

Neuropatía pudenda: a propósito de un caso

I. Ramírez Rueda^a, V. López-Marina^b, R.M. Alcolea García^c y T. Rama Martínez^d

^aInstitut Català d'Avaluacions Mèdiques de Catalunya (ICAM). Barcelona. España.

^bMédico de Familia. Área Básica de Salud Piera. Barcelona. España.

^cMédico de Familia. Área Básica de Salud Besós. Barcelona. España.

^dMédico de Familia. Área Básica de Salud Masnou. Barcelona. España.

La neuropatía pudenda o atrapamiento del nervio pudendo fue descrito por primera vez en 1987. Se presenta con un dolor neuropático perineal y/o pelviano, que se agrava al sentarse y disminuye o desaparece al estar de pie, habitualmente no suele presentarse al acostarse (pueden dormir) y que puede asociarse a disfunción urinaria, anal e incluso sexual. El nervio pudendo tiene tres ramas terminales en diferente proporción de fibras motoras, sensitivas y autonómicas. Por ello, su atrapamiento puede causar signos y síntomas tanto a nivel sensitivo, como motor o autonómico (en total se estima que el 30% es autonómico, y el 70% es somático, 50% sensitivo y 20% motor). Su diagnóstico es básicamente clínico y se confirma con la compresión del nervio pudendo en la electromiografía. El tratamiento consiste en el autocuidado, infiltraciones perineurales y cirugía de descompresión del nervio.

Palabras clave: atrapamiento del nervio pudendo, dolor perineal.

Pudendal neuropathy or pudendal nerve entrapment was first described in 1987. It presents with a perineal neuropathic and/or pelvic pain, which worsens when the subject is sitting and decreases or disappears when the subject is standing. It is usually absent at bedtime (the individual can sleep) and may be associated with urinary, anal and even sexual dysfunction. The pudendal nerve has three terminal branches in different proportions of motor, sensitive and autonomic fibers. Hence, its entrapment can cause sensitive, motor or autonomic signs and symptoms (as a whole, it is estimated that 30% is autonomic, 70% somatic, the latter divided into 50% sensitive and 20% motor). Its diagnosis is essential clinical and it is confirmed with the compression of the pudendal nerve in the electromyography. Treatment consists in self-care, perineural infiltrations and decompression nerve surgery.

Key words: pudendal nerve entrapment, perineal pain.

INTRODUCCIÓN

La incidencia y la prevalencia de la neuropatía pudenda están subestimadas en la población por diversos motivos. Entre éstos cabe destacar lo abigarrado de sus síntomas, en ocasiones sin relación alguna entre ellos, y en los que no es fácil sospechar una etiología común, con gran variabilidad interindividual, ocasionando que muchas veces estos pacientes sean diagnosticados de problemas mentales (histeria, trastornos somatomorfos y alteraciones del estado del ánimo). Todo lo anterior y que el motivo más frecuente de consulta por esta entidad patológica sea el dolor perineal y/o pelviano de características neuropáticas, que se agrava al sentarse y disminuye o desaparece al estar de pie y tumbado, suele

hacer que el diagnóstico sea complicado y tardío. Es una patología que puede cronificarse por su infradiagnóstico, bien por todo lo anterior o bien porque el paciente no se atreve a preguntar a su médico por vergüenza. La mayoría de los pacientes suelen ser mujeres que van consultando a diversas especialidades médicas y a medicina alternativa (osteopatía, homeopatía, reflexoterapia, etc.), obteniendo diversos diagnósticos y tratamientos que no resuelven su dolencia, lo cual hace persistir la clínica en el tiempo acentuando un carácter progresivo que lleva incluso a algunas pacientes a considerar el suicidio^{1,2}. A pesar de este desconocimiento epidemiológico, se estima que en Europa y en los Estados Unidos 1 de cada 7 mujeres experimentará una neuralgia pudenda ya sea de forma transitoria (mucho más frecuente) o crónica (infrecuente) sin predilección por la edad³.

Correspondencia: V. López-Marina.

C/ Montaña, 1, parcela 39.

Urbanización Can Bonastre-Piera

08784 Barcelona. España.

Correo electrónico: victor_lopezmarina@yahoo.com

Recibido el 16-09-08; aceptado para su publicación el 24-03-09.

