

## *Tratamiento farmacológico en el dolor pélvico urogenital crónico: revisión de la evidencia disponible*

S. Fernández, R. Peláez y J. L. Aguilar

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca*

---

---

Fernández S, Peláez R, Aguilar JL. Tratamiento farmacológico en el dolor pélvico urogenital crónico: revisión de la evidencia disponible. Rev Soc Esp Dolor 2011; 1: 56-63.

### ABSTRACT

Lack of consensus in definitions and scarce knowledge about urogenital system chronic pain physiopathology are some factors that explain the use of dozens of drugs, tested for its treatment and the lack of definitive therapy. There are many urinary bladder, reproductive tract and pelvic floor organic and functional pathologies that may be origin of pain. In this review we will focus on functional disorders where pain cannot be explained by a structural pathology or any other well-known factor.

Current therapeutic options cover a wide range from acupuncture and physical therapy, psychological therapy, systemically or locally administered drugs, nervous blockades and sacral roots neuromodulation.

Going on pharmacological therapy it is worth highlighting the multitude of drugs that had been tested for the treatment of these entities.

Many clinical studies fail in its attempt of demonstrating benefit of different treatments currently used, maybe because many therapies are effective only in patients' subgroups. Effort should be focused on identifying these subgroups to help guiding its treatments.

On the other hand, bearing in mind that in the urogenital and pelvic chronic pain different pathogenic mecha-

nisms can exist together, a multidisciplinary approach is mandatory in order to implement a diversity of therapeutic modalities to obtain an optimal outcome.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

**Key words:** Chronic pelvic pain syndrome. Pharmacological treatment.

### RESUMEN

La falta de consenso en las definiciones y de conocimiento de la fisiopatología del dolor crónico del aparato genitourinario son algunos de los factores que explican la multitud de fármacos ensayados para su tratamiento y la carencia de terapias definitivas.

Existen muchas patologías orgánicas y funcionales de la vejiga urinaria, el tracto reproductor y la musculatura del suelo pélvico capaces de generar dolor. En esta revisión nos centraremos en los desórdenes funcionales en los que el dolor no puede ser explicado por una patología estructural demostrable.

Las estrategias terapéuticas actuales van desde la acupuntura y la terapia física pasando por la terapia psicológica, los fármacos sistémicos y locales, los bloqueos nerviosos y la neuromodulación de raíces sacras. Centrándonos en la terapia farmacológica es llamativa la multitud de fármacos ensayados en el tratamiento de estas entidades.

Muchos estudios clínicos fracasan en su intento de demostrar la eficacia de los tratamientos actualmente en uso quizás porque muchas terapias son efectivas en subgrupos de pacientes. El esfuerzo debería centrarse pues en identificar a esos subgrupos de pacientes respondedores a determinadas terapias y orientar el tratamiento en este sentido.

Por otro lado, teniendo en cuenta que en el dolor pélvico y urogenital crónico pueden coexistir diferentes mecanismos patogénicos del dolor, va a ser necesaria la combinación de

---

Financiación: Ninguna.

Conflictos de intereses: Los autores han declarado no tener ningún conflicto de interés.

Recibido: 01-08-10.

Aceptado: 01-11-10.

agentes farmacológicos con diferentes dianas terapéuticas y la asociación de diferentes modalidades terapéuticas para obtener un resultado óptimo.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

**Palabras clave:** Dolor pélvico urogenital crónico. Tratamiento farmacológico.

---

---

## INTRODUCCIÓN

Los desórdenes funcionales del área urogenital en los que el dolor no puede ser explicado por una patología estructural o de otro tipo están definidos por la presencia de dolor crónico que se acompaña de otra sintomatología funcional, como las alteraciones en la micción, la defecación o la función sexual (1). Respecto a estas entidades destaca la falta de consenso en las definiciones y de conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos que expliquen los cuadros de dolor crónico visceral del aparato genitourinario (2).

En el estudio de estos pacientes siempre se debe descartar la patología infecciosa, tumoral o malformativa de base siendo imprescindible el abordaje multidisciplinar: gastroenterólogo, urólogo, ginecólogo, especialista en la Terapia del Dolor y psicólogo, asumiendo que no es infrecuente la asociación de más de un síndrome en el mismo paciente.

La falta de conocimiento fisiopatológico nos permiten entender por qué en los últimos años se han ensayado multitud de fármacos con éxito variable. A pesar de los muchos trabajos publicados, pocos tienen potencia suficiente para ser definitivos, siendo escasa la evidencia disponible, y casi toda limitada a la esfera de la cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa (CI/SVD).

