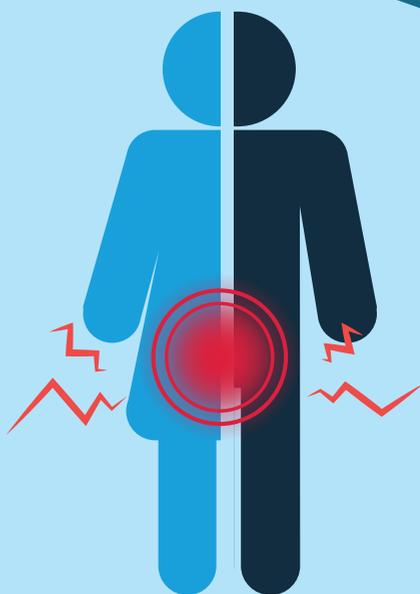


SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Grupo de trabajo SED (GTSED) en Dolor Pélvico Crónico

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Guía para pacientes



Título original: Dolor pélvico crónico. Guía para pacientes

ISBN: 978-84-19546-25-8

© Copyright Edición 2023: Sociedad Española del Dolor

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Grupo de trabajo SED (GTSED) en Dolor Pélvico Crónico

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Guía para pacientes

Coordinador: Dr. Francisco Nohales Alfonso
Coordinador GTSED Dolor Pélvico
CLINEVA. Policlínico Valencia

Co-autores: Dra. Alicia López Vázquez
Representante JovenSED GTSED Dolor Pélvico
Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Comarcal de Valdeorras

Dr. David Castillo Gómez
Secretario GTSED Dolor Pélvico
Unidad del Dolor. Hospital de Zumárraga

Dr. Janosch Willem Kratz
Vocal GTSED Dolor Pélvico
Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Charité. Berlin

Dr. Juan Francisco Mulero Cervantes
Portavoz GTSED Dolor Pélvico y Tesorero Junta Directiva de la SED
Unidad del Dolor. Hospital Sta. Lucía. Cartagena

Esta guía pretende aportar información y consejos basados en la evidencia científica y la práctica clínica que en ningún caso sustituyen a una consulta médica individualizada.

SUMARIO

Presentación	5
1. Características del dolor pélvico crónico	7
2. Cuadros independientes del sexo	11
• Síndrome de dolor uretral.....	11
• Síndrome de dolor vesical.....	12
• Síndrome del intestino irritable.....	14
• Neuralgia del nervio pudendo.....	15
• Síndrome miofascial de suelo pélvico.....	16
3. Dolor pélvico crónico en la mujer y personas asignadas mujer al nacer	19
• Dismenorrea.....	19
• Endometriosis.....	21
• Vulvodinia.....	23
4. Dolor pélvico crónico en el hombre y personas asignadas hombre al nacer	27
• Síndrome de dolor prostático.....	27
• Síndrome de dolor testicular.....	28
5. ¿Cómo puedo controlar mi dolor pélvico?	31
5. Anexo	33
Otras fuentes de información	36

PRESENTACIÓN

El dolor crónico sin alivio es un problema no resuelto de salud global de primera magnitud.

Es universal, no tiene edad, raza, clase social ni fronteras nacionales o geográficas.

En nuestro país, gracias a datos de estudios muy recientes, sabemos que el perfil de paciente con dolor crónico es mujer de unos 55 años, en edad laboral y con cargas familiares, que sufre dolor de elevada intensidad con un enorme impacto personal, familiar y social.

Subrayamos el hecho del enorme coste económico que conlleva, además de ser una carga en términos de pérdida de calidad de vida para quienes lo sufren, sus familias y la sociedad que les rodea.

El dolor pélvico crónico es uno de los cuadros de dolor más invalidantes que conocemos, en los que una adecuada orientación diagnóstica es imperativa para alcanzar el ansiado alivio a través de un correcto tratamiento.

Desde la SED, apoyamos y promovemos la formación en dolor tanto de los profesionales dedicados a la ardua tarea de luchar contra el dolor, como a las/los pacientes, cuyo empuje es clave para avanzar hacia una atención sanitaria de mayor calidad, más accesible y equitativa, del dolor crónico en nuestro país.

La fuerza de las/los pacientes se basa en su conocimiento sobre los mecanismos que subyacen al dolor crónico que sufren, su prevención y tratamiento: sabemos bien que un paciente informado es necesariamente un paciente con mejor salud.

El conocimiento de las personas que sufren dolor debe partir de los profesionales que lo tratan y lo investigan desde un punto de vista inclusivo e interdisciplinar.

Los autores de esta guía, miembros del Grupo de Trabajo SED de Dolor Pélvico Crónico, aportan en cada capítulo la información más relevante desde las distintas especialidades sanitarias: todas ellas necesarias para alcanzar el mejor resultado posible en el alivio del dolor y la discapacidad.

Desde esta visión surge esta guía, que se constituye como referente para pacientes, familiares y para cualquier persona interesada en saber más sobre esta lacra.

Animamos encarecidamente a su atenta lectura, con la esperanza de contribuir a mejorar el alivio del dolor y la calidad de vida de las personas que lo sufren cada día.

Dra. María Madariaga Muñoz

Presidente Sociedad Española del Dolor.

Mayo 2023

1 | CARACTERÍSTICAS del dolor pélvico crónico

¿QUÉ ES EL DOLOR CRÓNICO?



El dolor es una experiencia individual compleja que **incluye aspectos sensoriales, emocionales y sociales.**

Es importante comprender que un mismo dolor no será experimentado de igual forma por todas las personas. **Los mensajes que el dolor envía a nuestro cerebro son interpretados de forma diferente por cada individuo según su experiencia personal.**



El dolor suele ser una advertencia de nuestro cuerpo avisándonos de que algo no funciona correctamente. (Dolor agudo)

Pero en ocasiones, este sistema de alarma falla y emite un aviso innecesario, cuando ya no existen enfermedades o lesiones. En estos casos, **el principal problema es el mismo dolor, que debería haber desaparecido pero no lo hace.** (Dolor crónico)

No existe un tiempo específico tras el cual un dolor agudo, consecuencia de una enfermedad o lesión, se convierte en crónico; depende de cada tipo de dolor y de cada persona. Por regla general, si el dolor ha durado mucho más de lo que se esperaba cuando comenzó, puede convertirse en dolor crónico.

En ocasiones, **el dolor crónico es consecuencia de un cambio o enfermedad persistente en los tejidos**, como por ejemplo, una infección del aparato genital pero, otras veces, es **consecuencia de una alteración o cambio en el propio sistema de alarma.** Esto puede suceder, por ejemplo, si ha habido una lesión en los nervios.



Es como una línea telefónica con interferencias

Cualquiera que sea la causa original, si el dolor no se resuelve, puede volverse crónico, incluso cuando la infección o lesión inicial se hayan curado.



En algunas personas, el dolor se puede hacer crónico pero en otras no ocurre así, parecen ser inmunes. Esto puede ser reflejo de la educación o cultura o tener que ver con nuestros genes.

