

TÍTULO DEL CASO: “Una lumbalgia fuera de la espalda”

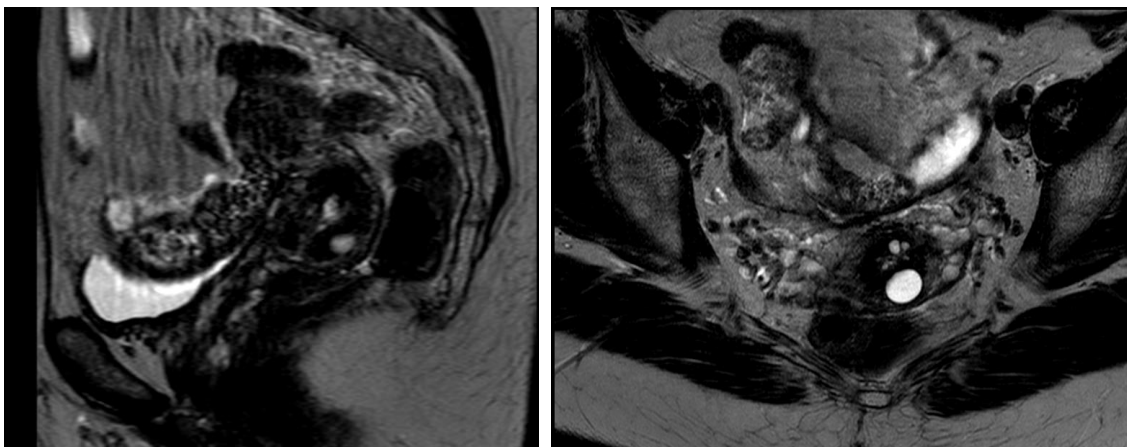
AUTOR: Dr. Miguel Salmerón Celi. Clínica Yarza (Valencia)

CASO CLÍNICO: 2º Parte

RESOLUCIÓN DIAGNÓSTICA DEL CASO CLÍNICO:

En esta paciente se solicitaron las siguientes pruebas diagnósticas:

- RM Pelvis: Se visualiza el útero localizado en anteversión de tamaño y morfología normal. Endometrio centrado de 2mm de espesor. Se visualizan ambos ovarios de tamaño y morfología normal, con pequeños folículos en su interior. Se visualizan quistes de Naboth en cuello uterino. Se visualizan prominentes varices periuterinas y perivaginales bilaterales, valorar posible síndrome de congestión pélvica. No se visualizan adenopatías pélvicas significativas. Permeabilidad de arterias y venas ilíacas visualizadas. Mínima cantidad de líquido libre en Douglas, probable fisiológico.



- EMG de MMII: sin hallazgos patológicos.
- ECO Doppler de MMII: sin hallazgos patológicos.
- Se indica valoración por ginecólogo: valoración normal.

PRESCRIPCIÓN TERAPÉUTICA:

Se realiza una valoración en la Unidad de Suelo Pélvico:

- Antecedentes relevantes: estreñimiento (1v/semana), último parto hace 15 años instrumentado y episiotomía complicada.

- Examen Físico: Movilización cuello uterina levemente dolorosa, cicatriz episiotomía muy adherida y dolorosa a la palpación con un gap muscular subyacente a cicatriz, bloqueo de cúpula diafragmática derecha, fascia abdominal muy adherida, bombeo de sacro doloroso, tensión y dolor a nivel perineal.
- Se realiza una ecografía del suelo pélvico: atonía del m. elevador del ano, no descenso de vejiga, venas dilatadas con un aumento de la vascularización tanto vaginal como uterina.
- Tratamiento propuesto: tratamiento manual a nivel coxígeo y lumbar, desbloqueo de cúpula diafragmática y liberación de fascias abdominales. Masoterapia de cicatriz de episiotomía, masaje perineal, TENS endorfnico intracavitario.

RESULTADO DE SU APLICACIÓN PRONÓSTICO:

Tras 6 sesiones de fisioterapia la paciente refiere una remisión casi completa del dolor pélvico y lumbosacro. Esta mejoría tiene una duración de entre 3 meses tras lo cual reaparece en un grado mucho más leve, por lo que se realiza tratamiento de mantenimiento 1 vez al mes.

Se descartó el tratamiento quirúrgico o de embolización por parte de su ginecólogo.

Como conclusión se podría decir que no existe un tratamiento definitivo, pero la fisioterapia del suelo pélvico ofrece una mejoría a corto y medio plazo consiguiendo mejoría en las actividades de la vida diaria de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dorobisz TA, Garcarek JS, Kurcz J, Korta K, Dorobisz AT, Podgórski P, Skóra J, Szyber P. Diagnosis and treatment of pelvic congestion syndrome: Single-centre experiences. Adv Clin Exp Med. 2017 Mar-Apr; 26(2):269-276.
2. Herrera-Betancourt AL, Villegas-Echeverri JD, López-Jaramillo JD, López-Isanoa JD, Estrada-Alvarez JM. Sensitivity and specificity of clinical findings for the diagnosis of pelvic congestion syndrome in women with chronic pelvic pain. Phlebology. 2017 Jan 1.

3. Gavrilov SG, Turischeva OO. Conservative treatment of pelvic congestion syndrome: indications and opportunities. *Curr Med Res Opin.* 2017 Jun; 33(6):1099-1103.
4. Cimsit C, Yoldemir T, Tureli D, Aribal ME. Evaluation of sacroiliac joint MRI for pelvic venous congestion signs in women clinically suspected of sacroiliitis. *Acta Radiol.* 2017 Jul; 58(7):849-855. doi: 10.1177/0284185116675656. Epub 2016 Oct 31.
5. Borghi C, Dell'Atti L. Pelvic congestion syndrome: the current state of the literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2016 Feb; 293(2):291-301. doi: 10.1007/s00404-015-3895-7. Epub 2015 Sep 24. Review.