En los últimos 15 años se ha realizado un esfuerzo por alcanzar definiciones de consenso suficientes y operativas. La Sociedad Internacional del Continencia (3) define los síndromes de dolor urogenital como un cuadro de curso crónico, donde el dolor es la queja principal, pero se acompaña de otros síntomas relacionados con el tracto urinario inferior, el intestino, el área ginecológica o la esfera sexual. Asimismo presentó una clasificación consistente en siete cuadros clínicos: el síndrome de vejiga dolorosa, el síndrome de la uretra dolorosa, el síndrome de vulva dolorosa, el síndrome de vagina dolorosa, el síndrome de dolor escrotal, el síndrome de dolor perineal y por último el síndrome de dolor pélvico. La Asociación Europea de

Urología ha sugerido ampliar esta definición considerando separar dos grupos: los que presentan una patología explicativa del dolor y los que no.

Es poco lo que se sabe de su epidemiología, pero los datos existentes permiten afirmar que son frecuentes. Entre las mujeres, se estima que el dolor pélvico crónico puede tener una prevalencia de entre el 38/1.000 y un 14,7%, la de cistitis intersticial entre 52/100.000 y 67/100.000. Entre los hombres, el síndrome de dolor prostático, sin evidencia de infección o inflamación es el diagnóstico más frecuente en urología en menores de 50 años, con unos 6 millones de afectados en EE.UU. Es más, los pacientes que presentan uno de estos síndromes frecuentemente presentan algún otro síndrome doloroso, lo que nos hace postular acerca de la existencia de alteraciones sistémicas en los mecanismos de modulación del dolor, más que sobre mecanismos locales órgano específicos (1).

Aunque la nomenclatura hace intuir que estas condiciones son distintas, existe una superposición importante de los síntomas, cosa que es probablemente inevitable ya que las estructuras implicadas están íntimamente relacionadas, el dolor visceral se localiza mal por definición y porque las alteraciones del suelo pélvico pueden alterar la función tanto del aparato excretor y reproductor como el digestivo terminal.

Además, una de las teorías fisiopatológicas, publicada en 2003 (4), se basa en la alteración a la permeabilidad del potasio observada en varias de estas entidades, nos explica el síndrome doloroso urogenital como producto de una alteración del funcionamiento del urotelio (LUDE, acrónimo en inglés de "*low urinary dysfunction epithelium*"). Esta teoría parece tener su refrenda en el hecho de que el tratamiento con mayor evidencia de eficacia, es decir la heparina intravesical (6), el pentosán polisulfato oral (6,7) e intravesical (8), se dirige principalmente a restaurar la funcionalidad del urotelio y la capa de glucosaminoglicanos. Esta normalización de la función permite que se normalice la regulación al alza neurológica y la hipersensibilidad al cambio de volumen. El trasfondo alérgico y la actividad de los mastocitos parece tener una importante participación en la alteración de la disfunción urotelial, cosa que es congruente con la eficacia del tratamiento con hidroxicina, aunque no dispongamos de estudios con doble enmascaramiento. A pesar de lo anterior, esta evidencia se desprende de estudios realizados en pacientes con síndrome de vejiga dolorosa o cistitis intersticial, no con el resto de entidades, a las cuales se les generalizan los resultados. Aunque algún autor, como Parsons CL, hable de buenos resultados con la terapia heparinoide en dichas entidades estos, no están publicados.

## EVIDENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE VEJIGA DOLOROSA/CISTITIS INTERSTICIAL

Se trata de la entidad de la que disponemos mejor grado de evidencia, a pesar de que es difícil su obtención ya que la definición del cuadro (SVD) en la literatura no está clara.

Una definición útil del síndrome de vejiga dolorosa podría ser “dolor suprapúbico relacionado con el llenado vesical, acompañado por otros síntomas como polaquiruria diurna y nocturna, en ausencia de infección u otra patología”. Y de cistitis intersticial “SVD más anormalidades vesicales, como las ulceraciones vesicales (Hunner), hemorragias puntiformes tras hidrodistensión vesical (glomerulaciones) y aumento del número de mastocitos en el detrusor”. Es más frecuente en mujeres con una ratio 5:1.

Recientemente, un grupo americano (9) publicó las características del dolor, en mujeres, que mejor clasificaban los casos de SVD/CI. Estas fueron: dolor que empeora con ciertas comidas o bebidas, dolor que empeora con el llenado vesical y dolor que mejora con la micción. Con estas características del dolor se clasificó de manera correcta, tanto prospectiva como retrospectivamente, al 97% de las pacientes.