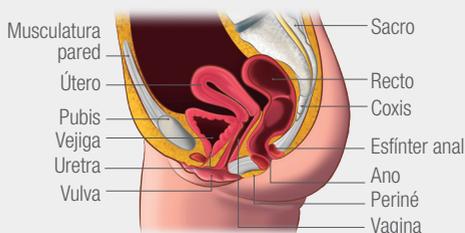
En general, el dolor pélvico se considera “crónico” si está presente la mayoría de los días durante al menos de 3 a 6 meses



CÓMO ES LA PELVIS

La pelvis

Está constituida por múltiples estructuras: piel, mucosas, músculos, huesos y vísceras, además de gran número de nervios que controlan sus funciones.



Funciones fisiológicas en la que participa la pelvis

Reproducción, defecación y micción (diferenciadas por sus genitales según sexo).

Enfermedades que afectan a los órganos y estructuras de la pelvis que provocan dolor agudo

- Infecciones (cistitis, prostatitis)
- Procesos inflamatorios (dismenorrea)
- Procesos inmunológicos (endometriosis)
- Traumatismos (parto) etc

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE EL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO?

- Puede variar de persona a persona.
- Puede ser leve o intenso; sordo o agudo; constante o “ir y venir”.
- Puede ir acompañado de: dificultad o molestias para orinar, afectar a la sexualidad (dispareunia en mujeres) o dificultad para mantener una erección (en hombres), dificultad para dormir, pérdida de interés en actividades con las que antes disfrutaba, sentimientos de ansiedad o depresión que empeoran aún más el dolor y se convierte en un **círculo vicioso**.
- Debe ser valorado con una visión biopsicosocial.

¿QUÉ OCURRE EN LA PELVIS CUANDO EL DOLOR SE VUELVE CRÓNICO?

1. La **musculatura del suelo pélvico** puede contraerse en un intento de proteger el cuerpo de daños mayores (estados **hipertónicos del suelo pélvico**), lo que puede exacerbar el dolor.
Cuando los músculos están constantemente tensos, acortados y contracturados, comienzan a doler y pueden tener hasta espasmos → el dolor del espasmo del músculo pélvico puede convertirse en la peor parte del dolor → “**calambre**” en el interior de la pelvis.
2. Las **vías nerviosas** que envían mensajes de dolor al cerebro, se sensibilizan debido a la constante experiencia del dolor. Incluso, el roce de la ropa interior puede interpretarse como un dolor insoportable (**hiperalgesia**).

Los músculos del suelo pélvico controlan los movimientos de la vejiga y del intestino contrayéndose para detener el paso de la orina o las heces y relajándose para permitirnos orinar o defecar (abriendo los esfínteres).

Al estar alterados se puede producir:

DOLOR

Tratar de orinar, defecar o eyacular a través de músculos pélvicos tensos puede ser extremadamente doloroso.

DEPRESIÓN

Muchas personas se deprimen por los efectos del dolor en su calidad de vida, afectando a sus relaciones personales, afectivas (sexuales), laborales y sociales

¿CUÁNTAS PERSONAS PADECEN DOLOR PÉLVICO CRÓNICO?



Afecta a alrededor del **15%** de las mujeres mayores de **25 años**, también puede afectar a los hombres

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

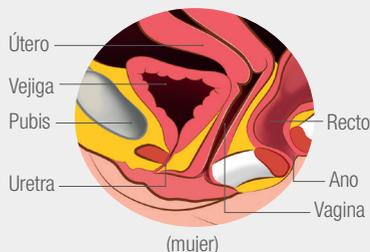
El dolor pélvico crónico está presente en diferentes síndromes. En función de dónde se localicen sus síntomas: uretra, vejiga, vulva, testículos, recto, etc., los síndromes se pueden clasificar en:

- Cuadros independientes del sexo
- Cuadros en la mujer y personas asignadas mujer al nacer
- Cuadros en el hombre y personas asignadas hombre al nacer

SÍNDROME DE DOLOR URETRAL

¿Qué es el dolor uretral?

Son episodios recurrentes de dolor, normalmente durante la micción, con aumento de la frecuencia miccional tanto diurna como nocturna.



Los órganos pélvicos se encuentran distribuidos en la región pélvica en tres compartimentos:

- Anterior: vejiga y uretra
- Medio: útero, vagina, próstata y vesículas seminales
- Posterior: recto y conducto anal

La uretra forma parte del compartimento anterior, uniendo la vejiga con el exterior, permitiendo el transporte de la orina, además del semen en el varón.

¿Cuáles son las características del dolor uretral?

Los síntomas son muy similares a los presentes en infecciones del tracto urinario, pero en este caso existe ausencia de infección u otra patología evidente.



- Es más común en las mujeres.
- Puede asociar dolor también durante las relaciones sexuales y en la eyaculación en el hombre.
- Afecta de forma importante al ámbito psicosocial del paciente.

¿Cómo se llega al diagnóstico?

- **Entrevista médica:** el médico preguntará sobre las características del dolor y cómo afecta a la calidad de vida del paciente.
- **Exploración física** de la región genital.
- **Pruebas complementarias:** examen de orina, muestras para descartar enfermedades de transmisión sexual, ecografía y cistoscopia para estudiar las vías urinarias.



¿Cuáles son los tratamientos disponibles?

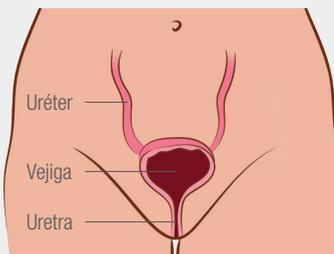


- **Recomendaciones generales:**
 - Evitar el uso de productos de higiene que puedan resultar irritantes, determinados anticonceptivos y algunos productos como tampones.
 - Evitar ejercicio físico y deportes que ejerzan presión sobre la región genital (como el ciclismo).
- **Medicamentos para controlar el dolor** (reservando el uso de fármacos derivados de la morfina a aquellos casos de dolor muy incapacitante, siempre tutelado y consensuado con el personal médico).
- **Técnicas sobre los nervios** para disminuir la sensibilidad de la región pélvica y controlar el dolor.
- **Abordaje psicológico** con la utilización de terapias conductuales, ocupacionales, relajantes, acupuntura, uso de TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea), con vistas a mejorar el estado emocional y la reintegración en el ámbito socio-laboral de la persona afectada.

SÍNDROME DE DOLOR VESICAL

¿Qué es el dolor vesical?

El síndrome de dolor vesical, (o **cistitis intersticial**), es una sensación desagradable percibida como dolor, presión o malestar en relación con el llenado de la vejiga que mejora con el vaciamiento de ésta; acompañado de otros síntomas como el aumento de la frecuencia urinaria o dolor durante la micción, sin causa objetiva.



La vejiga es una estructura formada por músculo liso y mucosa, que forma parte del sistema genitourinario. Su función es la de actuar como reservorio de la orina formada por los riñones para su posterior eliminación hacia el exterior a través de la uretra.

¿Cuáles son las características del dolor vesical?

- El dolor se localiza por encima del pubis, aunque puede localizarse en otros lugares como vagina, uretra o periné, pero siempre ligado al ciclo de llenado y vaciamiento de la vejiga.
- Se puede agravar durante el ciclo menstrual y durante las relaciones sexuales, lo que lleva a interrumpirlas o disminuir la frecuencia de éstas.
- Se trata de una patología inflamatoria y una alteración de las hormonas causada por un estímulo de origen desconocido.
- Tiene mayor prevalencia en mujeres de mediana edad.
- Se asocia a otros cuadros con gran componente de **sensibilización central*** como la fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal y un largo etcétera.

