarrollar síntomas psicosomáticos.

Evaluación

Historia clínica:

El estudio de la paciente con dolor pelviano crónico comienza con un buen interrogatorio que haga énfasis en la duración y frecuencia de los síntomas, localización y severidad del dolor, situaciones que exacerban o mejoran el mismo, tratamientos previos y otros elementos de interés. El médico debe indagar respecto a si otros miembros de la familia tienen los mismos síntomas; la respuesta de la paciente a los estímulos dolorosos puede estar influenciada por sus observaciones de cómo otros integrantes de la familia responden al dolor. Esta adaptación al dolor es un fenómeno conocido de las enfermedades psicosomáticas. Un calendario sobre el dolor puede ser de gran utilidad para obtener información; igualmente la paciente debería anotar sus menstruaciones para poder evaluar si la misma posee o no un comportamiento cíclico.³

La historia clínica debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

Ginecológico: edad de la menarquía, inicio o no de la actividad sexual, exposición a las infecciones de transmisión sexual, irregularidades menstruales, antecedentes obstétricos.

Urológicos: frecuencia miccional, disuria, hematuria.

Gastrointestinal: alimentación, náuseas o vómitos, hábitos intestinales.

Psicosocial: antecedentes de depresión, desórdenes alimentarios, uso o abuso de drogas; cantidad de días de ausentismo escolar; presencia o ausencia reciente de grandes cambios en su vida.

Se debe tener en cuenta el antecedente de enfermedades previas y cirugías, junto con la medicación actual. El médico debe indagar sobre el antecedente familiar de endometriosis, ya que las mujeres con familiares de primer grado con dicha enfermedad tienen un mayor riesgo de desarrollarla.⁹

Examen físico:

El dolor pelviano crónico puede tener varios orígenes. Para detectar causas músculo esqueléticas, el médico debe examinar la postura para evidenciar una lordosis o una diferencia en la longitud de las piernas. La espalda debe palparse con la paciente sentada.

Cuando la paciente está en posición supina, la flexión de la pierna y la cabeza y la extensión deben realizarse de conjunto con la palpación de la pared abdominal. El médico debe decirle a la paciente que señale el área de mayor dolor; típicamente, una adolescente cuyo dolor es psicósomático tendrá mayor dificultad en identificar una zona pequeña que origine el dolor.¹

El examen de la pelvis debe focalizarse en posibles causas urológicas y ginecológicas. El médico debe palpar la uretra y la vejiga. El tacto bimanual debe realizarse para poder evaluar el útero y los anexos. El médico debe hacer un tacto rectal, especialmente cuando la adolescente es virgen o si se sospecha una causa gastrointestinal o endometriosis. La detección de un bolo fecal o de la ampolla rectal ocupada por heces fecales hace el diagnóstico de constipación.

Exámenes complementarios

Estos deben incluir un hemograma completo, análisis de orina con urocultivo y eritrosedimentación. En los casos de pacientes sexualmente activas se debe realizar una toma de muestra para estudio del extendido en fresco y cultivo de flujo vaginal y una subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica (HCG). Tomando en cuenta el interrogatorio y el examen físico, el médico puede llegar a pedir otros complementarios. Por ejemplo, un estudio radiográfico de abdomen es útil si se sospecha constipación. Otro elemento de vital importancia en la evaluación del dolor crónico es la ecografía pélvica, la cual resulta imprescindible en el caso de adolescentes que no han iniciado su vida sexual.²

La ecografía ya sea transabdominal, transvaginal o transrectal son estudios de gran utilidad y poco invasivos, sobre todo en pacientes con hallazgos anormales, confusos o poco precisos en el examen físico.²

En las adolescentes con dolor pelviano crónico, un hallazgo patológico en la ecografía pelviana tiene un valor predictivo del 92,4 % para confirmar dicha patología al momento de la laparoscopia, incluso si esa no fuera la causa del dolor pelviano.¹⁰

Las anomalías más comúnmente identificadas por ecografía son las masas anexiales (quistes de ovario, abscesos tubo ováricos) y las anomalías müllerianas como sería el útero bicorne, entre otras.¹¹ Un hallazgo normal en la ecografía pelviana es menos predictiva (60 %) de una pelvis normal al momento del diagnóstico por laparoscopia en la misma población de pacientes.¹²

Como la ecografía pelviana por sí sola no puede diagnosticar una endometriosis, una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) o las adherencias pelvianas, una ecografía normal no debe descartar definitivamente la presencia de una afección, por lo que debe continuarse la búsqueda de una causa orgánica que explique la sintomatología.