### Polisulfato de pentosán sódico (PPS)

Fue el primer fármaco vía oral aprobado específicamente para la cistitis intersticial por la Food and Drug Administration en el año 1996. El PPS actúa como una capa sintética de glucosaminglucanos y por tanto aumenta la propiedad anti adhesiva del revestimiento de la superficie de la vejiga fortaleciendo sus defensas. La máxima respuesta aparece tras un tratamiento de 6 meses o más de duración. Si produce alivio del dolor se continúa por un tiempo indefinido. Parece ser seguro y tiende a ser más efectivo cuando se combina el tratamiento por vía oral e intravesical simultáneamente (10).

### Hidroxicina

Es un ansiolítico y antihistamínico que interfiere en la degranulación de los mastocitos. Disminuye la nicoturia, polaquiruria diurna y en alguna medida el dolor.

### Antidepresivos

Reducen el dolor, facilitan el sueño, disminuyen la distimia y tienen propiedades antihistamínicas (que

combaten los efectos de las células cebadas o mastocitos). Las propiedades anticolinérgicas de estos fármacos también aumentan la capacidad de la vejiga y mejoran el tono del cuello vesical. Se recomiendan dosis bajas de amitriptilina (también se han usado otros antidepressivos sin el mismo grado de evidencia como imipramina, doxepina o nortriptilina) y se ajustan hasta tener el efecto deseado. Rara vez desaparecen por completo los síntomas.

Por vía intravesical también podemos observar multitud de fármacos y dianas terapéuticas.

### Heparina

Uno de los tratamientos más antiguos que se une al factor de crecimiento epidérmico y revierte la conducción alterada del potasio.

### Sulfóxido de dimetilo (DMSO)

Se cree que alivia los síntomas en dos tercios de los pacientes a través de la acción anestésica sobre la superficie de la vejiga o por un efecto antiinflamatorio. Es posible que también tenga efectos citolíticos en el plexo nervioso de la submucosa que no afectan al músculo detrusor. Produce beneficio sobre el dolor y los síntomas miccionales en buena proporción de pacientes, y además suele durar entre 16 y 72 meses.

### Ácido hialurónico

Debe instilarse directamente en la vejiga y se cree que actúa sobre la capa defectuosa de glucosaminglucanos. No se mantiene el efecto pero tiene pocos efectos secundarios.

### Resiniferatoxina

La administración de resiniferatoxina es dolorosa. Representa un intento de desensibilizar el sensorio de la vejiga con este derivado de la capsaicina. Los resultados son contradictorios.

### Toxina botulínica tipo A

Es inyectada en el trígono y en las paredes laterales de la vejiga (11), donde se supone que discurren los nervios supravescicales, y ha logrado producir alivio del dolor y mejora de la sintomatología urinaria, de manera temporal (al año recurren todos) pero con riesgo de re-

tención urinaria que puede precisar cateterización vesical intermitente. Sin evidencia definitiva hasta la fecha.

### **Lidocaína alcalinizada con heparina**

Se ha usado en diversos estudios clínicos abiertos (12). En el primero (13) se refiere alivio significativo del dolor del 75 y 94% para mezclas con lidocaína al 1 y 2% respectivamente, bicarbonato 3 ml y 40.000 U de heparina sódica. El efecto se mantiene en la mayoría hasta dos semanas. En el segundo (14) tras instilar la mezcla al 2% tres veces a la semana durante 3 semanas, se obtuvo un efecto evaluado a las 8 semanas de mejora global de los síntomas en un 65% y desaparición de la dispareunia en un 57%. Parece que en global responden dos tercios de los pacientes, y entre los respondedores la respuesta es dramática.

Según la revisión sistemática realizada por Fall y cols. (15), desde 2003 hasta 2007, sólo el pentosan polisulfato sódico (PPS) (oral e intravesical), la amitriptilina, la hidroxicina, la ciclosporina A, el dimetilsulfóxido (DMSO) intravesical, la resección transuretral de las úlceras visibles de Hunner y la cirugía mayor reconstructiva alcanzaron algún nivel de recomendación. Les resultó muy difícil realizar la evaluación dada la multitud de enfoques terapéuticos, el carácter preliminar de muchos estudios, la falta de seguimientos a largo plazo y la escasez de estudios controlados. Apuntan a que el problema más grave a la hora de intentar sacar conclusiones es que no están claros ni los criterios de inclusión ni los de exclusión para el SVD/CI.

