

DOLOR PELVICO CRONICO

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
María Isabel Valdivia Jiménez	Elisa López-Herrero Pérez Jesús Carlos Presa Lorite	Febrero -2024
		Fecha revisión
		23 febrero 2024

1.INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) es una afección compleja que presenta varios desafíos tanto en su definición como en su manejo. En la literatura médica informa de un amplio rango de prevalencia que va desde un 4% hasta un 26 % en la población femenina.

El DPC se presenta en consulta con un amplio abanico de formas, localizaciones, intensidades y tiempo de evolución. Puede ser una señal de advertencia de lesión tisular crónica de los órganos contenidos, en donde existe una patología reconocible: **“dolor pélvico asociado a una enfermedad específica”**; o puede haberse convertido en una afección crónica en la que ya no podamos encontrar patología identificable, originándose lo que conocemos como un **“síndrome de dolor pélvico crónico”** (SDPC). Situación en la que el dolor es el proceso patológico en sí mismo, mediado por la plasticidad neuronal y provocando una memoria de dolor (fenómeno conocido como sensibilización central y periférica).

Además el 25-50% de las mujeres con DPC que reciben atención médica presentan más de un diagnóstico y en muchos de estos cuadros comparten características con otros cuadros generalizados o localizados de dolor fuera de la pelvis conocidos como comorbilidades como: endometriosis , adherencias pélvicas , colon irritable , cistitis intersticial, síndrome de fatiga crónica , antecedentes de trauma sexual ,físico o emocional , depresión , ansiedad y trastornos del sueño .

1.1.Definición de dolor crónico (IASP) International Association for the Study of Pain

El dolor crónico se define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado a un daño físico real o potencial o que es vivida como tal daño”.

1.2.Clasificaciones del dolor crónico

- **Clasificación de dolor crónico IASP 2017**

La Guía de Asistencia Práctica de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO, actualizada en 2021 y siguiendo la clasificación de la IASP 2017(International Association for the Study of Pain) se clasifica el dolor en función de las características de éste :

1-**NOCICEPTIVO**: sería aquel que se produce por la activación de las neuronas aferentes primarias (nociceptoras). Estas neuronas pueden ser activadas por señales químicas, térmicas u otras que indican peligro o daño. Puede ser somático o visceral.

2 -**NEUROPÁTICO**: sería aquel dolor que se origina en el propio tejido neural, ya sea por un daño específico en el tejido nervioso periférico o por una situación de excitotoxicidad que origina síndromes clínicos de dolor inexplicables. Se caracteriza por ser punzante o eléctrico o de tipo quemazón

3- **NOCIPLÁSTICO**: es aquel dolor que surge de una alteración en la percepción de la nocicepción a pesar de que no haya evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos. Tampoco hay evidencia de enfermedad o lesión del sistema somatosensorial que cause .Los ejemplos incluyen el síndrome de dolor miofascial y algunos tipos de fibromialgia.

1.3. Conceptos claves en pacientes con dolor crónico IASP (International Association for the Study of Pain)

- **Alodinia**: dolor debido a estímulos que normalmente no son dolorosos. como un roce suave.
- **Hiperestesia** : sensibilidad aumentada frente a un estímulo.
- **Hiperalgnesia** :es una variante de la hiperestesia . Respuesta incrementada a estímulos normalmente dolorosos.
- **Parestesias** : es un trastorno de la sensibilidad de tipo irritativo que se manifiesta con sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo.
- **Disestesia** forma especial de parestesia en la que la sensación anormal que se produce resulta desagradable, condición no presente en la parestesia .
- **Sensibilización**: aumento de la capacidad de respuesta de las neuronas nociceptivas a un estímulo normal y/ o reclutamiento de respuestas a un estímulo que está por debajo del umbral del dolor. Clínicamente se representa por los fenómenos de hiperalgnesia y/o alodinia
- **Sensibilización periférica**: mayor capacidad de respuesta y disminución del umbral de estimulación de las neuronas nociceptivas periféricas.
- **Sensibilización central** :aumento de la respuesta y disminución del umbral de estimulación de las neuronas nociceptivas del sistema nervioso central

2.DEFINICIÓN DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Su definición es compleja y depende de las distintas propuestas de las diferentes sociedades científicas : ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists),EAU (Asociación Europea de Urología).

