



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Laparoscopia diagnóstica y quirúrgica en el dolor
pélvico crónico en el Hospital de EsSalud Angamos
2001-2005”**

TESIS

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Jorge Luis CAMAYO MALPARTIDA

ASESOR

María Jesús ACUACHE DIAZ

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Camayo, J. Laparoscopia diagnóstica y quirúrgica en el dolor pélvico crónico en el Hospital de EsSalud Angamos 2001-2005 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

**A mis padres quienes me permiten
cumplir con mis sueños**

INDICE

INDICE

I - RESUMEN	5
II- INTRODUCCION	8
II.1 ASPECTOS GENERALES.....	9
II.2 DEFINICION.....	10
II.3 PREVALENCIA.....	11
II.4 ETIOLOGIA	11
II.5 DIAGNOSTICO.....	12
II.6 CLASIFICACION.....	13
II.7 OBJETIVO.....	15
II.7.1 OBEJTIVOS GENERALES.....	15
II.7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
III- MATERIAL Y METODO	16
III.1 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	17
III.1.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	17
III.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	17
III.2 METODOLOGÍA	18
IV- RESULTADO	20
V- DISCUSION	27
VI- CONCLUSION	35
VII- TABLAS Y GRAFICOS	37
VIII- BIBLIOGRAFIA	57
IX- ANEXO	62

I. RESUMEN

I. RESUMEN

El dolor pélvico es definido como aquel dolor pélvico que tiene una duración mayor de seis meses, este es suficientemente severo para causar incapacidad funcional o requiere tratamiento medico o quirúrgico.

La definición más comúnmente usada (más objetiva) define al dolor pélvico crónico considerando solamente la localización y duración del dolor “dolor en el abdomen bajo recurrente o constante por mas de 6 meses.

Hoy en día esta considerada la laparoscopia como un paso fundamental en la evaluación de los pacientes con dolor pélvico crónico, la laparoscopia estándar tiene una entidad diagnostica y quirúrgica dependiendo de los hallazgos. En algunos grupos apuntan ya a la utilidad de la micro laparoscopia (<2mm) en el diagnostico del dolor pélvico crónico. En algunos estudios dan como resultado q el 30% de pacientes con dolor pélvico crónico sometido a laparoscopia no se encuentran hallazgos patológicos. Sin embargo la laparoscopia en blanco no debe suponer el fin de la evaluación de la paciente con dolor pélvico crónico

Objetivo: Determinar las principales causas de dolor pélvico crónico en mujeres intervenidas laparoscopicamente en el Hospital EsSalud Angamos en el período comprendido entre enero 2001 - diciembre 2005.

Metodología: El presente estudio es un estudio longitudinal descriptivo: *Revisión de Casos*. Observacional, analítico y retrospectivo. Se revisaron 236 historias clínicas de los cuales 218 cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: La edad promedio de las pacientes fue de 33,2 +/- 7.8 a, el tiempo de enfermedad en promedio fue de 33,6m +/- 24 m, los diagnósticos laparoscópicos mas frecuentes encontrados fueron Sd. adherencial (29.9%) y endometriosis (23,8%); fue la adhesiolisis (36,3%) el procedimiento quirúrgico mas frecuente.

Conclusión:

El dolor pélvico crónico puede ocurrir en pacientes en edad promedio de 33 años, los hallazgos laparoscópicos mas frecuentes son los síndromes adherenciales y la endometriosis, la evolución del dolor en seis meses va en disminución en comparación a la evaluación del dolor al mes del procedimiento.

Palabras Claves Dolor pélvico crónico, laparoscopia diagnostica, laparoscopia quirúrgica

II. INTRODUCCION

II. INTRODUCCION

II.1 ASPECTOS GENERALES

El dolor pélvico crónico es una entidad que afecta a cerca de 10 millones de mujeres en todo el mundo y tiene grandes repercusiones sociales y económicas, del total de casos 7 millones permanecen sin diagnóstico etiológico y por lo tanto no recibe un tratamiento adecuado.

El dolor pélvico crónico es un problema frecuente en la mujer especialmente en aquellas en edad reproductiva. Los síntomas típicos del dolor pélvico crónico son entre otros dolor en la región abdominal baja, las causas específicas son difíciles de identificar y el tratamiento suele limitarse a aliviar los síntomas, desde hace dos décadas la laparoscopia es un instrumento principal para determinar el diagnóstico específico. (17) (18) (19) (28).

Es frecuente en mujeres en edad reproductiva, causa discapacidad y molestia y ocasiona costos significativos en los servicios de salud estimados en más de 880 millones de dólares en los EEUU.

En Chile el dolor pélvico crónico corresponde una de las consultas más frecuentes en ginecología, una de cada cuatro pacientes que acuden a consultorio manifiestan dolor pélvico crónico, siendo alrededor del 10% de todas las visitas al ginecólogo y más de 40% del ginecólogo laparoscopista., además da lugar al 33% de las cirugías laparoscópicas y aun 12% del total de las histerectomías. (2)(8)(24)(28).

En el Perú existe pocos estudios de laparoscopia y dolor pélvico crónico uno de los estudios realizados por el Dr. Novoa en 1991 reportan que de un total

de 116 de paciente 75.75 presentaban anomalías laparoscópicas siendo la anomalía más frecuente endometriosis en un 38 %.

Hoy en día esta considerada la laparoscopia como un paso fundamental en la evaluación de los pacientes con dolor pélvico crónico, la laparoscopia estándar tiene una entidad diagnóstica y quirúrgica dependiendo de los hallazgos. En algunos grupos apuntan ya a la utilidad de la micro laparoscopia (<2mm) en el diagnóstico del dolor pélvico crónico. En algunos estudios dan como resultado que el 30% de pacientes con dolor pélvico crónico sometido a laparoscopia no se encuentran hallazgos patológicos. Sin embargo la laparoscopia en blanco no debe suponer el fin de la evaluación de la paciente con dolor pélvico crónico. (5)(7)(18)(19)(31)(40).

II.2 DEFINICION.

El dolor pélvico es definido como aquel dolor pélvico que tiene una duración mayor de seis meses, este es suficientemente severo para causar incapacidad funcional o requiere tratamiento médico o quirúrgico.

La definición más comúnmente usada (más objetiva) define al dolor pélvico crónico considerando solamente la localización y duración del dolor “dolor en el abdomen bajo recurrente o constante por más de 6 meses. (1)(2)(3)(5)(8)(11)(12).

Las mujeres con dolor pélvico relacionado con embarazo o patología maligna son excluidas así como aquellas que experimentan dolor pélvico crónico solamente alrededor de la menstruación (dismenorrea) o durante el acto sexual (dispareunía).

El dolor pélvico crónico es un común e importante desorden en la mujer en edad reproductiva.

II.3 PREVALENCIA

En estudios realizados en EEUU señalan que la prevalencia es de 3.8% en mujeres en edad de 15-73 años, siendo mas alta que la prevalencia de la migraña (2.1%) y similar a la del asma (3.7%).

La prevalencia del dolor pélvico crónico puede variar con la edad de 18/1000 entre los 15-20 años o 28/1000 en mujeres mayores de 60 años.

La incidencia mensual en la atención primaria en el Reino Unido es de 1.6/1000 mujeres. (9)(15)(24)

Gallup fundamenta que 16% de todas las mujeres presentan dolor pélvico, Jamicson reporta que un 19% de mujeres que acuden a consultorio de ginecología por primera vez refiere dolor pélvico. De todas las consultas ginecológicas el 10% refiere dolor pélvico crónico, esto es la indicación del 12% de histerectomías y el 40% de indicación de laparoscopias ginecológicas. En EEUU esta patología implica en costo 880 millones de dólares por año.

II.4 ETIOLOGIA

Frecuentemente la etiología del dolor pélvico crónico no es identificada debido a que podrían existir muchos desordenes del aparato reproductor, sistema gastrointestinal, aparato urológico, sistema músculo esquelético y sistema psiconeurológico, que pueden ser asociados con dolor pélvico crónico.

El diagnóstico aproximado de la etiología del dolor pélvico crónico tiene como base la historia y el examen físico de la paciente.

En la historia del dolor pélvico crónico hay que incidir en la historia obstétrica, la localización, el tipo y la severidad del dolor cirugía previa y la historia psicosocial.

Los casos de dolor pélvico crónico en los que están indicado laparoscopia corresponde a un 44% (rango 11-54%), diversas publicaciones demuestran que no se evidencia anomalías en el procedimiento laparoscópico en un 35% de casos (0-52%), endometriosis 33% (2-60%), Sd adherencial 24% (0-52%) esto comprende el 92% de los hallazgos laparoscópicos. (10)(13)(14)(19)(20)(24)

II.5 DIAGNOSTICO LAPAROSCOPICO

Actualmente la laparoscopia es considerada el GOLD STANDARD para el diagnóstico de endometriosis pélvica o adherencias. Este procedimiento podría ayudar a un diagnóstico temprano o la exclusión de una patología en el dolor pélvico crónico.

