

Procedimientos de intervención fisioterapéutica en el tratamiento del síndrome del dolor pélvico crónico de origen miofascial en la mujer

Physical therapy interventional procedures in the treatment of the myofascial originated chronic pelvic pain syndrome in women

E. M. Medrano Sánchez. Fisioterapeuta. Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

C. M. Suárez Serrano. Fisioterapeuta. Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

M. D. Cortés Vega. Fisioterapeuta. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

Correspondencia:

E. M. Medrano Sánchez
emedrano@us.es

Recibido: 8 enero 2008
Aceptado: 18 febrero 2008

RESUMEN

El síndrome del dolor pélvico crónico (SDPC) es un término confuso que generalmente se refiere al dolor localizado en la región abdominal y/o pélvica, que está presente desde al menos 6 meses, y que puede producir un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. La intención de nuestro trabajo es definir la línea de intervención fisioterapéutica en los casos de SDPC de origen miofascial en la mujer, basándonos en los resultados de las investigaciones revisadas. Se ha buscado sistemáticamente en las bases de datos: Pubmed, PEDro, The Cochrane Database of Systematic Reviews y ENFISPO. Incluimos los trabajos publicados entre enero de 2002 y noviembre de 2007, cuyo objeto de estudio se centra en el tratamiento fisioterapéutico del SDPC de origen miofascial. Nuestras conclusiones son que las diferentes modalidades de intervención fisioterapéutica son eficaces en el tratamiento del SDPC de origen miofascial y que hace falta un mayor número de investigaciones para concretar la magnitud de los efectos de los procedimientos de intervención fisioterapéuticos en el SDPC.

Palabras clave: síndrome del dolor pélvico crónico, Fisioterapia, puntos gatillo, suelo pélvico.

ABSTRACT

The chronic pelvic pain syndrome is an unclear concept which is normally located in the abdominal or pelvic areas, remains for over 6 months and may affect the patients' quality of life. The purpose of our study is to describe the physical therapy procedures used in the treatment of the myofascial originated chronic pelvic pain syndrome in women, whose basis are the results from the reviewed research. The data bases Pubmed, Pedro, The Cochrane Database of Systematic Reviews and ENFISPO have been systematically reviewed. We included those studies published between January of 2002 and November of 2007, whose aim was the physical therapy treatment of the myofascial chronic pelvic pain syndrome. Our conclusions are that the different types of physical therapy interventions are effective in the treatment of the myofascial originated chronic pelvic pain syndrome, and that further research needs to be done in order to determine the significance of the physical therapy procedures effects on the chronic pelvic pain syndrome.

Key words: chronic pelvic pain syndrome, Physical Therapy, trigger points, pelvic floor.

MARCO TEÓRICO

Definición de dolor pélvico crónico

El dolor pélvico crónico (DPC) es común en mujeres en edad reproductiva y ocasiona molestias y discapacidad, así como costes significativos para los servicios de salud. Existen varias explicaciones posibles, algunas de ellas bien conocidas como, por ejemplo, el síndrome de colon irritable o síndromes congestivos en la pelvis ⁽¹⁾.

El DPC es un término confuso que generalmente se refiere al dolor localizado en la región abdominal y/o pélvica, que está presente desde al menos 6 meses y que puede producir un impacto negativo en la calidad de vida de quienes lo padecen. Aunque afecta predominantemente a las mujeres, los hombres también pueden sufrirlo tanto en la región pélvica como en la anorrectal ⁽²⁾.

Presenta un cuadro clínico que genera una gran controversia en cuanto a su definición y etiología, así como por su enfoque diagnóstico y terapéutico. En cuanto a la definición, la complejidad para su formulación definitiva se deriva, en parte, de que puede aparecer en diferentes áreas de la pelvis ⁽³⁾. En relación al tratamiento, uno de los modelos de atención para este síndrome es el biopsicosocial ⁽⁴⁾, en el que se tratan el dolor y la discapacidad como el resultado de las complejas interrelaciones entre la estimulación sensorial y los condicionantes psicológicos y medioambientales ⁽⁵⁾.

Por desgracia, de los estudios se concluye que, al no existir una definición explícita del DPC, las posibilidades de investigación se reducen sensiblemente y, por tanto, la mejora del planteamiento de tratamiento para esta condición también se ve seriamente afectada.

Síndrome del dolor pélvico crónico

El DPC engloba un amplio abanico de manifestaciones clínicas (entre otras micción irregular, flujo miccional bajo, estreñimiento, dolor pélvico generalizado, etc.). En función de si el componente psicósomático es mayor o menor, tendríamos entonces que diferenciar entre síndrome del dolor pélvico crónico (SDPC) y el dolor pélvico crónico.

