

347/4349 - CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR PERINEAL

M. García Estrada^a, G. García Estrada^b, C. Corugedo Ovies^c y R. Sánchez Rodríguez^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo-Trubia. Oviedo. ^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Área IV. Oviedo. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: NAMC. DM tipo II a tratamiento con metformina. Historia actual: paciente varón de 40 años, que acude a nuestra consulta de AP por presencia de dolor perineal irradiado a escroto de predominio izquierdo de 6 semanas de evolución. El dolor se desencadenaba en sedestación pero desaparecía en bipedestación con parestesia perineal asociada. El dolor era paroxístico y lo describe como lancinante e intenso, siendo refractario a tratamiento con AINEs, tramadol o gabapentina y posteriormente comienza con disfunción sexual. No clínica a otro nivel.

Exploración y pruebas complementarias: AC: RsCsRs AP: MVC. Abdomen: blando, no doloroso a palpación. No palpo masas ni megalías. No lesiones dérmicas. No presencia de fistula perineal. Exploración de cadera: normal. Ligera hipoestesia perineal. Tacto rectal: normal. Hemograma, bioquímica y coagulación: sin alteraciones. Rx pelvis, cadera: normal. Electromiograma: latencia motora terminal del nervio pudendo aumentada sugestiva de afectación de nervio pudendo.

Orientación diagnóstica: Neuropatía pudenda.

Diagnóstico diferencial: Neuropatía pudenda. Prostatitis crónica. Ciática. Sacroccigodinia. Síndrome piriforme.

Comentario final: La neuropatía pudenda es una enfermedad poco frecuente que se desencadena por atrapamiento del nervio pudendo a través de su recorrido anatómico. Puede estar presente en paciente con antecedentes de parto vaginal, episiotomía, radioterapia pélvica, alteraciones anatómicas congénitas o incluso en aquellos con profesiones o prácticas deportivas que impliquen una sedestación prolongada. El diagnóstico de dicha patología se basa en la clínica del paciente y se confirma mediante realización de electromiografía de nervio pudendo. Su tratamiento abarca desde el tratamiento sintomático hasta la necesidad de infiltración perineural o incluso de cirugía de descompresión nerviosa. La rehabilitación pélvica perineal que se basa en la kinesioterapia antiálgica y la reeducación perineal juega un papel decisivo como elemento coadyuvante de tratamiento. Desde Atención Primaria Es muy importante la sospecha clínica de dicha patología pues su diagnóstico predominantemente clínico y aún en muchas ocasiones tardío, constituyendo una limitación en la calidad de vida de dichos pacientes.

Bibliografía

1. Ploteau S, Labat JJ, Riant T, et al. New concepts on functional chronic pelvic and perineal pain: pathophysiology and multidisciplinary management. Discov Med. 2015;19(104):185-92.

Palabras clave: Neuralgia pudenda. Dolor perineal. Sacrococigodinia.