

Dolor pélvico crónico, un desafío diagnóstico

KIMBERLY RODRÍGUEZ MOLANO, OLGA COMPS VICENTE, DAVID BANDE JULIÁN Y ANTONIO MONTES PÉREZ

RESUMEN

El dolor pélvico crónico (DPC) tiene una naturaleza distinta de la oncológica y se origina en estructuras relacionadas con la pelvis. En el caso del dolor nociceptivo documentado, que se torna crónico, el dolor debe ser continuo o recurrente durante al menos seis meses. Cuando se documentan mecanismos crónicos y de sensibilización central del dolor puede considerarse crónico y al margen del tiempo. Antes de determinar un diagnóstico con certeza, el DPC debe evaluarse de manera interdisciplinaria debido a las múltiples causas a descartar. Se presenta el caso de una paciente de 38 años diagnosticada con DPC. De forma inicial se consideró dolor de tipo neuropático secundario a neuralgia del nervio pudendo tras satisfacer tres criterios mayores y dos menores de la clasificación de Nantes. Sin embargo, con un estudio neurofisiológico negativo para afectación del nervio pudendo y mediante pruebas de imagen se estableció el diagnóstico inesperado de litiasis vesical y, luego de la litotricia, el dolor desapareció por completo.

Palabras clave: Dolor pélvico crónico. Dolor neuropático. Nervio pudendo. Diagnóstico. Litiasis vesical.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain (CPD) is a nonmalignant pain perceived in structures related to pelvis. Nociceptive pain must prove persistent or recurrent over six months before being described as chronic. If non acute pain mechanisms are identified, then the pain is considered chronic, irrespective of the time course. CPD must be evaluated in an interdisciplinary way, due to the multiple etiologies to be ruled out before making a certain diagnosis. We discuss a case report of a 38-year-old woman diagnosed with CPD, initially oriented as neuropathic pain due to pudendal neuralgia, meeting 3 major and 2 minor criteria of Nantes classification, however with a negative neurophysiological study for pudendal nerve pathology. Through imaging tests, an unexpected diagnosis of bladder lithiasis is reached; after the lithotripsy, the pain disappears completely. (DOLOR. 2019;34:120-2)

Key words: Chronic pelvic pain. Neuropathic pain. Diagnosis. Pudendal nerve. Bladder lithiasis.

Corresponding author: Kimberly Rodríguez Molano, ki4maro@gmail.com

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años con los siguientes antecedentes patológicos:

- Síndrome ansioso en tratamiento farmacológico con sertralina y diazepam.
- Infección urinaria multirresistente que recibió tratamiento antibiótico con ciprofloxacino durante seis meses.

Unidad de Dolor
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del dolor
Hospital del Mar
Barcelona

- Fractura de pelvis por accidente de motocicleta en 2016; tratamiento conservador.

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

- Parto con fórceps.
- Operación para incontinencia urinaria de esfuerzo después del parto en 2014. Se coloca una malla suburetral tipo TOT (*tension free transobturator*).

Dirección para correspondencia:
Kimberly Rodríguez Molano
E-mail: ki4maro@gmail.com

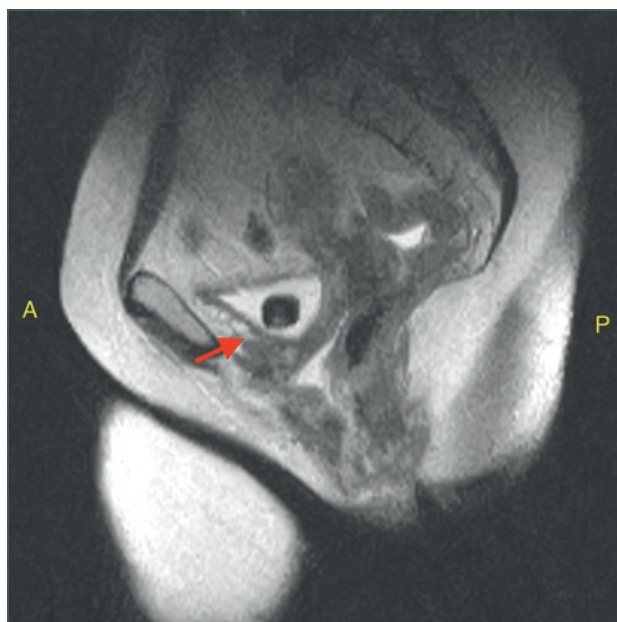


Figura 1. Resonancia magnética de la pelvis (corte sagital).