*La sensibilización central es la amplificación de la señal nerviosa central que desencadena hipersensibilidad al dolor



¿Cómo se llega al diagnóstico?

- **Descartando otras patologías** con síntomas parecidos: vaginitis, uretritis, inflamación de la próstata, cistitis de origen infeccioso, carcinoma *in situ* de la vejiga, etc.
- **Entrevista médica:** el médico preguntará sobre las características del dolor, la frecuencia miccional, el alivio del dolor tras orinar y cómo afecta a la calidad de vida.
- **Exploración física:** observación de zonas de mayor sensibilidad en la región genital.
- **Pruebas complementarias:**
 - **Estudio bacteriológico de la orina**, para descartar patología infecciosa y citología urinaria, para descartar patología tumoral.
 - **Pruebas de imagen:**
 - Ecografía, para descartar afecciones tumorales o la presencia de piedras en las vías urinarias e, incluso, otras causas como la endometriosis vesical.
 - Cistoscopia (visualización del interior de la vejiga a través de una pequeña cámara que se introduce desde el exterior a través de la uretra), permite descartar presencia de tumores en la vejiga.
 - **Exploración urodinámica:** para valorar las características funcionales de la vejiga (sensibilidad y capacidad entre otras).

¿Cuáles son los tratamientos disponibles?



Tratamiento complejo y multidisciplinar.

- **Recomendaciones generales:**
 - Evitar bebidas ricas en cafeína y el alcohol
 - Evitar los alimentos ricos en contenidos ácidos → aumentan la inflamación de la vejiga
 - Evitar el estrés
- **Apoyo psicológico**
- **Entrenamiento conductual:** para control del estrés y como ayuda al afrontamiento y control del cuadro doloroso.
- **Terapia física, acupuntura, TENS,** etc.
- **Fármacos:**
 - vía oral: pentosano polisulfato de sodio (PPS), con efecto regenerador de la capa del interior de la vejiga.
 - en el interior de la vejiga: ácido hialurónico, condroitin sulfato, heparina o toxina botulínica.

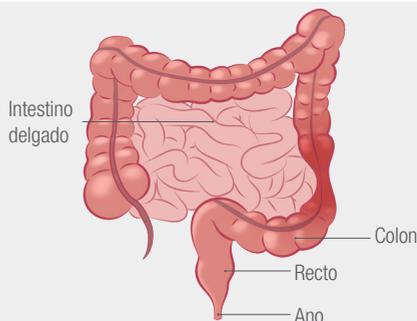
Otros fármacos: antidepresivos, antiepilépticos como la gabapentina, o antihistamínicos.

- **Técnicas sobre los nervios de la región pélvica:** para disminuir la sensibilización y controlar el dolor.
- **Técnicas de neuroestimulación** (colocación de electrodos a través de la piel), para generar estímulos eléctricos y aliviar el dolor.
- **Tratamientos quirúrgicos:** para casos que no responden a otras medidas y causan un dolor incapacitante: **cistectomía** (extirpación de vejiga) con derivación urinaria.

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

¿Qué es el intestino irritable?

Es un trastorno funcional crónico y recurrente caracterizado por dolor abdominal que cursa con cambios en la frecuencia y en la apariencia de las deposiciones.



¿Cuáles son las características del síndrome del intestino irritable?

- Es uno de los trastornos funcionales más comunes que afectan a la calidad de vida de quien lo padece.
- Su prevalencia es mayor en mujeres.
- Existen subtipos según el predominio de estreñimiento, diarrea, hábito intestinal mixto o sin clasificar en ninguna de las categorías anteriores.

¿Cómo se llega al diagnóstico?

Excluyendo otras enfermedades con síntomas semejantes.

Se basa en los denominados **criterios de Roma**:

- Dolor abdominal recurrente, al menos 1 día por semana, en los últimos 3 meses, asociado con 2 o más de los siguientes criterios:



1 Relacionados con la defecación

2 Cambio en la frecuencia de las heces

3 Cambio en el aspecto de las heces

¿Cuáles son los tratamientos disponibles?

Depende del tipo de síntomas presentes y de la intensidad de éstos.

- **Si hay predominio de diarrea**, dieta baja en gluten y en carbohidratos fermentables, y fármacos como loperamida.
- **Si hay predominio de estreñimiento**, dieta rica en fibra y laxantes osmóticos.
- **Si hay predominio de dolor**, fármacos que evitan los espasmos de la musculatura lisa: antidepresivos y ansiolíticos.

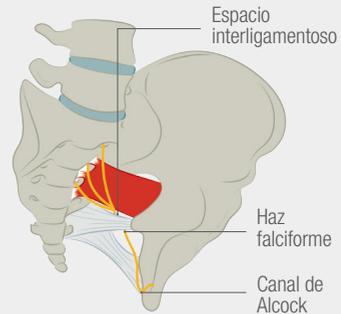


NEURALGIA DEL NERVO PUDENDO

¿Qué es la neuralgia del pudendo?

Es un dolor agudo que sigue la ruta del nervio pudendo y que se debe a:

- Compresión en su trayecto por estructuras ligamentosas.
- Estiramiento en partos laboriosos.
- Lesiones secundarias a intervenciones quirúrgicas en la región.
- Traumatismos en la región pélvica.
- Procesos inflamatorios o autoinmunes.
- Compresión o infiltración por tumores en la pelvis.



El **nervio pudendo** es el nervio encargado de recoger la sensibilidad de la piel de los genitales y región perineal.

Tiene actividad motora sobre los músculos que forman el suelo pélvico y actúa modulando las funciones fisiológicas como la micción, defecación o respuesta sexual.

¿Cuáles son las características de la neuralgia del nervio pudendo?

- Dolor en la región perineal y anal que se intensifica al sentarse y se alivia al levantarse.
- Presencia de hormigueo.
- Sensación de entumecimiento y de falta de sensibilidad.
- Dolor al orinar y al defecar.
- Dolor durante el coito (dispareunia en la mujer) y disfunción eréctil (en el varón) que afecta las relaciones sexuales. Aparece en un lado aunque, en ocasiones, afecta a ambos lados.

¿Cómo se llega al diagnóstico?

- **Entrevista médica:** el médico preguntará sobre los síntomas presentes, buscando las causas del dolor.
- **Exploración física,** para observar zonas de mayor sensibilidad en la región genital. El médico puede realizar maniobras para identificar la procedencia del dolor:
 - **Signo de Tinel** → consiste en la reproducción del dolor al comprimir el trayecto del nervio.
 - **Prueba de la pinza rodada** (*skin rolling test*) → se desliza la piel desde el ano al pubis. La prueba es positiva si reproduce el dolor.
Es habitual encontrar afectación de los músculos que forman el suelo pélvico en forma de contracturas y acortamientos de éstos.
- **Pruebas de imagen:** ecografía, TAC o RMN junto a **pruebas electrofisiológicas** (electromiografía) que ayudan a orientar el diagnóstico y el origen de la neuralgia.



¿Cuáles son los tratamientos disponibles?



Abordaje temprano (para evitar la cronificación del dolor) y multimodal.

