

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2013;28:54-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 67 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a la unidad de dolor derivado por el servicio de urología por presentar dispareunia y dolor perineal bilateral, más acusado en el lado izquierdo. Esta clínica le apareció después de la realización de una intervención quirúrgica de cistocele hacía 2 años.

En la anamnesis, el paciente refería que el dolor se presentaba en forma de descargas eléctricas de gran intensidad, molestándole en ocasiones incluso el roce de la ropa. Refería una escala visual analógica (EVA) continua de 7, con exacerbaciones de 8-9. El dolor se incrementaba de forma progresiva a lo largo del día, le aumentaba mucho al sentarse, le obligaba a levantarse cuando estaba sentado y le mejoraba al acostarse.

Cuando acudió a la unidad de dolor había recibido tratamiento con fármacos antiepilépticos,

antidepresivos y opioides con poca mejoría del cuadro clínico. También se le había realizado una segunda intervención quirúrgica con retirada de la malla, obteniendo una leve mejoría de la sintomatología.

Ante la sospecha diagnóstica de una neuralgia del pudendo, se le propuso un bloqueo de pudendos bilateral bajo control radioscópico (Figs. 1 A y B). Se administró ropivacaína al 2% y triamcinolona 40 mg bilateral. Con esta técnica obtuvo una mejoría importante de los síntomas, de 2 semanas de duración.

Ante el resultado positivo del bloqueo y buscando un efecto más duradero, se propuso realizar una radiofrecuencia pulsada sobre el nervio pudendo izquierdo por abordaje posterior y bajo control radioscópico. Con esta técnica se obtuvo una gran mejoría, y en los controles posteriores realizados a los 6 meses el paciente continuaba estable.

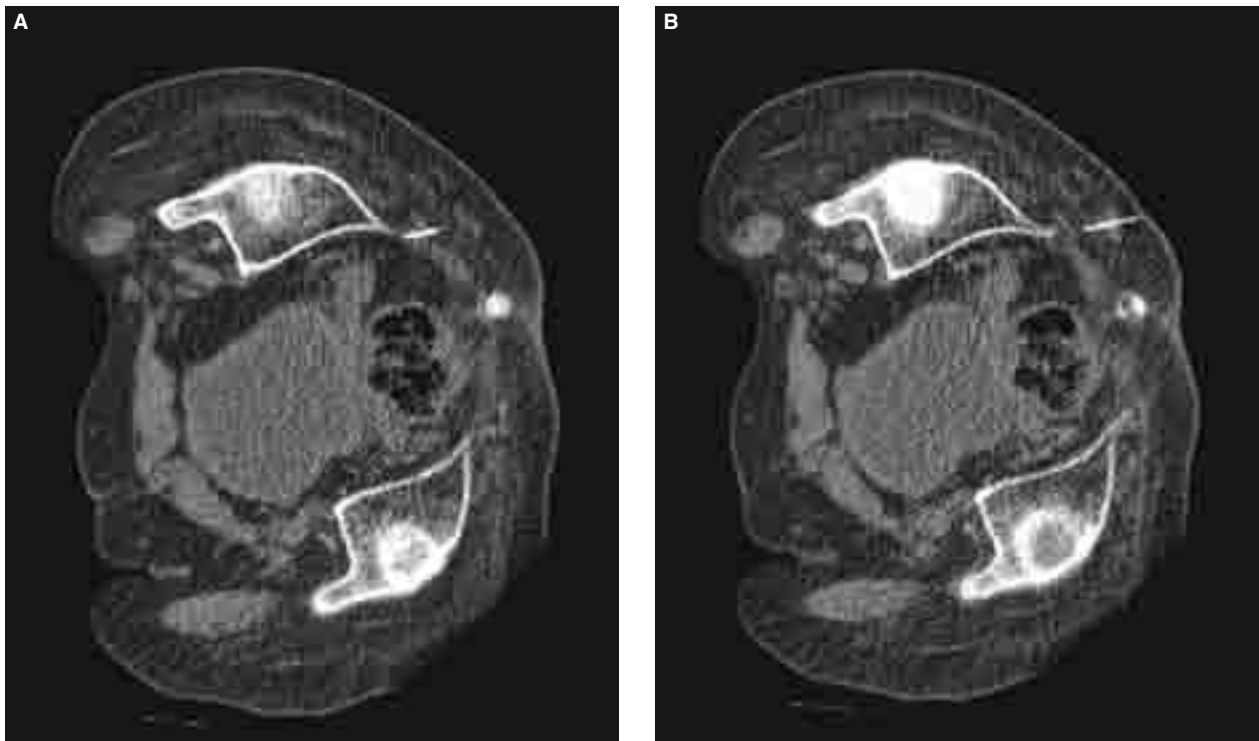


Figuras 1. A: Bloqueo del nervio pudendo bajo control radioscópico. **B:** Proyección anteroposterior, visión túnel de la aguja sobre la espina ciática y secuencia de la progresión de la aguja.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figuras 2. Bloqueo del nervio pudendo bajo control de TC. **A:** Se realizó la punción en decúbito lateral, dada la imposibilidad de mantener el prono. **B:** Secuencia de aproximación de la aguja hasta la espina ciática.

