

# *El dolor en el paciente crónico y terminal (no oncológico)*

DR. E. MAGANTO PAVÓN

Jefe de Sección. Servicio de Urología  
Hospital Ramón y Cajal  
Madrid

## INTRODUCCIÓN

El dolor relacionado con el tracto genitourinario es un síntoma que se observa frecuentemente en la práctica médica, sin embargo en muchas ocasiones su verdadera naturaleza no es tan simple. Aunque determinados dolores urológicos, como por ejemplo el que se observa en la obstrucción urinaria aguda, sean, según algunos autores<sup>1</sup>, de los más severos que se conocen y la intensidad y características de los mismos sirvan para diferenciarlos con facilidad de los que se observan en otros síndromes dolorosos, en general el dolor urológico es confuso y difícil de evaluar, debido fundamentalmente a que la inervación de las vías genitourinarias es compleja y con suministro nervioso común de estructuras lejanas entre sí.

El dolor agudo referido, muy frecuente en patología urológica y que ocasiona a veces problemas diagnósticos, o las algias no específicas de etiología aparentemente urológica que se perciben en un flanco, a nivel suprapúbico, o las que se manifiestan a nivel del periné y la pelvis que están originadas en vísceras vecinas o el peritoneo, tendrían su justificación por estas interconexiones<sup>2, 3</sup>.

Mayor problema aún representa el dolor crónico. Mientras que el dolor agudo suele ser un síntoma de la enfermedad y es, a pesar de los problemas citados, una de las claves que conducen al diagnóstico, teniendo por tanto una extraordinaria utilidad clínica, el dolor crónico persistente en Urología, lo mismo que en otras especialidades, nunca cumple una función biológica, carece de utilidad y pocas veces, salvo el oncológico, se asocia a una patología clara.

Por si esto fuera poco, la cronificación del dolor, que siempre representa una dificultad grave de resolver y un reto para el especialista, en Urología ad-

quiere una mayor dimensión al imbricarse o asociarse muchas veces a disfunciones o alteraciones de la esfera sexual. Una gran parte de los dolores crónicos de etiología aparentemente orgánica con los que tropezamos en la práctica, tienen su origen o como resultado conflictos de índole sexual o viceversa. La aparición en escena de factores psicósomáticos agrava el problema hasta hacerlo muchas veces irresoluble.

En vista de sus características, muchos autores<sup>4,5,6</sup> consideran el dolor crónico como una enfermedad por sí mismo, involucrando en su origen mecanismos centrales que están por descubrir o la intervención de mediadores neurotróficos actualmente en fase de investigación.

## **DEFINICIÓN Y PECULIARIDADES DEL DOLOR CRÓNICO**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), define como dolor crónico aquel cuya duración excede el periodo normal de curación. En la práctica, éste puede ser superior a un mes o inferior a seis meses. Se ha decidido tomar el periodo de tres meses como el límite de división más conveniente entre dolor agudo y crónico<sup>7</sup>.

En opinión de Ruiz Lopez<sup>5</sup> debe evitarse el nombre de «dolor crónico benigno» para diferenciarlo del dolor por cáncer y emplearse el término «dolor crónico no maligno» ó «dolor crónico no oncológico».

Mientras que para algunos autores el dolor agudo se definiría como un conjunto de manifestaciones desagradables de tipo sensorial, perceptivo y emocional, así como otras respuestas autonómicas asociadas, psicológicas y conductuales provocadas por una lesión o una enfermedad y sería pues un síntoma o un síndrome originado por una enfermedad<sup>4</sup>, el dolor crónico, en cambio, puede originarse en procesos patológicos crónicos de las estructuras somáticas o viscerales, por la disfunción prolongada de partes del sistema nervioso central o periférico, o por ambos. En contraposición al dolor agudo, puede estar causado por mecanismos operantes (factores ambientales) y psicopatológicos. Muchos autores lo consideran una enfermedad por sí mismo<sup>4,8</sup>.

Es importante evitar y prevenir la cronificación del dolor agudo y la irreversibilidad del crónico, por lo que según Reig<sup>3</sup> está justificado luchar contra ambos con todas las armas a nuestro alcance después de establecido el diagnóstico y las causas que los mantienen. El tratamiento insuficiente del dolor agudo conduce a su cronificación y la persistencia de este puede desencadenar un síndrome caracterizado por la afectación en grado variable de la esfera psicosocial. El individuo no encuentra significado a su dolor, por lo que su respuesta es el miedo, la desesperación y la falta de confianza, que predisponen a hipocondría y depresión. Para evitar estos problemas es importante según Ruiz Lopez<sup>5</sup> establecer claramente las diferencias entre el dolor agudo y

crónico que quedarían definidas por su forma de comienzo, intensidad, manifestaciones autonómicas y respuesta al tratamiento (Tabla I).

TABLA I  
Diferencias entre dolor agudo y crónico

Dolor agudo		Dolor crónico
definido	comienzo	mal definido
relacionados	estímulo-intensidad	no relacionados
hiperactividad	sistema nervioso autónomo	habitación
alivian	ansiolíticos u opioides	no siempre indicados
efectivas	terapias simples	fracasan
cronificación	tratamiento inadecuado	síndrome

## MECANISMOS Y CLASIFICACIÓN DE LOS SÍNDROMES DEL DOLOR CRÓNICO

Los mecanismos fisiopatológicos que actúan en el dolor crónico están poco definidos y su comprensión se asienta en diversas teorías e hipótesis. Bonica<sup>8</sup> propuso dividir el dolor crónico en síndromes en función de los mecanismos que los producen.

1) Mecanismos periféricos. Suceden por la estimulación nociva y persistente de los nociceptores, lo cual puede ocurrir por la liberación de sustancias vasoactivas originadas por degeneración celular. Ejemplo de este, sería el dolor musculoesquelético o el dolor del úlcus. Recientemente se ha involucrado a algunas neurotrofinas (particularmente al NGF-factor de crecimiento nervioso, al BDNF-factor neurotrófico cerebroderivado, o a las neurotrofinas 3 y 4/5) como mediadores en el mantenimiento de los estados dolorosos crónicos, ya que se ha comprobado que éstos actuaban como mediadores en los procesos inflamatorios.