- **Rehabilitación:** técnicas de fisioterapia pélvica (papel primordial)
- **Apoyo psicológico** (es esencial para el paciente)
- **Terapias conductuales:** afrontamiento y control del cuadro doloroso.
- **Fármacos:** antiinflamatorios, anticonvulsivantes (pregabalina) y antidepresivos (amitriptilina).

En dolores muy incapacitantes:

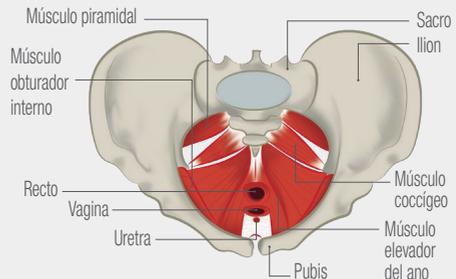
- **Opioides.**
- **Bloqueos con anestésicos locales y corticoides** guiados por ecografía o mediante radioscopia, (útiles para ayudar al diagnóstico y controlar el dolor).
- **Técnicas de neuromodulación**
- **Bombas de infusión de fármacos** en la columna, para aliviar el dolor.
- **Tratamiento quirúrgico** (para la liberación del nervio pudendo) cuando existe un atrapamiento permanente del nervio a lo largo de su recorrido.

SÍNDROME MIOFASCIAL DE SUELO PÉLVICO

¿Qué es el síndrome de dolor miofascial?

Es un conjunto de síntomas, dolorosos o no, urinarios, digestivos, sexuales, entre otros, caracterizado por patrones de localización y distribución del dolor específico de cada músculo.

Toda la musculatura del cuerpo es susceptible de padecerlo y, por tanto, también la musculatura pélvica.



Músculos que componen el suelo pélvico

Podemos diferenciar varios planos musculares en función de la localización ya sea a nivel inferior de la pelvis o tapizando las paredes laterales. **A nivel inferior de la pelvis:**

- Plano profundo (hace la función de sostén de los órganos y estructuras que contiene la pelvis):
 - Músculo coccígeo
 - Músculo elevador del ano (MEA)
- Plano muscular medio (hace la función de refuerzo del plano profundo):
 - Transverso profundo del periné
 - Esfínter externo y compresor de la uretra
 - Esfínter uretro-vaginal

- Plano superficial o periné, donde diferenciamos:
 - Periné anterior, compuesto por: los músculos transverso superficial y los bulbospongioso e isquiocavernoso
 - Periné posterior, compuesto básicamente por: el esfínter externo del ano

A nivel de las paredes laterales de la pelvis:

- Músculo obturador interno
- Músculo piramidal



Puntos gatillo

Son unos puntos específicos que encontramos en cada músculo que pueden desencadenar dolor al presionarlos o incluso sin tocarlos.

El dolor puede aparecer en la localización del **punto gatillo**, o bien, irradiar hacia otras zonas cercanas. Los músculos afectados pueden presentar además de dolor, rigidez y acortamiento de las fibras musculares. En ocasiones, este dolor puede influir en el aumento de ganas y frecuencia al orinar.

¿Cuáles son las características del dolor en el síndrome miofascial de suelo pélvico?

El síndrome miofascial:

- Puede ser el principal responsable del dolor pélvico crónico.
- Puede formar parte del conjunto de síntomas (siendo otra la causa principal).
- Puede ser un factor que perpetúe el dolor llegando a convertirlo en crónico.

En el suelo pélvico, dependiendo de qué músculos estén afectados, podemos encontrar diferentes **patrones de dolor**:

- Dolor difuso en vulva o vagina.
- Sensación de tener una pelota de golf en el recto.
- Dolor en uretra o hacia la vejiga.
- Dolor irradiado desde genitales hacia las ingles y/o cara interna de los muslos.
- Dolor en periné, irradiado hacia el ano o hacia las nalgas.
- Dolor perianal, puede irradiar hacia coxis.
- Dolor tipo eléctrico, irradiado hacia el pene.
- Dolor al eyacular o tras la eyaculación.
- Dolor o tirantez en la parte inferior del abdomen, alrededor del pubis.



¿Qué causa el dolor miofascial de suelo pélvico?

Es difícil de determinar, es necesario, en ocasiones:

- **Retroceder hasta la infancia:** afectación muscular por estreñimiento crónico o historia de abuso sexual.
- **Investigar sobre la práctica deportiva** (atletismo, ciclismo, equitación, gimnasia rítmica...).
- **Revisar antecedentes médicos y/o quirúrgicos** (embarazos, prostatitis, cistitis, endometriosis, fisuras anales, hemorroides, estrés crónico, ansiedad, etc.).



¿Cuáles son los tratamientos disponibles?

Objetivo: eliminar o corregir los factores de riesgo desencadenantes o que perpetúan el dolor.

Abordaje temprano y multimodal.

• Pautas conductuales:

- Evitar estar mucho tiempo sentado de forma continuada.
- Mejorar la postura corporal, evitar el estreñimiento, adoptar una postura más adecuada a la hora de ir al baño.



- **Ejercicio físico:** ejercicios de fuerza, estiramientos de la región lumbar y pélvica.
- **Fármacos:** según el tipo e intensidad del dolor, siempre bajo prescripción médica.
- **Tratamiento rehabilitador y fisioterápico:** tratar de forma manual a nivel vaginal o anal para eliminar contracturas y puntos dolorosos, así como cicatrices problemáticas en la zona afecta (cesárea, episiotomía, desgarros, laparotomía tras prostatectomía...), utilizar dilatadores vaginales, o usar aparatos de *biofeedback* o electroterapia.
- **Apoyo psicológico**
- **Tratamiento intervencionista** (en casos complicados): punción seca o infiltraciones con diferentes fármacos en los puntos musculares dolorosos para conseguir la relajación y disminución del dolor en esa zona.



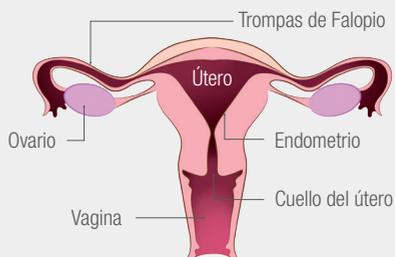
3 DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN LA MUJER y personas asignadas mujer al nacer

DISMENORREA

¿Qué es la dismenorrea?

Se llama dismenorrea al dolor menstrual.

Es el tipo más común de dolor pélvico. Está producido por la liberación de mediadores inflamatorios (prostaglandinas) que provocan contractibilidad uterina durante el periodo menstrual.



El dolor menstrual debe considerarse "normal" si:

- El dolor es solo en los primeros 1 o 2 días de menstruación o
- Desaparece si se usa la píldora anticonceptiva o con la toma de analgésicos simples (paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos)

Cuando exista una causa conocida, principalmente la endometriosis, hablaremos de dismenorrea secundaria. También existen otras causas: miomas pólipos, malformaciones, etc.

¿Cuáles son las características de la dismenorrea?