Laparoscopia

La laparoscopia es segura y mínimamente invasiva por lo que constituye una herramienta importante para el diagnóstico y evaluación del dolor pelviano crónico en estas pacientes.^{12,13} Dentro de las indicaciones de una laparoscopia diagnóstica se incluyen, la presencia de una masa pelviana identificada por tacto vaginal o ecografía, antecedentes de dismenorrea progresiva, de dolor pelviano crónico que no responde a los anticonceptivos o a los antiinflamatorios no esteroides (AINEs), también se considera indicada en una ginecorragia dolorosa e irregular y ante la duda diagnóstica entre las secuelas de una EPI y una apendicitis crónica.

La prevalencia de afecciones identificables en la laparoscopia diagnóstica (tabla) varía entre un 56 % al 94 %.¹³⁻¹⁸ Estudios recientes reportan una mayor prevalencia, particularmente de endometriosis, la que es más frecuente de identificar en las adolescentes y es una indicación de laparoscopia. Otros hallazgos patológicos identificados en la laparoscopia diagnóstica incluyen adherencias, masas ováricas, torsión ovárica, apendicitis, anomalías müllerianas, embarazo ectópico crónico, quiste paratubárico y EPI.^{19,20}

Tabla. Hallazgos patológicos en laparoscopia

Investigaciones	% de hallazgos positivos	% de hallazgos negativos
Kleinhaus y otros (13)	56	44
Goldstein y otros (14)	86	14
Chatman & Ward (15)	88	12
Vercillini y otros (16)	60	40
Reese y otros (17)	94	6
Laufer y otros (18)	89	11

La laparoscopia juega un importante rol en el manejo del dolor pelviano crónico, no solo en la confirmación del diagnóstico, sino también en el tratamiento quirúrgico si este está indicado.

Las anomalías identificadas pueden ser tratadas quirúrgicamente al momento del diagnóstico laparoscópico, resultando hoy día poco frecuente tener que acudir a una laparotomía o la reintervención. El valor de un hallazgo negativo da información importante a la paciente y a sus padres que no debe ser subestimada; siempre que sea posible se deben tomar fotos durante el procedimiento, de la anatomía normal, incluyendo el útero, las trompas de Falopio, ovarios, vejiga, fondo de saco, apéndice, polo hepático y vesícula y mostrárselas a la paciente y a su familia. Esto es muy útil cuando se trata a la adolescente cuyo dolor tiene un componente psicossomático.

Principales causas de dolor pelviano de causa ginecológica

Durante la adolescencia encontramos múltiples causas de dolor pelviano crónico de origen ginecológico, debido a su frecuencia e importancia para la salud sexual y reproductiva, en esta oportunidad se hará referencia a la dismenorrea, las secuelas de una enfermedad inflamatoria pélvica y la endometriosis, lo que no quiere decir que no existan otras causas importantes de dolor pelviano crónico en estas edades.

Dismenorrea: Constituye el principal motivo de consulta por dolor pélvico crónico en las adolescentes, se considera que el 60 % de las jóvenes entre 12 y 17 años la padecerán en algún momento de su vida y que entre un 10 y un 15 % sufrirán dismenorrea intensa que les provoca la interrupción de sus actividades diarias, se reconoce por tanto a la dismenorrea como la principal causa de ausentismo escolar en la adolescente mujer.²¹⁻²³

La dismenorrea se clasifica en primaria y secundaria, la primera es la forma más común de presentación en adolescentes, se caracteriza por dolor difuso bilateral que aparece al comienzo de la menstruación y persiste por horas o días, pudiéndose acompañar por síntomas sistémicos como náuseas, diarreas y otros. El dolor aparece sin antecedente de afecciones previas y se presenta por vez primera entre 6 a 12 meses posterior a la menarquia, en estos casos el examen ginecológico generalmente es normal.