Por tanto, el SDPC es un cuadro clínico sensitivo, comportamental y psicológico que resulta de la activación persistente de los nociceptores, y que involucra a diferentes vías del dolor respecto a aquellas que estaban activadas en situaciones de dolor agudo ⁽⁶⁾.

Según la Sociedad Internacional del Dolor Pélvico (The International Pelvic Pain Society), el SDPC es uno de los problemas de salud más comunes que afectan hoy en día a las mujeres. Hay seis características presentes en todas las pacientes con este síndrome (The International Pelvis Pain Society):

1. El dolor ha estado presente por un mínimo de seis meses.
2. Los tratamientos farmacológicos convencionales no han sido eficaces.
3. El dolor percibido es desproporcionado en relación con los hallazgos físicos.
4. Agotamiento físico (trastornos del sueño, inapetencia, reacciones lentas en el movimiento).
5. Las actividades físicas se hallan limitadas.
6. La paciente ha sido desplazada de su rol habitual (madre, empleada, etc.) debido al fuerte dolor experimentado.

Epidemiología

Como ya hemos comentado con anterioridad, no existe consenso en lo que respecta a la definición del SDPC, hecho que dificulta el diseño de estudios sobre su prevalencia en la población en general y, en particular, en la población femenina.

Aunque no existen datos para la población general, se cree que su prevalencia es alta. De hecho, según Zondervan y cols. ⁽⁷⁾, el 15 % (n = 773) de su muestra tomada en la población femenina estadounidense (n = 5.263), con edad comprendida entre 18 y 50 años, padecen el SDPC; y en el Reino Unido las cifras de mujeres con SDPC son comparables a las de mujeres con asma o dolor de espalda.

Otros autores, Stones y cols. ⁽⁸⁾, presentan unas cifras que se aproximan al 24 % (n = 483) de las 2.016 mujeres estudiadas. De las mujeres en edad fértil (n = 451), el 81 % tenía dismenorrea, y de aquellas que mantenían una vida sexual activa (n = 432), el 41 % tenía dispareunia, siendo entre 2 y 6,7 la medición recogida en una escala visual analógica (EVA).

Además, la prevalencia variaba ligeramente con la edad: la tasa menor era del 20 % en mujeres entre 18 y 25 años, y la mayor (28 %) se presentó en mujeres entre 36 y 40 años. Sin embargo, la prevalencia no variaba en función de la clase social, estado civil ni situación laboral. En cambio, hallaron que la mujer caucásica es más

propensa a sufrir el SDPC (un 15 % más respecto a las no caucásicas) ⁽⁸⁾.

En lo que coinciden los escasos estudios epidemiológicos que versan sobre el SDPC es en la necesidad de investigar para determinar el alcance real de esta disfunción. Este hecho se hace extensivo a nuestro país, en el que no hemos hallado ningún estudio epidemiológico para este problema de salud.

Causas del SDPC

El origen del SDPC es múltiple; la norma es indagar

primero en las posibles causas orgánicas derivadas de un mal funcionamiento de los aparatos genitourinario, digestivo y musculoesquelético, y posteriormente evaluar las posibles causas de índole psicológica o psiquiátrica ⁽⁵⁾.

Latthe y cols. ⁽⁹⁾, en su revisión sistemática, concluyen que tanto en los casos de dismenorrea como de dispareunia influyen, entre otros factores, la presencia de enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, ansiedad, depresión o historia de abuso sexual.

Todos los factores de riesgo que pueden conducir a la aparición de este síndrome doloroso en la región abdominopélvica se muestran en la tabla 1, destacando

TABLA 1. Factores de riesgo de padecer el SDPC

<i>Origen</i>	<i>Procesos que desencadenan</i>
Dolor ginecológico cíclico	Dismenorrea Endometriosis Síndrome premenstrual
Dolor ginecológico no cíclico	Enfermedad pélvica inflamatoria Retroflexión uterina Síndromes congestivos Esterilización quirúrgica Dispareunia Adherencias pélvicas
Gastrointestinales	Colon irritable Enfermedad inflamatoria intestinal Dolor neoplásico Dolor no neoplásico del esfínter anal Proctalgia fugax Apendicitis
Urológicos	Cistitis intersticial Vejiga irritable
Musculoesqueléticos	Fibromialgia Miositis Traumatismo Síndrome del dolor miofascial
Alteraciones psiquiátricas y abuso sexual	Depresión Somatización Hipocondriasis Drogodependencia Abuso sexual

especialmente el síndrome del dolor miofascial como resultado de la cronificación de los puntos gatillo ⁽⁵⁾.