Podemos encontrar dolor menstrual aislado, agudo y espasmódico o acompañarse casi a diario, de una mezcla de diferentes dolores; en estos casos, debemos pensar en una dismenorrea secundaria o problema de sensibilización:



- Dolor de cadera, inguinal o abdominal.
- Náuseas o vómitos.
- Dolor punzante en el coxis, en el área púbica o la parte baja de la espalda, o incluso hacia el recto.
- Problemas intestinales: sensación de dolor defecatorio o de vaciado incompleto, incapacidad para expulsar gases o dolor anal, distensión abdominal, diarrea o estreñimiento.
- Problemas de la vejiga: necesidad de ir al baño con frecuencia o con urgencia, incluso dolorosa.
- Dolor con la penetración superficial o profunda de la vagina.
- Aislamiento social, pérdida de autoestima, baja energía, cambios emocionales o de comportamiento, ansiedad o depresión.

Las menstruaciones abundantes también pueden provocar anemia por deficiencia de hierro.

Dismenorrea en cifras

Afecta a **1/3** de la población femenina, especialmente adolescentes y adultas jóvenes.



INCREMENTO
debido a:

- Niñas: primeras menstruaciones antes
- Embarazos: más tarde y menor número



5ª parte de las jóvenes → dolor menstrual intenso

4ª parte de las jóvenes → absentismo escolar

¿Cómo se llega al diagnóstico?

- **Exploración física, con estudio ecográfico:** cuando los síntomas afectan a la actividad cotidiana (absentismo escolar o laboral), si duran más de dos días o no hacen efecto analgésicos como los antiinflamatorios
- **Técnicas endoscópicas específicas:** si los síntomas son más graves y se sospecha de endometriosis (por antecedentes familiares, entre otros).



¿Cuáles son los tratamientos disponibles?

Dependerá del grado de intensidad, de cómo afecte a la calidad de vida, y de los síntomas acompañantes.



1. Remedios caseros y cambios en el estilo de vida:

- Calor local mediante un baño tibio o colocar una almohadilla térmica sobre el abdomen.
- Reducción del consumo de alcohol, tabaco y cafeína.
- Dieta variada (con incremento de vegetales e hidratación adecuada).
- Descanso adecuado.
- Ejercicio físico como el yoga, con estiramientos de la musculatura pélvica (que parecen ser útiles).

2. Terapias complementarias (pueden ayudar): acupuntura, complejos nutricionales ayudados por fitoterapia Vitex agnus-castus (VAC), minerales (magnesio) o vitaminas (D, B1).

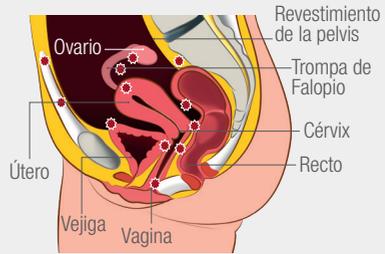
3. Fármacos para el dolor menstrual: funcionan mejor cuando se toman antes de su comienzo y luego se mantienen regularmente durante los períodos menstruales. Antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno, naproxeno o diclofenaco).

4. Puede ser recomendable **suprimir las menstruaciones** con terapias hormonales, como la píldora anticonceptiva y la anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC), incluidos los DIU que liberan progesterona.

ENDOMETRIOSIS

¿Qué es la endometriosis?

Es una afección en la que las células similares al revestimiento del útero (endometrio) crecen fuera del útero. Suelen hacerlo en la cavidad abdominal (trompas, ovario, peritoneo, vejiga, uréteres, intestino, recto entre otros) o a mayor distancia, con menos frecuencia, (pulmones, cerebro, etc.).



¿Cuáles son las características de la endometriosis?

Se produce por:

- Menstruación retrograda (a través de las trompas)
- Causas inmunológicas
- Causas genéticas, etc.

El tejido endometrial responde a los cambios de una hormona llamada **estrógeno** (dependiente de la duración de la vida reproductiva), pudiendo crecer y sangrar como lo hace el revestimiento del útero durante el ciclo menstrual.

Pero el tejido circundante a estos implantes, puede irritarse e inflamarse, conduciendo posteriormente a un proceso cicatricial, con producción de adherencias y fibrosis.

- Síntomas diversos en función de la estructura afectada y el grado de evolución.
- Provoca sensibilización central de las vías nerviosas, lleva el dolor a otros órganos.
- Conlleva una respuesta muscular del suelo pélvico con repercusiones psicobiosociales que son comunes al síndrome de dolor pélvico.

Endometriosis en cifras



- Ocurre en **1** de cada **10** mujeres en edad reproductiva (aprox.).
- Se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres de entre 30 y 40 años.
- En las adolescentes, es la primera causa de dismenorrea secundaria.

¿Cómo se llega al diagnóstico?



Muchas mujeres con endometriosis no tienen síntomas y a menudo son diagnosticadas cuando:

- No pueden quedarse embarazadas (4 de cada 10 mujeres infértiles tienen endometriosis)
- Se someten a una exploración (como una ecografía) o cirugía por otro motivo.

Síntoma más común: dolor pélvico, justo antes y durante el período menstrual, de más de 2 días de duración, que no responde a analgésicos (tipo antiinflamatorios) y con sangrado menstrual abundante.

Debemos **sospechar endometriosis** cuando el dolor pélvico se acompaña, casi a diario, de una mezcla de diferentes síntomas dolorosos urinarios, digestivos, musculares, sexuales, entre otros, que se exacerbaban durante el período menstrual e incluso periovulatorio.

- Sospecha clínica → **Exploración clínica ginecológica + estudio ecográfico**
Exploración endoscópica (con biopsia para confirmar)
- Resto de pruebas (RMN pélvica, uroTAC, cistoscopia, rectoscopia) → según síntomas e intensidad, para descartar complicaciones de la endometriosis profunda en órganos vecinos.

No existe una correlación lineal entre los síntomas y la gravedad (extensión) de la enfermedad.

¿Cuáles son los tratamientos disponibles?



• **Dependen de:**

- La extensión de la enfermedad
- La gravedad de los síntomas
- Los deseos de quedar embarazada

• **Objetivos del tratamiento:**

- Aliviar los síntomas
- Evitar el progreso de la enfermedad
- Proteger la futura fertilidad (en adolescentes, grupo de especial relevancia)

• **Recomendaciones generales**

- Hábitos de vida: dieta saludable, ejercicio físico regular y mejora de la calidad del sueño.
- Relajación de la musculatura de suelo pélvico.
- Reducción de la sensibilización al dolor: *mindfulness* y terapias de reeducación del dolor (terapia cognitiva-conductual).



- **Fármacos:**

- Analgésicos (antiinflamatorios no esteroideos) pueden asociarse a otros analgésicos de mayor potencia (no derivados de morfina) durante periodos cortos de tiempo.
- Hormonas: ayudan a retrasar el crecimiento del tejido endometrial y pueden evitar que se formen nuevas adherencias. Desde el punto de vista clínico, conducen a la anovulación y amenorrea (falta de menstruación).

- **Tratamiento quirúrgico**, para extirpar la mayor cantidad posible de tejido endometrial de fuera del útero, y la fibrosis en órganos vecinos (uréter, intestino, recto) o más distanciados.

¿La cirugía cura la endometriosis?

Después de la cirugía, la mayoría de las mujeres sienten alivio del dolor. Pero existe la posibilidad de que el dolor regrese. Un porcentaje variable de mujeres vuelven a tener dolor dentro de los 2 años posteriores a la cirugía. Esto puede deberse a que parte de la endometriosis no era visible o que no se pudo extirpar en el momento de la cirugía.