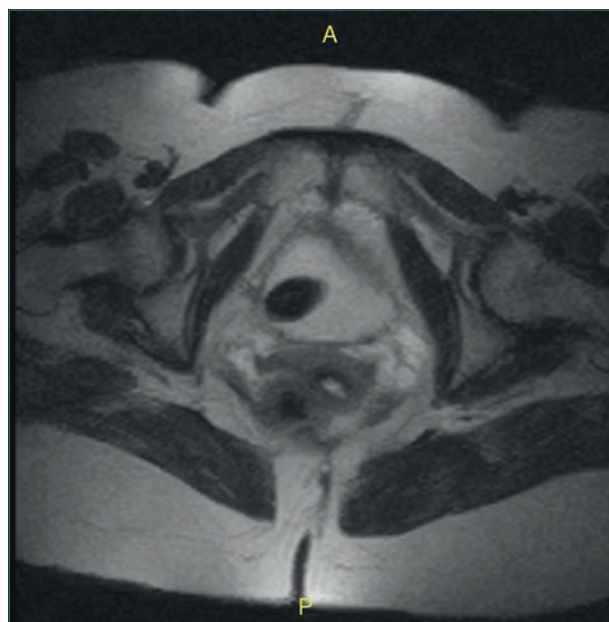


Figura 2. Resonancia magnética de la pelvis (corte axial). Defecto de repleción consistente con cálculo intravesical de 14 mm.

rator tape) o cinta transobturadora (es una banda de polipropileno colocada en la uretra media a través de los agujeros obturadores). Así corrige la falta de soporte de la uretra, secundaria a la disfunción de los músculos pubococcígeos.

- Mamoplastia de aumento bilateral.
- Reparación de bordes de episiorrafia por fibrosis en 2016.

ENFERMEDAD ACTUAL

Consulta al Servicio de Obstetricia por cuadro de un año y medio de evolución, con dolor difuso perineal relacionado con dolor selectivo en la parte interna de la horquilla (lo describe “como si le clavarán una aguja”) y dispareunia. El dolor se exacerba con los movimientos o saltos bruscos y mejora con la sedación y el decúbito.

El dolor apareció en el postoperatorio inmediato de la reparación de la episiorrafia. De modo inicial se consideró un dolor de tipo neuropático y se indicó tratamiento con pregabalina (75 mg/día) y amitriptilina (25 mg/día) durante más de tres meses, sin mejoría. Sólo refiere mejoría transitoria con infiltración local de bupivacaína en la zona de la horquilla.

La exploración ginecológica muestra genitales normoconfigurados, buen trofismo y episiorrafia de aspecto normal y sin fibrosis aparente. La exploración del territorio de los nervios pudendos, clúneos e ilioinguinal se halla dentro de la normalidad. Se palpa un punto precipitante en la parte interna de la horquilla que corresponde a la zona del dolor de tipo punzante. Mediante tacto vaginal se exploran las zonas del canal de Alcock y se identifican dentro de la normalidad. El tacto rectal no reconoce ninguna zona de fibrosis en la zona de la episiorrafia interna ni se desencadena ningún dolor al palpar la horquilla.

Al sospechar compromiso del nervio pudendo se realiza estudio neurofisiológico del suelo pélvico que es normal.

La ecografía transperineal proyecta por debajo de la mucosa de la horquilla una imagen ecorrefringente en forma de T (7 mm) en la zona del dolor que podría corresponder a un cuerpo extraño, una sutura o fibrosis.

Se solicita resonancia pélvica para completar el estudio y ésta revela litiasis vesical de 14 mm (Figs. 1 y 2). El Servicio de Urología la valora y realiza litotricia vesical con exéresis de la malla extruida.

