



P-719 - NEUROPATHÍA PUDENDA DE ETIOLOGÍA EXCEPCIONAL: CISTOADENOMA APOCRINO

Hernández Roca, Belén; Seguí Orejuela, Jordi; Hernández I Santiago, Assumpta; Hernández Ferriz, Ana Belén; Martín Orta, Eva; Segura Jiménez, María Jesús; Fernández Rodríguez, Enrique; Ramírez Ángel, José Manuel

Hospital General de Elda, Elda.

Resumen

Introducción: La neuropatía pudenda se define como un dolor neuropático perineal y/o pelviano crónico, se agrava al sentarse y puede asociarse a disfunción sexual, anal y urinaria. Existen diversas causas: atrapamiento del nervio, traumatismo pélvico-perineal, radioterapia, oficios o prácticas que impliquen bipedestación prolongada, defectos anatómicos. Solo se han informado unos pocos casos de lesiones orgánicas asociadas a esta neuropatía.

Caso clínico: Varón de 58 años que consulta por dolor anal irradiado a periné anterior que aumenta con la defecación y la sedestación de 4 meses de evolución. Refiere un dolor continuo, incluso nocturno, no asociado a disfunción urinaria ni sexual. La exploración resulta difícil por alodinia esfinteriana. Ante la no mejoría a pesar del tratamiento, se decide completar el estudio con una resonancia magnética pélvica que informa de una lesión lobulada, bien definida de 28 × 22 mm en el compartimento perineal derecho. Se localiza entre el bulbo peneano y la rama inferior derecha del pubis, en el recorrido del nervio pudendo y ramas perineales. Se decide intervención quirúrgica mediante abordaje transperineal objetivando dicha lesión adherida a la rama isquiopubiana derecha e identificando las ramas perineales profundas del nervio. Es dado de alta sin complicaciones y los controles posteriores son normales, con resolución del cuadro clínico. La anatomía de la lesión informa de cistoadenoma apocrino.

Discusión: El nervio pudendo se forma en el plexo sacro por la fusión de ramas de S2, S3 y S4. Entra en la región glútea acompañado de la arteria y vena pudenda interna por debajo del músculo piramidal, y sale de la pelvis por el agujero ciático mayor para volver a entrar tras rodear la espina isquiática cubierta por el ligamento sacrotuberoso, y ya en la región perineal, a través del agujero ciático menor, acceder al canal pudendo o de Alcock. A lo largo del canal el nervio, se divide en sus 3 ramos terminales: nervio rectal inferior, nervio perineal y el nervio dorsal. La neuropatía pudenda es un dolor neuropático perineal y/o pelviano, que se agrava al sentarse y disminuye o desaparece al estar de pie y que puede asociarse a disfunción urinaria, anal e incluso sexual. Las causas del atrapamiento del nervio pudendo son diversas, entre las cuales destacan el parto vaginal, radioterapia pélvica, profesiones, oficios o prácticas deportivas que impliquen bipedestación prolongada, defectos anatómicos congénitos y traumatismos pélvico-perineales. Sin embargo, son pocos los casos reportados por lesiones orgánicas. Encontramos dos trabajos publicados sobre quistes ganglionares a este nivel manejados mediante infiltraciones esteroideas y aspiraciones.

Nuestro caso fue un cistoadenoma apocrino, proliferaciones adenomatosas benignas derivadas de glándulas apocrinas. Son pequeños nódulos cutáneos, que son generalmente solitarios, en la cara, el cuello y más raramente en el tronco. Hay casos en otras regiones, así como en múltiples sitios en el mismo paciente. La localización perineal, y aún más en el territorio del nervio pudendo es excepcional. Es una patología benigna y su tratamiento es la exéresis. La terapia adyuvante no es necesaria si el diagnóstico histológico descarta malignidad.