2.1.Definición de dolor pélvico crónico de ACOG

Lo define como : “síntomas de dolor que se perciben como originados en órganos/estructuras pélvicas que generalmente duran mas de 6 meses asociándose a menudo con consecuencias cognitivas , conductuales , sexuales y emocionales negativas y con síntomas de disfunción del tracto

urinario inferior ,sexual, intestinal, del suelo pélvico, miofascial o ginecológica “ .

2.2. Definición de dolor pélvico crónico de EAU (European Association of Urology)

El dolor pélvico crónico es un dolor crónico o persistente percibido en estructuras relacionadas con la pelvis de hombres o mujeres. A menudo se asocia a consecuencias cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales negativas, así como a síntomas que sugieren una disfunción del tracto urinario inferior (TUI), sexual, intestinal, del suelo pélvico o ginecológica.

3. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

Grupo de trabajo dolor pélvico crónico de la ICS (International Continence Society).2017

Existen diferentes clasificaciones del DPC realizadas por distintas sociedades científicas. Siendo lo más útil clasificarlo según entidades nosológicas , teniendo en cuenta el inicio del dolor o el síntoma de dolor más llamativo . De esta manera la ICS simplifica y unifica la terminología existente con un documento de consenso basado en las principales guías de práctica clínica, así como en documentos de consenso y publicaciones científicas sobre DPC, en el que propone una clasificación agrupando las posibles causas según 9 ámbitos o dominios que se desglosan en la Tabla 1.

- **Criterios clínicos de sensibilización pélvica**

El grupo Convergences Pelvic Pain ha desarrollado esta herramienta sencilla para orientarnos en la práctica clínica, a través de la historia clínica y la exploración, en aquellos casos que exista una sensibilización pélvica y central, con su consiguiente repercusión terapéutica .Tabla 2

Esta herramienta es aplicable a pacientes con dolor pélvico y perineal crónico, con presencia de síntomas desproporcionados a los hallazgos de la exploración física y pruebas complementarias. Evalúa 10 aspectos, y una puntuación mayor o igual a 5 nos orientará hacia la existencia de una sensibilización pélvica y central.

4.DIAGNOSTICO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

4.1. Historia clínica:

- Anamnesis detallada

Crucial para conseguir una historia cronológica detallada del problema, con especial atención a los factores que agravan y alivian el dolor, así como los resultados de los intentos previos de tratamiento.

Establecer el impacto actual del dolor en la calidad de vida del paciente y la cantidad de medicamento que ésta utiliza.

Tabla 1 . Clasificación del dolor pélvico crónico .ICS (International Continence Society).2017

Dominio	Síndrome o enfermedad	Síntomas
Tracto urinario inferior	-Síndrome de dolor vesical -Cistitis intersticial - Dolor uretral	-Frecuencia miccional diurna elevada -Urgencia miccional -Hipersensibilidad , dolor o sensación de sdme de intolerancia química múltiplepresión con llenado y/o vaciado vesical -Disuria -Vaciado incompleto
Aparato genital femenino	-Dolor vaginal -Dolor vulvar -Dolor perineal -Dolor ovárico -Congestión pélvica -Dolor uterino -Dolor tubárico	-Dismenorrea -Sangrado irregular -Dispareunia -Ardor ,picor, escozor -Dolor punzante -Dolor percibido a nivel de pelvis, órganos pélvicos ,vagina y/o genitales externos
Aparato genital masculino	-Dolor prostático -Dolor escrotal -Dolor testicular -Dolor epididimario -Dolor peneano	-Disfuncion miccional -Disuria -Dolor con la micción -Sensación de micción incompleta -Aumento de frecuencia miccional -Urgencia miccional -Flujo miccional disminuido -Disfunción sexual -Dispareunia
Aparato digestivo	-Dolor anorectal -Dolor colorectal	-Dolor abdominal -Dolor rectal -Presión rectal -Estreñimiento -Defecación obstructiva -Diarrea -Dolor, sangrado o secreción patológica con la defecación
Músculoesquelético	-Síndrome de dolor miofascial pélvico -Síndrome de dolor coccígeo -Dolor óseo, ligamentario o articular pélvico	-Dolor abdominal y/o pélvico -Dolor al sentarse -Dolor con el movimiento y cambio de posición -Dolor con la micción, defecación o relaciones sexuales
Neurológico	-Dolor neuropático somático -Síndrome dolor regional complejo	-Dolor punzante -Sensación de descarga eléctrica -Parestesias u hormigueo
Psicológico	-Depresión -Ansiedad	-Ansiedad -Frustración