Cuando la paciente acude en busca de ayuda, la sola mención de un problema de larga data, poco específico a veces, puede crear en el médico un sesgo el cual es difícil de evitar, pudiendo catalogarle “funcional” a esta paciente, incluso antes del examen. Como consecuencia de este proceder se hiera aún más la autoestima de quien consulta motivando con toda probabilidad, la búsqueda de otra opinión. Estas pacientes consultan en muchos lugares diferentes esperando solución a su problema. Las causas psicológicas del dolor han tomado una importancia errada, reforzadas por la existencia de muchas publicaciones mal

diseñadas, en las cuales, livianamente, se ha concluido que la morbilidad psicológica es causante del dolor. Es claro que las pacientes con DPC tienen índices de hipocondría, depresión e histeria mayores que las mujeres sanas. Pero estas diferencias no son significativas si se comparan mujeres con dolor de causa orgánica identificable versus aquellas con dolor sin causa orgánica. Dicho de otro modo, una mujer con un dolor pélvico crónico al cual no se le ha prestado suficiente atención y menos aún se le ha dado una solución, puede perfectamente manifestar variables psicométricas alteradas. Por lo anterior descrito, la conducta más apropiada es agotar todas las instancias posibles, incluyendo la laparoscopia en busca del origen del dolor.

Independientemente la laparoscopia es el procedimiento de mayor utilidad para aclarar el diagnóstico del dolor pélvico crónico, ayudando a hacer un diagnóstico precoz y previniendo la evolución del dolor pélvico crónico.

Siendo la laparoscopia un procedimiento que se empezó a utilizar hace una década en el Perú y que poco a poco ha ido incrementándose su utilización en el dolor pélvico crónico y habiendo pocos estudios de laparoscopia en dolor pélvico crónico, es por este motivo que el presente estudio pretende dar una base científica basada en estadística sobre los hallazgos laparoscópicos y el tratamiento quirúrgico en algunos casos en pacientes con dolor pélvico crónico

II.6 CLASIFICACION

Se describen muchas causas de dolor pélvico crónico, dentro de ellas causas de origen ginecológico (tabla N°1) y no ginecológicos (tabla N°2) (11) (17) (23) (32)(38).

Tabla N° 1 Causas Ginecológicas

GINECOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> . Adherencias pélvicas . Endometriosis . EIP . Tumores ováricos . Varicosidades Pélvicas . Sd de Ovario residual . Vagina corta . Distopias uterinas (RVF) . Cicatrices rígidas de fondo de saco . Secuelas quirúrgicas (Fijación anómala de útero sacros)

Tabla N° 2 Causas No Ginecológicas.

NO GINECOLOGICAS
<p>Gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> Constipación Sd Intestino irritable Enfermedad inflamatoria intestinal Enfermedad Diverticular Apendicopatía <p>Urinarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sd Uretral Cistitis Intersticial Litiasis Ureteral impactada <p>Músculo esqueléticas o neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Mialgia por tensión del piso pélvico Atropamiento nervioso Desgarro de tendón de rectos Hernias discales Cirugías por incontinencia <p>Psicosexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> Anorgasmia Secundaria Abuso Sexual

II.7 OBJETIVOS

Los objetivos previstos en el desarrollo del presente trabajo han sido fundamentalmente los siguientes:

II.7.1 Objetivo General

- a) Determinar las principales causas de dolor pélvico crónico en mujeres intervenidas laparoscópicamente en el Hospital EsSalud Angamos en el período comprendido entre enero 2001 - diciembre 2005.

II.7.2 Objetivos Específicos

- a) Describir los procedimientos quirúrgicos realizados laparoscópicamente en los pacientes con dolor pélvico crónico sometidos a laparoscopia diagnóstica
- b) Determinar la edad promedio de los pacientes con dolor pélvico crónico sometidos a un procedimiento laparoscópico.
- c) Determinar el porcentaje de pacientes con hallazgos normales laparoscópicamente
- d) Determinar el porcentaje de mejoría en 6 meses, del dolor pélvico crónico en pacientes sometidas a laparoscopia diagnóstica quirúrgica

III. MATERIAL

Y

METODOS

III. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es un estudio longitudinal descriptivo: *Revisión de Casos*. Observacional, analítico y retrospectivo.

Se trabajo con el total de la población constituida por todas las mujeres con dolor pélvico crónico sometidas a una laparoscopia diagnostica quirúrgica acudieron al Hospital EsSalud Angamos entre enero del 2001 y diciembre del 2005.

III.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

III.1.1 Criterios de Inclusión

- a) Pacientes con dolor pélvico crónico mayor de 6 meses
- b) Historia clínica accesible y con información requerida completa.
- c) Mujeres entre 18-60 años que acudan a consultorio externo de ginecología del Hospital Angamos
- d) Mujeres que no presentan enfermedades crónicas diabetes, hipertensión arterial, y trastornos del sistema nervioso central

III.1.2 Criterios de Exclusión

- a) Pacientes con antecedente de laparoscopia diagnostica.
- b) Pacientes con dolor pélvico como dismenorrea y dispare unía.
- c) Historia clínica no disponible y/o con información requerida incompleta.
- d) Paciente con antecedente de cáncer en órgano reproductor.
- e) Paciente que cursen con enfermedades mentales.

III. 2 Metodología

De la revisión de las historias clínicas y de los libros de reporte quirúrgico, se obtuvieron 236 pacientes que fueron sometidas al procedimiento, 18 de los cuales no cumplieron con los criterios de inclusión (historia clínica incompleta, reporte operatorio mal descrito, paciente sometida anteriormente a laparoscopia). Siendo por lo tanto 218 pacientes la casuística del presente trabajo.

La técnica laparoscópica fue la habitual.

1. Paciente en posición de litotomía, en que se utiliza anestesia general con intubación endotraqueal
2. Limpieza y desinfección de la zona umbilical y vulvovaginal, cateterismo vesical previa a la intervención quirúrgica.
3. Incisión con bisturí dentro de la cicatriz umbilical de $\frac{1}{2}$ cm donde se introduce la aguja de Beerh para realizar el neumoperitoneo, mediante insuflación con CO₂ en un volumen que varía 2-3L según la paciente.
4. Penetración de la cavidad mediante un trocar de 10 mm con su respectiva camiseta, la cual queda al retraerse el trocar.
5. Colocación de la paciente en Trendelenburg.
6. Introducción de la cámara laparoscópica por el trocar de 10 mm.
7. Exploración visual de la cavidad abdominal.
8. Colocación de un segundo trocar de 5 mm para una mejor exploración, en la mayoría de los casos se utilizo hasta un tercer trocar de 5 mm, lo cual permite

una mejor movilización de estructuras internas y la realización de procedimiento quirúrgico.

9. Terminado el procedimiento se retira el laparoscopio y se extrae el gas a través de la camiseta.
10. Terminado esto, se sutura la piel.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

Edad Promedio (Tabla N° 1)

La edad de los pacientes fue $33,2 \pm 7.8$ a.(edad promedio)

El intervalo está comprendido entre 18-53 a. Muestra la distribución por edad divididos en quinquenios. Así tenemos que el intervalo de edad entre 30-40 a agrupa la mayor cantidad de paciente 23,85%. En segundo lugar, 25-29 con 21,10%; en tercer lugar, 35-39 a con un porcentaje de 20,18. Finalmente, las edades < 20 (1,83%) y > 45 (5,50%) son los que agrupan a la menor cantidad de pacientes.

Tiempo de enfermedad (Tabla N° 2)

Esta tabla muestra el tiempo de enfermedad que la paciente presenta hasta la consulta ginecológica. Esta presenta una duración promedio de $33,6 \text{ m} \pm 24 \text{ m}$. con un intervalo que va desde los 6 m. – 84 m.

El intervalo que agrupa a la mayor cantidad de pacientes es el de 6-12 m. con 42,20%. Segundo por el de mayor de 48 a (22,01%). Finalmente, los intervalos comprendidos entre 25-36 m. y el 37-48 m. son los que agrupa a la menor cantidad de pacientes 11 y 5.5% respectivamente.

Antecedentes patológicos (Tabla N° 3)

Podemos apreciar que 140 (64,20%) presentan antecedentes de descenso y 94 pacientes (43,10%) presenta antecedente de aborto, 70 pacientes (32,14%)

presenta antecedente EPI, 54 pacientes presenta antecedente quirúrgico y 42 pacientes presenta como antecedente uso de dispositivo intrauterino.

Características de los abortos (Tabla N° 4)

Muestra la característica del tipo de aborto, siendo espontáneo en un 45,16% (56 abortos) y provocado 54,8% (68).

Número de gestaciones (Tabla N° 5)

Nos muestra el número de gestaciones por pacientes, siendo las más frecuentes el intervalo de 1-2 en 82 pacientes (37,61%); en segundo lugar de 3-4 58 pacientes (26,60%) y siendo nulípara 56 pacientes (25,68%).

Antecedente quirúrgico (Tabla N° 6)

Muestra el número de paciente que presenta como antecedente cirugía pélvica previa, muestra que 54 pacientes (24,8%) fueron sometidas a algún tipo de cirugía pélvica previa.

