

## IMAGEN Y DOLOR

# Neuralgia del pudendo posparto

F. JAVIER MEDEL REBOLLO\*

Unitat del Dolor. Anestesiologia i Reanimació. Subcomissió de Dolor. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

### CASO 1

Mujer de 28 años con antecedentes de asma y migraña, que se remite a la unidad del dolor por cuadro clínico de un año de evolución de dolor en zona perineal y perianal, desencadenado a raíz de un parto eutócico complicado con desgarro de 3.<sup>er</sup> grado que precisó reparación quirúrgica.

La paciente refiere dolor constante, con empeoramiento con maniobras de Valsalva y sedestación, sin dispareunia. Clínica asociada de urgencia miccional e incontinencia anal. A la exploración ginecológica se evidenció cicatriz de episiotomía algo retraída con alodinia perineal y perianal. Signo de Tinell positivo de predominio franco izquierdo con irradiación a zona anal.

Inicialmente se instauró tratamiento farmacológico con neuromoduladores y terapia física con electroestimulación vaginal y anal y terapia neural con respuesta parcial. Escala visual analógica: 4/10 vulvar y 7/10 perianal.

En el electromiograma (EMG) se evidenciaron hallazgos compatibles con axonotmesis parcial del nervio pudendo izquierdo, con alteración de su vertiente sensitiva y motora esfinteriana. Ausencia de datos sugestivos de otras topografías lesionales, ni a nivel plurirradicular lumbosacro ni a nivel central. La ecografía transvaginal fue normal.

Ante la orientación diagnóstica de neuralgia del pudendo (NP) izquierdo se derivó a nuestra unidad, donde se programó para realización de un bloqueo diagnóstico-terapéutico. Se colocó a la paciente en decúbito prono, con técnica ecoguiada y bajo control neurosensorial. Usando una sonda de baja frecuencia se escaneó la zona pélvica posterior, iniciando

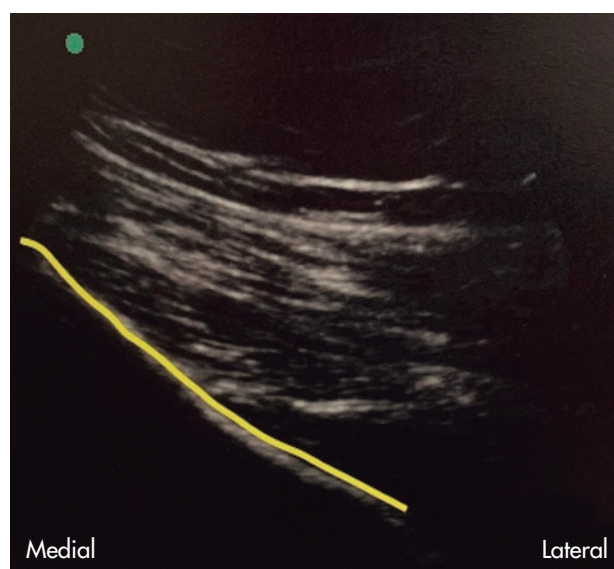


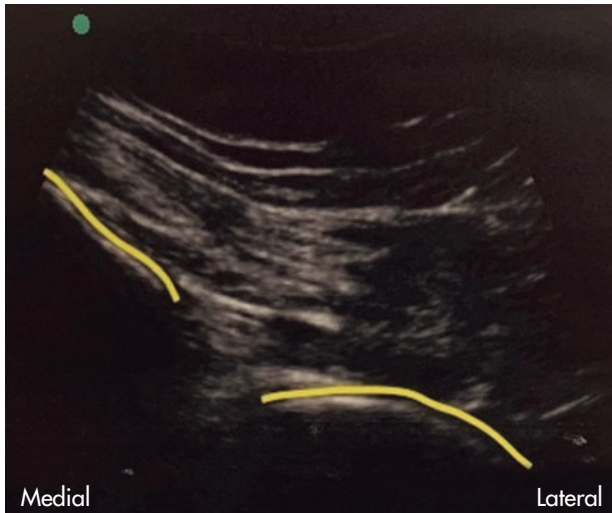
Figura 1. Visualización de la pala iliaca derecha.

el estudio en la pala iliaca derecha (Fig. 1) y descendiendo hasta localizar la escotadura ciática mayor (Fig. 2). Para localizar con más precisión el punto de abordaje del nervio pudendo se siguió escaneando caudalmente hasta la tuberosidad isquiática, que se aprecia como una estructura ósea con forma piramidal (Fig. 3). Seguidamente se redirigió la sonda en sentido craneal hasta localizar la zona de la espina ciática y la arteria pudenda (Fig. 4), donde se ubicaría nuestro *target*. Se realizó la punción bajo visión directa, en plano, de medial a lateral, obteniendo un estímulo sensorial en el área perianal a 0.2 V y estímulo motor a 0.4 V a nivel del esfínter anal. Seguidamente se administró triamcinolona 40 mg y ropivacaína 0.2%, volumen total 5 ml.