No quisiéramos obviar como posible causa de este síndrome la realización de actividades en bipedestación, dato proporcionado en el año 2000 por Fenga y cols. ⁽¹⁰⁾. Estos autores apuntan que el incremento de la presión abdominal durante las actividades realizadas en bipedestación por más de 4 o 6 horas, compromete la circulación de retorno uterina, activando así el dolor en la pelvis.

El SDPC de origen miofascial

Primeras referencias al SDPC de origen miofascial

Poco se ha escrito en relación con las causas musculoesqueléticas del SDPC y su tratamiento. El SDPC en la mujer tiene, como ya se ha reflejado en el apartado anterior, una etiología muy diversa y multifactorial, pero la disfunción musculoesquelética no suele ser evaluada de forma rutinaria por muchos especialistas ^(11, 12).

Hace relativamente poco tiempo que se contemplan las causas de origen musculoesquelético. En 1991, King y cols. encuentran que el 70 % de los pacientes a quienes se les trataron los puntos dolorosos de la musculatura pélvica, mejoraron ostensiblemente ⁽¹³⁾. Por su parte, Baskin y cols., en 1992, hacen hincapié en la necesidad de evaluar el componente muscular en las personas afectadas por el SDPC ⁽¹⁴⁾.

Mucho más reciente es el trabajo de Tu y cols. ⁽¹⁵⁾, en el que se recomienda estudiar a fondo la influencia de los puntos gatillo miofasciales (PGM) en los músculos piriforme y elevador del ano, debido a que un alto porcentaje de sus pacientes presentaron dichos puntos gatillo asociados a una hipotonía de estos músculos.

PGM implicados en la clínica del SDPC ⁽¹⁶⁾

a) *Musculatura abdominal*: los PGM de la pared abdominal están fuertemente ligados a efectos somatoviscerales, siendo los síntomas urinarios los más evidentes. Los PGM activos a lo largo de la zona suprapúbica pueden ocasionar espasmos en la vejiga y esfínteres urinarios, lo cual se traduce en dolor, urgencia y mayor frecuencia miccional, incluso retención de orina. Otras veces se produce una contracción activa del abdomen que provoca la contracción refleja del periné y/o vi-

ceversa, fenómeno que puede hacer perpetuar los PGM ⁽¹⁷⁾.

b) *Musculatura del suelo pélvico*: el dolor referido de los PGM de la parte más posterior del suelo pélvico se centra en la región perianal y del cóccix, denominándose en ocasiones coccigodinia, pero en la evaluación el propio cóccix se halla normal e indoloro. La parte más anterior de la musculatura perineal refiere el dolor hacia los genitales.

c) *Músculo obturador interno*: los PGM del músculo obturador interno refieren dolor hacia las estructuras genitales, extendiéndose también hacia la cara posterior del muslo.

d) *Músculo piriforme*: los PGM de este músculo a menudo contribuyen significativamente a los síndromes de dolor miofascial de las regiones pélvica y de la cadera. Normalmente estos PGM refieren dolor hacia la región sacroiliaca, la nalga y cara posterior de la cadera ⁽¹⁸⁾.

Intervención del fisioterapeuta

Valoración

Algunas herramientas de evaluación del SDPC son adaptaciones de las empleadas para otros cuadros de dolor crónico. Normalmente se incluyen las escalas visuales analógicas y la versión corta del cuestionario de McGill ⁽¹⁹⁻²¹⁾. Aparte de la apreciación subjetiva recogida en dichas escalas y cuestionarios, los fisioterapeutas nos basaremos en las siguientes pruebas de valoración de la pelvis y de su musculatura:

a) *Evaluación del dolor*: los siguientes tests los llevamos a cabo para determinar, no sólo el grado de dolor padecido, sino también la limitación funcional que éste puede llegar a ocasionar:

- *Posterior Pelvic Pain Provocation (PPPP)*: Östgaard y cols. ⁽²²⁾ crearon la prueba para distinguir entre el dolor pélvico y el lumbar en el embarazo. La paciente debe colocarse en decúbito supino con la extremidad que se va a valorar en flexión de cadera a 90°. Tal como aparece en la imagen (fig. 1), el fisioterapeuta realiza con una mano una ligera presión sobre la rodilla en el eje longitudinal del muslo de la paciente, al mismo tiempo que estabiliza la pelvis de la misma con la otra mano. La prueba es positiva cuando la mujer refiere un dolor profundo en el área glútea que le resulta familiar y bien localizado ⁽²³⁾.



