
Casos clínicos

A. Torrent
E. González-Bosquet
J.M. Lailla

559

Departamento de Obstetricia y Ginecología.
Hospital Universitario de Sant Joan de Déu.
Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Neuropatía del obturador tras parto vaginal

*Obturator neuropathy
after vaginal delivery*

Correspondencia:

Dra. A. Torrent Colomer.
P.º San Joan de Déu, 2.
08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona.
Correo electrónico: jose.luis.luis@es.andersen.com

Fecha de recepción: 28/1/02
Aceptado para su publicación: 4/11/02

A. Torrent, E. González-Bosquet, J.M. Lailla. Neuropatía del obturador tras parto vaginal.

RESUMEN

Se presenta un caso de neuropatía del nervio obturador tras un parto vaginal en una paciente de 35 años, una complicación poco frecuente y no siempre fácil de diagnosticar. Se describe la clínica que presentó la paciente, cómo se llegó al diagnóstico, el tratamiento que siguió y su evolución.

ABSTRACT

We present the case of obturator nerve neuropathy after vaginal delivery in a 35-year-old patient. This complication is infrequent and is not always easy to diagnose. We describe the patient's clinical features, how the diagnosis was reached, her treatment and outcome.

PALABRAS CLAVE

Nervio obturador. Parto vaginal. Puérpera.
Neuropatía. Parestesias

KEY WORDS

Obturator nerve. Vaginal delivery. Puerpera.
Neuropathy. Paresthesia.

560 INTRODUCCIÓN

La neuropatía del nervio obturador puede producirse por múltiples causas, entre las que se encuentran tumores, hematomas, dislocaciones de cadera, fracturas de pelvis o durante intervenciones genitourinarias, en especial las de oncología ginecológica^{1,2}. También se ha observado esta complicación tras mantener una posición de litotomía en un intervalo largo de tiempo (especialmente más de 2 h)³ y tras partos instrumentados. Se presenta un caso de neuropatía del nervio obturador como complicación de un parto vaginal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años, primípara nuligesta que acude a nuestro centro a las 33 semanas y 5 días de gestación para control del embarazo y asistencia al parto. Hasta entonces controlada por el tocólogo de su ambulatorio. No presenta ningún antecedente familiar ni personal de interés, no refiere alergias medicamentosas, ni hábitos tóxicos. Se le realizan 4 controles en nuestro centro en los que se practican análisis de sangre, cultivo vaginal y ecografías, siendo los resultados de dichas pruebas normales. A las 40 semanas y 5 días acude a urgencias tras 3 h de amniorrexis espontánea. En el tacto vaginal se aprecia un cuello posterior, con 2 cm de canal, permeable un dedo, presentación cefálica insinuada y fluyen aguas claras. Se decide ingreso y administración de prostaglandinas endocervicales para maduración cervical. Tras 12 h de amniorrexis se inicia inducción del parto mediante oxitocina y se pauta 1 g de ampicilina endovenosa cada 6 h. Se realiza bloqueo peridural para analgesia sin incidencias. Tras 5 h del inicio de la inducción la paciente llega a dilatación completa y tras esperar una hora en período expulsivo y con la presentación en OIIT y III-IV plano de Hodge, se indica fórceps de Kjelland por distocia de rotación y descenso. Nace un niño de 3.520 g y Apgar 9-10, y se sutura la episiotomía sin incidencias. El tiempo transcurrido en posición de litotomía fue de 80 min, y a las 24 h posparto la paciente refiere parestesias y dolor en la zona medial del muslo izquierdo. Se solicita consulta al neurólogo para realizar una exploración neurológica completa, en la que se objetiva un reflejo rotuliano lige-