Tipos de cirugía (Tabla N° 7)

Se muestra el tipo de cirugía previa abdominal a la que habían sido sometidas las pacientes.

Se realizaron 54 procedimientos quirúrgicos en 54 pacientes.

14 pacientes (25,94%) fueron sometidas a cesárea; 10 pacientes (18,52%) operadas de quistes; 10 pacientes fueron operadas por embarazo ectópico; 8

pacientes (14,81%) operadas de apéndice; en 7 pacientes (12,96%) se realizó colecistectomía y 5 pacientes (9,26%) se realizó HAT.

Característica del dolor (Tabla N° 8)

Se puede apreciar que el tipo de dolor más frecuente es el dolor tipo hincada en 48 pacientes (22,1%), seguido por el dolor tipo cólico en 45 pacientes (20,6%), no precisó el dolor en 42 pacientes (19,3%). Presentan dolor tipo ardor 22 pacientes (13,3%), además encontramos que 30 pacientes presentan un dolor misceláneo (dolor hincada, ardor, cólico) que representa el 13,7%.

Localización del dolor pélvico crónico (Tabla N° 9)

Muestra la distribución por localización del dolor, así tenemos que en primer lugar se encuentra la localización en hipogastrio en 54 pacientes (24,8%); en segundo lugar el dolor en fosa ilíaca derecha en un 21,2% (46 pacientes); en tercer lugar en el hemiabdomen inferior 40 pacientes (18,3%). Finalmente, 2 pacientes (0,9%) no precisan una localización específica del dolor.

Correlación entre el examen clínico y hallazgos laparoscópicos

(Tabla N° 10)

Muestra que de los 139 pacientes en el cual el examen pélvico es normal al ser sometido al procedimiento laparoscópico en 112 pacientes (84,2%) se encontró alguna alteración y sólo 21 pacientes (15,8%) arrojó una laparoscopia normal.

En cuanto a los 85 pacientes con examen físico anormal, en 74 pacientes (87,1%), el procedimiento laparoscópico fue anormal y solo en 11 pacientes (12,9%) se encontró laparoscopia normal.

Diagnóstico laparoscópico (Tabla N° 11)

Muestra la prevalencia de las patologías que ocasionan el dolor pélvico crónico según el procedimiento laparoscópico.

En primer lugar, tenemos 65 pacientes (29,9%) con diagnóstico de síndrome adherencial; segundo lugar, 52 pacientes (23,8%) con diagnóstico de endometriosis; en tercer lugar, 28 pacientes (12,8%) con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatorio; en 15 pacientes (6,9%) se encontró pelvis congestiva, en 13 pacientes (5,9%) quiste anexial.

De todos los procedimientos laparoscópicos en 32 pacientes (14,7%) no se encontró alguna patología.

Grado de Endometriosis (Tabla N° 12)

Muestra la distribución según el grado de endometriosis de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Fertilidad.

El grado II fue el más frecuente 38,5%, el grado I: 36,5%, el grado III: 15,4% y el grado IV: 9,6%.

Localización anatómica de los implantes endometriósicos (Tabla N° 13)

Nos indica la localización anatómica de los implantes endometriósicos, siendo el útero la localización más frecuente 41,7%; seguido del ovario en 34,6%, trompas

uterinas 29,2%, ligamento uterosacro 22,9%, fondo de saco posterior y ligamento ancho 18,8%, ligamento redondo fondo de saco anterior y vejiga 4,2; respectivamente.

Grados del Síndrome Adherencial (Tabla N° 14)

Se observa la clasificación del grado del síndrome adherencial de acuerdo a la clasificación de la Sociedad Americana de Infertilidad. Siendo el grado I el más frecuente 38,5%; grado II: 16,9% y grado III: 21,5% y Grado IV: 23,1%.

Tipos de tumores anexiales (Tabla N° 15)

Muestra los tipos de tumoraciones anexiales encontradas por laparoscopia de los 13 pacientes, 7 pacientes (53,8%) presentaron quiste ovárico y 6 pacientes (46,2%) presentaron quiste paratubárico.

Enfermedad pélvica inflamatoria (Tabla N° 16)

Esta tabla nos muestra las características de las enfermedades pélvicas inflamatorias encontradas por laparoscopia de los 25 pacientes con EPI, 13 pacientes (46,4%) presentaron focos compatibles con Clamydia; 18 pacientes (64,3%) signos congestivos; 9 pacientes (32,1%) Hidrosalpinx y 01 paciente (3,6%) presentó Piosalpinx.

Características del mioma uterino (Tabla N° 17)

Muestra las diferentes características del mioma uterino hallado por laparoscopia.

En cuanto al tamaño lo más frecuente fue el intervalo de 3-6 cm 62,5%. Con respecto al número lo más frecuente fue la de presentación única 62,5% y en la ubicación los más frecuentes fueron las subserosos 75%.

Procedimiento quirúrgico realizado durante el procedimiento laparoscópico (Tabla N° 18)

Muestra el tipo de procedimiento quirúrgico realizado, siendo la más frecuente la adhesiolisis en 65 pacientes (36,6%), seguido de la electrofulguración de focos endometriosis 29,1%, laparoscopia diagnóstica en 45 pacientes (25,1%).

Se realizó quistectomía laparoscópica en 8 pacientes (4,5%), aspiración de quiste en 5 pacientes (2,8%) y finibrostomía en 4 pacientes (2,2%).

Evaluación del dolor (Tabla N° 19)

En esta tabla podemos apreciar aquellos pacientes en el que se les realizó algún procedimiento al indagar sobre la mejoría del dolor dentro del mes del procedimiento encontramos que 107 pacientes (59.8%) refiere una total mejoría y 12.8% regular mejoría y 7 pacientes (3.9%) refiere haber empeorado con el procedimiento.

Evolución del dolor en un periodo de 6 meses (Tabla N° 20)

Podemos encontrar que a los 6 meses 45.3% refieren una total mejoría; 8.4% regular mejoría; 22.9% poca mejoría y 19.5% precisa que no observa cambios.

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC), constituye una de las patologías donde el método de diagnóstico de su tratamiento, plantean un problema peculiar muy distinto de la evaluación del dolor pélvico agudo. En el deseo de los médicos de analizar y diagnosticar la causa del DPC y de encontrar una cura para la enfermedad fundamental, a menudo pasamos por alto los factores predisponentes complejos e insidiosos que culminan en los síndromes de dolor crónico; la terapéutica sin duda debe incluir el diagnóstico y el tratamiento apropiado de la enfermedad. Sin embargo, se necesita un método integral que abarque la atención a factores psicológicos y sociales predisponentes para lograr una mejoría definitiva en la calidad de vida y el pronóstico de curación a largo plazo.

En los estudios realizados en otros países el promedio de edad observada de mujeres con DPC es 27-29 años (1,6,7,13), en el presente estudio observamos un promedio de edad mayor 33,2 a, con un intervalo de 18-35 a. En un estudio colombiano Criollo (19) reporta un promedio de $34,2 \pm 6$ a uno de los pocos que coinciden con nuestro resultado, podemos ver que son los quinquenios comprendidos entre 25-29 a, 30-34 y 35-39 a que juntos constituyen el 65% del total de la población,

Con respecto al tiempo de enfermedad, encontramos un promedio de 33,6 m \pm 24 m, con un rango muy amplio que va de los 6 m – 84 m concordando el rango con estudios realizados en otros países (19,23,31,36).

En cuantos a antecedentes patológicos podemos encontrar como factores de riesgo, al antecedente de descenso vaginal 64,2% de paciente y el antecedente de aborto 43,1% (94) de los cuales 54,8% fueron provocados y el 32,1% de pacientes presentaron antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, siendo tratadas con Clindamicina + Gentamicina en su mayoría.

De los pacientes que presentaron algún antecedente quirúrgico, 54 pacientes (24,7%), en 30 de ellos se hizo el diagnóstico síndrome adherencial, no encontrándose esta patología en las pacientes en donde el procedimiento realizado fue por laparoscopia; esto coincide con los reportes que indican que la cirugía laparoscópica, forma menos adherencia que la cirugía convencional (33,38).

Las características del dolor pélvico crónico, con lo que acudieron los pacientes fueron: el dolor tipo hincada en 22,1% y dolor tipo cólico en 20,6%, siendo la localización más frecuente, el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha.

El diagnóstico de laparoscopia normal en el dolor pélvico crónico es variable, algunos autores reportan Vercellini 37%, Kresch 9%, Rapkin 36%, Bohary 18%, Koninckx 3% en nuestro estudio encontramos laparoscopia negativa en 32 pacientes (14,7%).(17,21,35,42).

Si realizamos el cruce con el examen pélvico encontramos que de estos 32 pacientes con laparoscopia negativa solo 21 (15,8%) comprendía a un examen pélvico normal.