Koltzenburg<sup>9</sup> ha estudiado la expresión de estas neurotrofinas en la vejiga urinaria inflamada con trementina en un modelo animal y ha encontrado los niveles incrementados durante un corto espacio de tiempo (24 horas). Justifica que quizás esta elevación pueda mantenerse en el tiempo en algunos casos.

Otros mediadores que se involucran en el mantenimiento del dolor pélvico crónico, entre ellos el urológico, serían las citocinas, la interleukina-6 y los eicosanoides<sup>10</sup>.

2) Mecanismos centrales-periféricos. Implican a los sistemas somatosensoriales periférico y central. El dolor se asocia a la lesión completa o parcial del sistema nervioso periférico. Ej. causalgia y dolor del miembro fantasma.

3) Mecanismos de tipo central. Pérdida de las influencias inhibitoras descendentes. Ej. lesiones talámicas, tabes, etc.

4) Mecanismos psicológicos. Diversos tipos involucrados en afecciones psicósomáticas, psicógenas o psiquiátricas.

Para facilitar la comprensión de estos mecanismos fisiopatológicos y lograr una unificación de los mismos en síndromes, se han intentado clasificar de diferentes modos. Quizás la clasificación de Portenoy<sup>11</sup>, sea la que ha alcanzado más difusión.

Este autor divide los síndromes del dolor crónico en 3 tipos:

a) dolor nociceptivo: se origina en la actividad normal de las neuronas periféricas sensitivas. Al igual que cualquier estímulo sensorial requiere el procesamiento en la corteza cerebral de los estímulos periféricos. En general el dolor nociceptivo es una manifestación del daño tisular agudo, como el que sucede en el dolor isquémico, inflamación, traumatismo o cirugía.

b) dolor neuropático: sucede por la lesión o función alterada del sistema nervioso. La percepción confiere una situación ventajosa a un organismo. A diferencia del dolor nociceptivo, cuando se lesiona el sistema nervioso puede originarse dolor después del daño y reparación tisular. Ej. neuralgia postherpética o distrofia simpático-refleja.

c) dolor psicógeno: concurren otras causas y factores que atañen parcialmente a este capítulo y son las relacionadas con afecciones psicósomáticas.

Estas tres condiciones dolorosas crónicas podrían resumirse simplemente en dos: dolor de origen orgánico y dolor psicógeno. Desafortunadamente en Urología no siempre se puede encasillar a un paciente en cualquiera de estos dos tipos. Mientras que para el primero no suele ser necesaria la intervención de otros especialistas y la clínica y diagnóstico están en manos del urólogo, el dolor de origen psicógeno necesita un enfoque multidisciplinario.

## ETIOLOGÍA Y CLÍNICA DEL DOLOR CRÓNICO EN UROLOGÍA

En Urología existen dos grupos de síndromes que cursan con dolor crónico:

1) la patología tumoral, que es motivo de estudio en otro capítulo de esta monografía

2) la patología no tumoral, que es la que nos interesa en este apartado y que será analizada desde el punto de vista de su clínica y diagnóstico.

## DOLOR CRÓNICO DE ORIGEN RENAL O URETERAL

Seguindo a varios autores<sup>1,2,3,8,12</sup>, el dolor relacionado con el riñón puede estar producido por varias causas: distensión del sistema colector o la cáp-

sula renal, extravasación de orina en los tejidos, inflamación, isquemia, o por tracción o desplazamiento del pedículo del riñón mismo o de las vísceras u órganos adyacentes (Tabla II).

TABLA II  
Afecciones urológicas crónicas que pueden cursar con dolor

Riñón y uréter	Vejiga y uretra	Próstata y vesículas seminales	Testículo y pene
r. poliquísticos	cistitis crónica inesp.	hipertrofia prostática	epididimoorquitis
quiste simple	cistitis radica	malformaciones	torsión recurrente
ectopias	cistitis Tb.	infecciones	hidrocele
r. en herradura	bilarziosis	litiasis	varicocele
displasias	cistitis intersticial		espermatocoele
hidronefrosis	litiasis		hematocoele
s. de Fraley	uretritis		balanitis xerótica
a. vasculares	estenosis uretra		e. de La Peironie
nefropatias			priapismo
litiasis			
infecciones			
c. perirrenal			
s. vena ovárica			
fibrosis retroper.			
Afecciones urológicas crónicas con componente psicossomático			
nefralgia idiopática	cistitis crónica uretritis crónica (s. uretral femenino)	prostatodinia	neuralgia testicular idiopática (orquiudinia)

Dolor por distensión del sistema colector (pelvis y uréter). Puede variar desde un simple dolorimiento intermitente o continuo a nivel de los flancos o ángulo costovertebral, a un dolor más fuerte. A diferencia del dolor agudo del cólico nefrítico, que generalmente tiene una presentación brusca y repentina o en forma de espasmos paroxísticos acompañado de una agitación muy característica<sup>3</sup> y que suele ser debido a una obstrucción o distensión rápida de las cavidades ureteropielocaliciales, el dolor crónico es más pausado, menos intenso y a veces puede no existir, ya que generalmente la obstrucción es lenta, progresiva y gradual.

Hace más de 50 años que Mc Lellan y Goodell<sup>13</sup> estudiaron las áreas cutáneas de distribución del dolor por distensión producido por la obstrucción aguda del uréter mediante un balón situado a diferentes niveles del mismo, observando, primero que existía un dolor visceral localizado (verdadero) y otro referido que se manifestaba y persistía durante un tiempo, y segundo que las áreas de distribución eran diferentes según el nivel de obstrucción del uréter.

En la obstrucción crónica pueden suscribirse estas mismas áreas de distribución, si bien los síntomas son más atenuados o no existen, como suele ocurrir en los casos de litiasis coraliforme, malformaciones renales, obstrucción ureteral progresiva intrínseca por cálculos inadvertidos, o en la extrínseca de la fibrosis retroperitoneal o procesos inflamatorios de vecindad (salpingitis, apendicitis crónica o diverticulitis).