FIG. 1. Evaluación del dolor pélvico: Posterior Pelvic Pain Provocation Test.



FIG. 2. Evaluación del dolor pélvico: Active Straight Leg Raising Test.

- Active Straight Leg Raising (ASLR): Mens y cols. ⁽²⁴⁾ modificaron la prueba ASLR original para adaptarla a la valoración del dolor pélvico. De este modo la paciente debe estar en decúbito supino con las extremidades inferiores extendidas y los pies separados entre sí 20 cm. En esta ocasión, el fisioterapeuta solicita a la paciente que intente elevar de uno en uno los miembros inferiores a 20 cm por encima de la camilla, sin flexionar las rodillas (fig. 2). La dificultad que experimente la paciente en la ejecución de este movimiento se valorará de 0 (ausencia de dificultad) a 5 (imposible de realizar). Los resultados de ambas extremidades se suman y, únicamente si el valor total es cero, la prueba es negativa. A modo de ejemplo de su utilidad, puede servir el trabajo de Rost y cols. ⁽²⁵⁾, cuyos resultados muestran que de 870 mujeres con dolor pélvico, este test fue positivo en un 66,4 % de ellas. Los investigadores sugieren que estas dos pruebas valoran aspectos diferentes del dolor pélvico. Siguiendo este criterio, que la ASLR estaría mejor indicada para evaluar casos avanzados, mientras que la PPPP sería más adecuado aplicarla en los estadios iniciales ⁽²³⁾.

b) *Valoración de los PGM:* en estos casos de SDPC, el fisioterapeuta debe realizar un completo examen de toda la musculatura abdominal y pélvica (externa e intrapélvica) que pueda estar implicada en la aparición de los síntomas:

- Musculatura externa: la valoración se puede

realizar manualmente o pinchando con una aguja ⁽¹⁶⁾, en cualquier caso el paciente va a experimentar el mismo dolor por el que consulta. Además, en la valoración manual, también se debe apreciar la banda y el nódulo característico de los PGM. Debemos proceder con sumo cuidado en la palpación del pubis, que es especialmente molesto, o incluso doloroso, por la hipersensibilidad del periostio. Durante la exploración, el fisioterapeuta debería adecuarse al ritmo respiratorio del paciente, que con bastante frecuencia sigue una respiración paradójica por el temor al dolor durante la inspiración que distiende la pared abdominal.

- Musculatura intrapélvica: la valoración puede ser intravaginal (en posición de litotomía) o intrarrectal, ya sea ésta última en decúbito lateral o en la posición de Sims. Es muy aconsejable explorar ambos lados para compararlos entre sí ⁽¹⁶⁾. La exploración de los PGM del suelo pélvico comienza por el esfínter anal en el que podemos hallar incluso varias bandas tensas rodeándolo y cuyo dolor puede impedir la exploración y obligar a su valoración a través de la vagina. Para buscar los PGM del elevador del ano, emplearemos el tacto vaginal y palparemos en el centro del músculo para hallar las bandas tensas. A continuación nos dirigiremos hacia su inserción en el arco del elevador del ano para llegar al músculo obturador interno. Es precisamente en esta unión miotendinosa donde se constituye la localización de sus PGM. La palpación intravaginal del músculo piriforme requiere el uso de las dos manos: una realiza el tacto vaginal y la otra sujeta y presiona la nalga desde el exterior.

El tratamiento de Fisioterapia

Como recomiendan Jarrell y cols. en su estudio destinado al establecimiento de una guía para el manejo del SDPC, el tratamiento debe plantearse desde una perspectiva multidisciplinar, en la que no puede faltar la intervención del fisioterapeuta ^(26, 27). A continuación indicamos los procedimientos fisioterapéuticos descritos en los artículos revisados.

Inhibición de los PGM

De los diversos documentos revisados para la realización de este trabajo, se desprenden los siguientes procedimientos encaminados a la inhibición de los PGM de la musculatura pelviperineal:

- Masaje perineal con la ayuda de un lubricante para conseguir oxigenar la región y revitalizarla, ayudando con esta maniobra a que la paciente reintegre las sensaciones perineales. Según Oyama y cols. ⁽²⁸⁾, con un programa de cinco semanas a razón de dos sesiones semanales fue suficiente para obtener una mejoría, no sólo del dolor, sino también de otros factores como el tono muscular, la percepción de la calidad de vida y los síntomas urinarios. Otro estudio más reciente ⁽²⁹⁾ también utiliza un número escaso de sesiones (sólo 3), si bien la paciente es instruida por el fisioterapeuta para hacer el automasaje para dilatar la musculatura retraída en su propia casa a diario durante 9 semanas.
- Estiramiento manual del suelo pélvico directo o mediante la movilización dorsal del coxis, vía rectal. Heyman y Leppert ⁽³⁰⁾ hallaron que la mejora no afectaba sólo al dolor, sino también al humor, a la ansiedad, a las relaciones sexuales y a la calidad del sueño, entre otros aspectos. Realizaron este tratamiento en sólo dos sesiones y ya obtuvieron el alivio del dolor y la mejora de la calidad de vida en 50 mujeres. Maigne y cols. ⁽³¹⁾ sometieron a sus pacientes del grupo experimental a 3 sesiones de manipulación del cóccix y estiramiento del suelo pélvico, presentando mejores resultados que el grupo control hasta los 6 meses postratamiento.
- Contracción-relajación, manteniendo la resistencia de 3 a 10 segundos para seguidamente estirar la pared muscular ^(16, 17).
- Movilización del tejido blando con el objeto de eliminar las adherencias y puentes de colágeno que cau-

san el dolor. Este procedimiento es el que Wurm y cols. ⁽³²⁾ aplicaron a 23 pacientes con una media de 19,5 horas de tratamiento, obteniendo diferencias significativas en el post-test respecto al pre-test.

Electroterapia en el suelo pélvico

De la revisión sistemática de Proctor y cols. ⁽³³⁾ se desprende que el uso de las corrientes TENS es eficaz para la reducción del dolor sólo a altas frecuencias, mientras que las TENS aplicadas a frecuencias menores no resultan ser más efectivas que el placebo.

De Oliveira y Bahamondes se decantan por la estimulación intravaginal con corrientes de media frecuencia, diseñando un programa de 10 sesiones, distribuidas en dos sesiones por semana y con una duración de 30 minutos cada una ⁽³⁴⁾. Como resultados remarcan que incluso a los 7 meses tras el tratamiento las quejas por dolor seguían siendo menores que al inicio de su intervención.

Sin embargo, Fitzwater y cols. señalaban la mejora de los síntomas en un 52 % de su muestra tras 14,5 semanas de tratamiento, coincidiendo con el autor anterior en que dicha mejora se mantenía por más de 30 semanas ⁽³⁵⁾.

El trabajo más reciente es el de Kim y cols. ⁽³⁶⁾, en el que las pacientes fueron tratadas semanalmente durante 12 semanas con sesiones de 30 minutos mediante estimulación percutánea del nervio tibial posterior.

Ejercicios de estabilización abdominopélvica y reeducación postural

Incluimos en este apartado el aprendizaje de la respiración abdominal, ejercicios flexibilizantes lumbares y movimientos de anteversión y retroversión pélvica en diferentes posiciones: decúbito supino, bipedestación o sedestación. Una vez la paciente ha aprendido a realizar estos ejercicios correctamente, le pedimos que combine estos movimientos con la contracción y relajación de la musculatura perineal ^(26, 37, 38).

Acupuntura

En el estudio de Elden y cols. ⁽³⁸⁾, la aplicación de

acupuntura durante seis semanas, resultó ser más efectiva que los ejercicios de estabilización pélvica, aunque los autores, en sus conclusiones, reflejan la conveniencia de asociar ambos tipos de intervención. Proctor y cols., en su revisión bibliográfica⁽³³⁾, también llegaron a la conclusión de que la acupuntura es eficaz.

Termoterapia

La aplicación de esta terapia la hemos hallado en el trabajo de Bertalanffy y cols.⁽³⁹⁾, que la aplicaron en las pacientes que acudían a los servicios de urgencias, obteniendo muy buenos resultados no sólo en el dolor pélvico, sino también en la ansiedad que este dolor producía en las pacientes.

Manipulación de la articulación sacroilíaca

Riot y cols.⁽⁴⁰⁾ trataron a pacientes diagnosticadas de síndrome del elevador del ano y les manipularon las articulaciones sacroilíacas, obteniendo la curación o mejoría en un 72 % del grupo hasta 12 meses con sólo una o dos sesiones.

OBJETIVO

Con el presente estudio pretendemos definir la línea de intervención fisioterapéutica en los casos de SDPC de origen miofascial en la mujer, basándonos en los resultados de los estudios publicados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha buscado sistemáticamente en las siguientes bases de datos: Medline, PEDro, The Cochrane Database of Systematic Reviews y ENFISPO. El programa Refworks nos ha sido de gran ayuda para la mejor localización de los artículos publicados en Medline y también para la creación de la bibliografía.