CASO CLÍNICO

Mujer de 44 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos de interés. Como antecedente patológico presenta una intervención quirúrgica de un

quiste sacro y dos fístulas anales que precisan curas diarias durante 5 meses. Finalmente la herida quirúrgica cierra bien, pero durante ese tiempo comienza a sentir dolor, quemazón y ardor en la región perineal irradiado al labio menor vaginal derecho que sólo aparece al sentarse y desaparece al estar de pie o tumbada. Esta molestia va aumentando en intensidad progresivamente y decide comprarse un váter portátil con alza de espuma, ya que sólo puede permanecer sentada en el inodoro.

La paciente ante la persistencia de sus síntomas consulta a diversas especialidades médicas. Un segundo cirujano general indica que las molestias que tiene son normales tras la cirugía practicada; un ginecólogo le comunica a la paciente que la exploración ginecológica está dentro de la normalidad (la analítica con hemograma y fórmula, bioquímica, hormonas tiroideas, hormonas de la función reproductora femenina, metabolismo férrico, urianálisis y sedimento urinario son normales; así como la citología, el cultivo vaginal, la ecografía abdominal y la endovaginal); un traumatólogo la diagnostica de coccigodinia y le prescribe diclofenaco (50 mg cada 8 horas), resultando ineficaz; un urólogo le diagnostica una posible fístula con dirección al labio menor vaginal derecho e indica nuevas exploraciones complementarias que la paciente rechaza hacerse. Acude a una clínica del dolor y le aconsejan la práctica de un bloqueo caudal que la paciente también rehúsa hacerse. Un psiquiatra le diagnostica un trastorno adaptativo depresivo secundario al dolor y le prescribe fluoxetina (20 mg cada 24 horas) y psicoterapia, con me-

joría del cuadro psiquiátrico pero persistencia de las molestias. La enferma nos refiere que sus 2 negativas (una diagnóstica y otra terapéutica) son porque no se fía de que al hacerse cualquiera de las dos mejore la clínica, ya que las explicaciones que le dan ambos profesionales no la convencen.

Tras un año de baja laboral, el ICAM (Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas) la cita para una revisión. En el momento de la visita, la paciente sigue un tratamiento con medicina alternativa (osteopatía y acupuntura) que tampoco mejora sus molestias. Las exploraciones complementarias que se realizan son todas normales (resonancia magnética nuclear [RMN] de la región sacro-coccígea y abdominal, gammagrafía ósea, manometría anorrectal, electromiografía de superficie y ecografía endoanal), excepto la electromiografía Bilan urodinámica, que muestra un enlentecimiento de la conducción del nervio pudendo a nivel de las pinzas ligamentarias sacro-espino-tuberales. Orientándose el caso como una neuropatía pudenda se realiza una infiltración y posteriormente rehabilitación pélvico-perineal, obteniendo la paciente una importante mejoría de sus molestias. Actualmente está pendiente de cirugía de descompresión del nervio pudendo al no solucionarse del todo las molestias.

DISCUSIÓN

Para poder entender la neuropatía pudenda se ha de conocer la anatomía del nervio pudendo. Se origina en los segmentos medulares sacros S2, S3 y S4 e, inmediatamente después de su origen, penetra en la región glútea bajo el músculo piriforme, cruzando alrededor del extremo final del ligamento sacro-espinal y entrando en contacto con el ligamento sacro-tuberoso. Esta relación anatómica es muy importante, ya que en esta zona los ligamentos se comportan como una pinza y pueden comprimir el nervio, causando el atrapamiento pudendo. Otra zona significativa es el canal de Alcock, donde el nervio pudendo pasa alrededor del ligamento sacro-espinal y por debajo del músculo elevador del ano. A continuación, se divide en tres segmentos que van paralelos a la vagina, siendo ésta una zona muy buena tanto para las infiltraciones como para el abordaje quirúrgico en la neuralgia pudenda: nervio rectal inferior que comienza en el canal de Alcock e inerva el ano, perineo, el tercio inferior del recto y las nalgas; nervio perineal, localizándose a la salida del canal de Alcock y que inerva los labios menores y mayores vaginales, el tercio inferior de la vagina y la periuretra; nervio dorsal del clítoris, hallándose a la salida del canal de Alcock y que inerva el área cutánea del clítoris y sínfisis pubiana. Además, el nervio pudendo inerva los músculos bulboespongioso, isquiocavernoso, elevador del ano y el transverso perineal superficial y profundo (fig. 1)^{4,5}.