En cambio otra revisión sistemática (16) realizada el año anterior, en busca de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evaluaran la eficacia del tratamiento farmacológico (ECA) para el SVD/CI, basándose en los criterios operacionales de la NIDDK (17) (National Institutes of Arthritis Diabetes Digestive and Kidney Diseases; sociedad que definió los criterios que debía cumplir un caso de SVD/CI para poder ser reclutado en un estudio), concluyó, tras analizar una N combinada de 1.470 pacientes adultos de 21 ECA, que sólo los ensayos sobre el PPS permitían realizar un análisis combinado del efecto. Este sugería beneficio del tratamiento con un riesgo relativo de mejora de los síntomas referidos por el paciente de 1,78 (IC95%, 1,34-2,35). También parece haber evidencia de la eficacia del DMSO y la amitriptilina. Para la hidroxicina, el BCG intravesical y la resiniferatoxina no fue posible demostrar eficacia, aunque la evidencia no es concluyente dadas las limitaciones metodológicas. Los problemas principales del análisis fueron la heterogeneidad de la población y la variabilidad en la definición de síntomas y en los resultados medidos.

Respecto del tratamiento farmacológico intravesical nos encontramos con similares resultados: muchos de los tratamientos al uso no disponen de evidencia. Una revisión Cochrane solo encuentra evidencia para la instilación de oxibutinina y Bacilo de Calmète-Guérin. Hay muy poca evidencia para el PPS, el DMSO y la alcalinización de la orina. Respecto de la resiniferatoxina no existía evidencia y además fue muy mal tolerada (18).

Recientemente, y en un intento por sistematizar el tratamiento, se publicaron unas guías de diagnóstico y tratamiento (19) derivadas del consenso de expertos y la evidencia disponible. Los principios del tratamiento son su carácter multidisciplinar, aplicándose múltiples estrategias simultáneas. Los objetivos son el alivio del dolor y la mejora de la calidad de vida. Se debe tratar precozmente. El factor que más se correlaciona con la respuesta terapéutica es la duración de los síntomas (20). Se deben tratar todas las fuentes de dolor. Puede implicar dolor complejo, de características neuropáticas y nociceptivas, somáticas y viscerales. Dentro del tratamiento oral se recomienda el uso inicial de PPS, amitriptilina e hidroxicina, de forma aislada o combinados entre ellos o con terapia intravesical (DMSO, heparina, cóctel anestésico, lidocaína alcalina o PPS). Este tratamiento se combina con las modificaciones del estilo de vida y la terapia física. En caso de buena respuesta debemos mantener el tratamiento entre 4 y 6 meses. Si la respuesta no es satisfactoria a las 4-8 semanas añadiremos otros coadyuvantes como analgésicos, aunque el uso de opioides es controvertido (21) (también para la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico), o neurolépticos, manteniendo la terapia intravesical. Si la respuesta es positiva a los 6 meses mantendremos este tratamiento 4-6 meses más. Si no es así debemos considerar la distensión vesical bajo anestesia o la neuromodulación. Sólo aquellos casos que no muestren ninguna respuesta serán considerados refractarios y serán candidatos a manejo por unidades de dolor crónico o bien a cirugía reconstructiva.

Otra revisión clínica publicada en 2009 (22) concluye, tras realizar una búsqueda en Medline 1988-2009, usando como palabras clave "interstitial cystitis", "painful bladder syndrome" y "bladder inflammation" en mujeres (inicialmente obtuvieron 118 referencias pero sólo han usado 26), que hay pocos estudios con buen nivel de evidencia, por lo que han tomado como evidencia la opinión de los investigadores principales en cuanto a lo clínicamente relevante. Estos autores proponen básicamente lo mismo que el panel de expertos comentado anteriormente, con la salvedad de que en el tratamiento de cuarta línea (donde incluyen la neuromodulación, la toxina botulínica intramural y el manejo farmacológico diferente del que tiene alguna evidencia) se realice a poder ser en el contexto de un estudio clínico.

## EVIDENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA PROSTATITIS CRÓNICA

La prostatitis no bacteriana (PC)/síndrome de dolor pélvico crónico (SDPC) es una enfermedad debilitante caracterizada por dolor pélvico crónico y síntomas urinarios en un varón. El National Institutes of Health (NIH) estadounidense ha clasificado la prostatitis en prostatitis aguda bacteriana (tipo I), prostatitis crónica (tipo II), síndrome dolor pélvico crónico (tipo III) y prostatitis inflamatoria asintomática (tipo IV). Posteriormente reclasificó a la prostatitis crónica no bacteriana y a la prostatodinia en dos subgrupos: IIIA para la que presenta inflamación y IIIB para la no inflamatoria (23). Nos centraremos en los pacientes afectados por las categorías II y IIIB. Estas entidades son cuadros frecuentes, de hecho, un estudio realizado en Italia (24) demostró una prevalencia del 13,8% y una incidencia de 4,5%.

