

Dolor pélvico crónico y síndrome Alcock

Autores: García Andrés R, Yepes Carrillo A, López Vazquez C, Velastegui Calderón KV, Pina Montoya M^ªA, Costa Andreo M.

Mujer 32 años, DPC desde hace 7 años relata dolor periné y vagina, se acentúa en posición sentada y mejora al tumbarse, dispareunia y amenorrea 2^a idiopática.

AF: ca. ovario madre, abuela y tía.

AP: intolerancia ACH y SOP.

AQx: Legrado puerperal 2001, legrado postaborto 2005. Ligadura LPC 2009. Menarquia a 12 años.

FO: G3, P2, A1. Partos eutócicos con episiotomías, RN peso normal.

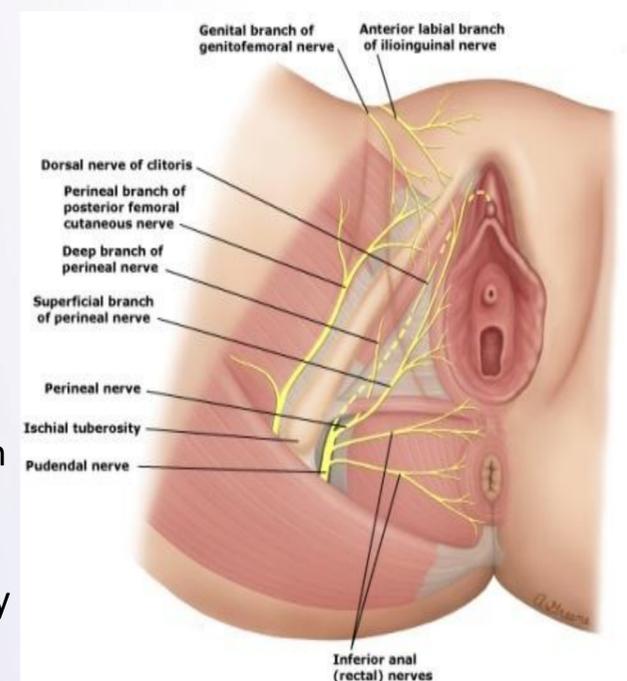
Exploración general y ginecológica:

Abdomen blando y depresible, cicatrices de puertos de laparoscopia, no se palpan tumoraciones ni megalias. Vulva normal, no celes, exploración con espéculo molesta para la paciente, se observa flujo normal y adecuado trofismo de mucosa, no dolor en movilización cervical. Reflejos bulbocavernoso normal.

Skin rolling test positivo en región N.Pudendo.



Punto gatillo en fascículo puborectal derecho con palpación de banda tensa a este nivel. Musculatura suelo periné dolorida y tono aumentado.



Se solicita Electromiografía que concluye con axonotmesis parcial de nervio pudendo en estadio crónico de evolución.

Diagnóstico: Síndrome de Alcock, neuropatía N.Pudendo. Se deriva a unidad de dolor crónico y rehabilitación pélvico-perineal con adecuada respuesta y mejoría de la paciente.

CONCLUSIONES: El DPC es una patología difícil de abordar y tratar, que requiere un abordaje por equipo multidisciplinar, además de una atención rápida y coordinada.

Dentro de sus posibles causas específicas se encuentra el atrapamiento del nervio Pudendo que forma parte del diagnóstico diferencial sin embargo al ser menos frecuente hace que exista demora en su diagnóstico y tratamiento. La exploración y anamnesis es crucial en la sospecha diagnóstica que se confirma con electromiografía y el tratamiento suele ser conservador.