La dismenorrea secundaria es consecuencia de una afección pélvica preexistente, aparece años después de la menarquia y el dolor está presente por un tiempo mayor durante la menstruación; la endometriosis, las secuelas de la enfermedad pélvica inflamatoria y las anomalías obstructivas del tracto mülleriano son causas comunes de esta afección, el examen ginecológico en estos casos generalmente resulta positivo de hallazgos patológicos. La dismenorrea según su intensidad se clasifica en leve, moderada o grave, caracterizándose esta última por la interrupción de las actividades diarias (cuadro 1).

Cuadro 1. Clasificación de la dismenorrea según su intensidad

Gravedad	Cólicos presentes siempre	Cólicos muy intensos	Interrupción de actividades
Dismenorrea leve	Sí	No	No
Dismenorrea moderada	Sí	No	No
Dismenorrea grave	Sí	Sí	Sí

Otra escala de valoración es la que se establece en base a la presencia de síntomas sistémicos, la necesidad de medicación analgésica y la interrupción de las actividades habituales (cuadro 2).

Cuadro 2. Clasificación de la dismenorrea según la presencia de síntomas sistémicos, necesidad de analgesia y la interrupción de las actividades

Grado	Síntomas sistémicos	Analgesia	Interrupción de actividades
I - Ligero	Ninguno	Raramente requerida	Raramente afectada
II - Moderado	Pocos	La requiere	Afectada en ocasiones
III - Intenso	Presentes siempre	Pobre efecto	Siempre afectada

Diagnóstico diferencial de las dismenorreas:

En la práctica clínica resulta imperativo diferenciar la dismenorrea primaria de la secundaria para lo cual debemos apoyarnos en la anamnesis y el examen físico tal como mostramos en el siguiente cuadro (cuadro 3):

Cuadro 3. Clasificación de las dismenorreas

Características de los síntomas	Dismenorrea primaria	Dismenorrea secundaria
a) Inicio del dolor	1 a 2 años después de la menarquia	Más de 2 años después de la menarquia.
b) Aparición en relación con la menstruación	Al inicio	1 a 2 días antes
c) Duración	48 a 72 h	4 a 6 días
d) Antecedentes ginecológicos	Ninguno	Existe algún antecedente
e) Examen ginecológico	Negativo	Hallazgos de: - Retroversión uterina - Ligamentos útero-sacros dolorosos - Anejos dolorosos - Tumoración palpable

Tratamiento

A través del tiempo se han venido utilizando diversos tratamientos para el alivio de los síntomas de la dismenorrea primaria. Con dicho propósito se ha estado indicando en las adolescentes el uso de anticonceptivos orales, sobre todo en aquellas que ya tienen actividad sexual con resultados bastante satisfactorios sobre todo cuando se utilizan los anticonceptivos orales combinados (AOC) monofásicos de baja dosis.²⁴

El mecanismo de alivio del dolor probablemente se basa en la disminución de la producción endometrial de prostaglandinas y de la actividad miométril contráctil. En las adolescentes que no se obtiene alivio de los síntomas con el uso de anticonceptivos orales y en las que padecen dismenorrea grado II y III, se pueden lograr resultados favorables con la medicación antiprostaglandínica o sea los inhibidores de la sintetasa de prostaglandina, los cuales han tenido un impacto

positivo en el tratamiento de esta afección, Pues está demostrado que las prostaglandinas son las encargadas de la actividad uterina excesiva, fenómeno que está presente en la dismenorrea primaria y que es la causa del dolor y de los síntomas acompañantes.^{22,24}

Hay que tener en cuenta que las prostaglandinas no se almacenan y que son biodegradadas rápidamente y que además el mayor incremento en su síntesis ocurre en las primeras 36 a 48 h después de iniciada la menstruación, de aquí las características de aparición y duración de la dismenorrea.^{19,25,26}

Los inhibidores de la sintetasa de prostaglandinas además de inhibir la producción de estas tienen un efecto analgésico potente y reducen el edema y eritema asociado a la inflamación, por lo cual han sido considerados como antiinflamatorios no esteroides (AINEs). Los hay de dos tipos, los derivados del ácido carboxílico, encontrándose en este grupo la aspirina, la indometacina, el diclofenaco, ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno, ácido mefenámico y fluofenámico, entre otros, y los derivados de los ácidos anólicos, grupo donde se encuentran la butacifona, la fenilbutazona y el piroxican, los del primer grupo son más potentes en la inhibición de los efectos uterotónicos de las prostaglandinas por tanto, se prefiere su uso en el tratamiento de las dismenorrea.^{21,25,26}

El tratamiento de la adolescente con dismenorrea primaria depende de la intensidad de esta y de la interrupción o no de la actividad diaria. Desde el punto de vista práctico en pacientes con dismenorrea leve el tratamiento se basa en la educación, llevar el calendario menstrual, analgésicos y anticonceptivos orales, estos últimos poseen la ventaja adicional de controlar las alteraciones menstruales y evitar embarazos indeseados.