Igualmente, a diferencia de lo que sucede en el cólico nefrítico agudo por cálculo de uréter distal, obstrucción que suele manifestarse con un síndrome miccional característico: disconfort vesical, urgencia y polaquiuria, en la crónica no existen estos síntomas<sup>2</sup>.

En algunos casos de obstrucción piélica crónica por síndrome de la unión pieloureteral, el dolor es sordo y atenuado a nivel del ángulo costovertebral. Sin embargo cuando hay una sobrecarga hídrica importante, por ej. al beber cerveza o varios vasos de agua, o al ingerir alimentos salados, se desencadena una exacerbación dolorosa aguda de tipo cólico que puede orientar al diagnóstico (hidronefrosis aguda intermitente).

En el síndrome de Fraley se produce la obstrucción del cáliz superior por un cruce vascular a nivel del infundíbulo, y en esta anomalía el dolor crónico tiene la característica de ceder cuando el paciente está en decúbito o acostado.

A la distensión de la cápsula renal ha sido achacado un dolor leve o atenuado bilateral referido a flancos o ángulos costovertebrales en algunas nefropatías y procesos inflamatorios crónicos del parénquima renal como la glomerulonefritis, nefrosis y pielonefritis, o el que se produce por el crecimiento lento de quistes intrarrenales, corticales y en la poliquistosis.

También en los hematomas subcapsulares postraumáticos o de otra naturaleza, se relaciona la distensión de la cápsula como origen del dolor renal crónico. No está claro si el dolor es debido a esta causa o al sufrimiento parenquimatoso mismo.

Se discute por algunos autores<sup>1</sup>, que quizás la extravasación de orina que se observa en dilataciones superagudas del sistema colector y que ha sido puesta de manifiesto con la utilización de los contrastes iodados, pudiera ser una de las causas que exacerban el dolor en el cólico nefrítico. No creemos que en el caso de obstrucción crónica sea factible este mecanismo, aunque se describen algunos procesos como los pseudoquistes pararrenales cuyo origen suele asentar en extravasaciones urinarias desapercibidas que son motivo de dolor lumbar crónico e hipertensión ( ).

La inflamación renal o perirrenal es posiblemente el motivo más frecuente de dolor crónico urológico. Los procesos infecciosos crónicos como la tuberculosis o supurados del riñón que secundariamente pueden extenderse al espacio perirrenal, producen un dolor constante y gravativo que se manifiesta a nivel de la fosa lumbar y que por extensión al músculo psoas irritan los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y génitofemoral, originando dolor referido a nivel inguinal, área genital y cadera o muslo ipsilateral<sup>2</sup>.

En estos casos también puede involucrarse en el mecanismo del origen del dolor, la distensión del sistema colector, como sucede en la tuberculosis o en las colecciones perirrenales.

Cuando el proceso inflamatorio crónico afecta al diafragma, pleura o peritoneo parietal, se producen síntomas o signos irritativos con manifestaciones equívocas de otros órganos, o dolor visceral lejano referido, que pueden complicar el diagnóstico.

La tos, el hipo, el peritonismo, o el dolor en el hombro homolateral y una radiografía sugerente de pleuritis, efusión pleural o neumonitis, desvían nuestra atención del verdadero origen del problema.

La isquemia es otro de los mecanismos a los que se achaca el dolor renal crónico.

Casi siempre la isquemia se produce por un embolismo de la arteria renal secundario a una cardiopatía o a un traumatismo, aunque otras veces es debida a una obstrucción con fines terapéuticos. En estas circunstancias el dolor suele ser agudo y lancinante hacia el flanco ipsilateral y el paciente suele estar muy afectado clínicamente o hipotenso. Sin embargo una vez sobrepasado el episodio de embolismo agudo, o en los casos en que la obstrucción arterial es progresiva y no completa, o en los casos de trombosis de la vena renal, se puede apreciar un dolor crónico lento con exacerbaciones esporádicas y que puede ser interpretado erróneamente como un cólico renal<sup>14</sup>. El dolor asociado a estos procesos vasculares renales en los que se produce edema y destrucción celular, se justificaría por la liberación de mediadores tisulares histoquímicos<sup>2</sup>.

Dolor crónico por tracción o desplazamiento del pedículo renal. La tracción del pedículo renal que se observa a veces en la nefroptosis origina dolor crónico<sup>2</sup>.

Tiene la característica de manifestarse en bipedestación y mejorar en decúbito. También en la poliquistosis gigante, proceso en el que el peso y volumen de los riñones produce un estiramiento de ambos pedículos. En este último caso aparte del dolor bilateral en ambos flancos, se pueden palpar las grandes masas polilobuladas.

Algunas afecciones de vecindad que comprimen o desplazan el riñón, tales como tumores retroperitoneales, quistes pancreáticos, linfomas, etc, pueden producir una tracción o compresión del pedículo vasculo-renal, dando origen a un dolor lento y continuo en fosa lumbar que puede aumentar de intensidad conforme la masa va creciendo.

La inervación autonómica y sensorial común para vísceras adyacentes, también puede influir en el origen de estos dolores crónicos por compresión que pueden manifestarse de forma no específica a nivel de un flanco o en el hemiabdomen ipsilateral. Por estas interconexiones nerviosas, se pueden explicar también que determinados procesos agudos extraurológicos como el cólico biliar, la pancreatitis o la apendicitis, puedan ser confundidos con un cólico nefrítico o viceversa.

## DOLOR CRÓNICO DE ORIGEN VESICAL Y URETRAL

Las enfermedades del aparato urinario inferior suelen manifestarse por trastornos miccionales, de los cuales la micción dolorosa (disuria) es el síntoma más frecuente.

Aunque la disuria puede tener, aparte de un origen vesical o uretral, una etiología prostática, las características del dolor y la fase de la evacuación en que se manifiesta pueden orientar al diagnóstico.

