

PACIENTE CON DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. NEUROPATÍA BILATERAL DEL NERVIPO PUDENDO.



Kozak, I; Cortés Sandoval, S; Carratalá Pérez, O; Manzanares López, J; Pérez Buendía, J; Sánchez Romero, J; Padilla Lara, F; Carrascosa Romero, MC.

CASO CLÍNICO

Paciente de 71 años, G3P3, remitida a Consultas Externas de Suelo Pélvico para valoración de rectocele.

Antecedentes personales:

- Hernia discal lumbar L4-L5, L5-S1, con aplastamiento vertebral y estenosis del canal lumbar desde hace 6 años.
- Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, cirugía conservadora + linfadenectomía axilar MD en 2014. QT y RT posterior. En tratamiento con Tamoxifeno desde 2015. En revisiones por Oncología Médica e Unidad de Mama. En seguimiento también en Consultas externas de Ginecología por dolor crónico y sensación de peso abdominal, RM y Eco informan de posible adenomiosis uterina, endometrio sugestivo de cambios por el tratamiento con Tamoxifeno, marcadores tumorales negativos.
- Valorada por Cirugía General por hemorroides e fisura anal, intervenida por este motivo.
- Apendicectomía, colecistectomía, meniscectomía rodilla izquierda, glaucoma AO.

Enfermedad actual: dolor pélvico crónico de 2 años de evolución, de carácter invalidante. Refiere dolor perineal muy intenso en relación con la sedestación, dificultad para la micción e incontinencia urinaria.

Exploración física: dolor a palpación de predominio en la cara posterior de vagina. Tacto rectal doloroso.

Sospecha y confirmación diagnóstica: se sospecha neuropatía del nervio pudendo, por lo que se remite a la paciente a Neurofisiología clínica. Los hallazgos de las conducciones nerviosas realizadas con electrodos de superficie son compatibles con neuropatía crónica de ambos nervios pudendos, de grado moderado. Actualmente la paciente está en tratamiento con inyecciones perineurales, en seguimiento en la Unidad del Dolor.

DISCUSIÓN

DEFINICIÓN: Es un síndrome descrito por primera vez en 1987, caracterizado por dolor perineal y/o pélvico, que puede asociarse a disfunción urinaria, anal e incluso sexual, de larga duración y moderada severidad. Su incidencia y prevalencia son muy subestimadas. Se calcula de 1 de cada 7 mujeres experimentará esta patología de forma crónica y transitoria alguna vez en su vida, sin predilección por la edad.

ANATOMÍA DEL NERVIPO PUDENDO: se origina en los segmentos medulares sacros S2, S3 y S4, dividiéndose su recorrido en 3 segmentos.

-Primer segmento: desde su origen hasta región presacra.

-Segundo segmento: canal infrapiriforme, donde entra en contacto con el ligamento sacrotuberoso, que puede actuar como una pinza y causar el atrapamiento del nervio.

-Tercer segmento: canal pudendo o de Alcock.

A su vez presenta 3 terminaciones (Fig 1):

-Nervio rectal inferior: inerva el canal anal, tercio caudal del recto, piel posterior de la horquilla vulvar y perianal, elevador del ano y esfínter anal externo.

-Nervio perineal: tercio inferior de la vagina y de la uretra, labios mayores y menores, esfínter estriado de la uretra.

-Nervio dorsal de clítoris: con rama clitorídea y pubiana.

CAUSAS DEL ATRAPAMIENTO DEL N PUDENDO:

- Profesión, oficio o práctica deportiva que impliquen estar mucho tiempo sentada.
- Trauma.
- Parto vaginal y episiotomía.
- Radioterapia pélvica.
- Defectos congénitos osteomusculares.

DIAGNÓSTICO (CRITERIOS DE NANTES): 2 criterios mayores o 1 criterio mayor asociado a 2 criterios menores:

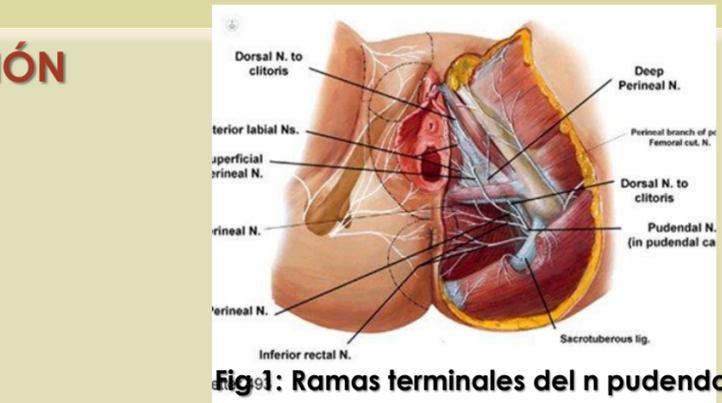


Fig 1: Ramas terminales del n pudendo

Criterios mayores:

- Área dolorosa en el trayecto del nervio o sus ramas.
- El dolor se reproduce al comprimir el tronco pudendo (signo de Tinel) en la localización anatómica del área afectada.
- Infiltración exitosa en el sitio anatómico.

Criterios menores:

- Sensación de dolor neuropático.
- Existencia de una posición dolorosa y/o antiálgica.
- Existencia de un factor etiológico o un evento desencadenante.
- Ausencia de otra causa que explique el dolor en el área pélvica.

Un apoyo diagnóstico supone el llamado **"Rolling Test"**: al desplazar piel y tejido celular subcutáneo desde el ano hacia el pubis, sobre el trayecto de las ramas del nervio pudendo, se reproducirá el dolor en la zona inervada.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

- Estudio electrofisiológico: la electromiografía (EMG) de los músculos inervados por el nervio pudendo.
- Pruebas de imagen: sobre todo para descartar otras causas orgánicas del síndrome doloroso.

TRATAMIENTO:

Tratamiento médico: Autocuidado (hiperprotección perineal). Inyecciones perineurales con corticoides y lidocaína/bupivacaína.

Tratamiento quirúrgico: descompresión del nervio.

CONCLUSIONES

El síndrome del atrapamiento del nervio pudendo es una etiología muy subestimada en actualidad. Su conocimiento, anamnesis, examen clínico dirigido permiten establecer el diagnóstico y tratamiento adecuados, mejorando la calidad de vida tan mala de las pacientes que lo padecen.

BIBLIOGRAFÍA:

- R Lema C, P Ricci A. ATRAPAMIENTO DEL NERVIPO PUDENDO: UN SÍNDROME POR CONOCER. REV CHIL OBSTET GINECOL 2006; 71(3): 207-215
- I. Ramírez Ruedaa, V. López-Marinab, R.M. Alcolea García. Neuropatía pudenda: a propósito de un caso. SEMERGEN. 2009;35(7):359-62.