Las causas del atrapamiento del nervio pudendo son diversas, entre las cuales destacan el parto vaginal (sobre todo prolongado) y la episiotomía; radioterapia pelviana; profesiones, oficios o prácticas deportivas que impliquen permanecer mucho tiempo en bipedestación (ciclistas, en

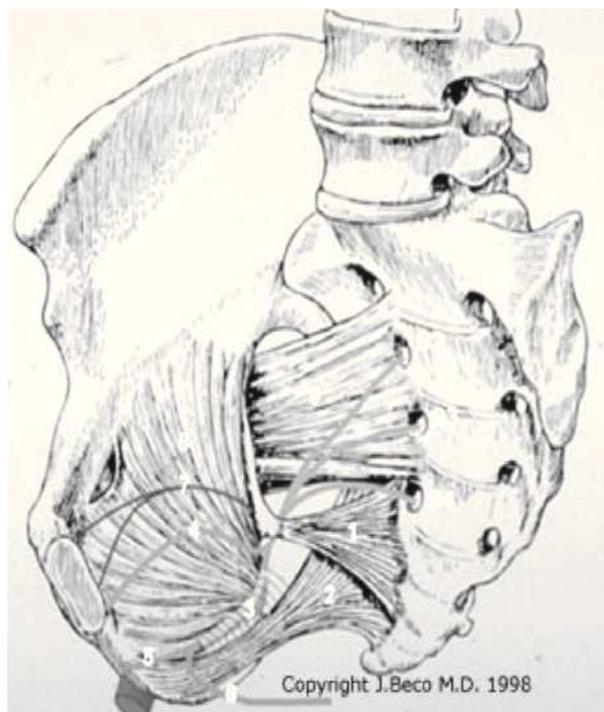


Figura 1. Anatomía del nervio pudendo. 1: ligamento sacro-espinal; 2: ligamento sacro-tuberoso; 3: canal de Alcock; 4: nervio dorsal del clítoris; 5: rama perineal del nervio pudendo; 6: nervio rectal inferior; 7: arcos tendinosos de la fascia pélvica; 8: músculo obturador; 9: músculo piriforme; S2, S3 y S4: raíces sacras del nervio pudendo. Tomada de Beco J.

Tabla 1. Cuestionario SANP (síndrome de atrapamiento del nervio pudendo)

1. ¿Cuánto tiempo hace que tiene dolor? (expreselo en días, meses o años)
2. ¿Hay algún evento que coincidiera con el inicio del dolor?
3. ¿Cuánto duele (califíquelo de 0, nada de dolor, a 10, máximo dolor)?
4. ¿El dolor es: quemante, tirante, aplastante, presión, penetrante, cortante, otros? (elegir una o varias opciones)
5. ¿El dolor es mayor en un lado de su región perineal que en el otro?
6. ¿Presenta dolor en la región de las nalgas?
7. ¿Presenta molestias vaginales?
8. ¿Tiene dolor en los labios vaginales o en la vulva?
9. ¿El dolor empeora al sentarse?
10. ¿Sentarse en el baño no es tan doloroso como sentarse en una superficie plana?
11. ¿El dolor mejora al estar de pie?
12. ¿El dolor mejora al acostarse?
13. ¿El dolor es peor al acostarse hacia un lado que al otro?
14. ¿Tiene dolor al defecar?
15. ¿Tiene dolor al mantener relaciones sexuales?
16. ¿Hay dolor al orinar?
17. ¿Presenta problemas para controlar su vejiga urinaria?
18. ¿Presenta problemas para controlar su intestino?
19. ¿Presenta problemas para controlar la expulsión de gases?

Excepto en las cuestiones 1, 3 y 4 (donde se especifica qué se debe responder), el paciente ha de contestar sí o no.
Fuente: Ramsden CE, et al⁶.

las que un sillín inadecuado puede causar una compresión permanente que lleva a desencadenar esta patología, taxistas, etc.); defectos anatómicos congénitos (óseos, musculares, etc.); traumatismos pélvico-perineales; etc.^{2,4,5}.

Debido al desconocimiento de esta patología, ya que sus síntomas son muy abigarrados, con una importante variabilidad interindividual que no hace pensar en muchas ocasiones en una etiología común, son pacientes que visitan a muchos profesionales médicos y de medicina alternativa, por lo que el diagnóstico se suele prolongar en el tiempo favoreciendo el desarrollo de problemas psicológicos secundarios. Así, a continuación, pormenorizaremos el diagnóstico para un mejor conocimiento de la enfermedad. Se basa en la sospecha clínica y se confirma mediante electromiografía y una buena respuesta a las infiltraciones perineurales⁴⁻⁷.