La cirugía laparoscópica constituye la prueba de oro para el diagnóstico del DPC, es un procedimiento que nos permite la visualización directa de las estructuras, así como también una estratificación de enfermedades como endometriosis y síndrome adherencial. Sin embargo, existen patologías en las cuales la laparoscopia solo da un diagnóstico laparoscópico presuntivo como en el caso de la adenomiosis que en nuestro estudio se encuentra en 4 pacientes (1,4%) lo cual es corroborado por patología.(37)

Los hallazgos laparoscópicos encontrados fueron en primer lugar síndrome adherencial 29,9%, endometriosis 23,8%, laparoscopia negativa 14,7% en diferentes estudios realizados. Los resultados son variados como por ejemplo, Demco (1997) nos da resultados endometriosis 69%, síndrome adherencial 18%; en cambio, Howard (1998) encuentra como causa más frecuente de DPC síndrome adherencial 33%, endometriosis 14%; Mahmood (1991), endometriosis 15%, síndrome adherencial 28%; Longslneth (1990), síndrome adherencial 36%, endometriosis 20%; pero los que todos reflejan es que entre estas dos patologías constituyen más del 50% de los hallazgos laparoscópicos.(31,44,46)

Se realiza una tabla comparando los resultados de diferentes hallazgos
Tabla N° 1.

Tabla 1. Laparoscopic findings in women with CCP²⁸

Study	Number of patients	No visible pathology (%)	Endometriosis (%)	Adhesions (%)	Chronic PID (%)	Ovarian cysts (%)	Pelvis varicosities (%)	Myomas (%)	Other (%)
Renaer (1981)	108	58	20	0	21	0	0	0	0
Kresch et al (1984)	100	9	32	51	0	0	3	0	5
Rosenthal et al (1984)	60	25	17	40	-	-	-	-	18
Levitan et al (1985)	186	92	2	3	4	0	0	0	0
Rapkin (1986)	100	36	37	26	0	1	0	0	0
Bahary et al (1987)	130	18	5	2	29	15	1	4	025
Longstreth et al (1990)	76	36	20	36	4	17	0	5	7
Vercellini et al (1990)	126	37	32	18	6	2	0	0	3
Koninckx et al (1991)	227	3	74	52	2	0	0	0	0
Peters et al (1991)	49	65	8	18	0	4	2	2	0
Mahmood et al (1991)	156	57	15	28	0	0	0	0	0
Howard (1994)	65	8	38	34	3	6	0	2	9
Carter (1994)	141	0	80	13	0	0	0	3	2
Totals	1524	35	33	24	5	3	<1	<1	4
Nuestro trabajo	218	15	24	30	13	6	7	4	1

La endometriosis es una enfermedad progresiva que afecta al 5-10% de las mujeres, puede ser causa de DPC cíclico y no cíclico. El diagnóstico definitivo se da por estudio histopatológico con una adecuada correlación de la visualización directa alrededor de 24% de las mujeres que se quejan de DPC, tienen esta patología. En este estudio, se encontró que el 23,8% de las pacientes con DPC presentaban endometriosis a la laparoscopia sin diferencia reportado en la literatura.

Para la clasificación del grado de endometriosis, se utilizó el esquema elaborado por la Sociedad Americana de Fertilidad (16), basada en la localización y extensión de los implantes endométriosicos, de acuerdo a esto encontramos: que el grado II es el más frecuente en 38,5%; seguido del grado I 36,5%; Koninck y colaboradores informaron que en mujeres con DPC, los porcentajes encontrados fueron 19%, 33%, 33%, 14% en los grados I, II, III y IV respectivos. Concordando con nuestro trabajo.

En cuanto a la ubicación de los focos endometriósicos sabemos que las más frecuentes es a nivel de ovario, trompa y fondo de saco posterior; en nuestro estudio la localización más frecuente fue el útero en 47%, seguido de ovario en 34,6%.

El síndrome adherencial constituye uno de los hallazgos orgánicos más frecuentes detectados en el momento en que se practica una laparoscopia diagnóstica para evaluar el DPC en aproximadamente 33% (Longstretch, 1997).

En nuestro estudio se encontró 65 pacientes (29,9%) en cuanto a la clasificación del síndrome adherencial. Según la Sociedad Americana de Fertilidad el más frecuente fue el grado I: 38,5%; seguido del IV grado 23,1%.(19,31)

No existen muchos estudios en los que se relaciona el DPC con los tumores anexiales, lo que si es un hecho que al realizar el examen laparoscópico, estos son hallados y muchas veces constituyen el único componente orgánico para el DPC. En el presente trabajo, los tumores anexiales constituyen el 5,9% de las causas de DPC de los cuales el 53,8% fueron quiste ovárico y 46,2% quiste paratubárico.

En relación con los procedimientos laparoscópicos realizada la adhesiolisis fue el procedimiento más frecuente realizado 36.3%; seguido de la electrofulgoración de los focos endometriósicos en 29.1%. En cuanto a la laparoscopia negativa (25.1%).en los estudios realizados por Haward se encontró un porcentaje de laparoscopia negativa de 35%.

Hay que tener en cuenta que la laparoscopia no es el último examen de evaluación ya que muchos doctores al encontrar un laparoscopia negativo, sugieren a la paciente que no tienen nada malo, que el dolor está es su cabeza, o que el único tratamiento para calmar el dolor es la histerectomía. Se ha encontrado que un gran porcentaje de estos pacientes que aparentemente presentan laparoscopia negativa, al realizar en ellos una venografía pélvica que más del 80% de las mujeres sin causas manifiestan dolor en la laparoscopia, tienen congestión venosa intensa en las primeras venas gonadales; por medio de la venografía

transuterina el 91% de las mujeres con DPC han presentado signos de varicocele en comparación con el 10% observadas en las pacientes por laparoscopia. (13,17,21,22,31)

Con respecto a la evaluación del dolor un 72.6% de pacientes refiere una mejoría después del procedimiento de estos, el 50% corresponde a las pacientes con síndrome adherencial, el 31% a pacientes con endometriosis. Wykes (19) en su estudio encuentra una total mejoría de 67% y empeoró el dolor en 9%.

A la evaluación del dolor a los 6 meses vemos que del 72.6% que encontraron una mejoría, sólo el 53.7% refieren haber encontrado mejoría; es decir, disminuyó la mejoría en 18.9% correspondiente a esta disminución un 63% de paciente con endometriosis.

Wykes en este mismo estudio, refiere al deterioro de la mejoría en un 33% y llegando hasta un 64% al año. Haciendo hincapié que son las pacientes sometidas a electrofulgoración los que al año se puede encontrar nuevos focos endométricos.

Dentro del enfoque integral de la mujer con DPC, es importante la evaluación e intervención de los aspectos emocionales, los cuales pueden estar asociados como consecuencia de su patología crónica. En la medida en que las pacientes tengan una evaluación integral por un equipo multidisciplinario es alta la probabilidad de hallazgos potencialmente causales de DPC en la laparoscopia. (19,22,31,)

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

Del presente trabajo podemos concluir:

- 1) De las pacientes que manifiestan dolor pélvico crónico y fueron sometidas a un procedimiento laparoscópico en 85.3% se encontró una patología pélvica.
- 2) El síndrome adherencial (29.9%) y la endometriosis (23.8%) son las patologías pélvicas muy frecuentes encontradas por laparoscopia en pacientes con dolor pélvico crónico, se encontró laparoscopia negativa en 14.7%.
- 3) La edad promedio de las pacientes sometidas a laparoscopia por dolor pélvico crónico es de 33.2 ± 7.8 a.
- 4) La adhesiolisis (36.3%) y electrofulgoración (29.1%) son los procedimientos más frecuentes realizados en una laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico.
- 5) La mejoría del dolor pélvico crónico a los 6 meses después de haberse realizado un procedimiento laparoscópico es de 53.7% habiendo disminuido en 18.9% con respecto al mes de la operación.