	-Miedo	-Bajo estado de ánimo -Alteraciones del sueño -Dificultad de la concentración -Impotencia -Desesperanza
Sexual	-Disfunción sexual	-Bajo deseo -Incapacidad para la excitación -Dolor coital -Dificultad para el orgasmo
Comorbilidad	-Alergias -Enfermedades autoinmunes -Síndrome de fatiga crónica -Dolor crónico no oncológico	

Tabla 2. Criterios clínicos de sensibilización pélvica . Aix en Provence .Convergencias Pelvic Pain. 2016

	Esfera urinaria	Esfera digestiva	Esfera génito-sexual	Esfera cutáneo-mucosa	Esfera muscular	Scores
Descenso umbrales	Dolores influidos por llenado vesical y micción	Dolores influidos por llenado y vaciado rectal (sólido o gas)	Dolores influidos por la actividad sexual	Alodinia pelviperineal (intolerancia a tampones y ropa ajustada)	Presencia de puntos gatillo pélvicos(piriforme, obturadores y elevadores)	
Difusión temporal	Dolor tras micción	Dolor tras defecación	Dolor tras actividad sexual			
Variación síntomas	Variación de la intensidad dolorosa (evolución por periodos ,en dientes de sierra) y/o de la topografía dolorosa					
Síndromes asociados	Migraña y/o cefalea tensional y/o fibromialgia y/o sdme de fatiga crónica y/o sdme de estrés postraumático y/o sdme de piernas inquietas y/o SADAM y/o sdme de intolerancia química múltiple					
Puntuación total de sensibilización pélvica						

4.1.1. Valoración de la intensidad del dolor

Esto se realiza utilizando la escala visual analógica de dolor (**EVA**) y la escala Numérica (**EN**)

4.1.2. Diario de Dolor

Antecedentes menstruales y sexuales detallados en los que se incluirán los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual y flujo vaginal.

Se debe prestar especial atención a los síntomas '**bandera roja** . Tabla 3

Tabla 3. Síntomas de bandera roja

- Hemorragia rectal
- Síntomas intestinales nuevos en mayores de 50 años
- Dolor de nueva aparición después de la menopausia
- Masas pélvicas
- Ideación suicida
- Pérdida excesiva de peso
- Sangrado vaginal irregular en mayores de 40 a
- Sangrado postcoital

4.2. **Exploración física.**

Exploración abdominal y pélvica excluirá trastornos pélvicos evidentes (tumores, cicatrices y movilidad uterina reducida) .

Es importante establecer una secuencia de examen y así realizar el tacto bimanual al final de la exploración, ya que es el más amenazante y el más discriminatorio de la parte más dolorosa.

4.2.1. Comportamiento general, Movilidad y Postura.

Observar en el momento en que la paciente entra en la consulta y se sienta para relatar su historia.

4.2.2. Exploración en bipedestación.

Alteraciones de la marcha, asimetrías de cadera, escoliosis de columna y búsqueda de puntos gatillo en esa posición (músculo Piramidal o Piriforme) presionando digitalmente el trayecto del músculo y sus inserciones en sacro y trocánter mayor.

4.2.3. Exploración abdominal en decúbito supino.

Objetivando hernias, cicatrices o tumoraciones, diástasis de rectos, etc.

- Maniobras exploratorias abdominales:

✓ **Signo de Carnett**, útil para diferenciar el dolor abdominal originado en la pared abdominal del dolor visceral. En posición decúbito supino, se presiona sobre el punto abdominal doloroso mientras hacemos que contraiga la musculatura abdominal, flexionando cabeza y tronco. Positivo cuando el dolor aumenta, persiste o no se modifica (dolor de pared). Negativo: disminuye al realizar la contracción (dolor visceral, la contractura de la musculatura protege las vísceras a la palpación).

✓ **Búsqueda de puntos gatillo (PG)** en la pared abdominal anterior (inserción de los rectos) y en las espinas ilíacas anterosuperiores (por acortamiento del psoas ilíaco que implicaría trastorno postural).