En la dismenorrea moderada se añade a la terapéutica antes expuesta el uso de antiinflamatorios no esteroideos, finalmente en pacientes con dismenorrea intensa o severa se recomiendan antiinflamatorios más potentes y a dosis elevadas, así como iniciar la terapéutica dos días antes del supuesto inicio de la menstruación y prolongarla durante esta, al menos por 2 días, en estos casos se reportan buenos resultados con el uso del naproxeno sódico en supositorios, 500 mg de inicio y 250 mg cada 8 h.^{22,23}

Secuelas de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)

Esta entidad era hasta hace algunos años privativa de la mujer adulta, sin embargo el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales unido al incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS),^{24,27} abortos, escaso uso de anticonceptivos de barrera, continuos cambios de pareja, y otras conductas sexuales riesgosas propias de los adolescentes han traído como consecuencia su creciente aparición durante esta etapa de la vida, y por tanto sus secuelas se han constituido como una causa frecuente de dolor pélvico crónico en estas edades. Debemos sospechar la secuela de una EPI en aquellas adolescentes sexualmente activas con antecedentes de un episodio de enfermedad aguda, una ITS, un aborto previo o cualquier antecedente de manipulación intrauterina incluida la inserción o extracción de un DIU.^{24,25,27} El dolor por lo general es poco definible y se exacerba con el coito y la menstruación, al examen físico se encuentra el abdomen doloroso a la palpación en hipogastrio, a la colocación de espéculo pueden verse lesiones crónicas a nivel del cérvix, así como leucorrea y otros hallazgos, finalmente al tacto bimanual se comprueba cuello sensible, doloroso a la movilización, con anejos dolorosos al tacto y engrosados, pudiéndose incluso palpar masas anexiales. El estudio en estos casos incluirá la hematometría completa, ecografía, estudio

microbiológico y en no pocos casos una laparoscopia, sobre todo ante la presencia de masas anexiales tactables.

El tratamiento de las secuelas de una EPI en la adolescente es conservador, con énfasis en los antimicrobianos, analgésicos y antiinflamatorios. De estar indicada la cirugía se tratará de conservar la función reproductiva. La complicación más temida de la EPI en la adolescente es la infertilidad tubárica, la cual se detecta generalmente a edades más avanzadas.

Endometriosis y adolescencia

Hasta hace relativamente poco tiempo, la endometriosis era vista como una enfermedad de mujeres de la tercera y cuarta década de la vida. Es a partir de la década del 70 que comienza a identificarse a la endometriosis como una posible causa común de dolor pélvico crónico en las adolescentes.^{13,20,23} De hecho, la mayoría de los artículos contemporáneos citan a la endometriosis como el hallazgo más común en la laparoscopia diagnóstica en adolescentes con dolor pélvico crónico.¹⁹⁻²² La mayoría de las pacientes con endometriosis presentan dolor pélvico, ya sea cíclico o no, como principal motivo de consulta.^{15,16} Otros síntomas comunes incluyen la dismenorrea, ciclos irregulares, dispareunia, dolor abdominal, náuseas, constipación y/o diarrea y alteraciones urinarias.^{17,20-22} En tanto se describe que más de 90 % de las adolescentes con endometriosis refieren presentar una molestia difusa o localizada al examen físico.¹⁷

A diferencia de las mujeres adultas, las adolescentes con endometriosis raramente presentan aumento de tamaño en los anejos, el fondo de saco ocupado y doloroso o el útero fijo en retroversoflexión.^{17,21,23} Según la *American Fertility Society*, la mayoría de las adolescentes en las que se puede identificar una endometriosis en el transcurso de una laparoscopia se encuentran en un estadio 1 o 2 de la enfermedad.^{18,19,26} La mayoría de los implantes endometriósicos en adolescentes son superficiales y se cree que serían precursores de las lesiones que aparecen en edades adultas.^{17,18} Se ha logrado diagnosticar la endometriosis en pacientes hasta de 11 años, incluso antes de la menarquia.^{13,17,20,22} La identificación y tratamiento de la endometriosis mejora la calidad de vida y disminuye las secuelas a largo plazo como las adherencias pelvianas y la infertilidad.