Casi siempre, la disuria es un síntoma que suele aparecer en las infecciones urinarias agudas y se observa escasamente en las crónicas, sin embargo un disconfort o una molestia atenuada al principio y/o durante toda la micción, de larga evolución, suele orientar hacia una patología infecciosa crónica uretrovesical. En estos casos la molestia o dolor se manifiesta en el hombre en el meato, uretra distal, glándula o periné, y en la mujer en el clítoris. El cuello vesical o trigono suelen ser los lugares afectados en estos procesos inflamatorios crónicos<sup>12</sup>, como sucede en la esclerosis cervical o la cervicotrignitis.

En la patología uretral crónica como estenosis o uretritis, el dolor se manifiesta en el pene, durante toda la micción y suele acompañarse de disminución del calibre del chorro o de micción en gotas.

Otros síntomas miccionales como la polaquiuria, nicturia, urgencia miccional o tenesmo pueden acompañar a la disuria y suelen ser orientadores más hacia un diagnóstico de disminución de la capacidad (tuberculosis vesical, cistopatía rídica, biliarziosis, etc), en estos casos habrá que valorar los síntomas acompañantes como la piuria, hematuria y necroturia<sup>15</sup>.

El dolor debido a la distensión de la vejiga, quizás el segundo dolor crónico en frecuencia, tiene, según Gee y Ansell<sup>12</sup>, dos componentes. El primero extrínseco, está originado en la propia pared vesical y se debe al llenado con la consiguiente distensión de la misma. Sucede en las cistopatías crónicas y cistitis intersticial. Se manifiesta a nivel suprapúbico como un disconfort y necesidad de evacuar. Otras veces la molestia es en el periné. El segundo componente, más visceral, es debido a la distensión y elevación del peritoneo que cubre la cúpula vesical y que, como sucede en la cistitis intersticial, se siente como un disconfort vago en el abdomen inferior. En los parapléjicos esta sensación, mediada por los nervios espláncnicos, les sirve para valoración del llenado vesical y vaciado reflejo.

A la extravasación de orina submucosa y perivesical, al igual que a nivel renal, ha sido achacado el dolor crónico a nivel suprapúbico que aparece en algunos procesos como la cistitis intersticial. Permanece en discusión tal mecanismo que podría justificar la molestia vaga, de tipo visceral, que aparece tras la perforación parietal mínima en la resección transuretral por tumor vesical o biopsias vesicales.

Otro dolor o molestia vesical crónica intrínseca puede ser la que aparece relacionada con la actividad y el movimiento en los pacientes con litiasis ve-

sical. En estos casos el disconfort o irritación a nivel hipogástrico, se experimenta al correr o deambular y cede con el reposo. Es manifestación del roce o circulación de los cálculos a nivel del trigono o base vesical, lugares de mayor inervación y que originan dichas sensaciones.

En estos casos dicho disconfort ocasiona la necesidad del vaciado vesical, y si alguno de los cálculos se sitúa en el cuello u orificio cérvicouretral, el paciente experimenta un intenso dolor en el glande al inicio de la micción o seudorretención que también pueden orientar al diagnóstico.

## **DOLOR CRÓNICO DE ORIGEN PROSTÁTICO Y VESICULAS SEMINALES**

La hipertrofia prostática o la prostatitis crónica pueden ocasionar un síndrome clínico de variada naturaleza: miccional, de la esfera sexual y doloroso. Esto es debido no solamente a las imbricaciones de la patología de la propia glándula, sino también a las repercusiones que dicha patología ocasiona sobre las vísceras adyacentes, es decir vejiga, vesículas seminales y recto.

Las sensaciones de plenitud y disconfort rectal, el dolor perineal, la dificultad de vaciado con chorro fino, la polaquiuria, la disuria, el tenesmo y al final la retención de orina, que suele ser severamente dolorosa, no son sino manifestaciones dolorosas propias o secundarias de los órganos vecinos que se ven afectados por la afección prostática. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el síndrome doloroso crónico por excelencia, la prostatodinia, es sólo achacable a la propia glándula. Como luego veremos, esta afección llega a originar problemas de tipo psicológico a los pacientes que lo padecen, ya que junto con el dolor se entremezclan síntomas de la esfera sexual<sup>16</sup>. El tacto rectal suele orientar el diagnóstico aunque, como luego veremos, lo más definitivo es el estudio fraccionado de orina y semen. Algunas intervenciones que perpetúan el disconfort perineal y el espasmo de los músculos perineales (elevador del ano y diafragmáticos) también pueden precipitar la retención urinaria, como la hemorroidectomía y las intervenciones ginecológicas por vía vaginal<sup>12</sup>.

La patología propia de las vesículas seminales es muy rara. Casi siempre debida a malformaciones, origina dolor crónico en abdomen inferior o ingles y dolor referido al testículo, periné o pene. Aparece con la actividad sexual y muchas veces se acompaña de anomalías del tracto urinario superior.

## **DOLOR CRÓNICO DE ORIGEN ESCROTO-PENEANO**

Los procesos inflamatorios crónicos del epidídimo y testículo (epidídimoorquitis) suelen ser los más frecuentes motivos de dolor escrotal en la práctica clínica, aunque también pueden originar algias escrotales otras pato-

logías no infecciosas como la torsión recurrente del testículo o una torsión evolucionada de los apéndices testiculares (hidátides). En estos casos el dolor se manifiesta en área escrotal o referido, irradiado hacia el cordón espermiático, región inguinal, e incluso con exacerbaciones que remedan un cólico nefrítico acompañado de náuseas y vómitos debido a la inervación autonómica del testículo proveniente del plexo renal<sup>2</sup>. La palpación del testículo o del epidídimo demuestra claras alteraciones de los mismos, confirmando el origen del dolor.

Otros procesos crónicos como el varicocele, hidrocele, hematocele, espermatocele, etc., pueden originar pesadez, disconfort o dolor escrotal por distensión de las cubiertas o por el peso del líquido. En estos casos la molestia se manifiesta más atenuada o con sensación de ocupación o tirantez perineal e irradiada a la ingle. El diagnóstico diferencial más frecuente es con la hernia inguinal y la exploración de la bolsa escrotal es preceptiva.

También se ha observado que la extravasación del líquido seminal fuera de los conductos (vasectomía) produce dolor crónico<sup>12</sup>.