4.2.4. Otras exploraciones. Exploración del músculo piramidal :

- **Maniobra de Pace** palpando por encima de la espina ciática, o bien colocando a la paciente en decúbito supino, con la cadera y rodilla flexionada, solicitándole que haga una rotación lateral de cadera; la abducción contra resistencia de la cadera afectada, con el paciente sentado, genera dolor
- **Maniobra de Freiberg** se desencadena dolor en la nalga con la rotación interna forzada de la cadera en extensión de la extremidad.

4.3. Exploración ginecológica.

4.3.1. Valoración de genitales externos, periné, zona perianal y zona inguinal.

4.3.2. Valoración del Reflejo Bulbocavernoso , cutáneo anal y de la tos .

4.4. Especuloscopia.

No posible si la paciente tiene un vaginismo. Debe utilizarse un espéculo pequeño o valvas. Se pueden identificar prolapsos, lesiones cervicales, lesiones de las mucosas, infecciones e implantes de endometriosis. Se usa un hisopo de algodón largo para palpar el cuello uterino y fondos de saco vaginales, en busca de sensibilidad localizada

4.5. Tacto bimanual.

Debe llevarse a cabo de la forma más suave posible para delimitar el útero y los anejos, objetivándose la movilidad, la sensibilidad y la palpación de masas.

4.6. Examen digital vaginal .

- Insertando un dedo en el introito . Valorará el estado de los músculos del suelo pélvico. Se identificarán puntos gatillo (“trigger points”) mediante el tacto vaginal unidigital en los fascículos puborectal, iliococcígeo e isquiococcígeo del músculo elevador del ano, músculo obturador interno y externo.

- Exploración del trayecto del nervio pudendo y búsqueda del **signo de Tinel** (reproducción del dolor al presionar el tronco del nervio pudendo en la espina ciática o en el canal de Alcock por tacto vaginal)
- **Skin Rolling Test** produciéndose dolor al desplazar mediante una pinza con nuestros dedos de piel y tejido celular subcutáneo desde ano hacia pubis sobre el trayecto de las ramas del NP.

4.7. Tacto rectal

Valoración del esfínter anal, ligamentos útero-sacos, tabique recto-vaginal y coxis mediante el tacto rectal, palpando directamente y objetivando dolores localizados en estas estructuras.

4.8. Pruebas complementarias.

Solo realizaremos aquellas pruebas que sean útiles para la confirmación diagnóstica.

- **Análítica de sangre:** Hemograma para valorar leucocitosis y velocidad de sedimentación; Proteína C reactiva como prueba complementaria en procesos inflamatorios; Ca 125 ante sospecha de procesos neoplásicos o endometriosis.
- **Análisis sistemático de orina:** Para descartar leucocituria y microhematuria ; urocultivo; test de embarazo.
- **Cultivo de exudado vaginal y endocervical:** para estudio de enfermedades de transmisión sexual (Chlamydia y Gonococia) o para reforzar sospecha diagnóstica de EIP.
- **Análisis de sangre oculta en heces:** En casos de sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.
- **Ecografía transvaginal:** Como prueba que informa sobre la anatomía y los trastornos pélvicos. Las guías clínicas concluyen que es una investigación adecuada para determinar y evaluar las masas anexiales.
- **RM, TAC o técnicas endoscópicas** fundamentada en una sospecha diagnóstica firme .Puede ser también útil para el diagnóstico de adenomiosis y endometriosis profunda así como de daño medular o raíces y plexos nerviosos.
- **Laparoscopia:** La realización de una laparoscopia diagnóstica debe ceñirse a las guías clínicas, dado que sus hallazgos pueden no justificar la causa del dolor (adherencias, congestión pélvica entre otros) y en otras ocasiones no encontrar hallazgo alguno.

4.9. Valoración psicológica.

Una evaluación psicosocial realizada por un profesional **psicólogo o psiquiatra** consiste en una extensa entrevista y una evaluación de la respuesta de la mujer al dolor estandarizadas y pruebas psicológicas que evalúan la discapacidad asociada al dolor. Habrá que añadir la búsqueda de indicios de abusos sexuales pasados o presentes.

5. TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.

5.1. FARMACOLÓGICO.

A. Analgésicos

- Paracetamol
- Otros analgésicos de acción periférica tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e inhibidores selectivos de la Ciclos analgésicos de acción periférica tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINE) e inhibidores selectivos de la Ciclooxygenasa-2 (COX2).