El tratamiento de la prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico (PC/SDPC) tiene un tratamiento habitualmente empírico, en el que inicialmente se da una tanda de antibióticos con quinolonas, para descartar la presencia de prostatitis bacteriana. En los últimos documentos de consenso se recomienda usar los alfabloqueantes durante un mínimo de 6 meses, en aquellos pacientes de reciente diagnóstico en los que se sospecha una obstrucción urinaria subvesical. Se puede concluir de varios estudios (25) que terapias de larga duración (12-14 semanas) producen un beneficio modesto cuando se prescriben a pacientes que nunca han recibido tratamiento con alfabloqueantes, con una duración corta de la enfermedad y que los agentes poco selectivos son superiores a los selectivos como la alfuzosina. Asimismo se recomienda empezar terapia sintomática multimodal: relajantes musculares y terapia física si se sospecha patología del suelo pélvico –se está investigando la utilización de toxina botulínica tipo A en puntos gatillo del suelo pélvico (26)–, AINE en dolor moderado y otros si el dolor es intenso anticolinérgicos si predominan los síntomas obstructivos. Estas recomendaciones no se basan en la evidencia científica sino en consensos internacionales (27). Afirman que hay otros tratamientos que no pueden ser aún evaluados, como la quercetina, la acupuntura, la estimulación electromagnética, la neuromodulación, los tratamientos neuromoduladores, los inmunosupresores, el biofeedback y otras terapias físicas como la hipertermia. A pesar de lo anterior existe un metaanálisis posterior que apoya el uso de la acupuntura en la PC tipo IIIB (28), así como alguna serie que avala el uso de la neuromodulación de raíces sacras (29) (aunque en una línea avanzada de tratamiento) y del nervio tibial posterior (30).

## EVIDENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR ESCROTAL CRÓNICO

Podríamos definir esta entidad siguiendo las indicaciones de la Sociedad Internacional de Continencia (31) como “dolor escrotal persistente o recurrente y regular asociado con síntomas de tracto urinario inferior o con disfunción sexual, al menos durante 3-6 meses”. Sólo conocemos la prevalencia del que ocurre tras la vasectomía, que es de entre el 15 y el 19%. A pesar de que nos vamos a centrar en el dolor de tipo funcional, es de especial importancia destacar algunas de las causas por la eficacia de su tratamiento, como la subtorsión, la hernia inguinal, la tendinitis de la inserción del ligamento inguinal en el tubérculo púbico, o el atrapamiento del nervio ilioinguinal. También puede estar causado por protrusiones discales, neuropatía periférica y fibrosis retroperitoneal, o bien ser un dolor referido desde la cadera o el uréter (para identificar el origen se pueden utilizar bloqueos diagnósticos del cordón espermático, la rama escrotal o espermática del genitofemoral).

De nuevo, no existe evidencia adecuada de los tratamientos usados para tratar el dolor escrotal crónico sin causa aparente. Tampoco existen recomendaciones de expertos (32).

Todas las revisiones que hay disponibles son no sistemáticas (33,34), están basadas en estudios observacionales y resumen las recomendaciones terapéuticas de forma similar: la primera línea de tratamiento conservador incluye la modificación de hábitos de ejercicio y posturales, una tanda de antibióticos (quinolonas o doxiciclina) y antiinflamatorios, dosis bajas de amitriptilina, bloqueos nerviosos selectivos del cordón espermático con lidocaína 1% y corticoides, que pueden repetirse si son efectivos, TENS, bloqueo del plexo pélvico con anestésicos locales periprostáticos (ecoguiado, transuretral). También se han usado otros como la carbamazepina, la gabapentina o los alfa-bloqueantes (35). En caso de fracaso del tratamiento conservador, las opciones quirúrgicas son el siguiente paso (como la denervación testicular microscópica o LPS, y en última instancia como la orquiectomía inguinal).

## EVIDENCIA SOBRE EL TRATAMIENTO DEL DOLOR URETRAL CRÓNICO

La Sociedad Internacional de Continencia la define como la presencia de episodios persistentes o recu-

rentes de dolor uretral normalmente al miccionar, con aumento de la frecuencia diurna y nicturia, en ausencia de infección u otras patologías. Disponemos de pocos datos epidemiológicos, pero parece más frecuente en mujeres en edad fértil con una edad media de 39 años.