El dolor crónico del pene casi siempre tiene naturaleza referida y suele deberse a patología vesical (cuello y trigono), uretra, próstata o vesículas<sup>12</sup>, aunque también puede manifestarse como consecuencia de infecciones de la piel o glande (balanitis).

En patología de los cuerpos cavernosos, como sucede en la incurvación peneana postraumática, priapismo o enfermedad de La Peironie, el dolor sólo se manifiesta relacionado con la erección.

## DOLOR UROLÓGICO CRÓNICO CON COMPONENTES PSICOSOMÁTICOS

*Nefralgia idiopática.* Se trata de una muy infrecuente afección caracterizada por dolor crónico similar al de origen renal, que se acompaña de otros síntomas (polaquiuria, nicturia y disuria), sin demostrarse patología urológica. Recientemente se diagnostica más a menudo, si bien antes de etiquetar a un paciente con este síndrome hay que descartar afecciones urológicas u orgánicas de otra naturaleza. También se aconseja realizar evaluaciones repetidas, incluso psiquiátricas, para eliminar dolores debidos a problemas psicológicos, ya que la afectación psicósomática suele ser frecuente en estos enfermos<sup>1</sup>.

Ha sido atribuida a contracciones irregulares e incompletas de cálices y pelvis renal que tienen origen en una hipercontractibilidad incoordinada de la inervación simpática, por lo que los impulsos peristálticos no alcanzan o no llegan a la unión ureteropélvica.

En estos casos, una vez descartada cualquier patología renal con las técnicas oportunas, se puede realizar un bloqueo nervioso diagnóstico T10-L2,

y dependiendo de la respuesta, hacer la indicación terapéutica más oportuna (denervación)<sup>1</sup>.

*Cistitis crónica.* Afección que suele manifestarse en ambos sexos a partir de los 50 años aunque es más frecuente en la mujer. Muchas veces tiene su origen en una cistitis aguda mantenida. No suele cursar con capacidad disminuida y los síntomas, sobre todo el dolor miccional (disuria), son menos intensos que en la aguda. Aunque muchas de las cistitis crónicas sean reales, en el mantenimiento de otras se involucran procesos psicósomáticos, por lo que se aconsejan evaluaciones psicológicas<sup>12</sup>.

*Uretritis crónica (síndrome uretral femenino).* Síndrome miccional complejo de la mujer también conocido como cistitis psicósomática. Equivaldría a la prostatitis crónica del varón. En su etiología influyen diversos factores inespecíficos, entre ellos la depresión, el stress, problemas sexuales, vaginitis, traumas locales y también patrones de disfunción miccional, aunque a veces se descubren alteraciones anatómicas o patologías locales que lo justifican. La disuria, la irritación y quemazón al orinar y la polaquiuria, manifestadas más durante el día son los síntomas más comunes. El diagnóstico tiene que hacerse una vez se hayan descartado otras patologías y se haya evaluado a las pacientes desde el punto de vista urológico, ginecológico y psicológico<sup>12</sup>.

*Prostatodinia (prostatitis crónica abacteriana).* Al igual que el síndrome uretral femenino, en su origen probablemente subyacen diferentes procesos con síntomas similares y que muchas veces involucran problemas psicósomáticos. Aparte de los trastornos miccionales, los pacientes experimentan más que dolor, sensaciones vagas de plenitud perineal o pélvica, quemazón miccional, disconfort rectal o al eyacular, con frecuente molestia a nivel de región lumbosacra y muchas veces impotencia ( ). El diagnóstico requiere estudio urológico completo con protocolos de tomas de muestras de orina y semen fraccionadas (metódica de Stamey) para descartar la infección y evaluaciones psicológicas<sup>12</sup>.

*Neuralgia testicular idiopática u orquiodinia.* También conocida como orquialgia y testalgia<sup>12</sup>, es una enfermedad de etiología poco clara, caracterizada por dolores crónicos permanentes o lancinantes a cualquier hora del día y que con el tiempo aumentan de frecuencia e intensidad. Algunos pacientes tienen una historia de trauma en el testículo o vasectomía. El dolor se percibe en el propio testículo sin acompañarse de hipersensibilidad del mismo. Ocasionalmente se indica exploración quirúrgica sin encontrar patología, y el dolor tras la intervención, se exagera. Incluso la extirpación —solicitada por el enfermo— no soluciona el problema al añadirse un dolor fantasma por deaferenciación<sup>3</sup>.

En algunos casos, cuando el dolor es constante y alcanza una gran intensidad, algunos autores refieren suicidios consumados, por lo que como en cualquier padecimiento crónico, es aconsejable la evaluación y apoyo psicológico o psiquiátrico que descarte factores psicósomáticos sobreañadidos.

La infiltración local anestésica repetida del cordón espermático o a nivel del anillo inguinal, dos o tres veces por semana, sirve para el diagnóstico diferencial e iniciar el tratamiento definitivo<sup>12,3</sup>.

## DIAGNÓSTICO DEL DOLOR CRÓNICO UROLÓGICO

Como consecuencia de su común origen embriológico y compleja inervación, el dolor referido en el aparato genital y urinario es uno de los mayores retos diagnósticos con los que se encuentra el clínico<sup>3</sup>.

Por otra parte, la implicación de problemas genitales o de disfunción de la esfera sexual incide muchas veces en la aparición o mantenimiento de este u otros dolores urológicos, lo que dificulta aún más determinar su verdadero origen y mucho más el tratamiento efectivo, ya que, al entrar en juego factores psicosomáticos, habrá de recurrirse a evaluaciones por otros especialistas (psicólogos, psiquiatras, Unidades del dolor). Consideramos imprescindibles estas evaluaciones en los pacientes en que se sospeche en el mantenimiento u origen del dolor crónico la intervención de factores psicosomáticos extraurológicos, por lo que pensamos que el diagnóstico para estos casos tiene que tener un enfoque multidisciplinario, máxime si el dolor se asocia a incapacidad<sup>5</sup>.