Se debe pensar en la endometriosis cuando:

- A pesar del tratamiento específico se mantenga la dismenorrea.
- Ante dolores intermitentes de tipo agudo sin causa aparente.
- Cuando al examen se encuentra el útero en retroversoflexión fija, doloroso a la movilización.
- Fondo de saco de Douglas doloroso o nodular al tacto (raro en adolescentes).

En el diagnóstico de endometriosis en la adolescencia, amén del cuadro clínico y de las consideraciones particulares propias de estas edades, existe una serie de investigaciones que confirman u orientan hacia este diagnóstico. Dentro de estos, la laparoscopia es, con mucho, el medio diagnóstico más importante que debe siempre acompañarse de biopsia para confirmación histológica, se deberá considerar siempre la atipicidad y sutileza de las lesiones endometriósicas características de esta etapa.

Tratamiento

El tratamiento médico es el más recomendado en estas edades, pues el procedimiento quirúrgico solo se realiza cuando está comprometida la fertilidad, lo cual en la adolescente no es prioritario. No obstante, dado el valor que se le confiere a las entidades que obstruyen el flujo de salida de la sangre menstrual en la génesis de la endometriosis, la cirugía correctora de las mismas adquiere una categoría preventiva relevante.

El tratamiento de los casos confirmados debe ser conservador, ante pacientes con síntomas ligeros y perspectivas próximas de procreación se recomienda únicamente el uso de analgésicos. Debe estimularse la utilización de los anticonceptivos orales, pues reportan beneficios secundarios como la anticoncepción y el control de posibles trastornos menstruales. En los casos severos estará indicado el uso del Danazol y/o los análogos de GnRH.^{18,20-22}

Finalmente debemos recordar que la endometriosis es una de las principales causas de infertilidad en la mujer,¹⁹ que provoca además una seria afectación en su vida social, sexual y reproductiva, solamente mediante la pesquisa y el tratamiento precoz durante la adolescencia se podrá preservar su futura salud reproductiva.

Por tanto, la principal recomendación nuestra es estar atentos a la aparición de síntomas sugestivos de endometriosis en las adolescentes que acuden al consultorio, siendo la dismenorrea severa el síntoma más frecuente, ante estas pacientes debemos tener siempre presente esta posibilidad diagnóstica.

Otro elemento de vital importancia en el trabajo preventivo de la endometriosis es pesquisar tanto en las niñas como en las adolescentes perimenárgicas las obstrucciones del flujo de salida de la sangre menstrual, como son el himen imperforado y los tabiques vaginales, los cuales deben ser diagnosticados y tratados precozmente.

CONCLUSIONES

Los profesionales dedicados a la atención de niñas y adolescentes deberán tener paciencia y brindar apoyo a las pacientes que padezcan dolor crónico, debemos ser capaces de transmitirles optimismo y confianza en la solución de su problema, así como, tener siempre presente el papel de cooperación y participación de la paciente en el establecimiento de un diagnóstico correcto y una terapéutica exitosa.

Importante resulta también el adecuado manejo de la familia, lo que en ocasiones juega un rol fundamental en el resultado terapéutico de estas pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geri D. Hewitt MD, Robert T. Brown, MD. Dolor pelviano crónico en adolescentes. *The Female Patient*. 2000; 7(1): 231-53.