La sospecha clínica se realiza a través de unas preguntas dirigidas que se recogen en el cuestionario SANP (síndrome de atrapamiento del nervio pudendo) (tabla 1)⁸, por las características del dolor y sus asociaciones a otros síntomas y la presencia de un posible factor desencadenante. El dolor que se suele presentar es de tipo neuropático, localizado por lo general en la región perineal, que se agrava al sentarse, disminuye o desaparece al estar de pie y habitualmente se encuentra ausente al acostarse. Es muy característico de estas pacientes que el dolor aumente al sentarse en superficies planas y que desaparezca al sentarse en el asiento del inodoro, pudiendo observarse durante la entrevista clínica gestos como los de sentarse de lado, cambiar la posición de forma reiterada y permanecer sentadas con gran incomodidad. Este dolor puede asociarse a otras manifestaciones clínicas: síntomas urinarios (vejiga

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la neuropatía pudenda (criterios de Nantes)

Criterios mayores
Área dolorosa en el trayecto del nervio o sus ramas terminales (nervio rectal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del clítoris)
Signo de Tinel positivo (reproducción del dolor al comprimir el tronco pudendo en la localización anatómica del área afectada)
Buena respuesta a la infiltración perineural
Criterios menores
Sensación de dolor neuropático
Adopción de posturas antiálgicas (aumento del dolor al sentarse y alivio con la bipedestación)
Existencia de un factor desencadenante (parto, traumatismo, cirugía perineal, etc.)
Ausencia de otra causa que explique el dolor
Con dos criterios mayores o un criterio mayor más dos criterios menores se realiza el diagnóstico clínico. Fuente: Labat JJ, et al ⁹ .

irritable, micción con obstrucción, incontinencia urinaria), síntomas anales (defecación dificultosa por obstrucción, incontinencia anal), disfunción sexual (dispareunia, excitación persistente) e incontinencia mixta urinario-anal. La exploración física de estas enfermas suele ser anodina, exceptuando que pueden presentar un aumento del tono muscular del suelo pelviano por una reacción de tipo reflejo muscular y que pueden tener un signo de Tinel positivo (el dolor se reproduce al comprimir el tronco pudendo en la localización anatómica del área afectada). Basándose en estos síntomas y signos clínicos se han establecido unos criterios diagnósticos de la neuropatía pudenda (criterios de Nantes) (tabla 2)⁹. El diagnóstico diferencial del atrapamiento del nervio pudendo se realiza con procesos patológicos del área inguino-pélvica y perineal (tabla 3).

Tras la sospecha clínica, el diagnóstico de confirmación se realiza con la electromiografía Bilan urodinámica mediante los siguientes tests: *Pudendal Nerve Distal Motor Latency Test* (test motor), *Quantitative Sensitive Threshold* y *Warm Threshold Detection*, que son

Tabla 3. Diagnóstico diferencial de la neuropatía pudenda

Enfermedades de la vía urinaria: prostatitis crónica, hiperplasia benigna de próstata, cáncer de próstata, alteraciones anatómicas y funcionales de la vía urinaria congénitas o adquiridas, microlitiasis nefro-uréterovesical, orquiepididimitis, infección urinaria recidivante o recurrente
Enfermedad inflamatoria pélvica
Vaginitis crónica atrófica
Neoplasia vulvo-vaginal, cérvix, útero y ovario
Patología vertebral dorso-lumbar
Ciática de origen no discal
Sacrococcigodinia
Síndrome piriforme
Fístulas, fisuras, hemorroides y neoplasias anorrectales
Dermatitis irritativas o infecciosas del periné
Alteraciones anatómicas y funcionales de la musculatura del periné y alrededores
Osteopatía púbica
Hernia inguinal

test sensitivos y que localizan el nivel anatómico donde se encuentra comprometido el nervio pudendo (por lo general, en el canal de Alcock)^{7,10}. Según los últimos estudios, se considera que hay afectación del nervio pudendo cuando en el test motor hay una conducción mayor de 1,2 mseg¹¹, hecho que ha facilitado aumentar la sensibilidad de la prueba, ya que anteriormente se consideraba positiva con conducciones superiores a 1,7-2,5 mseg, lo cual le confería una mayor especificidad con escasa sensibilidad^{12,13}. Los tests sensitivos permiten localizar el nivel anatómico de la lesión del nervio mediante alteraciones estructurales de éste, como la desmielinización o la pérdida axonal, no correlacionándose la intensidad de la lesión que se pueda observar en el test con la gravedad de los síntomas clínicos del paciente¹¹. También confirma el diagnóstico que sea efectiva la infiltración perineural.