Cuanto más grave es la enfermedad, más probable es que regrese. El tratamiento hormonal después de la cirugía puede ayudar a prolongar los periodos sin dolor.

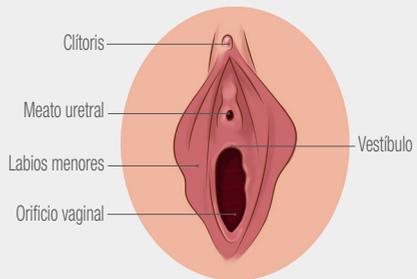
La **histerectomía** acompañada de la extirpación o no de los ovarios, no soluciona en todos los casos los problemas de dolor pélvico. Esta recomendada en muy determinadas ocasiones.

- **Técnicas avanzadas** para el control del dolor pélvico intenso y refractario a tratamientos que se realizan en **Unidades de Dolor**, con múltiples posibilidades como son las infiltraciones con fármacos o la radiofrecuencia y la neuromodulación, entre otras.

VULVODINIA

¿Qué es la vulvodinia?

Es un dolor vulvar persistente que dura 3 meses o más y no es causado por una infección, trastorno de la piel u otra afección médica.



¿Cuáles son las características de la vulvodinia?

Síntomas comunes

- Ardor, escozor o irritación vulvar.
- Dolor o sensación de hinchazón de manera espontánea o provocada por el coito o la introducción de tampones o por la presión por ropa interior o ajustada.
- Dolor generalizado (en toda la vulva) o localizado en una zona específica (vestíbulo vulvar).
- Los síntomas pueden ser constantes o pueden aparecer y desaparecer → comenzar y detenerse sin previo aviso (espontáneo) o pueden ocurrir solo cuando se toca el área (provocado).
- Pueden acompañarse o no de otros síntomas (urinarios, entre otros).



Vulvodinia en cifras



En España, el dolor vulvar persistente con más de 3 meses de duración, tiene una prevalencia del **6,6%**, llegando hasta un **13%** en algún momento de la vida de la población femenina.



- No tiene causa clara.
- Necesita para su desarrollo que se den **determinados factores**:
 - Genéticos.
 - Inflamación local.
 - Deficiencias hormonales.
 - Dolor neuropático periférico.
 - Disfunciones musculares del suelo pélvico, entre otros.
 - Factores psicosociales (maltrato infantil, abusos, ansiedad, catastrofismo ante el dolor y motivación sexual, etc.).
- Tiene gran afectación emocional.

¿Cómo se llega al diagnóstico?



- **Distinguir la vulvodinia de otras enfermedades** que también provocan dolor vulvar:
 - Infecciones (candidiasis recurrente, herpes).
 - Inflamaciones (liquen escleroso, liquen plano).
 - Neoplasias (enfermedad de Paget).
 - Trastornos neurológicos (neuralgia por compresión).
 - Traumatismos (mutilación genital femenina, obstétricos).
 - Iatrogenia (postoperatoria, por quimioterapia, por radiación).
 - Deficiencias hormonales (atrofia vulvovaginal de la menopausia, amenorrea por lactancia).
- **Entrevista médica**, para descartar primero las causas. Se preguntará sobre síntomas, alergias, antecedentes sexuales traumáticos y antecedentes médicos y quirúrgicos.
- **Exploración clínica**, se buscan signos inflamatorios, se valoran las alteraciones vulvares y la sensibilidad, principalmente en su vestíbulo (con hisopo de algodón) y el estado de la musculatura del suelo pélvico con palpación intravaginal.

Se puede acompañar de la toma de una muestra de flujo de la vagina, para descartar infecciones.

En ocasiones, es preciso realizar una biopsia de la piel de la vulva, ante la sospecha de una dermatosis.

¿Cuáles son los tratamientos disponibles?



Ningún tratamiento funciona todo el tiempo para todas las mujeres y pueden pasar algunos meses antes de que se note algún alivio. A veces se dan recaídas.

• Cuidados básicos

- Usar ropa interior 100% algodón.
- Limpiar la vulva solo con agua, evitando los detergentes y champús perfumados.
- Evitar las duchas vaginales.
- Utilizar compresas higiénicas 100 % algodón.
- Usar lubricantes durante las relaciones sexuales, pero evitar aquellos con sabor o sensación refrescante/caliente.
- Enjuagarse y secar la vulva después de orinar, evitar usar un secador de pelo.
- Después del baño, aplicar una capa delgada de aceite sin conservantes o vaselina para retener la humedad y proteger la piel.

• Educación en dolor

- Terapia cognitiva-conductual (eficaz en vulvodinia) (**primera línea de tratamiento**)
- Consejo sexual para afrontar los casos

- **Fármacos:**

1. De aplicación externa (de forma continua o solo antes del coito):

- Cremas anestésicas o formulaciones magistrales con diferentes fármacos).
- Inyecciones de corticoides o toxina botulínica (**segunda línea de tratamiento**).

2. Orales: antidepresivos (amitriptilina) y antineuropáticos (pregabalina, gabapentina), en la vulvodinia espontánea o con características neuropáticas.

- **Fisioterapia del suelo pélvico**

- En estados hipertónicos de la musculatura del suelo pélvico.
- Para el tratamiento de aquellos puntos gatillo que encontremos en la exploración física.

- **Cirugía** (vestibulectomía o resección del vestíbulo vulvar) (**tercera línea de tratamiento**): solo en casos que no responden a ningún tratamiento y con dolor muy localizado

Además, se atenderán otros **problemas asociados**, aunque no sean la causa:

- Atrofia vulvar → hormonoterapia.
- Dermatitis → corticoides.
- Infecciones candidiásicas de repetición → antimicóticos y probióticos.

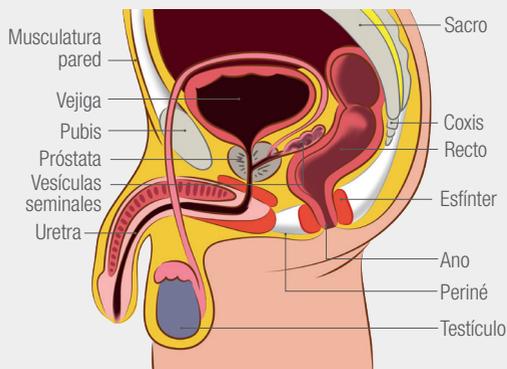
4 | DOLOR PÉLVICO CRÓNICO EN EL HOMBRE y personas asignadas hombre al nacer

SÍNDROME DE DOLOR PROSTÁTICO

¿Qué es el dolor prostático?

Los dolores prostáticos incluyen la prostatitis crónica bacteriana y el síndrome doloroso pélvico crónico (antiguamente conocido como prostatitis crónica no bacteriana)

Es un dolor de próstata persistente o episódico que viene asociado a disfunciones del tracto urinario y/o sexuales, con ausencia de patología evidente o foco de infección.



La próstata es un órgano glandular perteneciente al aparato reproductor masculino con tamaño y forma parecidos a una nuez.

Está situada por debajo de la vejiga y por delante del recto englobando a la uretra, siendo su función la de participar en la formación del líquido seminal.

¿Cómo se llega al diagnóstico?