2. Peláez J. Dolor pelviano en adolescentes; en su Ginecología Pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. Capítulo X. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 124-133.
3. Sueiro D, Vidal BC, Matos R, Durand L, Ward CH. Comportamiento del dolor pelviano en adolescentes. Revista de Información Científica, Infomed-Guantánamo. 2009;64(4). Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/ric/textos/vol_64_No.4/comport_dolor_pelviano_adolescentes
4. Rosenthal RH. Psychology of chronic pelvic pain. Obstet Gynecol Clin North Am. 1998;20:627-42.
5. Gambone JC, Reiter R. Nonsurgical management of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. Clin Obstet Gynecol. 1997;33:205-11.
6. Peters AAW, Van Dorst E, Jellis B, MacDougal F, Morris J. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol. 1991;77:740.
7. Brown RT. Psychosomatic problems in adolescents. Adolesc Med State Art Rev. 1998;3(1):87-96.
8. Ryan-Wenger NM. Children's psychosomatic responses to stress. In: Arnold LE, ed. Childhood Stress. New York, NY: John Wiley & Sons; 1999. p. 110-137.
9. Malinak LR, Buttram VC Jr., Elias S, Simpson JL. Heritable aspects of endometriosis, II: clinical characteristics of familial endometriosis. Am J Obstet Gynecol. 1980;137:332-7.
10. Ozaksit G, Caglar T, Zorlu CG, Parker T. Chronic pelvic pain in adolescent women: diagnostic laparoscopy and ultrasonography. J Reprod Med. 1995;7:500.
11. Vanegas ER. Incidencia de malformaciones müllerianas en niñas y adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2009;35(2).
12. Cognat M, Rosenberg D, David L, Paathanassiou Z. Laparoscopy in infants and adolescents. Obstet Gynecol. 1993;42:515-21.
13. Kleinhaus S, Hein K, Sheran M, Boley SJ. Laparoscopy for the diagnosis and treatment of abdominal pain in adolescent girls. Arch Surg. 1997;112:1178-9.
14. Goldstein DP, deCholnoky C, Emans SJ. Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents. J Reprod Med. 1990;24(6):251-6.
15. Chatman DL, Ward AB. Endometriosis in adolescents. J Reprod Med. 1998;27:156-60.
16. Vercillini P, Fedele L, Arcaini L, Berutti A., Marcino H. Laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain in adolescent women. J Reprod Med. 1999;34:827-30.
17. Reese KA, Reddy S, Rock JA. Endometriosis in an adolescent population: the Emory experience. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1996;9:125-8.

18. Laufer MR, Goitein L, Bush M, Ohara W. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997;10:199-202.
19. Chelmow D, Dunn LJ. Infertility, Its Treatments, and Cancer: The Latest Medscape Ob/Gyn [cited July 29 2013]. Disponible en: <http://www.medscape.com/>
20. Rodríguez TL, Casa de Valle M, Germán Meliz JL, Pardillo ME. Diagnóstico incidental de endometriosis vesical. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2011;37(3).
21. Gómez M^a T. Endometriosis en la Adolescencia. En: Bajo Arenas JM. *Endometriosis. Capítulo III.* Barcelona: Asociación Endometriosis España; 2003. p. 147-188.
22. Méndez Ribas JM, Domínguez E. Algomenorrea. El problema de la Endometriosis en la Adolescente. En: *Enfoque Actual del Adolescente por el Ginecólogo. Una Visión Latinoamericana.* Cap. 19. Buenos Aires: Ed. ASCUNE Hnos; 2005. p. 248-252.
23. Peláez J. Dolor pelviano en la adolescencia. En: Jaramillo A. *Tratado de Cirugía Pediátrica. Capítulo XVII Ginecología.* Lima, Perú: Edit. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Técnica (CONCYTEC); 2006. p. 716-20.
24. Peláez J. Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. En: Colectivo de autores. *Pediatría. Tomo VII. Parte XXVII. Cirugía. Capítulo 188.* La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2012. [cited 27 Nov 2013]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/pediatría_tomovii/cap.188.pdf
25. Fisher T, Bergner W, McAllen D. 9 Things Chronic Pain Specialists Want Hospitalists to Know. *The Hospitalist.* November 26 2013;16(4):8-21.
26. Klugman S, Kovacs P, Bradley L. Abdominal Wall Pain Misdiagnosed as Functional Abdominal Pain. *Journal of the American Board of Family Medicine.* November 25 2013;19(5):34-45.
27. MEDSCAPE. This World AIDS Day. WHO Focuses on Adolescents. *Medscape Medical News.* [cited 27 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/815116>

Recibido: 22 de diciembre de 2013.
Aprobado: 10 de enero de 2014.

Jorge Peláez Mendoza. Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". Calle L No. 151 entre Línea y 13. El Vedado. La Habana, Cuba. Correo electrónico: jorge.pelaez@retina.sld.cu