



281/6 - CUANDO EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO FALLA: LA 'P' QUE FALTA

A. Henche Ruiz

Médico de Familia. Coordinadora de la Unidad de Conductas Adictivas de Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer (35 años, colombiana) que debuta con dolor pélvico tras ligadura tubárica. Diagnóstico final de endometriosis severa, con cuatro intervenciones en 1,5 años. Mantiene dolor intenso que no cede con analgésicos habituales. Desde Atención Primaria se realiza seguimiento y manejo analgésico adecuado, pero el cuadro empeora progresivamente (dolor crónico, importante afectación de la calidad de vida, reacción adaptativa y conductas aberrantes). Se decide derivar a Psicología y Psiquiatría. En septiembre/2015 presenta intento autolítico (sobreingesta medicamentosa). Tras el alta, comienza a presentar episodios de descontrol de impulsos, y mantiene dolor intenso a pesar de dosis elevadas de opioides, con clara pérdida de control sobre su uso, siendo derivada a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA). En la valoración inicial destaca importante limitación funcional y amnesia sobre su vida en Colombia. Iniciamos terapia motivacional para supresión de opioides pautados e inducción de tratamiento sustitutivo. Tras la inducción de buprenorfina/naloxona, no observamos la franca mejoría que muestran otros pacientes de perfil similar. Persisten quejas de dolor generalizado, descontrol de impulsos, auto- y heteroagresividad, miedos, pesadillas, y alteraciones de orientación y memoria. En consulta suele mostrar tendencia al sueño profundo, valorado como desconexión del medio (disociación). En una entrevista con el marido se indaga sobre antecedentes de experiencias traumáticas en la vida de la paciente, confirmando antecedente de violación múltiple en Colombia.

Exploración y pruebas complementarias: TAC, RMN, ecografías, estudio EGD, enema opaco, analíticas, marcadores tumorales y estudio hormonal.

Juicio clínico: Trastorno por estrés postraumático (TEPT). Dolor pélvico crónico. Dependencia a analgésicos opioides en tratamiento con sustitutivos.

Diagnóstico diferencial: Dolor físico vs dolor emocional. TEPT vs trastorno conversivo.

Comentario final: El dolor crónico es una entidad neuropsicopatológica compleja; además del componente físico, entran en juego variables cognitivas, conductuales, emocionales y sociales. Si no se tienen en cuenta estos aspectos psicosociales (la 'p' que falta), se puede perpetuar el dolor, la disfuncionalidad y la sobremedicación en algunos pacientes. De ahí la importancia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico. En el caso que nos ocupa, la literatura señala que existe relación entre el dolor pélvico crónico, los antecedentes de abusos sexuales y ciertos

trastornos psiquiátricos., incluido el TEPT.

Bibliografía

1. Franco de Carvalho AC, Poli-Neto OB, de Souza Crippa JA, Cecílio Hallak JE, de Lima Osório F. Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms. *Arch Clin Psychiatry*. 2015;42(1):25-30.
2. Miller-Matero LR, Saulino C, Clark S, Bugenski M, Eshelman A, Eisenstein D. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19:349-54.
3. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA y Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(4):317.
4. Steele A. Opioid Use and Depression in Chronic Pelvic Pain. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2014;41:491-501.
5. Nicol AL, Sieberg CB, Clauw DJ, Hassett AL, Moser SE, Brummett CM. The association Between a History of Lifetime Traumatic Events and Pain Severity Physical Function, and Affective Distress in Patients With Chronic Pain. *J Pain*. 2016;17(12):1334-48.