VII. TABLAS Y GRÁFICOS

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

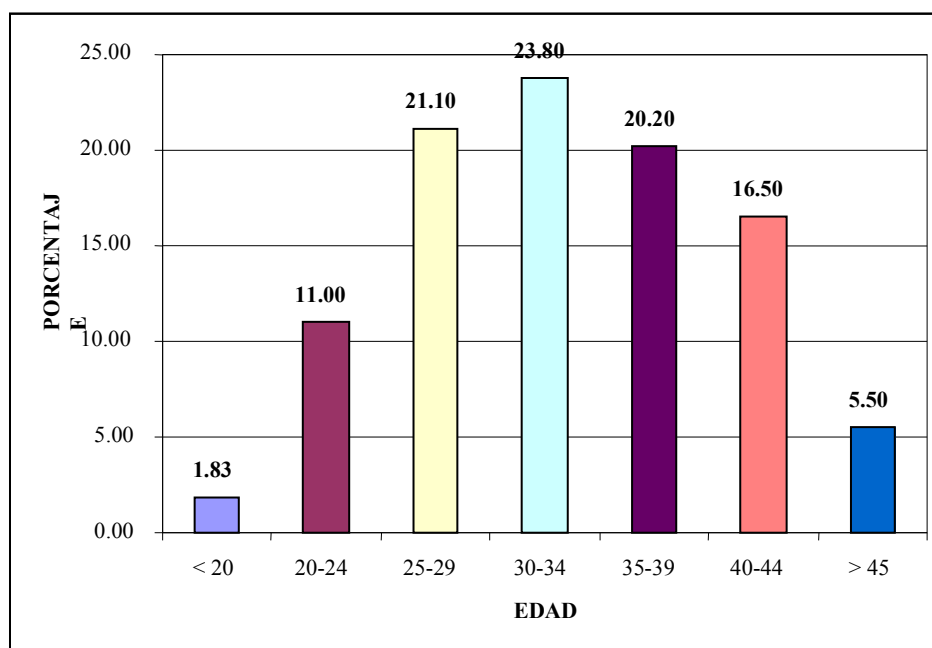
TABLA N° 1

Distribución por edad (N° = 218)

Edad	N° Pacientes	Porcentaje
< 20	4	1.83
20-24	24	11.0
25-29	46	21.1
30-34	52	23.8
35-39	44	20.2
40-44	36	16.5
> 45	12	5.5

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

GRÁFICO N° 1



**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

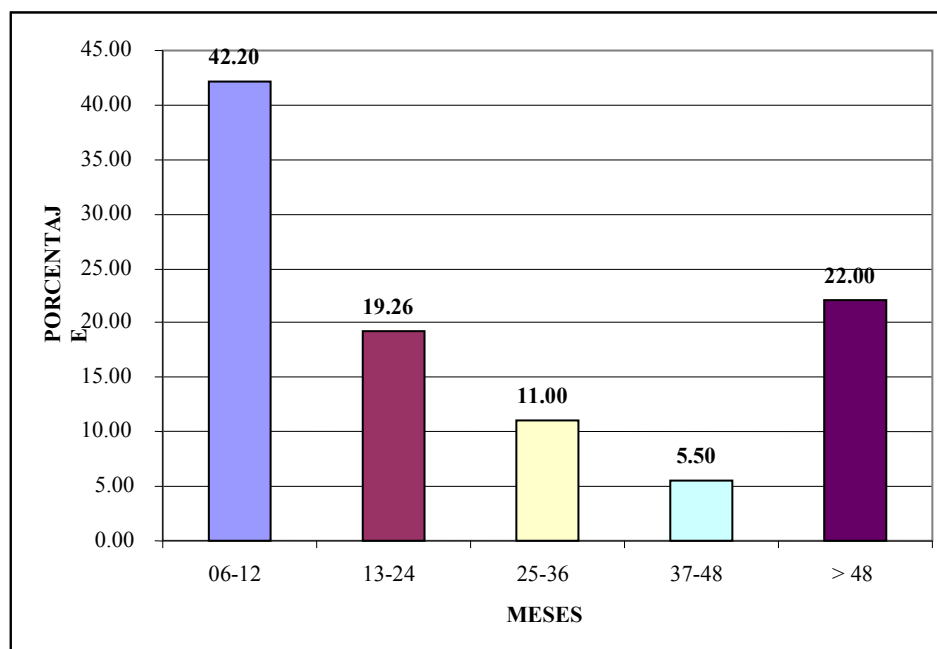
TABLA N° 2

Tiempo de enfermedad (meses)

Meses	N° Pacientes	Porcentaje
6 – 12	92	42.2
13 – 24	42	19.26
25 – 36	24	11.0
37 – 48	12	5.5
> 48	48	22.0

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

GRÁFICO N° 2



**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

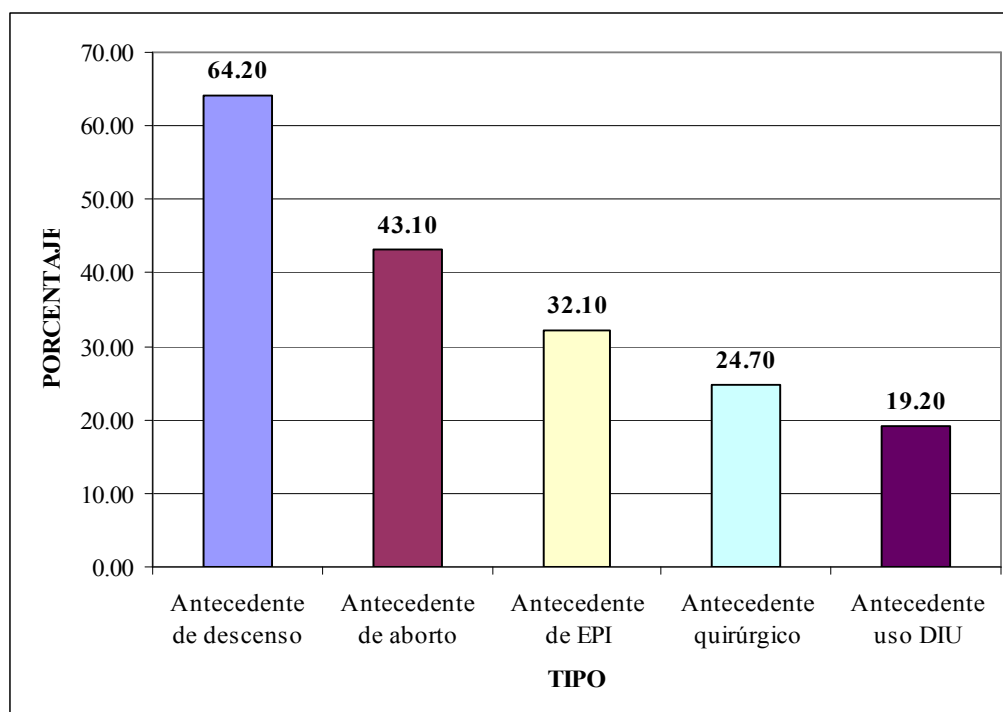
TABLA N° 3

Antecedentes Patológicos

Tipo	Total	Porcentaje
Antecedente de descenso	140	64.2
Antecedente de aborto	94	43.1
Antecedente de EPI	70	32.1
Antecedente quirúrgico	54	24.7
Antecedente uso DIU	42	19.2

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

GRÁFICO N° 3



**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 4

Características de los abortos (N° 124)

Tipo de aborto	N° Pacientes	Porcentaje
Esponáneo	56	45.2
Provocado	68	54.8
TOTAL	124	100

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

TABLA N° 5

Número de gestaciones previas

Gestaciones previas	N° Pacientes	Porcentaje
0	56	25.7
1 – 2	82	37.6
3 – 4	58	26.6
> 4	22	10.1

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 6
Antecedente quirúrgico

Cirugía	N° Pacientes	Porcentaje
Si	56	45.2
No	68	54.8
TOTAL	218	100.0

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

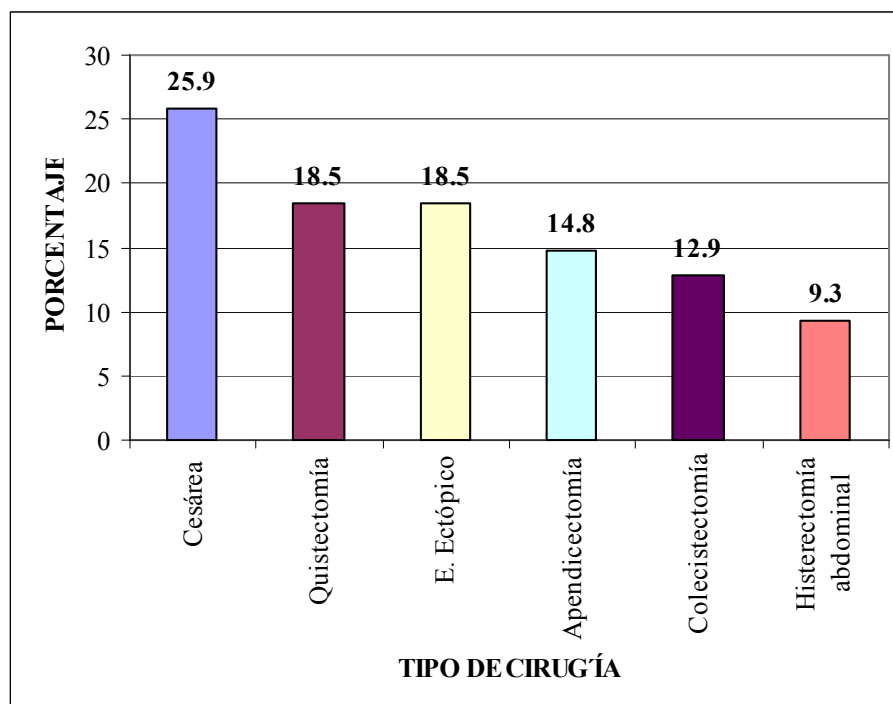
TABLA N° 7

Tipos de cirugía (N° 54)

Tipo de cirugía	N° Pacientes	Porcentaje
Cesárea	14	25.9
Quistectomía	10	18.5
E. Ectópico	10	18.5
Apendicectomía	8	14.8
Colecistectomía	7	12.9
Histerectomía abdominal	5	9.3