No existen guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o metaanálisis. Algunas revisiones no sistemáticas (34,36) de la literatura dan las siguientes recomendaciones: iniciar el tratamiento con antibioterapia para gérmenes difícilmente cultivables (*Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma Urealythicum*, *Mycoplasma genitalis*) con doxiciclina de larga duración, si se demuestra leucoplaquia trigonal combinar antibioterapia oral, vaginal y un agente antimetabólico. Se suele combinar con fármacos anticolinérgicos y alfabloqueantes para mejorar la sintomatología urinaria. Si sospechamos un papel de la musculatura del suelo pélvico, relajantes musculares y terapia física manual. También se han visto buenas respuestas con acupuntura o electroacupuntura. También se ha usado, cuando no ha habido respuesta con las líneas iniciales de tratamiento, la amitriptilina, la carbamazepina, la gabapentina y la duloxetina. No es infrecuente que esta entidad se acompañe también de SVD/CI, por lo que se le aplicaría el mismo tratamiento referido anteriormente.

## CONCLUSIONES

Es ostensible la falta de evidencia disponible sobre los tratamientos que se usan para el dolor pélvico urogenital, a pesar de ser entidades frecuentes y con una evolución insatisfactoria en muchos casos. Se precisa de un gran esfuerzo para mejorar el conocimiento de la fisiopatología dándole mayor protagonismo al papel que pueda jugar la disfunción epitelial del tracto urinario inferior. Se precisan más estudios y mejor diseñados respecto de las opciones terapéuticas. El paradigma es la mejora del conocimiento del SVD/CI que se ha producido en los últimos 15 años, que ha hecho que sea la patología que dispone de mejor evidencia para el tratamiento (Tabla I).

Los agentes farmacológicos para el tratamiento del síndrome de vejiga dolorosa/cistitis intersticial con algún grado de evidencia de eficacia comparado con placebo incluyen el polisulfato de pentosán sódico (PPS), la hidroxicina, los antidepresivos tricíclicos y la azatioprina. Para el tratamiento intravesical se prefiere el sulfóxido de dimetilo (DMSO), el BCG (bacilo Calmette-Guerin), el polisulfato de pentosán sódico entre otros polisacáridos. Dos pequeños estudios randomizados cruzados (DMSO vs. placebo y DMSO vs. BCG) muestran beneficio para el DMSO. No hay suficiente evidencia para apoyar las instilaciones de otras sustancias (Tabla II).

**TABLA I.** EVIDENCIA DEL TRATAMIENTO ORAL EN EL SVD/CI

	Tipo de evidencia	Naturaleza de la recomendación	Comentario
Analgésicos	2b	C	Indicaciones limitadas a casos que esperan ulterior tratamiento
Hidroxicina	1b	A	Tratamiento estándar pero con eficacia limitada en los ECA
Amitriptilina	1b	A	Tratamiento estándar
PPS	1 a	A	Tratamiento estándar, aunque hay datos contradictorios
Ciclosporina A	1b	A	ECA: superior al PPS pero con mayores efectos adversos
Duloxetina	2b	C	Sin efecto, mala tolerancia
Gabapentina	3	C	Datos preliminares

Recomendación grado A: estudios clínicos de buena calidad y consistencia con al menos un RCT

Recomendación grado B: estudios clínicos bien diseñados sin aleatorización

Recomendación grado C: ausencia de estudios clínicos aplicables de buena calidad

SVD/CI: síndrome de vejiga dolorosa/Cistitis intersticial ECA: Ensayo clínico aleatorizado PPS: pentosán polisulfato.

**TABLA II. RECOMENDACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO INTRAVESICAL DEL SVD/CI**

	<i>Tipo de evidencia</i>	<i>Naturaleza de la recomendación</i>	<i>Comentario</i>
Anestésicos	3	C	Por ejemplo: lidocaína + heparina
PPS	1b	A	
Heparina	3	C	
Ácido hialurónico	2b	B	
Condroitín sulfato	2b	B	
DMSO	1b	A	
Bacilo de Calmette-Guérin	1b	No recomendado	
Toxina botulínica	No	No	Contexto ensayo clínico
Vaniloides (resiniferatoxina)	1b	C	Datos contradictorios

DMSO= dimetil-sulfóxido; PPS= pentosán polisulfato.