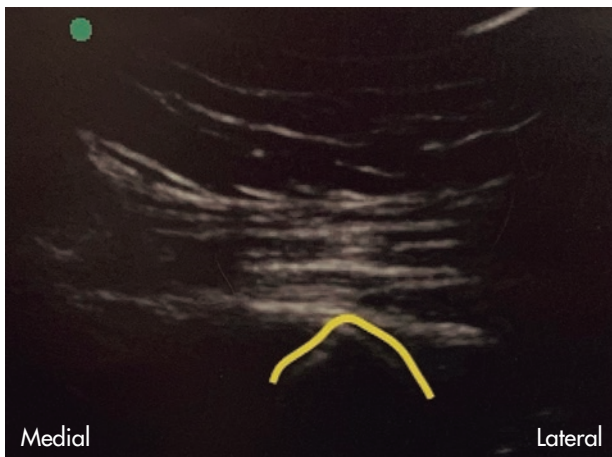
La paciente presentó mejoría inicial del dolor durante 4 días, procediéndose a realizar dos semanas más tarde radiofrecuencia pulsada durante 4 minutos.

#### Dirección para correspondencia:

\*F. Javier Medel Rebollo  
E-mail: fjmedel@vhebron.net



**Figura 2.** Escotadura ciática mayor, observándose los músculos glúteos y piramidales.

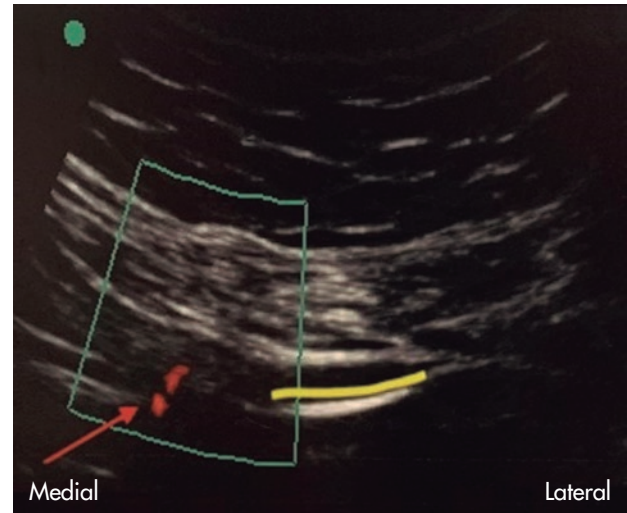


**Figura 3.** Tuberosidad isquiática en la parte más caudal de la exploración.

A la visita de control de los tres meses, la paciente presentaba franca mejoría del dolor (> 75%) manteniendo únicamente la pregabalina a dosis bajas como tratamiento analgésico.

## DISCUSIÓN

La NP se describió inicialmente en el año 1987 y actualmente representa una entidad que limita de forma importante la calidad de vida de los pacientes que la padecen. La incidencia y prevalencia son desconocidas, pero se estima que en Europa y EE.UU., una de cada 7 mujeres padecerá en algún momento de su vida esta afectación, ya sea de forma transitoria o crónica.



**Figura 4.** Progresión craneal hasta visualizar la espina ciática y la arteria pudenda.

Múltiples factores se han relacionado con este síndrome, desde el atrapamiento del nervio pudendo a lo largo de su anatomía, el trauma y el parto vaginal y la episiotomía, cirugía ginecológica, defectos congénitos, radioterapia en zona pélvica y prácticas deportivas. No obstante, en muchos casos sigue siendo idiopático.

La clínica se manifiesta como dolor perineal y/o pelviano, con asociación de disfunción urinaria, anal e incluso sexual en algunos casos, provocando graves repercusiones a nivel funcional y emocional.

Su diagnóstico sigue suponiendo un reto para los profesionales sanitarios, estimándose que un paciente puede llegar a visitar de 10 a 30 médicos de media hasta conseguir un diagnóstico definitivo y con un tiempo medio de diagnóstico de 4 años (1-15 años). La presentación clínica junto con los exámenes complementarios (EMG y pruebas de imagen) pueden orientar el diagnóstico, siendo el bloqueo diagnóstico-terapéutico una importante herramienta en su manejo.

El tratamiento engloba la fisioterapia, terapia psicológica, terapia farmacológica, técnicas infiltrativas y de radiofrecuencia, cirugía descompresiva y neuromodulación.

En nuestro caso, se presenta una paciente que cumple los criterios clínicos diagnósticos de Nantes sobre la neuropatía del pudendo, con pobre respuesta a múltiples tratamientos farmacológicos y diversas terapias, con excelente respuesta a la terapia neuromoduladora con radiofrecuencia pulsada.