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

GRÁFICO N° 4



**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

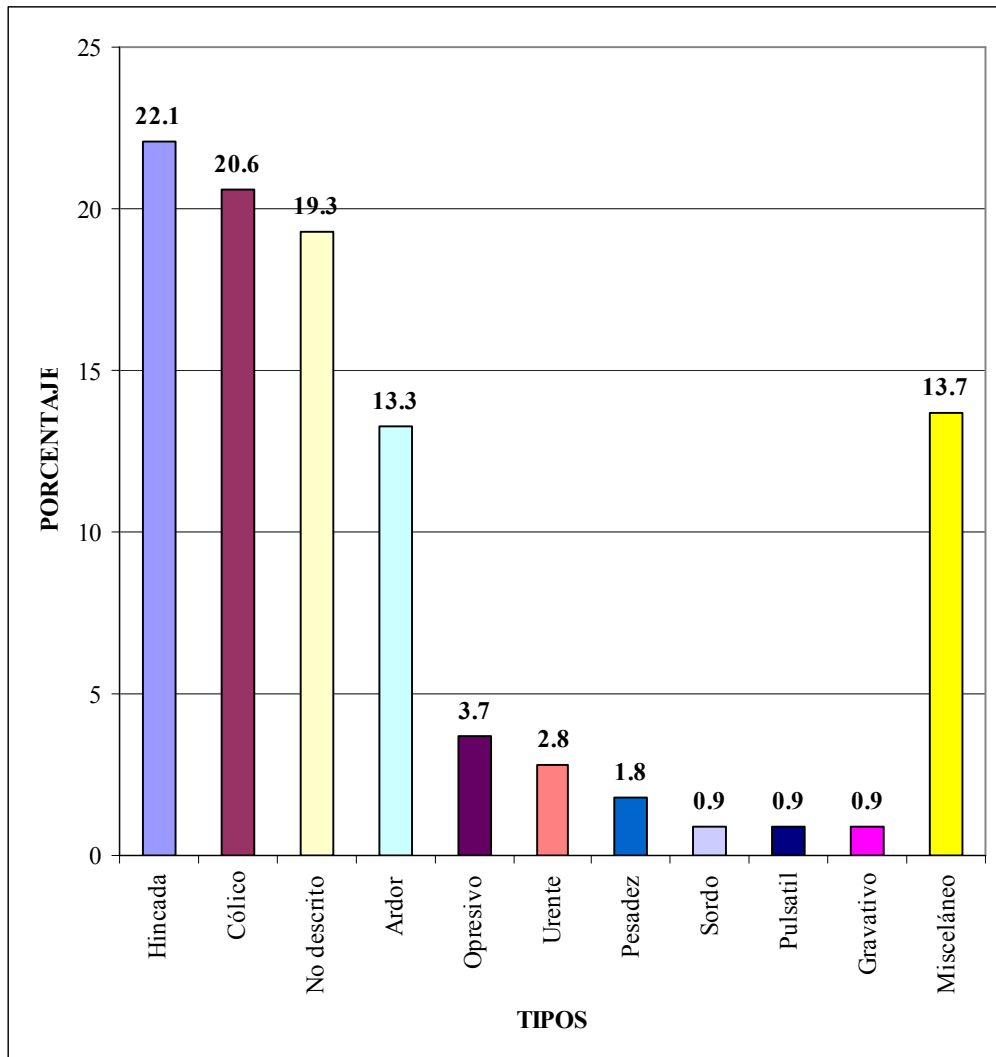
TABLA N° 8

Características del dolor pélvico crónico

Tipos	N° Pacientes	Porcentaje
Hincada	48	22.1
Cólico	45	20.6
No descrito	42	19.3
Ardor	29	13.3
Opresivo	8	3.7
Urente	6	2.8
Pesadez	4	1.8
Sordo	2	0.9
Pulsatil	2	0.9
Gravativo	2	0.9
Misceláneo	30	13.7

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

GRÁFICO N° 5



**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 9

Localización del DPC

Localización	N° Pacientes	Porcentaje
Hipogastrio	54	24.8
Fosa ilíaca derecha	46	21.2
Hemiabdomen inferior	40	18.3
Fosa ilíaca izquierdo	36	16.5
Cuadrante inferior izquierdo	16	7.3
Fosas ilíacas	16	7.3
Cuadrante inferior derecho	6	2.8
Difuso	2	0.9
Hemiabdomen izquierdo	2	0.9
TOTAL	218	100

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 10

Correlación entre examen clínico y hallazgos laparoscópicos

Examen Pélvico pre operatorio	N° de casos	Hallazgos normal		Laparoscópicos anormal	
		No	%	No	%
Normal	139	21	15.8	11.2	84.2
Anormal	85	11	12.9	74	87.1
TOTAL	218	32		186	

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

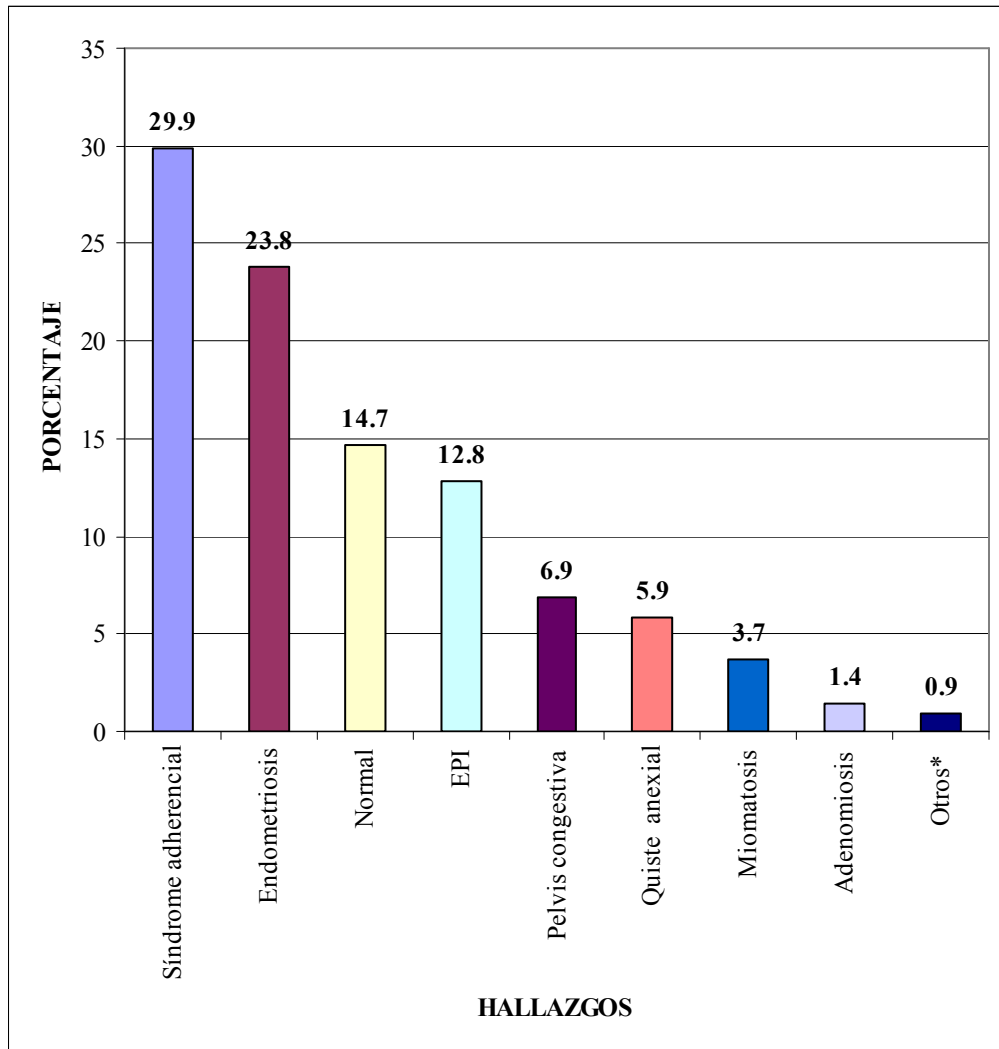
TABLA N° 11
Diagnóstico laparoscópico

Hallazgos	N° Pacientes	Porcentaje
Síndrome adherencial	65	29.9
Endometriosis	52	23.8
Normal	32	14.7
EPI	28	12.8
Pelvis congestiva	15	6.9
Quiste anexial	13	5.9
Miomatosis	9	3.7
Adenomiosis	4	1.4
Otros*	2	0.9

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

* Útero didelfo

GRÁFICO N° 6



**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 12

Clasificación: Grado de endometriosis (N° 52)

Grado	N° Pacientes	Porcentaje
I	19	36.5
II	20	38.5
III	8	15.4
IV	5	9.6
TOTAL	52	100

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 13

Localización anatómica de los implantes endometriósicos (N° 52)