Afortunadamente estos casos son poco frecuentes y la etiología de la mayoría de los dolores crónicos es fácilmente descubierta gracias a que disponemos hoy en Urología de sofisticados y modernos métodos de diagnóstico por imagen que nos permiten la correcta evaluación de las patologías que los originan<sup>1</sup>.

En los casos de dolor por obstrucción pieloureteral crónica, la ecografía, la urografía intravenosa convencional o por perfusión, y el renograma isotópico, acompañados cuando el caso lo requiera de una diuresis furosemida-inducida, aclararán la mayoría de las patologías obstructivas altas que lo originan. Todavía en los casos de dolor por obstrucción dudosa de la unión pieloureteral (hidronefrosis intermitente), podemos utilizar la nefrostomía percutánea para estudios funcionales con toma de presiones piélicas, e incluso como sugieren algunos autores<sup>1,5</sup>, se puede hacer un bloqueo diagnóstico de los nervios espinales somáticos T10-L2 para ayudar a establecer cuales son las vías nociceptivas que están involucradas en el dolor, antes de tomar cualquier decisión terapéutica.

Según Ruiz Lopez<sup>5</sup>, la interrupción del aporte nociceptivo es un procedimiento valioso en el diagnóstico y control de determinados dolores crónicos y las técnicas de bloqueo neural son una de las herramientas que el especialista en terapia del dolor debe dominar. Por ello cuando sea necesario el urólogo debe contar con estos especialistas.

Los ultrasonidos, la tomografía computarizada, la resonancia nuclear

magnética y recientemente la tomografía por emisión de positrones, pueden aclarar los límites, naturaleza y características de la mayor parte de las masas o colecciones renales, perirrenales y retroperitoneales que originan dolor por tracción del pedículo o compresión extrínseca. En las pelvianas estas técnicas, pero fundamentalmente la ecografía transrectal para el estudio de la próstata, delimitarán igualmente su situación o las repercusiones sobre vísceras vecinas.

Los exámenes endoscópicos anterógrados y retrógrados con tomas biópsicas, son ya posibles a todos los niveles del aparato urinario, lo que permite aclarar muchas dudas diagnósticas, sobre todo en los casos de obstrucción del sistema colector superior o de dolores crónicos por causas intrínsecas a nivel uretro-vesical. Por ejemplo en la cistitis intersticial, una de las causas más frecuentes de dolor crónico urológico, serán necesarios el examen endoscópico bajo anestesia y las tomas biópsicas de la pared para el diagnóstico. También algunos autores proponen bloqueos epidurales lumbares diagnósticos para evaluar el resultado de mejoría del dolor en esta afección antes de indicar cualquier tratamiento definitivo<sup>17</sup>.

La angiografía, aunque ha perdido mucha de su utilidad, todavía tiene un lugar en la demostración de anomalías vasculares renales que pueden incidir en dolores crónicos por obstrucción del sistema colector como en los casos de síndrome de Fraley. Para los problemas dolorosos crónicos de genitales, el Ecodopler ha supuesto un avance significativo, sobre todo en los casos de varicocele, torsión recurrente del testículo y epididimitis, para confirmar o descartar el compromiso vascular.

Finalmente, los estudios de laboratorio, principalmente los bacteriológicos, son imprescindibles para el despistaje de las infecciones crónicas del sistema genitourinario.

Una gran parte de la patología del aparato urinario superior que origina dolor, la componen la litiasis infectiva o sus complicaciones. Igualmente casi todos los procesos que cursan con disuria, están originados por infecciones urinarias bajas. El análisis microbiológico de la orina, de líquidos, o del pus de colecciones son pruebas fundamentales para el diagnóstico, lo mismo que han demostrado serlo los estudios fraccionados de orina y semen para la patología prostática crónica. Es en esta última afección donde los estudios bacteriológicos han demostrado un mayor valor al lograrse descubrir infecciones crónicas insospechadas de la glándula que han hecho cambiar la catalogación de muchos de estos enfermos.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*Herpes Zoster.* Asociado a disconfort o dolor agudo severo en uno de los flancos e irradiado a lo largo de los dermatomas T12-L1-L2, puede ser fácil-

mente confundido con un cólico renal. El diagnóstico es inmediato al aparecer las vesículas. Sin embargo a veces persiste un dolor crónico (neuralgia postherpética) de las mismas características e irradiación. Los antecedentes y el bloqueo neurológico sirven para aclarar las dudas<sup>1</sup>.

*Síndrome duodeno-renal.* Según algún autor<sup>1</sup>, esta afección se debe a adherencias entre el riñón derecho y duodeno que se desarrollan tras repetidos brotes de infección y perinefritis o como resultado de cirugía. Estas adherencias ocasionan una movilidad patológica del duodeno, arrastrado por el riñón, lo que origina náuseas, vómitos y a veces dolor crónico hacia el flanco derecho. La historia previa y algunas técnicas de imagen pueden ayudar al diagnóstico.

*Radiculitis. Síndromes neurálgicos ilio-inguinal y gónico-femoral.* Afecciones que producen a veces dolor crónico que puede ser fácilmente confundido con un dolor de origen renal<sup>18</sup>. El primero suele estar causado por irritación nerviosa a nivel del complejo costovertebral 10-11-12 y el dolor, a nivel del flanco, se exacerba en los movimientos.

Los segundos se producen por lesión del nervio abdominogenital tras una nefrectomía, herniorrafia, u otras intervenciones a nivel iliopélvico. Cursan con dolor intenso en la ingle y región coxo-femoral que aumenta al contraerse la musculatura abdominal y al extender la cadera<sup>3</sup>, y pueden ser confundidas con afecciones prostáticas o de vesículas seminales<sup>19</sup>. Mejoran al cambiar de posición<sup>1</sup>. La radiología y RNM de columna para el primero y los bloqueos nerviosos para los segundos suelen bastar para su confirmación.

*Osteitis y osteomielitis del pubis.* Procesos dolorosos inflamatorio-destrutivos del hueso púbico. Casi siempre se deben a una intervención previa en la que se ve afectado el periostio del mismo (operaciones para la incontinencia urinaria: Marshall o Burch).