En el caso de la PC/SDPC no hay evidencia disponible al respecto de las diferentes terapias farmacológicas usadas, pero sí recomendaciones internacionales de expertos: usar alfabloqueantes en los pacientes de reciente diagnóstico en los que se sospeche obstrucción funcional, usar antibióticos en los que no los hayan recibido antes y combinarlo con diferentes estrategias terapéuticas para conseguir alivio sintomático (relajantes musculares, terapia suelo pélvico, AINE, otros analgésicos, anticolinérgicos).

No se dispone de evidencia de buena calidad para el tratamiento farmacológico aplicado al dolor testicular o escrotal crónico. Se recomienda iniciar el tratamiento con una tanda de antibióticos y antiinflamatorios, dosis bajas de amitriptilina, bloqueos nerviosos selectivos del cordón espermático, TENS, bloqueo del plexo pélvico con anestésicos locales, antes de proponer soluciones quirúrgicas.

Tampoco se dispone de evidencia adecuada para el tratamiento del síndrome uretral crónico. Las recomendaciones de los expertos sobre tratamiento farmacológico aconsejan antibioterapia de larga duración, combinarla con fármacos anticolinérgicos y alfabloqueantes para mejorar la sintomatología urinaria. En tercera línea de tratamiento, se han usado la amitriptilina, la carbamazepina, la gabapentina y la duloxetina.

Finalmente, aunque sabemos que obtendremos pocas curaciones completas, sí podemos ofrecer alivio con el tratamiento multidisciplinar: farmacológico, tratamientos locales, bloqueos, terapia física, soporte psicológico y en último término cirugía u otros tratamientos invasivos.

**CORRESPONDENCIA:**

S. Fernández  
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor  
Hospital Son Llátzer  
Carretera de Manacor, km. 4  
07198 Palma de Mallorca  
e-mail: sfernand@hsl.es

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Bharucha AE, Trabuco E. Functional and chronic Anorectal and pelvic pain disorders. *Gastroenterol Clin North Am* 2008; 37(3): 685.
2. Editorial. Chronic and Urogenital Pain Syndromes. *Pain, Clinical Updates* 2008; 26(6): 1-3.
3. Hanno PM, Landis JR, Matthews-Cook Y, Kusek J, Nyberg L Jr. The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the National Institutes of Health Interstitial Cystitis Database study. *J Urol* 1999; 161(2): 553-7.
4. Parsons CL. Prostatitis, interstitial cystitis, chronic pelvic pain and urethral syndrome share a common pathophysiology: lower urinary dysfunctional epithelium and potassium recycling. *Urology* 2003; 62: 976-82.
5. Parsons CL, Housley T, Schmidt JD, et al. Treatment of interstitial cystitis with intravesical heparin. *Br J Urol* 1994; 79: 504-7.
6. Parsons CL, Benson G, Childs SJ, et al. A quantitatively controlled method to prospectively study interstitial cystitis and which demonstrates the efficacy of pentosan polysulfate. *J Urol* 1993; 150: 845-8.
7. Mulholland SG, Hanno P, Parsons CL, et al. Pentosan Polysulfate sodium for interstitial cystitis: a double