Localización	N° Pacientes	Porcentaje
Útero	20	41.7
Ovario	18	34.6
Trompas	14	29.2
Ligamento uterosacro	11	22.9
Fondo de saco posterior	9	18.8
Ligamento ancho	9	18.8
Ligamento redondo	2	4.2
Fondo de saco anterior	2	4.2
Vejiga	2	4.2

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 14

Clasificación: Grado del síndrome adherencial (N° 65)

Grado	N° Pacientes	Porcentaje
I	25	38.5
II	11	16.9
III	14	21.5
IV	15	23.1
TOTAL	65	100

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

TABLA N° 15

Tumoraciones anexiales

Tipo	N° Pacientes	Porcentaje
Quiste ovárico	7	53.8
Quiste paratubárico	6	46.2
TOTAL	13	100

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

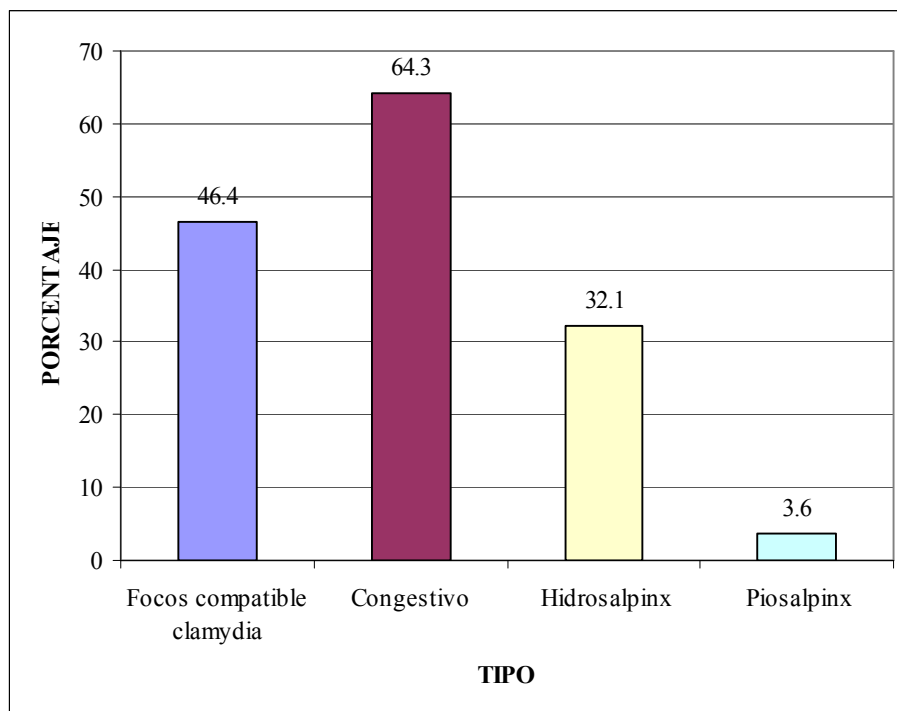
TABLA N° 16

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (N° 28)

Tipo	N° Pacientes	Porcentaje
Focos compatible clamidia	13	46.4
Congestivo	18	64.3
Hidrosalpinx	9	32.1
Piosalpinx	1	3.6

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

GRÁFICO N° 7



**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 17

Características del mioma uterino (N° 8)

Tamaño	Mioma	Porcentaje
< 3 cm	3	37.5
3-6 cm	5	62.5
> 6 cm	0	0
Número		
1	5	62.5
2	2	25.0
3	1	12.5
> 3	0	0.0
Ubicación		
Subseroso	6	75.0
Intramural	2	25.0
Submucoso	0	0.0

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 18

**Procedimiento quirúrgico realizado durante
el procedimiento laparoscópico (N° 179)**

Procedimiento quirúrgico	Total	Porcentaje
Adhesiolisis	65	36.3
Electrofulguración de focos endometriósicos	52	29.1
Laparoscopia diagnóstica	45	25.1
Quistectomía	8	4.5
Aspiración de quiste	5	2.8
Fimbriostomía	4	2.2

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

**LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA Y QUIRÚRGICA EN EL DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD ANGAMOS**

TABLA N° 19

Evaluación del dolor (N° 179)

Evaluación	N° Pacientes	Porcentaje
Total mejoría	107	59.8
Regular mejoría	23	12.8
Poca mejoría	17	9.5
No cambió	25	13.9
Empeoró	7	3.9

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

TABLA N° 20

Evaluación del dolor en 6 meses (N° 179)

Evaluación	N° Pacientes	Porcentaje
Total mejoría	81	45.3
Regular mejoría	15	8.4
Poca mejoría	41	22.9
No cambió	35	19.5
Empeoró	7	3.9

Fuente: Servicio de Gineco-Obstetricia – Hospital ESSALUD Angamos

VIII. BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Yin Cheong. Investigations for chronic pelvic pain, *Reviews in Gynaecological Practice* 5 (2005) 227-236
2. Purana Van Bossagh. *European Journal of Obstetrics Gynaecology and Reproductive Biology* 103 (2002) 173-178
3. Krina Zondervan. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Bailliere Clinical Obstetric and Gynaecology* vol 14 N° 3 403-414 2000
4. Fred Howard. Conscious Pain Mapping by Laparoscopy in women with Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics and Gynaecology* vol 96 N° 6 December 2000.
5. S Duffy. Chronic pelvic pain: defining the scope of the problem. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 74 Supply 1 (2001) S3-S7.
6. W Reginald. Management of chronic pelvic pain. *Current Obstetrics and Gynaecology* 2000 10,208-213.
7. Catherine Wykes. Efficacy of laparoscopic excision of visually diagnosed peritoneal endometriosis in the treatment of chronic pelvic pain. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 125 2006 129-133.
8. Maria Porpora. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertility and Sterility*, November 1997, 765-779.
10. La Brosens. AN appraisal of the role of laparoscopy: past, present and future. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 74 Suppl1 2001 S9-S14.
11. J.Walker . Focus for the future: tackling the Pelvic Pain, problem in gynaecologic practice an interactive session.
12. Enda Mc Veigh. The surgical management of Pelvic Pain. *Current Obstetrics and Gynaecology* October 2005, pages 291-297.
13. Fred Howard. Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics and Gynaecology* vol 101 N° 3 March 2003.
14. Reitter R. Evidence-based management of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41:422-35.
15. Zondervan K, Yudkin PL, Vessey M, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:93-9.
16. Rosenfeld JA. Chronic pelvic pain: an integrated approach. *Am Fam Physician* 1996; 54:2187-8.

17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic pelvic pain. ACOG Technical Bulletin No. 223. Washington, DC: ACOG; 1996.
18. Steege JF. Dolor pélvico crónico. Primera Edición. México, DF: McGraw-Hill Companies; 2000.
19. Farquhar C. Extracts from the "clinical evidence". Endometriosis. *BMJ* 2000; 320:1449-52.
20. Ballweg M. Blaming the victim. The psychologizing of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24:441-53.
21. Miller D. Keep a low threshold in diagnosing PID. *Patient Care* 2000:75-90.
9. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999; 60:1753-68.
22. Valencia P. EPI y otras causas de dolor pélvico crónico. *Hosp Pract* 2000; 4:63-6.
23. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2002; 100:337-41.
24. Reed BD, Punch MR, Roth RS, Gorenflo DW, Gillespie BW. Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain, a comparative evaluation. *J Reprod Med* 2000; 45:624-32.
25. Boddien-Heidrich R, Kupperts V, Beckmann MW, Ozornek MH, Rechenberger I, Bender HG. Psychosomatic aspects of vulvodynia. Comparison with the chronic pelvic pain syndrome. *J Reprod Med* 1999; 44:411-6.
26. Edwards L, Mason M, Phillips M, Norton J, Boyle M. Childhood sexual and physical abuse. Incidence in patients with vulvodynia. *J Reprod Med* 1997; 42:135-9.
27. Jamieson D, Steege J. The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:1408-12.
28. Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1997; 42:433-4.
29. Stones RW, Mountfield J. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *The Cochrane Library*; 2002.
30. Doyle DF, Li TC, Richmond MN. The prevalence of continuing chronic pelvic pain following a negative laparoscopy. *J Obstet Gynaecol* 1998; 18:252-5.
31. Howard F. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynaecol* 1998; 46(4):749-66.
32. Math SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87:321-7.