Fueron incluidos aquellos trabajos o revisiones publicados entre enero de 2002 y noviembre de 2007, cuyo objeto de estudio se centrara en el tratamiento de mujeres adultas diagnosticadas indistintamente de DPC o de SDPC de origen miofascial. El motivo de

no haber excluido los trabajos de mujeres diagnosticadas de DPC, es que el componente emocional no va a interferir en la práctica del fisioterapeuta, que está centrada únicamente en las manifestaciones somáticas.

RESULTADOS

En líneas generales, todos los trabajos revisados concluyen en que las diferentes modalidades de intervención fisioterapéutica son eficaces en el tratamiento del SDPC de origen miofascial. Existe también un consenso a la hora de reconocer el papel que desempeñan las estructuras musculares en la aparición del SDPC, y de reconocer, también, la necesidad de una valoración lo más completa posible de la musculatura abdomino-pelvi-perineal para determinar el grado de responsabilidad en la aparición de los síntomas.

Sin embargo, no hemos hallado homogeneidad en lo relativo al diseño de los estudios, tampoco en la metodología empleada, ni en los protocolos de intervención de Fisioterapia descritos o en el número de pacientes participantes.

En total hemos conseguido reclutar 13 estudios que cumplieran los requisitos de inclusión para nuestra revisión. De ellos, ninguno ha sido hallado ni en la base de datos PEDro ni en ENFISPO, localizando finalmente 12 en Medline y 1 en The Cochrane Database of Systematic Reviews.

Los procedimientos fisioterapéuticos más estudiados han sido, sin duda, los relacionados con la inhibición de los PGM a través de la acción del masaje y distensión de las estructuras musculares, y la electroestimulación. En total estudiaban estos procedimientos 9 trabajos, 8 de ellos ensayos clínicos y una revisión sistemática.

La reeducación mediante ejercicios estabilizadores de pelvis y contracciones del suelo pélvico es un procedimiento presente en 3 estudios, siendo 2 de ellos ensayos clínicos y el tercero una revisión sistemática.

Sobre los efectos de la acupuntura sólo hemos localizado una revisión sistemática y un ensayo clínico. Los efectos de la termoterapia local y de la manipulación de las articulaciones sacroilíacas son analizadas en un ensayo clínico cada una (tabla 2).

TABLA 2. Resultados de búsqueda bibliográfica

<i>Resultados de los estudios revisados</i>			
<i>Base de datos</i>	<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Tipo de intervención</i>
Medline	Oyama IA	2004	Masaje vaginal
Medline	Fisher KA	2007	Masaje vaginal
Medline	Herman J	2006	Estiramiento del suelo pélvico
Medline	Maigne J	2006	Estiramiento del suelo pélvico y movilización del cóccix
Medline	Wurm L	2004	Movilización del tejido blando
Cochrane	Proctor ML	2002	Electroestimulación y acupuntura en el suelo pélvico
Medline	De Oliveira N	2005	Electroestimulación en el suelo pélvico
Medline	Fitzwater JB	2005	Electroestimulación en el suelo pélvico
Medline	Kim SW	2007	Estimulación del nervio tibial posterior
Medline	Nilsson-Wikmar L	2005	Estabilización abdominopélvica y reeducación postural
Medline	Elden H	2005	Estabilización abdominopélvica y acupuntura
Medline	Bertalanffy P	2006	Termoterapia local
Medline	Riot FM	2004	Fisioterapia manipulativa en la articulación sacroilíaca

DISCUSIÓN

Basándonos en los estudios revisados, existe suficiente evidencia para confirmar que las disfunciones musculoesqueléticas abdominopélvicas influyen en la aparición del SDPC^(11-13, 15). Sin embargo, aún son muchísimos los estudios sobre esta patología en los que se obvia esta circunstancia. Es más, se obvia su posible abordaje desde la Fisioterapia y por ese motivo fueron excluidos de esta revisión. Puede que el origen de todo esto sea la escasez de estudios epidemiológicos a nivel internacional y la ausencia total en nuestro país.

Aunque todos los autores coinciden en la eficacia de las intervenciones fisioterapéuticas, no existe un consenso en cuanto a la metodología de la investigación, ni en lo referente al diseño del programa de Fisioterapia a seguir por las pacientes. Incluso en algún caso⁽³²⁾, las pacientes que forman parte de la muestra reciben el tratamiento con distinta frecuencia. Esta poca rigurosidad en la metodología nos puede hacer dudar de los resultados que, sin bien son positivos, tal vez no se puedan considerar como definitivos.

El seguimiento de las pacientes de estos trabajos no supera el año⁽³⁷⁾, por lo que tendríamos que plantearnos la necesidad de que se hagan revisiones periódicas a largo plazo para determinar si perdura la desaparición o disminución de los síntomas.