ramente disminuido, así como normalidad en la sensibilidad propioceptiva y estereoceptiva. Los pares craneales y la marcha también son normales, y el resto de la exploración es anodina. Se practica un electromiograma, presentando un estudio sensitivo y motor normal; asimismo se realiza una resonancia magnética nuclear (RMN) y se halla una imagen en la fosa isquiopubiana izquierda de 4,5 × 3,5 cm, adyacente a pared lateral izquierda de la vagina muy sugestiva de hematoma (figs. 1 y 2). A los 14 días del ingreso, la mujer presenta mejoría parcial de su sintomatología y es dada de alta con analgésicos y reposo domiciliario citándose para control posterior. A los 20 días del alta la paciente acude a la visita refiriendo mejoría clínica. Al mes posparto se vuelve a citar con nueva RMN, y en ésta se objetiva la desaparición del hematoma isquiorrectal (fig. 3) y la paciente refiere desaparición completa de las parestesias y el dolor, con una exploración neurológica normal.

DISCUSIÓN

El nervio obturador tiene su origen en las fibras que salen de L2-L4⁴. Desciende a lo largo de la pared lumbar, por debajo del músculo psoas mayor. En la mujer está separado del ovario por sólo una capa de peritoneo. Este nervio es una estructura muy próxima al hueso hasta introducirse por el "foramen del obturador" en el que acompaña los vasos obturadores⁵. Una vez en el muslo se divide para inervar los músculos aductores⁶, la cadera, la rodilla y una porción variable de la zona medial del muslo. Por su situación anatómica el nervio puede sufrir compresión de la parte intrapélvica debido a la presentación fetal durante el parto o por aplicación de un fórceps^{4,7}.

El diagnóstico de la neuropatía del nervio obturador en un posparto no siempre es fácil ya que es una complicación poco frecuente^{4,5}. En un estudio sobre neuropatías asociadas con la posición de litotomía su frecuencia se hallaba en un 0,005%³. No encontramos en la bibliografía frecuencias de neuropatía relacionada con la aplicación de un fórceps, causa más probable de este caso. La principal característica clínica en esta paciente fueron las parestesias en la zona medial del muslo hasta la rodilla, es decir, la zona donde están situados los aductores,



Figura 1. Resonancia magnética nuclear: podemos observar una masa en el suelo de la pelvis, en el lado izquierdo, prolongándose hacia la fosa isquiorrectal, en íntima relación con la pared lateral de la vagina. Corte coronal T1.



Figura 3. Resonancia magnética nuclear: normalidad de la imagen 30 días después. Corte coronal.Imagen en inversión-recuperación (FSEIR).

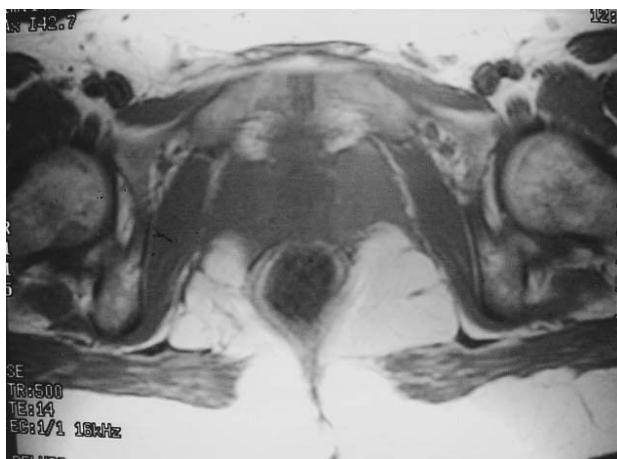


Figura 2. Resonancia magnética nuclear: podemos observar una masa en el suelo de la pelvis, en el lado izquierdo, prolongándose hacia la fosa ipsiorrectal, en íntima relación con la pared lateral de la vagina. Corte axial T1.

músculos mayoritariamente inervados por el obturador. En este caso, el principal diagnóstico diferencial se debe realizar con la neuropatía del nervio femoral⁸, cuya frecuencia, de 1,5 por 1.000 partos vaginales, es algo superior a la del nervio obturador^{7,9}. En ella también aparecen parestesias, pero se sitúan

en el cuádriceps, la parte anterior del muslo y en ocasiones se caracteriza por presentar debilidad en el momento de levantarse y al elevar el muslo para andar. En determinados casos la compresión del nervio obturador puede dar debilidad al efectuar el movimiento de aducción pero no siempre, como en este caso. Ello es debido a que algunos músculos aductores son inervados por ramas del nervio femoral o del nervio ciático y a que la aducción de la pierna también es ejecutada por los músculos rotatores de la cadera⁴. Las parestesias suelen ir acompañadas de dolor en la misma zona¹, como en esta paciente.