33. Zondervan, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain with associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 2001; 51:541–7.
34. Walk G, Shaw RW. Endometriosis, pelvic pain and psychological functioning. *Fertil Steril* 1995; 63:796–800..
35. ng F, Slocumb J. Use of trigger point injections in chronic pelvic pain. *Obstet Gynaecol Clin N Am* 1993; 20(4):809–15.
36. Zndervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, et al. Chronic pelvic pain in the community—symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(6):
37. Walter A, Hentz J, Magtibay P, Cornella J, Magrina J. Endometriosis: correlation between histological and visual findings at laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(7):1411–3.
38. Caprini J, Arcelus J, Swanson J. The ultrasonic localisation of abdominal wall adhesions. *Surg Endosc* 1995; 16:283–5.
39. Tu F, Lamvu G, Hartmann K, Steege J. Preoperative ultrasound to predict infraumbilical adhesions: a study of diagnostic accuracy. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:74–9.
40. Beard RW, Reginald P, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95:153–61.
41. Campbell D, Halligan S, Bartram C, Rogers V, Hollings N, Kingston K, et al. Transvaginal power Doppler ultrasound in pelvic congestion. *Acta Radiol* 2003; 44:269–74.
42. Stones RW. Pelvic vascular congestion-half a century later. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46(4):831–6.
43. Almeida OD, Val-Gallas JM. Concious pain mapping. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4:587–90.
44. Swank DJ, Swank-Bordewijk SC, Hop WC, van Erp WF, Jenssen IM, Bonjier HJ, et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet* 2003; 361(9365):1247–51.
45. Duffy D, diZerega G. Adhesion controversies: pelvic pain as a cause of adhesions, crystalloids in preventing them. *J Reprod Med* 1996; 41(1): 19–26.
46. Stones RW, Cheong YC, and Horward F. Interventions for treating chronic pelvic pain. *The Cochrane Library* in press ;(3).
47. Kresch A, Seifer D, Sachs L, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984; 64:672–4..

48. Sutton CJ, Pooley AS, Ewen SP, Haines P. Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 68:1070-4.
49. Bazot M, Thomassin I, Hourani R, Cortez A, Darai E. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for deep pelvic endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24:180-5.
50. Guello RA. Dolor pélvico crónico indicador de laparoscopia. *Controversias en Ginecología y Obstetricia* 2000; 6:17-25.
51. Elcombe S, Gath D, Day H. The psychological effects of laparoscopy on women with chronic pelvic pain. *Psychol Med* 1997; 27:1041-50.
52. Miller BA, et al. five reasons to consider a hysterectomy. *Patient Care* 1999; 33:34-
53. after JE. Surgical treatment for chronic pelvic pain. *JSLs* 1998; 2:129-39.
54. Toro RJ, Yepes LE. Trastornos depresivos. *Psiquiatría, Fundamentos de Medicina*. 3a edición. Medellín: CIB; 1997. p. 132-3.
56. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-- a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 1997; 42:17-41.
57. Heim LT. Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *Am Fam Physician* 2001; 63:1535-43.
58. Gómez G. Varicolectomía por laparoscopia: descripción de una nueva técnica y su acción sobre el dolor pélvico crónico. *Med Reprod* 1998; 1:14-7.
59. Navarro H. Dolor pélvico crónico. En: Cifuentes R. (ed). *Ginecología y obstetricia basadas en las evidencias*. Bogotá: Editorial Distribuna; 2002. p.659-70

IX. ANEXOS

ANEXOS

Ficha de Recolección de Datos

Nombre..... F OPER.....
EDAD..... EXAMNEN PELVICO.....
G.....P..... MAC.....
ANTECEDENTES
QUIRURGICO.....
DOLOR PELVICO
TIEMPO DE ENFERMEDAD..... TIPODE DOLOR..... LOCALIZACION.....
EVOLUCION DEL DOLOR EN 6 MESES POS LAPARASCOPIA
TOTAL MEJORIA.....
REGULAR MEJORIA.....
POCA MEJORIA.....
EMPEORO.....
HALLAZGOS OPERATORIOS
.....
.....
.....
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
.....
.....
.....
DIAGNOSTICO
1.....
2.....
3.....



**AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS**

Patient's Name: _____ Date: _____

Stage I (Minimal) - 1-5 Laparoscopy _____ Laparotomy _____ Hysteroscopy _____

Stage II (Mild) - 6-15 Recommended Treatment: _____

Stage III (Moderate) - 16-40

Stage IV (Severe) - > 40

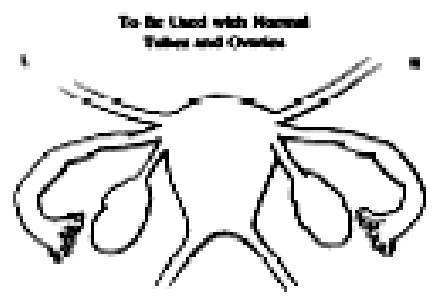
Total: _____ Pregnancy: _____

ENDOMETRIOSIS	Depth	Points				
		< 1cm	1-2cm	> 2cm		
PERITONEUM	Superficial	1	2	4		
	Deep	3	4	6		
OVARY	R. Ovary		1	2	4	
	Deep		4	16	20	
	L. Ovary		1	2	4	
	Deep		4	16	20	
POSTERIOR CERVICAL COLUTERATION		Partial	Complete			
		1	40			
ADHESIONS	R. Fallopian	< 1/3 Involvement	1	2	4	
		1/3-2/3 Involvement	4	8	16	
	L. Fallopian	< 1/3 Involvement	1	2	4	
		1/3-2/3 Involvement	4	8	16	
	TUBES	R. Fallopian		1	2	4
		Deep		4*	8*	16
		L. Fallopian		1	2	4
		Deep		4*	8*	16




*If the fallopian end of the fallopian tube is completely occluded, change the point assignment to 16.
 Describe appearance of superficial implants (open or red [R], red, red pink, fleshy, vesicular blebs, clear vesicles), white (W), opacification, postmenstrual defects, yellow-brown, or black (B) black, brownish deposits, blue. Describe percent of total described as R...% W...% and B...%. Total should equal 100%.




Additional Endometriosis: _____

Associated Pathology: _____



EXAMPLES & GUIDELINES

STAGE I (MINIMAL)	STAGE II (MILD)	STAGE III (MODERATE)
		
PERITONEUM Superficial Impls = 1-3cm - 2 R. OVARY Superficial Impls = < 1cm - 1 filmy Adhesions = < 1/3 - 1 TOTAL POINTS - 4	PERITONEUM Deep Impls = > 3cm - 6 R. OVARY Superficial Impls = < 1cm - 1 filmy Adhesions = < 1/3 - 1 L. OVARY Superficial Impls = < 1cm - 1 TOTAL POINTS - 9	PERITONEUM Deep Impls = > 3cm - 6 CULDESAC Partial Obstruction - 4 L. OVARY Deep Impls = 1-3cm - 10 TOTAL POINTS - 20

STAGE III (MODERATE)	STAGE IV (SEVERE)	STAGE IV (SEVERE)
		
PERITONEUM Superficial Impls = > 3cm - 4 R. TUBE filmy Adhesions = < 1/3 - 1 R. OVARY filmy Adhesions = < 1/3 - 1 L. TUBE Dense Adhesions = < 1/3 - 16* L. OVARY Deep Impls = < 1 cm - 4 Dense Adhesions = < 1/3 - 4 TOTAL POINTS - 30	PERITONEUM Superficial Impls = > 3cm - 4 L. OVARY Deep Impls = 1-3cm - 32** Dense Adhesions = < 1/3 - 8** L. TUBE Dense Adhesions = < 1/3 - 8** TOTAL POINTS - 52	PERITONEUM Deep Impls = > 3cm - 6 CULDESAC Complete Obstruction - 40 R. OVARY Deep Impls = 1-3cm - 16 Dense Adhesions = < 1/3 - 4 L. TUBE Dense Adhesions = 2/3 - 16 L. OVARY Deep Impls = 1-3cm - 16 Dense Adhesions = 2/3 - 16 TOTAL POINTS - 114

*Point assignment changed to 16
 **Point assignment doubled

Determination of the stage or degree of endometrial involvement is based on a weighted point system. Distribution of points has been arbitrarily determined and may require further revision or refinement as knowledge of the disease increases.

To ensure complete evaluation, inspection of the pelvis in a clockwise or counterclockwise fashion is encouraged. Number, size and location of endometrial implants, plaques, endometriomas and/or adhesions are noted. For example, five separate 0.5cm superficial implants on the peritoneum (2.5 cm total) would be assigned 2 points. (The surface of the uterus should be considered peritoneum.) The severity of the endometriosis or adhesions should be assigned the highest score only for peritoneum, ovary, tube or cul-de-sac. For example, a 4cm superficial and a 3cm deep implant of the peritoneum should be given a score of 6 (not 8), a 4cm

deep endometrioma of the ovary associated with more than 3cm of superficial disease should be scored 20 (not 24).

In those patients with only one adhesion, points applied to disease of the remaining tube and ovary should be multiplied by two. **Points assigned may be circled and summed. Aggregation of points indicates stage of disease (minimal, mild, moderate, or severe).

The presence of endometriosis of the bowel, urinary tract, fallopian tube, vagina, cervix, etc., should be documented under "additional endometriosis." Other pathology such as tubal occlusion, leiomyomata, uterine anomaly, etc., should be documented under "associated pathology." All pathology should be depicted as specifically as possible on the sketch of pelvic organs, and means of observation (laparoscopy or laparotomy) should be noted.

Property of the American Society for Reproductive Medicine 1988
 For additional supply write to American Society for Reproductive Medicine,
 1800 Montgomery Highway, Birmingham, Alabama 35214