- **Entrevista médica:** identificando los síntomas presentes.
- **Exploración física: tacto rectal,** consiste en la introducción de un dedo con guante lubricado en el recto para palpar la próstata valorando su tamaño y su consistencia.



- **Pruebas complementarias**
 - Estudio citológico y bacteriológico de la orina
 - Pruebas sobre el flujo urinario y su medida posmiccional.
 - Pruebas de imagen, como la ecografía, opcionales.

¿Cuáles son los tratamientos disponibles?



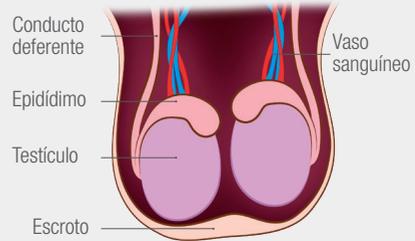
El tratamiento es complejo y multimodal.

- **Fármacos:** antibióticos, alfabloqueantes y antiepilépticos (pregabalina).
- **Acupuntura y la fitoterapia.**
- **Fisioterapia y rehabilitación** pelviperineal (cuando se asocia a causa miofascial).
- **Neuromodulación de raíces sacras** → en casos severos que no responden a los tratamientos anteriores.

SÍNDROME DE DOLOR TESTICULAR

¿Qué es el dolor testicular?

El dolor testicular crónico (o escrotal) es un dolor constante o intermitente, unilateral o bilateral, que puede aumentar durante la actividad física y las relaciones sexuales.



Los testículos:

- Forman parte del aparato reproductor masculino junto con el pene, escroto, el epidídimo, el conducto deferente, la próstata y las vesículas seminales.
- Tienen forma ovoide.
- Se encuentran envueltos por el escroto
- Su función es la de producir espermatozoides y testosterona.

¿Cuáles son las características del dolor testicular?

- Se desconoce su causa hasta en el **50%** de los hombres.
- Puede ocurrir después de un trauma o después de una **vasectomía o una reparación de hernia**.

Informan haber experimentado dolor dentro de los meses posteriores a su cirugía:



- Hasta el **20%** de los hombres que han tenido una vasectomía.
- El **10%** que se sometió a una reparación de hernia.



¿Cómo se llega al diagnóstico?

- **Entrevista médica:** para identificar los síntomas presentes y buscando las posibles causas.
- **Exploración física:** observando las zonas de mayor sensibilidad en la región testicular y presencia de cicatrices de intervenciones quirúrgicas.
- **Pruebas complementarias**
 - Estudio citobacteriológico de la orina.
 - Ecografía escrotal.

Ambos ayudan a descartar una enfermedad local.

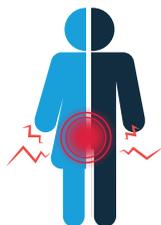
¿Cuáles son los tratamientos disponibles?



El tratamiento debe ser precoz para evitar la cronificación del dolor.

- **Fármacos:** antiinflamatorios, anticonvulsivantes (pregabalina) y antidepresivos (amitriptilina).
- **Bloqueos con anestésicos locales y corticoides** guiados por ecografía en el cordón espermático (para controlar el dolor y buscar su origen).
- **TENS y acupuntura** (para controlar el dolor).
- **Cirugías:** en casos en los que ha fallado el tratamiento conservador:
 - Denervación microquirúrgica del cordón espermático
 - Extirpación del epidídimo y el testículo doloroso.

5 | ¿CÓMO PUEDO CONTROLAR mi dolor pélvico?



El tratamiento del dolor pélvico crónico debe ser:

- **Individualizado (específico para cada persona).**
- **Manejado por un equipo multidisciplinar (diferentes especialistas).**
La formación y coordinación de cada profesional implicado en su abordaje puede favorecer un diagnóstico y un tratamiento más eficaz.
- **Abordado de forma precoz para evitar su cronificación (hecho que empeora el pronóstico y dificulta su tratamiento)**

Una parte fundamental del tratamiento es **instruir sobre el suelo pélvico.**

Los pacientes deben conocer:

- Los aspectos de la anatomía.
- La función de los órganos y musculatura de la pelvis.
- Los hábitos posturales y las conductas que pueden empeorar o mejorar el funcionamiento del suelo pélvico. De este modo, es más fácil entender para qué sirven los tratamientos que se plantean en cada caso para que no se abandonen de forma prematura.



**Tratamiento desde varios frentes.*

Cambios en el estilo de vida

Factores **proinflamatorios** que empeoran el dolor:

- Sedentarismo
- Estrés
- Pocas horas de sueño y de mala calidad
- Tóxicos (alcohol o tabaco)
- Uso excesivo de pantallas (teléfonos móviles, tabletas...)
- Alimentación actual (pobre en nutrientes, rica en ultraprocesados y harinas refinadas...)

La sobreexposición mantenida y continuada de este estilo de vida puede derivar en inflamación crónica, responsable de muchas enfermedades de la vida moderna, entre ellas el dolor pélvico.

Tratamiento farmacológico

- **Iniciar en fases tempranas** (aunque no esté el diagnóstico confirmado) para mejorar la evolución y el pronóstico. **No “aguantar el dolor”**
- **Fármacos** en función del tipo o tipos de dolor:
 - **Antiinflamatorios no esteroideos** (AINES) → útiles en un inicio para el dolor miofascial
 - **Anticonvulsivantes** (gabapentina o pregabalina)
 - **Antidepresivos tricíclicos** (amitriptilina) o **duales** (duloxetina) → para el dolor neuropáticoAlgunos de ellos pueden combinarse en casos de difícil control analgésico.
- **Opioides** (tramadol, tapentadol, fentanilo, oxicodona...) → para dolor moderado- severo no se recomienda a largo plazo por los efectos adversos que pueden causar (estreñimiento, retención urinaria...) y el riesgo de dependencia y abuso.
- **Medicamentos hormonales** → cuando la causa del dolor sea de origen hormonal o exista ciclicidad (mujer).

Terapia física

- **Fisioterapia:** de gran utilidad en el tratamiento del dolor miofascial. El tratamiento manual de la musculatura pélvica permite la relajación de los tejidos (puntos gatillo musculares, cicatrices, etc.), una mejor estática postural y reeducación de la función muscular, disminuyendo el dolor y favoreciendo la recuperación de las disfunciones miccionales, defecatorias y/o sexuales.

Suele combinarse con:

- **Electroterapia:** corrientes analgésicas, TENS, ultrasonidos...
- **Aparatos de reeducación neuromuscular (biofeedback) o incluso ondas de choque.**
- **Ejercicio físico y estiramientos musculares** (ver ejercicios recomendados en el ANEXO).

Tratamiento psicológico

La esfera psicosocial puede contribuir a empeorar y perpetuar el dolor, e influir en el fracaso de los tratamientos

- **Terapias psicológicas** → son de suma importancia en el tratamiento del dolor pélvico crónico para conseguir manejar las emociones negativas.
 - **Técnicas de relajación y meditación**
 - **Terapia cognitiva-conductual**

ANEXO

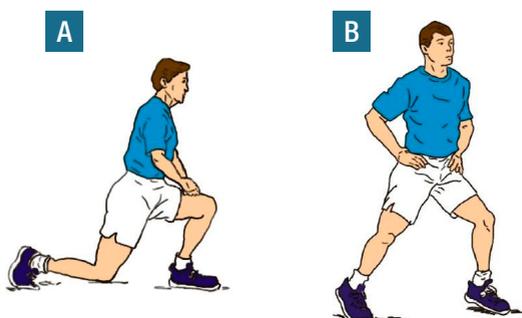
Ejercicios de estiramiento

Ejercicios adaptados de <http://www.sermef-ejercicios.org>

ESTIRAMIENTOS DE LA MUSCULATURA FLEXORA DE CADERA

Se puede realizar de rodillas (a) o de pie (b).