El electromiograma puede estar alterado pero no es necesario para el diagnóstico¹, ya que un nervio puede sufrir una compresión sin que haya daño axonal, dando lugar a parestesias y dolor con un electromiograma negativo, como sucede en nuestro caso. El daño neurológico por compresión nerviosa en obstetricia suele ser debido a una neuropraxia², es decir, una degeneración temporal del nervio sin afectar al axón ni a la matriz. En general tiene buen pronóstico con recuperación espontánea total en unas 6 semanas. Recordemos que en esta paciente le desapareció por completo la clínica en 4 semanas. La axonotmesis (destrucción del axón con preserva-

562

ción de la matriz) y la neurotmesis (completa división del nervio) son raras y aparecen más en un contexto de cirugía intraabdominal^{4,10}.

En nuestro caso se puede apreciar una correlación entre la aparición de la clínica y la presencia en la RMN de un hematoma en la fosa isquiopubiana que probablemente esté relacionada con la aplicación y rotación del fórceps, y aún apoya más el diagnóstico el hecho de desaparición de la clínica tras la normalidad de la RMN. La tomografía axial computerizada (TAC) también nos podía haber conducido al diagnóstico pero con una precisión menor¹¹.

La infiltración de anestésicos locales y esteroides en el foramen del obturador ha dado buenos resultados en aquellos casos donde el dolor es de elevada intensidad. En este caso no tuvimos que recurrir a ello ya que respondió bien a los analgésicos y antiinflamatorios orales. Las complicaciones de la infiltración son raras pero existen, e incluyen la infección, la inyección intravenosa y la formación de hematoma¹. Nosotros adoptamos una conducta expectante y esperamos la resolución espontánea del citado hematoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bischoff C, Schönle PW. Obturator nerve injuries during intra-abdominal surgery. *Clin Neurol Neurosurg* 1991;93:73-5.
2. Dingeman RD, Mutz SB. Hemorrhagic neuropathy of the sciatic, femoral and obturator nerves: case report and review of the literature. *Clin Orthop* 1977;127:133-6.
3. Warner MA, Warner DO, Harper CM, Schroeder DR, Maxson PM. Lower extremity neuropathies associated with lithotomy positions. *Anesthesiology* 2000;93:938-42.
4. Vasilev SA. Obturator nerve injury: a review of management options. *Gynecologic Oncology*. 1994;53:152-5.
5. Warfield CA. Obturator neuropathy after forceps delivery. *Obstet Gynecol* 1984;64:S47-8.
6. Harvey G, Bell S. Obturator neuropathy. An anatomic perspective. *Clin Orthop Rel Res* 1999;363:203-11.
7. Lindner A, Schulte-Mattler W, Zierz S. Postpartum obturator nerve syndrome: case report and review of the nerve compression syndrome during pregnancy and delivery. *Zentralbl Gynakol* 1997;119:93-9.
8. Dar AQ, Robinson A, Lyons G. Postpartum femoral neuropathy: more common than you think. *Anaesthesia* 1999; 54:492-514.
9. Vargo MM, Robinson LR, Nicholas JJ, Rulin MC. Postpartum femoral neuropathy: relic of an earlier era? *Arch Phys Med Rehabil* 1990;71:591-6.
10. Crew DA. Obturator neuropathy after multiple genitourinary procedures. *Urology* 1987;29:504-5.
11. Lazaro RP. Femoral and obturator neuropathy secondary to retroperitoneal hemorrhage: the evalute of the CT scan. *Comp Tomogr* 1981;5:221-4.