B. Neuromoduladores

Los neuromoduladores tienen efecto sobre la transmisión nerviosa y han mostrado eficacia en el tratamiento del dolor crónico, especialmente en dolor neuropático o central. Son utilizados como tratamiento y coadyuvante en estas situaciones.

- **Anticonvulsivantes:** gabapentina y pregabalina.
- **Antidepresivos (AD) :**
 - Antidepresivos tricíclicos (ADT)la amitriptilina
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) :
 - Duloxetina, venlafaxina y desvenlafaxina.

C. Relajantes musculares

Para los cuadros asociados con síndrome de dolor miofascial.

- La ciclobenzaprina .
- En casos seleccionados se puede utilizar benzodiacepinas (diazepam vía vaginal) .

D. Tratamiento hormonal

Es un tratamiento de primera línea en aquellas mujeres con sospecha, diagnóstico o recurrencia de endometriosis, así como tras su tratamiento quirúrgico para prolongar los beneficios de la cirugía y mejorar el manejo de los síntomas. Modalidades :

- Pauta continua de anticonceptivos orales, dispositivo anticonceptivo intrauterino de levonorgestrel y acetato de medroxiprogesterona de depósito.
- En mujeres menopáusicas : tratamiento hormonal local y/o sistémico, incluye estrógenos y andrógenos, para evitar la aparición de vestibulodinia .

5.2. FISIOTERAPIA

Centrándose en los puntos gatillo (PG)

- Manipulación miofascial (liberación manual de los PG, infiltraciones de músculos)
- Movilización y estiramiento neuronal.

- Rehabilitación de las anomalías musculoesqueléticas extrapélvicas mediante la reeducación neuromuscular y el estiramiento tanto activo como pasivo.
- Manipulación del tejido conectivo.
- Movilización de tejido cicatricial si este existiera.
- Terapia manual transvaginal y/o transrectal.
- Reeducación de los músculos del SP.

5.3 . PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

5.3.1. Bloqueo/infiltración muscular

- La punción seca sobre puntos gatillo en síndrome de dolor miofascial.
- Infiltración con anestésico local con / sin corticoide: anestésico local (bupivacaína al 0,25%) y corticoide (triamcinolona 40 mg). Debe realizarse con control electrofisiológico y/o ecográfico por seguridad.
- Infiltración con toxina botulínica (TXB)

5.3.2. Infiltraciones en cicatrices

- Se realiza con la misma combinación ya expuesta de anestésico local (bupivacaína al 0,25%) y corticoide (triamcinolona 40 mg). Por vía vaginal en los dolores selectivos de los ligamentos uterosacros secundarios a la cirugía del SP, tras la episiorrafia o en cicatrices abdominales

5.3.3. Otros procedimientos quirúrgicos

- En dolor secundario a la colocación del material protésico durante la cirugía de SP .
- Ante dolor severo o ausencia de mejoría con otros tratamientos puede ser necesaria la **retirada del material protésico**. Pero no existe evidencia de que la exéresis de la malla lleve a la resolución completa del dolor, pudiendo persistir los síntomas tras la misma
- La neurectomía presacra, la ablación de los ligamentos uterosacros por vía laparoscópica [LUNA] y adhesiolisis laparoscópica están en desuso
- La descompresión del nervio pudiendo es otra técnica quirúrgica que se ha empleado en el tratamiento del DPC. La evidencia actual es limitada.

5.3.4 Técnicas invasivas especializadas

- **Bloqueos nerviosos** : Los nervios implicados en el DPC son múltiples: uterosacro, obturador, ilioinguinal, iliohipogástrico, genitofemoral, pudiendo, entre otros. Las infiltraciones de estos nervios tienen dos propósitos: confirmar el diagnóstico mediante un bloqueo con anestésico local, e intentar aliviar el dolor. Se realizan con anestésico local y corticoide, o con radiofrecuencia pulsada.
- **Neuromodulación periférica**: La estimulación eléctrica transcutánea (TENS, transcutaneous electrical nerve stimulation). La neuromodulación transcutánea del nervio tibial posterior podría utilizarse en DPC.
- **Bloqueos simpáticos del plexo hipogástrico y del ganglio impar** : El bloqueo del ganglio de

Walther o ganglio impar, de localización retro- peritoneal en la cadena simpática prevertebral a nivel de la unión sacrococcígea, permite controlar el dolor de la parte distal del recto, ano, uretra y tercio inferiores de vagina, así como el de la vulva.