El dolor es suprapúbico y relacionado con movimientos. Su diagnóstico es fácil por la historia previa, radiología, etc.<sup>20</sup>.

*Síndrome miofascial del suelo pélvico.* Se caracteriza por molestias perineales que se incrementan al sentarse y pueden acompañarse de dolor testicular, polaquiuria y urgencia. Puede explicarse por una contracción mantenida de la musculatura pélvica que mantiene el círculo vicioso de dolor > contracción >. Se deben distinguir de los problemas prostáticos o vesicales que originan dolor perineal<sup>3</sup> y su diagnóstico suele ser difícil.

*Hernia inguinal.* Afección que suele cursar con bultoma a nivel escrotal acompañado de dolores intermitentes a dicho nivel o irradiados al conducto inguinal, producidos por episodios de encarceración. Puede ser confundido con patología aguda o crónica del contenido de la bolsa. Su diagnóstico suele ser fácil por la exploración clínica y la ecografía.

## **CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DEL DOLOR EN EL PACIENTE TERMINAL**

El concepto de enfermedad terminal es difícil de definir. En teoría sería el estadio de la enfermedad en el que «no se puede hacer nada más»<sup>21</sup>. Sin embargo Lasagna lo define como el estadio de la enfermedad cuya presencia provoca en la mente del médico, del paciente y de la familia, una expectativa de muerte como consecuencia directa de la misma enfermedad<sup>22</sup>.

Según la OMS, la atención integral al paciente con enfermedad terminal constituye un área de conocimientos y ejercicio profesional conocido como cuidados paliativos<sup>23</sup>.

El objetivo de los mismos es el obtener el máximo bienestar posible y una mejoría de la calidad de vida de los sujetos afectados por una neoplasia u otra enfermedad crónica sin posibilidades curativas y que evolucionan a la muerte en un tiempo inferior a seis meses<sup>24</sup>. En Urología estas situaciones se observan frecuentemente debido a que algunos tumores avanzados, como el de próstata, o determinadas patologías, como la insuficiencia renal crónica, tienen un curso natural lento y a veces impredecible, lo que origina un alargamiento de esta fase de la enfermedad<sup>25,26</sup>.

En las últimas décadas se ha demostrado que aunque alcanzar estos objetivos sería posible en Unidades hospitalarias multidisciplinarias, en general estos cuidados paliativos y de alivio de los síntomas, entre ellos el dolor, se consigue mejor en el domicilio del paciente, mediante un programa tipo «hospice», para evitar las situaciones de aislamiento y penuria psicoafectiva. El «hospice» se definiría como un programa paliativo y de soporte centralizado en las personas murientes y sus familiares, en forma de cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales<sup>27</sup>.

En el paciente terminal pueden distinguirse claramente dos etapas. En la primera fase o preterminal, que puede durar varios meses, los enfermos experimentan, por el encamamiento permanente y la depresión subsiguiente a la toma de conciencia de tener una patología incurable, un síndrome clínico-emocional caracterizado por varios síntomas de índole general y afectivo entre los que destaca el dolor. El 50% de los pacientes somatizan y acentúan la percepción del dolor hasta hacer de este síntoma el principal de la enfermedad. En la segunda fase, que abarca los últimos días y es la auténticamente terminal, cercana a la muerte, no suele haber dolor.

Solo en la primera fase o preterminal, y para el 50% de los pacientes que tienen dolor, podrían estar justificadas las exploraciones diagnósticas, ya que, aunque el tratamiento paliativo no solo persigue conseguir una muerte sin sufrimientos sino también una calidad de vida, quizás existan criterios divergentes entre las finalidades del personal sanitario y los verdaderos requerimientos de estos enfermos<sup>21</sup> (Figura I).

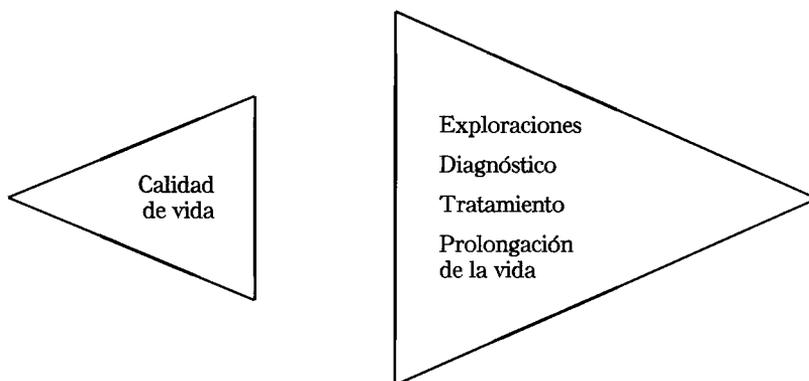


Figura 1.—*Criterios divergentes entre las finalidades del personal sanitario y los requerimientos del paciente terminal. Sometidos a la gran presión ejercida por el continuo progreso médico, el personal sanitario concentra sus esfuerzos sobre todo en lograr cuatro objetivos: explorar, diagnosticar, curar y prolongar la vida, objetivos que carecen absolutamente de importancia para unos pacientes en los que cualquier tratamiento tendente a modificar el curso natural de la enfermedad es inadecuado, mientras que el único objetivo real que debe perseguirse es el de mejorar la calidad de vida*

De todos modos, la decisión de suspensión de las pruebas diagnósticas y del tratamiento causal para limitarse a una terapéutica terminal, es una grave resolución médica que ha de basarse en criterios diversos que desgraciadamente no están claramente establecidos<sup>28</sup> (Tabla III).

