

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Neuralgia del nervio pudendo posparto



Robin Julve^{a,*}, Rebeca Fernández^b, Jorge Ruiz^b y Jordi Montero^c

^a Ginecología, Obstetricia y Reproducción, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

^b Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, España

^c Unidad del Dolor Neuropático, Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 9 de mayo de 2014; aceptado el 14 de agosto de 2014

Disponible en Internet el 22 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Parto;
Neuralgia;
Nervio pudendo;
Atrapamiento

Resumen Describimos 2 casos clínicos de dolor neuropático en la región perineal tras un parto vaginal. Después del examen físico y las pruebas de imagen, ambos casos se diagnosticaron de síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. El primer caso se resolvió tras el desbridamiento de un hematoma en el canal de Alcock. El segundo caso se resolvió mediante fisioterapia. Es importante conocer el síndrome para ofrecer un tratamiento lo menos invasivo posible.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Delivery;
Neuralgia;
Pudendal nerve;
Entrapment

Pudendal nerve entrapment syndrome after delivery

Abstract We describe two patients with post-vaginal birth neuropathic-type pain in the perineal region. Pudendal nerve entrapment syndrome was diagnosed on the basis of a physical examination and imaging tests. The first case was resolved by debridement of a hematoma in Alcock's canal. The second case was resolved by physical therapy. Familiarity with this syndrome is important to be able to offer the least invasive treatment possible.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se describe como neuralgia del nervio pudendo a aquel dolor de características neuropáticas producido por la afectación del nervio pudendo a lo largo de su trayecto desde su origen hasta sus ramificaciones terminales¹. Una de las causas es el pinzamiento o la compresión de dicho nervio, que se conoce

como síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1987 por Amarencu, quien, tras diagnosticar una parálisis del territorio del nervio pudendo en un ciclista, lo denominó síndrome de la parálisis perineal del ciclista².

Caso clínico 1

El caso trata de una paciente de sexo femenino, de 29 años de edad. Como antecedentes personales destaca un legrado obstétrico por un aborto de primer trimestre. La paciente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: robinjulve@hotmail.com (R. Julve).

se encuentra gestante de 40 semanas, con diagnóstico de intolerancia a hidratos de carbono, por lo que realiza dieta y mantiene buenos controles glucémicos.

La paciente acude al servicio de urgencias de obstetricia refiriendo amniorexis espontánea, que se confirma tras exploración médica. Durante el trabajo de parto se administran antibióticos por vía intravenosa por fiebre materna. Finalmente, se asiste al parto mediante ventosa obstétrica de silicona para abreviar expulsivo, previa realización de episiotomía mediolateral derecha. Nace un feto de sexo femenino de 3.000 g de peso, con un test de Apgar 9 al minuto de vida y 10 a los 5 min. Tras el alumbramiento espontáneo, se revisa el canal del parto, constatando un desgarro vaginal derecho que alcanza el fondo de saco de Douglas. Se sutura dicho desgarro mediante una sutura continua con vicryl 0 y se realiza la episiorrafia. Se deja un taponamiento vaginal con gasa y sonda vesical permanente.

Durante el posparto se realiza un control analítico que pone de manifiesto una anemia severa (hemoglobina 6,5 g/dl y hematocrito 19,5%) que precisa de transfusión de 4 concentrados de hematíes, junto con ferrotterapia por vía intravenosa y oral. Asimismo la paciente refiere un dolor inmediato posparto en la región isquiopubiana, que le impide la deambulación. El dolor es de características neuropáticas, refiriendo quemazón e hiperestésias. Tras la valoración ginecológica y traumatológica se decide realizar una resonancia magnética pélvica (fig. 1). Esta muestra una colección compatible con un hematoma en el canal de Alcock, que produce compresión del nervio pudendo.

Se realiza tratamiento con reposo y analgesia, y tras buena evolución y realización de un tacto vaginal normal, la paciente es dada de alta hospitalaria una semana después del parto.