- **Neuroablación** : Los agentes neurolíticos más utilizados son: el fenol, el alcohol o la glicerina. En el dolor visceral y somático
- **Neuromodulación medular** : La estimulación de los cordones posteriores medulares o neuromodulación sacra . indicada en el dolor crónico cuando han fracasado los demás tratamientos.
- **Infusión espinal** : La vía intratecal constituye una alternativa para el dolor intenso.

6. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

- **La reestructuración cognitiva** : terapia que trata los componentes emocionales y psicológicos tan importantes de abordar como el componente físico.

7. TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Este tipo de estrategias incluyen el ejercicio físico, terapias herbales, dietas y complementos alimentarios, las terapias mente-cuerpo (como el yoga o taichi), terapias manuales (masajes y manipulación osteopática), bioenergética (como la acupuntura) entre otras, pero faltan datos de ensayos clínicos aleatorizados de calidad que evalúen su eficacia.

8. CONSIDERACIONES FINALES

Actualmente tenemos la necesidad de instaurar circuitos asistenciales multidisciplinares, coordinados y sostenibles para el manejo del dolor pélvico crónico.

El dolor pélvico crónico (DPC) es una patología compleja y multifactorial que con mucha frecuencia requiere un manejo multidisciplinar y simultáneo. Entre las especialidades implicadas en su abordaje se encuentran ginecología, urología, digestivo, cirugía general, rehabilitación, neurología, psiquiatría, atención primaria (AP) y anestesia. Es necesario que exista una coordinación e implicación entre los distintos especialistas y así favorecer el diagnóstico desde el inicio e instaurar un tratamiento precoz y multimodal.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauset Castelló C , Muñoz Muñiz M, Nohales Alfonso F, Díez Itza I, Cassadó Garriga J, Muñoz Gálligo E, Martín Martínez A, López-Herrero Pérez E, González Díaz E ,Valdivia Jiménez MI. Dolor pélvico crónico en la mujer: manejo y tratamiento del dolor pélvico crónico .Guía de Asistencia Práctica de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO. 2022
- Chronic Pelvic Pain . ACOG Practice Bulletin 2020;218: 98-10913.
- Doggweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM et al. A standard for terminology in chronic pelvic

- pain syndromes: a report of the international continence society chronic pelvic pain working group. *Neurourology and Urodynamics* 2017; 36 (4): 984-1008.
- Goyeneche Lasaga L, Pérez Iglesias N, Lekuona Artola A . Proyecto asistencial multidisciplinar. En manual de dolor pélvico en la mujer 2023. Activa Médica Editorial, SL . activa@activamedica.es .P 269-283 .ISBN: 978-84-09-42527-3
 - Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann EH, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005;9:40–51
 - Jarrell J, Arendt-Nielsen L. Evolutionary considerations in the development of chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 2016 ;215(2):201.e1-4. doi: 11.1016/j.ajog.2016.05.019. Epub 2016 Jun 5. PMID: 27269450.
 - Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn* 2008; 27(4):306-10.
 - Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labatet J-J, et al. Clinical criteria of central sensitization in chronic pelvic pain and perineal pain (Convergences PP Criteria): Elaboration of a clinical evaluation Tool based on formal expert consensus. *Pain Med* 2018;19(10):2009-2015.
 - Nohales Alfonso F, Muñoz Muñoz M, Bauset Castelló C, Díez Itza I, Cassadó Garriga J, Martín Martínez A, Muñoz Galligo E, López-Herrero Pérez E. Dolor pélvico crónico en la mujer: definición, clasificación, terminología y diagnóstico 2021. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 2023; 66(3): 129-140.
 - Raja SN, Carr DB, Cohen M et al). The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020; 161 (9) :1976-82
 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain Green-top Guideline No. 41 .2012 ; 41:2-16.
 - Ruiz-Arranz JL, Alfonso Venzala I, Villalon Ogayar J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 14 casos. *Rev esp. Cir. Ortop. Traumatol.* 2008; 52: 359-65
 - World Health Organization. "International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)." 2018: 93-10