Se dispone de diversos tipos de tratamiento: médico, rehabilitación pélvico-perineal y quirúrgico. Dentro del tratamiento médico destacan las medidas higiénicas destinadas al autocuidado (protección perineal) y el uso de plataformas perineales; el empleo de diversos fármacos como amitriptilina, antiepilépticos como la gabapentina, la lidocaína en gel o parches, etc., es poco eficaz y las infiltraciones perineurales con corticoide y lidocaína/bupivacaína son muy efectivas. La rehabilitación pélvico-perineal se basa en la kinesioterapia antiálgica y la reeducación perineal. Por último, el tratamiento quirúrgico de descompresión del nervio pudendo queda reservado para aquellos casos en que no se responda a terapia médica y rehabilitadora^{2,3,5,6,10}. El abordaje terapéutico de la neuropatía pudenda no está claramente definido, aunque se dispone de diversos elementos para su tratamiento como hemos descrito anteriormente. El médico de Atención Primaria desempeñaría un papel muy importante sobre todo en la detección inicial de la patología, con el diagnóstico clínico, y sería el que derivaría al paciente a un especialista para que confirmara el diagnóstico y aplicara un tratamiento. Nosotros aconsejamos, ante una sospecha clínica de neuropatía pudenda, derivar al paciente a Urología para corroborar el diagnóstico clínico, realizar la electromiografía Bilan urodinámica confirmatoria del diagnóstico y aplicar las medidas terapéuticas al paciente (primero conservadoras, y si éstas no son efectivas recurrir a la cirugía de descompresión del nervio pudendo).

CONCLUSIONES

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo o neuropatía pudenda es una patología infrecuente, con un diagnóstico (basado en la sospecha clínica y confirmado con la electromiografía y buena respuesta a la infiltración perineural) difícil y tardío, fundamentándose su tratamiento en el autocuidado, las infiltraciones con corticoides y anestésico local (lidocaína/bupivacaína), la rehabilitación pélvico-perineal y, en casos resistentes a esta terapia conservadora, la cirugía de descompresión del nervio pudendo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nehme-Schuster H, Youssef C, Roy C, Brettes JP, Martin T, Pasquali JL, et al. Alcock's canal syndrome revealing endometriosis. *Lancet*. 2005;366:1238.
2. Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:1663-8.
3. Valls SJ. Neuropatías adquiridas (III). Neuropatías secundarias a atrapamiento, compresión y otros agentes físicos. *Medicine*. 2003;100:5397-404.
4. Del Río C, Montero J. Exploración neurológica y neurofisiológica del suelo pelviano. *Rev Cir Gen*. 2004;76:284-91.
5. Lema C, Rodrigo A, Ricci P. Atrapamiento del nervio pudendo: un síndrome por conocer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71:207-15.
6. Sangwan YP, Coller JA, Barrett RC, Roberts PL, Murray JJ, Rusin L, et al. Unilateral pudendal neuropathy. Impact on outcome of anal sphincter repair. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:686-9.
7. Amarenco G, Ismael SS, Bayle B, Denys P, Kerdraon J. Electrophysiological analysis of pudendal neuropathy following traction. *Prog Urol*. 2000;10:114-23.
8. Ramsden CE, McDaniel MC, Harmon RL, Renney KM, Faure A. Pudendal nerve entrapment as source of intractable perineal pain. *Am J Phys Med Rehabil*. 2003;82:479-84.
9. 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;27:306-10.
10. McDonald JS, Spigos DG. Computed tomography-guided pudendal block for treatment of pelvic pain due to pudendal neuropathy. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:762-9.
11. Lefaucheur JP, Labat JJ, Amarenco G, Herbaut AG, Prat-Pradal D, Benaim J, et al. What is the place of electroneuromyographic studies in the diagnosis and management of pudendal neuralgia related to entrapment syndrome? *Neurophysiol Clin*. 2007;37:223-8.
12. Osterberg A, Graf W, Edebol E, Olofsson K, Hynninen P, Pähiman L. Results of neurophysiologic evaluation in fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1256-61.
13. Lefaucheur JP. Neurophysiological testing in anorectal disorders. *Muscle Nerve*. 2006;33:324-33.