Tras 4 días, la paciente acude de nuevo al servicio de urgencias refiriendo empeoramiento progresivo de la clínica y presentando dolor en región isquiopubiana que no cede con analgesia. Paciente afebril, analítica con hemoglobina 10,5 g/dl y hematocrito 25%; resto, normal. En la exploración física, se observa una dehiscencia de la cicatriz vaginal en tercio externo. La episiorrafia no resulta dolorosa al tacto. A la palpación de la cara lateral derecha de la vagina, se evidencia una colección a tensión, muy dolorosa al tacto. Se decide ingresar a la paciente para analgesia por vía intravenosa y realización de tomografía computarizada. Esta nos describe un útero posgrávido, junto con cambios posqui-

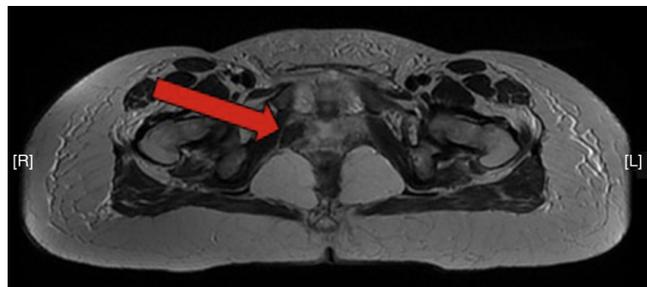


Figura 1 Resonancia magnética que muestra hematoma en canal de Alcock, entre el músculo obturador interno y el elevador del ano, de 22 × 34 × 19 mm, que produce la neuropatía secundaria del nervio pudendo.

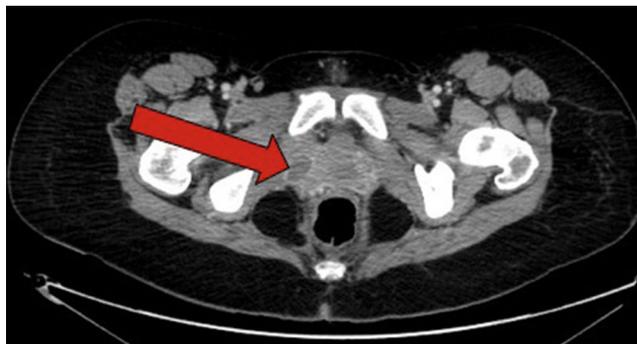


Figura 2 Tomografía computarizada que muestra una colección en la pared vaginal lateral derecha de 24 × 15 mm, compatible con hematoma.

rúrgicos en el periné. Persiste la visualización de una colección en la pared lateral derecha de la vagina compatible con hematoma, que parece haber disminuido de tamaño, comparándolo con la resonancia previa (fig. 2).

Ante el hallazgo, se decide intervenir a la paciente. Se realiza un drenaje por vía vaginal del hematoma, que aparece abscesificado, a través de la reapertura de la episiorrafia. Se realizan lavados profusos con H₂O₂, solución yodada y suero. Se realiza cierre mediante puntos simples y se administra antibioterapia profiláctica. Tras una buena evolución, manteniéndose la paciente asintomática y terminada la pauta antibiótica, se decide de nuevo el alta hospitalaria a los 4 días de la intervención.

La paciente acude a posteriores controles sin dolor neuropático ni dificultad en la deambulación y presentando buena cicatrización. Tan solo refiere una leve dispareunia en la zona de episiorrafia, que cede tras la realización de fisioterapia con desbloqueo del diafragma urogenital, flexibilización mediante masaje perivaginal y realización de ejercicios de biofeedback negativo. Actualmente, se encuentra asintomática.

Caso clínico 2

Acude a urgencias una paciente de sexo femenino de 34 años de edad, gestante de 40 semanas (gestación obtenida mediante fecundación in vitro-microinyección intracitoplasmática de espermatozoides por factor masculino), que acude a urgencias refiriendo dinámica uterina regular. Presenta como antecedentes un aborto de primer trimestre y una cesárea de recurso por sospecha de pérdida de bienestar fetal. Se procede a realizar anestesia peridural y, tras la correcta evolución del parto, se asiste a un parto vaginal mediante aplicación de ventosa obstétrica de silicona para abreviar el expulsivo. Nace un feto de sexo femenino de 3.310 g de peso, con un test de Apgar 9 al minuto de vida y 10 a los 5 min. Tras el alumbramiento, se realiza la revisión del canal del parto, constatando un desgarro perineal grado I, que se sutura mediante vicryl 1/0, y se hacen puntos simples en piel con vicryl 3/0. A las 72 h posparto, y tras la realización de un tacto vaginal normal, la paciente es dada de alta.