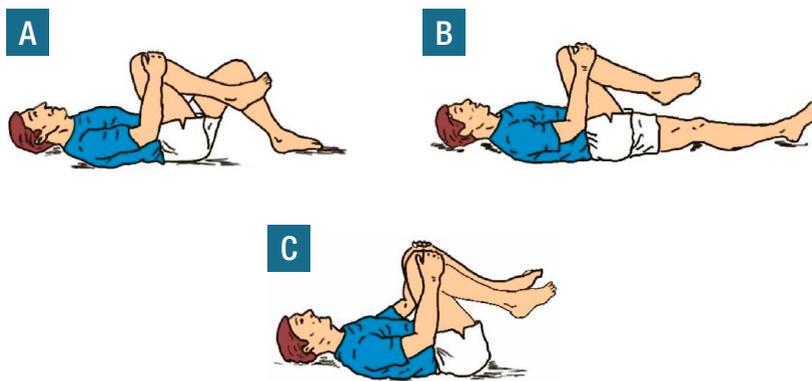
Llevar una pierna hacia atrás e inclinar levemente el cuerpo hacia delante. El objetivo es sentir un estiramiento suave en la parte anterior del muslo e ingle de la pierna que queda atrás. Mantener la postura durante 20-30 segundos. Realizar 5 repeticiones por pierna.



ESTIRAMIENTOS DE LOS EXTENSORES DE CADERA

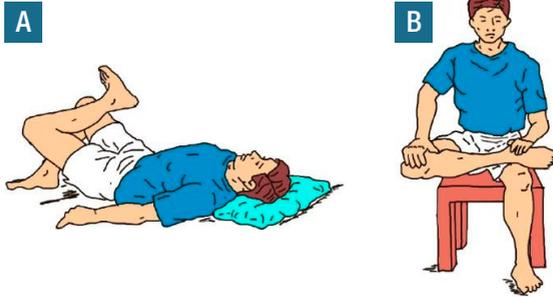
Tumbado boca arriba, el ejercicio puede realizarse de diferentes formas como se aprecia en los dibujos. Se ha de llevar una o las dos rodillas hacia el pecho ayudando con las manos en la parte final del movimiento. El objetivo es notar un estiramiento suave en la región glútea y parte baja de la espalda.

Mantener durante 20-30 segundos y volver a la posición inicial. Realizar 5 repeticiones por pierna.



ESTIRAMIENTOS DE ROTADORES INTERNOS DE CADERA

Se puede realizar tumbado boca arriba (a) o sentado (b). Cruzar la pierna colocando el pie del lado que va a estirar encima del muslo contralateral. Dejar caer la rodilla hacia abajo, notando un estiramiento suave en la zona inguinal. Mantener 20-30 segundos y descansar. Realizar 5 repeticiones por pierna.

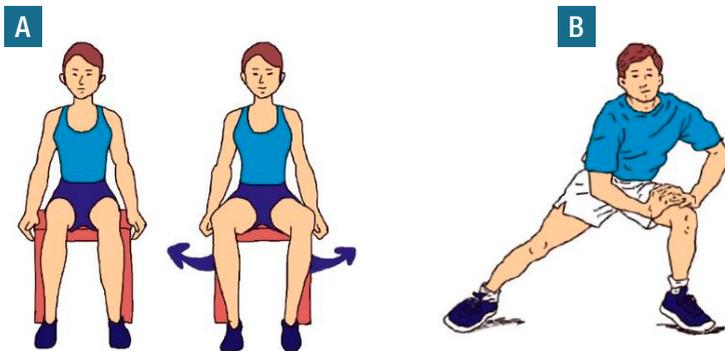


ESTIRAMIENTOS DE LA MUSCULATURA ADUCTORA

Se puede hacer el ejercicio sentado en una silla (a) o de pie (b).

En la posición sentado se han de abrir las piernas lo máximo que se pueda sin arquear la espalda.

En la posición de pie se han de separar las piernas lo máximo posible y doblar levemente la rodilla del lado contrario que se quiere estirar. El objetivo de ambos ejercicios es notar un estiramiento suave en la cara interna del muslo. Mantener la postura 20-30 segundos y volver a la posición inicial. Realizar 5 repeticiones en la posición sentado o 5 por pierna en la posición de pie.



ESTIRAMIENTOS DE ROTADORES EXTERNOS Y ABDUCTORES DE CADERA

Se puede realizar sentado (a) o tumbado boca arriba (b).

Colocar el pie del lado que se va a estirar encima de la rodilla contralateral. Tirar con la mano dirigiendo la rodilla hacia el hombro contralateral. Mantener 20-30 segundos y descansar. Realizar 5 repeticiones por pierna.



ESTIRAMIENTO DE LA MUSCULATURA LUMBOSACRA

En la posición sentado (a), doblar el cuerpo sobre las piernas, dejando el cuello relajado y las manos colgando.

Otra opción es de rodillas (b), sentarse sobre los talones y deslizar las manos hacia delante, notando el estiramiento en la zona baja de la espalda. Mantener 20-30 segundos y volver a la posición inicial. La 3ª opción es el ejercicio del gato-camello (c), en la que se ha de arquear la columna hacia arriba flexionando el cuello durante 5 segundos y, posteriormente, arquear la columna hacia abajo llevando la cabeza hacia atrás, otros 5 segundos. Realizar 5 repeticiones.



OTRAS FUENTES

de información

Fuentes científicas de información a pacientes (acceso libre y traducción al español):

Referente al dolor crónico en general

<https://www.sedolor.es/pacientes/consejos-y-recomendaciones/>

Guía para la prevención y el manejo del dolor crónico.

Consejos generales

<https://bit.ly/3D6hHFh>

Guías de problemas urológicos

<https://uroweb.org/guidelines/chronic-pelvic-pain>

Dismenorrea y endometriosis

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/12/dysmenorrhea-and-endometriosis-in-the-adolescent>

Dolor vulvar persistente

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/09/persistent-vulvar-pain>

Guía general del dolor pélvico

<https://www.pelvicpain.org.au/>

Hipersensibilidad en el dolor pelviperineal

<https://www.convergencespp.com/fr/patients/assos/>

Neuralgia pudenda

<https://www.pudendalhope.info/node/8>

Dietas empíricas para el tratamiento del SII

<https://www.aegastro.es/p/dietas/>

Promoción de la educación para el autocontrol del dolor crónico

<https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/promoting-chronic-pain-self-management-education/>

Sobre los aspectos de la terapia cognitiva- conductual del dolor

<https://www.sedolor.es/grupos-de-trabajo/psicologia-y-dolor/>



SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Grupo de trabajo SED (GTSED) en Dolor Pélvico Crónico



Sociedad Española del Dolor