- blind placebo-controlled clinical study. *Urology* 1990; 35: 552-8.
8. Bade JJ, Laseur M, Nieuwenburg A, et al. A placebo-controlled study of intravesical pentosan polysulfate for the treatment of interstitial cystitis. *Br J Urol* 1997; 79: 168-71.
  9. Warren J W, Brown J, Tracy J K, Langerberg P, Wessellmann U, Greenberg P. Evidence-based criteria for the pain of interstitial cystitis/painful bladder syndrome in women. *Urology* 2008; 71(3): 444-8.
  10. Davis EL, El Khoudary SR, Talbott EO, Davis J, Regan LJ. Safety and efficacy of the use of intravesical and oral pentosan polysulfate sodium for interstitial cystitis: a randomized double-blind clinical trial. *J Urol* 2008; 179(1): 177-85.
  11. Giannantoni A, Porena M, Constantini E, et al. Botulinum A toxin intravesical injection in patients with painful bladder syndrome: 1-year follow up. *J Urol* 2008; 179: 1031-4.
  12. Nickel JC, Moldwin R, Lee S, Davis EL, Henry RA, Wyllie MG. Intravesical alkalized lidocaine (PSD597) offers sustained relief from symptoms of interstitial cystitis and painful bladder syndrome. *BJU Int* 2009; 103(7): 910-8.
  13. Parsons CL. Successful down regulation of bladder sensory nerves with combination of heparin and alkalized intravesical lidocaine in patients with interstitial cystitis. *Urology* 2005; 65: 45-8.
  14. Welk BK, Teichman JMH. Dyspareunia response in patients with interstitial cystitis treated with intravesical lidocaine, bicarbonate, and heparin. *Urology* 2008; 71: 67-70.
  15. Fall M, Oberpenning F, Pecker R. Treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis 2008: can we make evidence-based decisions? *Eur Urol* 2008; 54: 65-78.
  16. Dimitrakov J, Kroenke K, Steers W D, Berde C, Zurakowski D, Freeman M R, Jackson J L. Pharmacological management of painful bladder syndrome/interstitial cystitis: a systematic review. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1922-9.
  17. Gillenwater JY, Wein AJ. Summary of the National Institute of Arthritis, Diabetes, Digestive, and Kidney Diseases Workshop on Interstitial Cystitis. *J Urol* 1988; 140: 203-6.
  18. Dawson TE, Jamison J. Intravesical treatments for painful bladder syndrome/interstitial cystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; 14: CD006113. DOI: 10.1002/14651858.CD006113.a
  19. Forrest JB, Mishell DR. Breaking the cycle of pain in interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *J Reprod Med* 2009; 54: 3-14.
  20. Forrest JB, Sebastyan P, O'Brien-westbrook M. Observation on the clinical factors affecting de treatment outcomes of interstitial cystitis. Poster presented at the 11th Annual Scientific Meeting on Chronic Pelvic Pain. Chicago, August 5-7, 2004.
  21. Nickel JC. Opioids for chronic prostatitis and interstitial cystitis: lessons learned from the 11th world congress on pain. *Urology* 2006 Oct; 68 (4): 697-701.
  22. Marinkovic SP, Moldwin R, Gilen LM, Stanton SL. The management of interstitial cystitis or painful bladder syndrome in women. *BMJ* 2009; 339: b2707 (337-342).
  23. Krieger JN, Nyberg L Jr, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis. *JAMA* 1999; 282: 236-7.
  24. Bartoletti R, Cai T, Mondaini N, Dinelli N, Pinzi N, Pavone C, et al. Prevalence, incidence estimation, risk factors and characterization of chronic prostatitis(chronic pelvic Pain Syndrome in Urological Hospital Outpatients in Italy: Results of a multicenter Case-control Observational study. *J Urol* 2007; 178: 2411-5.
  25. Mishra VC, Browne J, Emberton M. Role of alpha-blockers in type III prostatitis: a systematic review of the literature. *J Urol* 2007; 177 (1): 25-30
  26. Chuan YC, Yoshimura N, Wu M, et al. Intraprostatic capsaicin as a novel model for nonbacterial prostatitis and effects of botulinum toxin A. *Eur Urol* 2007; 51(4): 1119-27.
  27. Schaeffer AJ, Anderson RU, Krieger JN, et al. The assessment and management of male pelvic pain syndrome, including prostatitis. In: Mc Connell J, Abrahams P, Denis L, et al (eds.). *Male Lower Urinary Tract Dysfunction, Evaluation and Management; 6th International Consultation on new developments in Prostate Cancer and Prostate Disease*; Paris: Health Publications; 2006: 341-85.
  28. Wang CY, Han RF. Acupuncture for chronic prostatitis: a meta-analysis. *Zhonghua Na Ke Xue* 2008; 14(9): 853-6.
  29. Paskiewicz EJ, Siegel SW, Kirkpatrick C, Hinkel B, et al. Sacral nerve stimulation in patients with chronic, intractable pelvic pain. *Urology* 2001; 57(suppl): 124.
  30. Kabay S, Kabay SC, Yucel M, Ozden H. Efficiency of posterior tibial nerve stimulation incategory IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain: a sham controlled comparative study. *Urol Int* 2009; 83: 33-8.
  31. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 116-26.
  32. Luzzi GA, Law LA. The male sexual pain syndromes. *Int J STD AIDS* 2008; 17: 720-6.
  33. Granitsiotis P, Kirk D. Chronic testicular pain: an overview. *Eur Urol* 2004; 45(4): 430-6.
  34. Masarani M, Cox R. The aetiology, patophysiology and management of chronic orchialgia. *BJU Int* 2003; 91(5): 435-7.
  35. Ruiz Cerdà JL. Síndromes de dolor uretral y escrotal. *Actas Urol Esp* 2007; 31(4): 338-44.
  36. Kaur H, Arunkalavainan AS. Urethral syndrome and its treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62(5): 348-51.