En la visita a los 40 días del parto, la paciente explica un episodio de dolor en el coxis que se inicia en el posparto inmediato y que se resolvió al cabo de un mes con analgesia

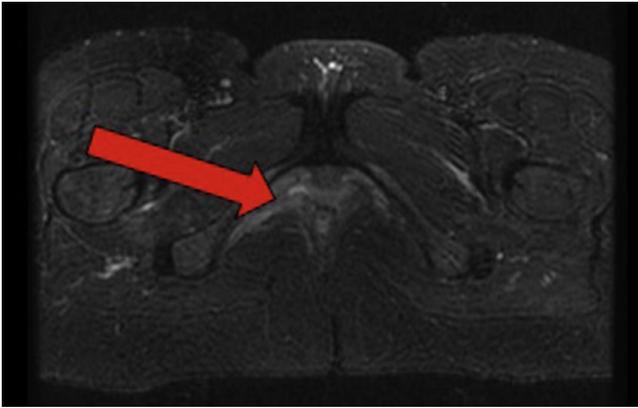


Figura 3 Resonancia magnética que muestra cambios fibroci-triciales en la fosa isquiorrectal derecha en relación con desgarro perineal previo. Se objetiva una hiperseñal en secuencias STIR en la localización teórica del canal de Alcock compatible con la orientación diagnóstica de atrapamiento del nervio pudendo derecho.

habitual. Inicia posteriormente dolor perineal espontáneo, que refiere como quemazón, ardor e inflamación, y que provoca dispareunia. Este dolor empeora con los cambios posturales y se irradia a la zona perianal. Asimismo, mejora con la toma de antiinflamatorios por vía oral. La paciente realiza fisioterapia con masajes perineales, refiriendo mejoría sintomática. En la exploración física, se constata un dolor selectivo a la presión en la hemivulva derecha, sobre todo hacia la horquilla vulvar. Se encuentra una zona de palpación dolorosa en el hueso y en fascia isquiopubiana. Se realiza una ecografía ginecológica que no muestra hallazgos patológicos. Ante la sospecha de un atrapamiento del nervio pudendo, se solicita una resonancia magnética y se pauta fluoxetina 20 mg diarios.

A las 2 semanas, la paciente acude a control en consulta. Aporta la resonancia magnética, la cual muestra una imagen compatible con atrapamiento de nervio pudendo derecho en el canal de Alcock (fig. 3). Comenta que no ha realizado la toma de fluoxetina, dado que ha mejorado la sintomatología y se encuentra más animada. Solo persiste dolor esporádico en la hemivulva derecha. En la exploración física, persiste el dolor leve a la presión en la hemivulva derecha y en el canal de Alcock. En la misma consulta se realiza la exéresis de un granuloma en la cara lateral derecha de la vagina, cerca de introito. Dada la buena evolución de la paciente, se decide seguir tratamiento fisioterápico con masajes perineales.

Discusión

Presentamos aquí 2 casos de neuropatía aguda o subaguda del nervio pudendo en los que se ha producido una clara etiología compresiva. En ellos es claro su carácter unilateral, el trastorno deficitario por la lesión nerviosa y el predominio de dolor y alteraciones sensoriales que corresponden al territorio dependiente del tronco nervioso. La mejoría de los síntomas tras la descompresión es evidente.

El nervio pudendo tiene su origen en las raíces de los segmentos medulares sacros S2, S3 y S4. Está compuesto por fibras motoras, sensitivas y autonómicas³. Desde su origen

progresar hasta la región presacra. Pasa por debajo del músculo piriforme por el canal infrapiriforme, cruzando el extremo final del ligamento sacroespinoso, y entra en contacto con el ligamento sacrotuberoso. De aquí pasa bajo el músculo elevador del ano en una vaina de la aponeurosis del músculo obturador interno, correspondiendo este segmento al canal pudendo o canal de Alcock. Finalmente, el nervio se divide en sus ramas terminales (nervio rectal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del clítoris o del pene). Las ramas sensitivas de estos nervios terminales se encargan de la sensibilidad del canal anal, la zona vulvar y perineal, los labios mayores y menores, la uretra y el tercio inferior de la vagina. Además, poseen ramas motoras para el músculo elevador del ano, el esfínter anal externo y el esfínter estriado de la uretra, entre otras. Inerva también al músculo bulbocavernoso y el isquiocavernoso, y los músculos perineales transversos profundo y superficial.