**TABLA III**  
**Criterios para decidir la suspensión de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos causales en el paciente terminal**

- 
- Pronóstico inferior a dos meses
  - Performance status inferior a 40
  - Insuficiencia de órgano: pulmonar, renal o hepática
  - Pérdida de la colaboración del paciente o de la familia
  - Resistencia del tumor o de la patología crónica a la terapéutica causal
- 

## BIBLIOGRAFÍA

1. ANSELL, J. S. y GEE, W.F.: «Diseases of the kidney and ureter», en *The Management of Pain*, J. J. Bonica, 2.<sup>a</sup> ed., vol. II, Lea & Febiger, Philadelphia, 1990, 1232-1249.
2. ELHLALI, M. M. y WINFIELD, H. N.: «Genitourinary Pain», en *Textbook of Pain*,

- 3.<sup>a</sup> ed., Ed. Patric D. Wall & Ronald Melzack, Churchill Livingstone, London, 1994, 643-649.
3. REIG, E.; SAN SEGUNDO, R. y CAMPO, I.: «Tratamiento del dolor crónico en Urología», *Temas Monográficos en Urología*, 1989, I (2): 12-21.
  4. STERNBACH, R. A.: *Pain Patients: Traits and Treatment*, Academic Press, New York, 1974.
  5. RUIZ LÓPEZ, R.: «Dolor crónico de origen no oncológico», *Rev. Clin. Esp.*, 1995, 195 (monográfico 1): 214-222.
  6. MELZACK, R.: «The John J. Bonica distinguished lecture: The gate control theory 25 years later: new perspectives in phantom limb pain», en M. R. Bend, J. E. Charlton y C. J. Wolf (eds.), *Proceedings of the VIth World Congress on Pain, Pain Research and Clinical Management*, vol. 4, Elsevier, Amsterdam, 1991.
  7. NERSKEY, H. (ed.): «International Association for the study of Pain. Classification of chronic pain description of chronic pain syndromes and definitions of pain stats», *Pain*, 1986 (suppl. 3), SI.
  8. BONICA, J. J.: *The Management of Pain*, 2.<sup>a</sup> ed., Lea & Febiger, Philadelphia, 1990.
  9. KOLTZENBURG, M.; MC MAHON, S. B.: «Mechanically insensitive primary afferents innervating the urinary bladder», en *Visceral Pain. Progress in Pain Research and Management*, vol. 5, Ed. G.F. Gebhart, IASP Press, Seattle, 1995, 163-192.
  10. RAPKIN, A. J.: «Gynecological pain in the clinic: Is there a link with the basic research?», en *Visceral Pain. Progress in Pain Research and Management*, vol. 5, Ed. G.F. Gebhart, IASP Press, Seattle, 1995, 469-488.
  11. POIRTELOY, R. K.: «Mechanisms of clinical pain: Observations and speculations», *Neurol. Clin.*, 1989, 7: 205-230.
  12. GEE, W. F. y ANSEL, J. S.: «Pelvic and perineal pain of urologic origin», en *Management of Pain*, J.J. Bonica, 2.<sup>a</sup> ed., vol. II, Lea & Febiger, Philadelphia, 1990, 1368-1382.
  13. MC LELLAN, A. N. y GOODEL, H.: «Pain from the bladder, the ureter and kidney pelvis», *Pain* (Res. Publ. Assoc. Res. Neu. Mental Dis), vol. 23, Williams & Wilkins, Baltimore, 1943, 252-259.
  14. LLACH, F.; PAPPER, S. y MASSRY, S. G.: «The clinical spectrum of renal vein thrombosis: acute and chronic», *Am. J. Med.*, 1980, 69: 819-824.
  15. PERLMUTTER, A. D. y BLACKLOW, R. S.: «Urinary tract pain, hematuria and pyuria», en *MacBryde's signs and symptoms. Applied pathologic physiology and clinical interpretation*, R. S. Blacklow (ed.), 6.<sup>a</sup> ed., J. B. Lippincott, Philadelphia, 1983, 181-185.
  16. EGAN, K. J. y KRIEGER, J. N.: «Psychological problems in chronic prostatitis patients with pain», *Clin. J. Pain*, 1994, 10: 218-226.
  17. IRWIN, P. P.; HAMMONDS, W. D. y GALLOWAY, N. T.: «Lumbar epidural blockade for management of pain in interstitial cystitis», *Br. J. Urol.*, 1993, 71: 413-416.
  18. SMITH, D. R.; RANEY, F. L.: «Radiculitis distress as a mimic of renal pain», *J. Urol.*, 1976, 116: 269-274.
  19. HARMS, B. A.; DE HAAS, D. R. Jr; STARLING, J. A.: «Diagnosis and management of genito femoral neuralgia», *Arch. Surg.*, 1985, 119: 339-341.
  20. SEXTON, D. J.; HEISKESTAD, L.; LAMBETH, W. R.; MC CALLUM, R.; LEVIN, L. S. y COREY, G. R.: «Postoperative pubic osteomyelitis misdiagnosed as osteitis pubis», *Clin. Infect. Dis.*, 1993, 17: 695-697.

21. DE CONNO, F.: «El dolor crónico en Oncología», *Documentación Lab Esteve*, S.A., Sant Josep, Ed. Manresa, 1986.
22. LASAGNA, L.: «The prognosis of death», en Levine S., *The dying patient*, Russel Sage Foundation, New York, 1970.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION: «Cáncer Pain relief and paliative care», *Technical report series*, 804, WHO, Ginebra, 1990.
24. BENÍTEZ ROSARIO, M. A.: Editorial. «Atención integral al paciente con enfermedad terminal en atención primaria», *Atención Primaria*, 1995, 15: 273-274.
25. MATEOS, J. A.; MAGANTO, E.; MAYAYO, T. y ALLONA, A.: «Mejoría de la calidad de vida», en *Aspectos diagnósticos y posibilidades en el cáncer urológico diseminado*, Ponencia Oficial al XLIX Congreso Nacional de Urología, Salamanca, 1984, 311-319.
26. LATTIMER, J. K.; DE SANCTIS, P.; ROBERTS, M. S.; KUTSCHER, A. H.; HALE, M. S. y PATTERSON, P. R.: *Urology and psychosocial aspects of chronic, critical and terminal illnes*, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, 1983.
27. *Stedman's Medical Dictionary* (ed 24), Williams & Wilkins, Baltimore, 1982.
28. MONFARDINI, S.: «When to stop anti-cáncer treatment», en Twycross R. G., Ventafrida V (eds.), *The continuing care of terminal cáncer patients*, Pergamon Press, Oxford, 1980, 13-18.