CASO 2

Paciente de 43 años, varón, que fue remitido a la unidad de dolor desde la unidad de lesionados medulares. Hacía 15 años, tras un accidente de tráfico, presentó una lesión medular incompleta con paraparesia grave con un nivel neurológico D12. Había sido intervenido hacía 11 años de unairingomielia postraumática por el servicio de neurocirugía del hospital.

En el año 2009, después de una intervención de uretroplastia, inició un cuadro de dolor de características neuropáticas, de gran intensidad, localizado en el área S3, S4 y S5, presentando una EVA de 7-8.

Dado que el servicio de urología no consideraba que el cuadro se pudiese relacionar con la uretroplastia, se realizaron pruebas de imagen para valorar si existía una modificación de la siringomielia. Estas pruebas descartaron que el cuadro fuese secundario a una reaparición o incremento de la siringomielia.

Cuando realizamos la anamnesis, nos refirió que presentaba dolor que se iniciaba en periné y

le irradiaba hacia la extremidad inferior izquierda, y en ocasiones también la derecha. El dolor era continuo, pero presentaba picos de dolor muy intenso. Dado que el paciente estaba durante todo el día sentado en silla de ruedas, el dolor le limitaba mucho su calidad de vida y le obligaba a permanecer durante muchas horas en la cama para poder mejorar sus molestias. Refería también estreñimiento muy importante y problemas de erección.

Había seguido distintos tratamientos farmacológicos con opioides, antidepresivos y antiepilépticos, obteniendo poca mejoría y presentando efectos secundarios, sobre todo de aumento de estreñimiento.

Con la sospecha diagnóstica de neuralgia de pudendo, se le propuso un bloqueo del nervio pudendo bajo control radioscópico, administrando ropivacaína al 2% y triamcinolona 40 mg. En la revisión realizada al mes el paciente había mejorado de su sintomatología, por lo que se propuso realizar una radiofrecuencia pulsada.

Esta técnica se realizó mediante control de tomografía computarizada (TC), ya que el primer bloqueo con radioscopia fue muy laborioso, debido a las características físicas del paciente (Figs. 2 A y B).

En el control realizado a los 2 meses persistía la mejoría clínica.

DISCUSIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio pudiendo fue descrito en el año 1987. La manifestación clínica suele ser dolor en la zona anal y perineal, que puede asociarse a disfunción urinaria, anal e incluso sexual. El dolor aparece al sentarse, se alivia al levantarse y desaparece al acostarse.

Es un dolor de características neuropáticas, con sensación de hipoestesia, entumecimiento y descargas eléctricas.

El nervio pudiendo atraviesa en su recorrido por unos intrincados desfiladeros, por lo cual es fácil que se puedan producir atrapamientos.

Este tipo de dolor afecta en gran medida a la calidad de vida de los pacientes.

Se desconoce su incidencia real, 7 de cada 10 pacientes son mujeres. El tiempo medio de diagnóstico es de 4 años (1-15 años). Los médicos visitados antes del diagnóstico oscilan entre 10-30.

En cuanto a la etiología y mecanismos de producción de la lesión destacan el parto, la episiotomía, cirugías pélvicas (disección de la vagina), el estreñimiento crónico y el descenso perineal, caídas

y golpes directos, microtraumatismos repetidos en la zona perineal, el ciclismo y actividades deportivas durante la juventud que lleven a un desarrollo inadecuado del proceso espinoso del isquion.

El diagnóstico clínico del atrapamiento se realiza por los siguientes síntomas:

- Dolor pélvico al sentarse, que se incrementa a lo largo del día y puede ser perineal, rectal o del área del clítoris/pene. El dolor disminuye de pie o tumbado.
- Disfunción sexual (dolor o disminución de la sensación de los genitales, perineo o recto; anorgasmia, dolor durante la erección).
- Dificultad al miccionar/defecar (aumento de la frecuencia y urgencia urinaria, discomfort posvaciado, movimientos intestinales dolorosos, dolor posdefecación, estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal).

El tratamiento se basa en tratamiento sintomático del dolor con fármacos indicados para el dolor neuropático (antidepresivos, antiepilépticos y opioides), anestésicos locales tópicos (lidocaína 5% en gel), benzodiazepinas (clonacepam), infiltraciones locales de lidocaína, fisioterapia (estiramientos musculares), radiofrecuencia y tratamiento quirúrgico si no se consigue mejoría con ninguno de los tratamientos instaurados.

Fe de errata

En la revista Dolor. 2012;27:113-52 en las páginas 150 y 151 cuando se hace referencia a la dosis administrada de ropivacaína del 2% es incorrecta, la dosis correcta es de 0,2%.