Luego de la litotricia el dolor desaparece y la paciente puede volver a sus actividades normales.

DISCUSIÓN

El dolor pélvico crónico (DPC) es aquel que se localiza a nivel del abdomen inferior, la pelvis o estructuras intrapélvicas y que persiste durante al menos seis meses; se presenta de forma continua o intermitente y no tiene relación exclusiva con el ciclo menstrual.

Es un cuadro complejo en el cual se superponen síntomas ginecológicos, urológicos, gastrointestinales, de la pared abdominal y el suelo pélvico y factores psicosociales.

La inervación de la pelvis y su contenido procede de los plexos hipogástricos superior, medio e inferior y el nervio pudendo.

El nervio pudendo recibe contribuciones de las raíces ventrales primarias de S2-S4 del plexo sacro y forma uno, dos o tres troncos antes de su ramificación final. Es un nervio mixto: el 70% de sus fibras es somático y el 30% autonómico; la rama visceral tiene cuatro a seis ramas que se anastomosan con las raíces de S2-S4 para formar el plexo simpático y parasimpático pélvico.

La neuralgia del pudendo, un diagnóstico que debe descartarse en el DPC, se sobrevalora algunas veces sin descartar otras posibles causas adjuntas.

Debe tenerse en cuenta que las alteraciones viscerales pueden causar en ocasiones síntomas neuropáticos por la convergencia viscerosomática.

La vejiga ofrece un buen ejemplo de la forma en que los cambios en el SNC afectan la percepción sensitiva. Una lesión dolorosa aguda de la vejiga puede producir cambios funcionales en el SNC de tal modo que el dolor persiste incluso tras la eliminación del estímulo.

En este caso, a pesar de cumplir los criterios de Nantes para el diagnóstico clínico de neuralgia del pudendo, se descarta su compromiso con un estudio

neurofisiológico normal. Existía una causa visceral desencadenante del dolor.

En el desarrollo del dolor neuropático de esta paciente pueden tener cierta función las fibras C, un grupo especial de fibras aferentes (no mielinizadas), que tienen la capacidad de transmitir el dolor cuando reciben un estímulo nocivo prolongado. Alrededor de 30 a 80% de los nervios aferentes discurre desde las vísceras por este tipo de fibras silentes. Cuando estas fibras aferentes se activan, el asta dorsal recibe estímulos nocivos repetidos que pueden resultar con el tiempo en una serie de cambios de neuroplasticidad y ello da lugar a que un episodio de dolor agudo se convierta en un síndrome crónico.

Este caso muestra la importancia de una exploración clínica exhaustiva y de la aplicación de las pruebas adecuadas; por lo tanto, una afectación del nervio pudendo no debe quedar circunscrita tan sólo a la orientación diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Itza Santos F. Actualización del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: enfoque anatómico-quirúrgico, diagnóstico y terapéutico. *Actas Urológicas Españolas*. 2010;34(6):500-50.
2. Fall M. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Urology*. 2010; 57:35-48.
3. Hibner M. Pudendal neuralgia. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17:148-53.
4. Hoheisel U. Response behaviour of cat dorsal horn neurones receiving input from skeletal muscle and other deep somatic tissues. *J Physiol (Lond)*. 1990;426:265-80.
5. Khoder W. Pudendal neuralgia. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014;41:443-52.
6. Martens FMJ. Surgical access for electrical stimulation of the pudendal and dorsal genital nerves in the overactive bladder: a review. *J Urol*. 2011;186:798-804.
7. Neuman M. TVT and TVT-obturator: comparison of two operative procedures. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;131:89-92.
8. Pereira A. Correlation between anatomical segments of the pudendal nerve and clinical findings of the patient with pudendal neuralgia. *Gynecol Obstet Invest* 2018;83:593-599.
9. Rojas-Gómez MF. Anestesia regional guiada por ultrasonido en territorio del nervio pudendo. *Rev Colomb Anestesiol*. 2017;45:200-9.
10. Tricard T. The drug-resistant pudendal neuralgia management: a systematic review. *Neurourology and Urodynamics*. 2018;1-9.