Si hay algo que nos ha sorprendido es el no haber encontrado ningún estudio sobre el *biofeedback* aplicado en el SDPC de origen miofascial en la mujer, siendo ésta una modalidad terapéutica ampliamente investigada en los casos de SDPC en el varón⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

Nosotros, personalmente, estamos de acuerdo con las recomendaciones que nos aportan Jarrel y cols.⁽²⁶⁾ en relación a la necesidad de abordar el tratamiento del SDPC desde una perspectiva multidisciplinar, en la que no puede faltar el fisioterapeuta. Estas recomendaciones van dirigidas, entre otras, a las siguientes áreas de nuestra intervención: comprensión de las necesidades de las mujeres con SDPC, valoración clínica, valoración del dolor miofascial, acceso a modelos de intervención multidisciplinarios que incluyan Fisioterapia y entrenamiento de los profesionales que presten atención a pacientes con SDPC.

CONCLUSIONES

En primer lugar, queda manifiesta la necesidad de llegar a un consenso en cuanto a la definición de este síndrome para proceder al mejor diseño de los estudios epidemiológicos.

De la lectura y análisis de los artículos empleados para confeccionar el marco teórico se desprende que aún está subestimado el origen miofascial del SDPC, por lo que los especialistas no hacen una valoración de las estructuras musculares y, por tanto, estas pacientes finalmente no son derivadas a un fisioterapeuta especializado.

La bibliografía revisada revela la importancia del abordaje multidisciplinar, contemplando los factores musculoesqueléticos, neurológicos, viscerales y psicológicos que lo condicionan. En este contexto, la labor del fisioterapeuta está muy valorada y el procedimiento fisioterapéutico que más interés ha suscitado en los investigadores ha sido la inhibición de los PGM mediante el masaje seguido de la electroestimulación.

Hace falta un mayor número de estudios, en concreto de ensayos clínicos con mayores muestras y con metodologías mejor definidas, para concretar la magnitud de los efectos de los procedimientos de intervención fisioterapéuticos en el SDPC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stones RW, Mountfield J. Intervenciones para el tratamiento del dolor pélvico crónico en mujeres (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus 4; 2006.
2. Meadows, E. Treatments for patients with pelvis pain. *Urologic Nursing*. 1999; 19 (1): 33-5.
3. Williams RE, Hartmann KE, Steege JF. Documenting the current definitions of chronic pelvis pain: implications for research. *Obst and Gynecol*. 2004; 103 (4): 686-91.
4. Kirste U, Haugstad GK, Leganger S. Chronic pelvic pain in women. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*. 2002; 122 (12): 1223-7.
5. Dorey G. Pelvis Dysfunction in men: diagnosis and treatment of male incontinence and erectile dysfunction. West Sussex: John Wiley and Sons; 2006. p. 54-9.
6. Steege JF, Metzger DA, Levy BA. Chronic pelvic pain: an integrated approach. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 1-4.
7. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000; 14 (3): 403-14.
8. Stones RW, Price C. Health services for women with chronic pelvic pain. *J R Soc Med*. 2002; 95: 531-5.
9. Latthe P, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvis pain: systematic review. *BMJ*. 2006; 332 (7544): 749-55.
10. Fenga C, Galtieri G, Tripodi A, Granese R, Vazzana C. Chronic pelvic pain in women and prevalent orthostatic work. Preliminary results of a study on health staff of the surgical field. *Minerva Ginecol*. 2000; 52 (3): 69-72.
11. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Musculoskeletal causes of chronic pelvis pain: a systematic review of existing therapies. Part I. *Obstet Gynecol Surv*. 2005; 60 (6): 379-85.
12. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: a systematic review of existing therapies. Part II. *Obstet Gynecol Surv*. 2005; 60 (7): 474-83.
13. King P, Myers C. Musculoskeletal factors in chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1991; 12: 87-98.
14. Baskin L, Tanagho E. Pelvic pain without pelvic organs. *J Urol*. 1992; 147: 683-6.
15. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Prevalence of pelvic musculoskeletal disorders in a female chronic pelvic pain clinic. *J Reprod Med*. 2006; 51 (3): 185-9.
16. Simons DG, Travell JG. Dolor y disfunción miofascial: El Manual de los Puntos Gatillo, vol. 2: Extremidades inferiores. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 139.
17. Whyte L, Gerwin R. Clinical mastery in the treatment of myofascial pain. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 303-26.
18. Howard FM, Perry CP, Carter J. Pelvic pain: diagnosis and management. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p. 429-32.
19. Melzac R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975 (3): 277-99.
20. Peña C, Rebollo J, Jiménez, JJ. Medición del dolor. Escalas y cuestionarios. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2007; 35: 53-70.
21. Haefner HK, Khoshnevisan MH, Bachean JE, Flowe-Valencia HD, Green CR, Reed BD. Use of the McGill Pain Questionnaire to compare women with vulvar pain, pelvic pain and headaches. *J Reprod Med*. 2000; 45 (8): 665-71.
22. Östgaard HC, Zetherström G, Roos-Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. *Eur Spine J*. 1994; 3: 258-60.
23. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. Barcelona: Ed. Masson; 2006. p. 133-5.
24. Mens JMA, Vleeming A, Snijders CJ, Stan HJ. Reliability and validity of the active straight leg raise test in posterior pelvic pain since pregnancy. *Spine*. 2001; 26: 1167-71.
25. Rost CC, Jacqueline J, Kaiser A, Verhagen AP, Koes BW. Pelvic pain during pregnancy: a descriptive study of signs and symptoms of 870 patients in primary care. *Spine*. 2004; 29 (22): 2567-72.

26. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgués S, Fortín C, Gerwin R, et al. Chronic Pelvic Pain Group, SOGC. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005; 27 (8): 781-826.
27. Bordman R, Jackson B. Below the belt: approach to the chronic pelvic pain. *Can Fam Physician.* 2006; 52: 1556-62.
28. Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, Fletcher E, Kellogg-Spadt S, Holzberg AS, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology.* 2004; 64 (5): 862-5.
29. Fisher KA. Management of Dyspareunia and Associated Levator Ani Muscle Overactivity. *Phys Ther.* 2007; 87 (7): 935-94.
30. Heyman J, Leppert J. Distension of painful structures in the treatment for chronic pelvic pain in women. *Acta Obstet Gynaecol Scand.* 2006; 85 (5): 599-603.
31. Maigne J, Chatellier G, Faou M, Archambeau M. The treatment of chronic coccygodynia with intrarrectal manipulation: a randomized controlled study. *Spine.* 2006; 31 (18): 621-7.
32. Wurm L, Wurm B, Roscow A. Increasing orgasm and decreasing dyspareunia by a manual physical therapy technique. *Med Gen Med.* 2004; 6 (4): 47.
33. Proctor ML, Smith CA, Farquhar CM, Stones RW. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. *The Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1. No.: CD002123; 2002.*
34. De Oliveira N, Bahamondes L. Intravaginal stimulation for the treatment of chronic pelvic pain. *J Reprod Med.* 2005; 50 (4): 267-72.
35. Fitzwater JB, Kuehl TJ, Schrier JJ. Electrical stimulation in the treatment of pelvic pain due to levator ani spasm. *J Reprod Med.* 2003; 48 (8): 573-7.
36. Kim SW, Paick JS, Ku JH. Percutaneous posterior tibial nerve stimulation in patients with chronic pelvic pain: a preliminary study. *Urol Int.* 2007; 78 (1): 58-62.
37. Nilsson-Wikmar L, Holm K, Ojierstedt R, Harms-Ringdahl K. Effect of three different treatments on pain and activity in pregnant women with pelvic girdle pain: a randomized clinical trial with 3, 6 and 12 months follow-up postpartum. *Spine.* 2005; 30 (8): 850-6.
38. Elden H, Ladfors L, Olsen MF, Ostgaard HC, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ.* 2005; 2: (330) 749-61.
39. Bertalanffy P, Kober A, Andel H, Hahn R, Frickey N, Hoerauf K. Active warming as emergency interventional care for the treatment of pelvic pain. *Bjog.* 2006; 113 (9): 1031-4.
40. Riot FM, Goudet P, Mouraux JP, Cougard P. Levator ani syndrome, functional intestinal disorders and articular abnormalities of the pelvis, the place of osteopathic treatment. *Presse Medicale.* 2004; 33 (13): 852-7.
41. Kristene E, Whitmore MD. Complementary and alternative therapies as treatment approaches for interstitial cystitis. *Rev Urol.* 2002; 4 (1): 28-35.
42. Yuan L, Qi L, Guo Wen J, Bing Zu X, Yong Z. Chronic prostatitis during puberty. *BJU Int.* 2006; 98 (4): 818-21.
43. Cornel E, Van Haarst E. Chronic Pelvic Pain Syndrome type 3 successfully treated with Biofeedback Physical Therapy. *The American Urological Association (AUA)'s Annual Meeting. Prostatitis, Chronic Pelvic Pain Selected Abstracts; 2004.*