Tras la investigación anatómica en cadáveres, se ha deducido que los puntos críticos para la compresión del nervio pudendo son la pinza entre los ligamentos sacrotuberoso y sacroespinoso, en el canal de Alcock, y en el proceso falci-forme (inserción en isquion del ligamento sacrotuberoso)⁴.

La neuropatía del pudendo puede ser causada por diversas etiologías y mecanismos de lesión. Estas incluyen el traumatismo directo (ciclismo, hípica, cirugía pélvica), el estiramiento del nervio durante el parto o su lesión durante la episiotomía, u otras patologías orgánicas. Menos evidentes pueden ser causas como la inestabilidad de la articulación sacroiliaca, el estreñimiento crónico, el descenso perineal (como el prolapso rectal), etc.^{5,6}. Los cuadros compresivos de nervio pudendo suelen ser unilaterales.

Para el correcto diagnóstico del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo, es necesaria una buena anamnesis y una meticolosa exploración física. Será necesario interrogar bien al paciente para que describa las características del dolor y la clínica asociada que puede hallarse en estos pacientes. En la exploración física, existen diversos tests que podemos realizar que nos harán sospechar el síndrome. De manera similar a lo que se observa en el síndrome del túnel carpiano, encontraremos dolor al presionar sobre el tronco del nervio pudendo en la localización anatómica afectada (lo que se conoce como signo de Tinel)⁷. Existe otro test, denominado test de la pinza rodada (o skin rolling test), que a menudo es positivo en estos pacientes. Consiste en desplazar la piel y el tejido celular subcutáneo sobre el trayecto de las ramas del nervio pudendo, desde el ano hacia el pubis. Esta maniobra reproducirá el dolor en la zona inervada⁸. Otra prueba que apoya al diagnóstico es el alivio del dolor tras infiltración de lidocaína u otro anestésico local en la región afectada. Por último, las pruebas de imagen nos pueden ayudar para valorar patología orgánica que puede producir el atrapamiento del nervio, como es el caso del hematoma que produce compresión del nervio pudendo en el primer caso presentado. El diagnóstico se realizará al cumplirse uno de los siguientes: un criterio mayor junto con 2 criterios menores, o al cumplirse al menos 2 criterios mayores⁵.

Los criterios mayores incluyen:

1. Área dolorosa el trayecto del nervio pudendo o sus ramas.
2. Reproducción del dolor al comprimir el tronco del nervio pudendo (signo de Tinel).

3. Alivio o mejoría de al menos 12 h de duración tras infiltración de lidocaína en el área afectada.
4. Ausencia de reflejo anal y/o del reflejo bulbocavernoso en la electromiografía.
5. Debilidad, atrofia o denervación del esfínter anal externo.
6. Impotencia erectandí en el varón.
7. Hipoestesia o síntomas sensitivos positivos en el periné y la región perianal.

Los criterios menores incluyen:

1. Dolor de características neuropáticas en regiones propias del nervio pudendo.
2. Existencia de una posición dolorosa y/o antiálgica (aumenta al sentarse y disminuye en decúbito).
3. Existencia de un factor etiológico o desencadenante (traumatismo, parto, cirugía, etc.).
4. Ausencia de otra causa que explique el dolor (endometriosis, miomas, etc.).

Los casos presentados presentan áreas dolorosas en el trayecto del nervio pudendo, junto con dolor de características neuropáticas, posiciones dolorosas y antiálgicas, y en los 2 existe un factor etiológico o desencadenante que es el parto.

Ante un paciente con diagnóstico de atrapamiento agudo o subagudo del nervio pudendo, es importante descartar siempre patología orgánica. Los tumores de órganos adyacentes, las metástasis, la endometriosis, el estreñimiento de larga evolución, las varices pélvicas o, como en nuestro caso, los hematomas vaginales o perineales pueden desencadenar dicho síndrome.

El tratamiento del atrapamiento del pudendo abarca unas medidas médicas y unas quirúrgicas. El tratamiento debe ser progresivo, intentando realizar primero las medidas menos agresivas, pero teniendo en cuenta la etiología del síndrome⁹. Como tratamiento sintomático del dolor neuropático se han usado diversos fármacos, siendo los antidepresivos los más utilizados con buenos resultados (entre ellos la amitriptilina)¹⁰. Otro grupo de fármacos usados en estos tipos de dolor son los anticimociales (gabapentina o pregabalina), los ansiolíticos (clorazepam) o la lidocaína en gel o parches¹¹. El siguiente eslabón terapéutico lo componen las infiltraciones perineurales con corticoides o anestésicos locales. Estas pueden producir desde alivio de la sintomatología de duración variable hasta la curación completa en algunos pacientes. Estas se administran cada 4-6 semanas, normalmente hasta un máximo de 6 infiltraciones⁴. Si no hay respuesta, se opta por otro modo de tratamiento, en este caso, pasando a la descompresión quirúrgica. Existen diferentes vías de abordaje para la descompresión del nervio pudendo: la técnica transperineal (descrita por Shafik¹²), la técnica transglútea (descrita por Robert¹³), la técnica transisquiorrectal o vaginal en mujeres (descrita por Bautrant et al.⁵) y la técnica laparoscópica¹⁴. De todas ellas, la vía transisquiorrectal o vaginal parece la más eficaz, ya que es la única que permite acceder a los 3 segmentos del nervio pudendo¹⁵.

Conclusiones

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo es una entidad poco conocida, pero con un gran impacto en la

calidad de vida de aquellos pacientes que la presentan. Es importante conocer bien la anatomía para comprender la etiopatogenia de la entidad. La anamnesis y la exploración física son las herramientas más importantes de cara al diagnóstico, siendo importante descartar siempre patología orgánica. Pese a no existir un tratamiento estándar, parece claro que primero se debe optar por las medidas menos agresivas, reservando la cirugía de descompresión para aquellos casos refractarios o complicados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Agradecimientos

A la Dra. Maite Cusidó, del Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción del Hospital Universitari Quirón Dexeus.

Bibliografía

1. Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ, Bensignor M, Raoul S, Rebai R, et al. Anatomic basis of chronic perineal pain: Role of the pudendal nerve. *Surg Radiol Anat.* 1998;20:93–8.
2. Amarenco G, Lanoe Y, Perrigot M, Goudal H. A new canal syndrome: Compression of the pudendal nerve in Alcock's canal or perineal paralysis of cyclists. *Presse Med.* 1987;16:399.
3. Popeney C, Ansell V, Renney K. Pudendal entrapment as an etiology of chronic perineal pain: Diagnosis and treatment. *Neurourol Urodyn.* 2007;26:820–7.
4. Labat JJ, Robert R, Bensignor M, Buzelin JM. Neuralgia of the pudendal nerve. Anatomic-clinical considerations and therapeutic approach. *J Urol (Paris).* 1990;96:239–44.
5. Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonnat J, Aleman I, Buntinx J, et al. La prise en charge moderne des névralgies pudendales. A partir d'une série de 212 patients et 104 interventions de décompression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2003;32:705–12.
6. Kiff ES, Barnes PR, Swash M. Evidence of pudendal neuropathy in patients with perineal descent and chronic straining at stool. *Gut.* 1984;25:1279–82.
7. Amarenco G, Lanoe Y, Ghnassia RT, Goudal H, Perrigot M. Alcock's canal syndrome and perineal neuralgia. *Rev Neurol (Paris).* 1988;144(8-9):523–6.
8. Beco J, Klimov D, Bex M. Pudendal nerve decompression in perineology: A case series. *BMC Surg.* 2004;4:15.
9. Itza F, Zarza D, Salinas J, Gómez F, Bathal H. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. *Rev Neurol.* 2010;50:157–66.
10. Bryson HM, Wilde MI. Amitrptiline, a review of its pharmacological properties and therapeutic use in chronic pain states. *Drugs Aging.* 1996;8:459–76.
11. Wallace JM. Update on pharmacotherapy guidelines for treatment of neuropathic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2007;11:208–14.

12. Shafik A. Pudendal canal decompression in the treatment of erectile dysfunction. *Arch Androl.* 1994;32:141–9.
13. Robert R, Brunet C, Faure A, Lehur PA, Labat JJ, Bensignor M, et al. Surgery of pudendal nerve in various types of perineal pain: Course and results. *Chirurgie.* 1993;119:535–9.
14. Shafik A. Endoscopic pudendal canal decompression for the treatment of fecal incontinence due to pudendal canal syndrome. *J Laparoendoscopic Adv Surg Tech A.* 1997;7:227–34.
15. Lema R, Ricci PA. Atrapamiento del nervio pudendo: un síndrome por conocer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:207–15.