

Neuralgia del pudendo secundaria a úlcera por decúbito intraoperatoria: manejo diagnóstico-terapéutico desde la unidad del dolor

ADRIANA VILCHES GARCÍA*, ANTONI FERRER SEGARRA, LUÍS MOLTÓ GARCÍA, OLGA COMPS VICENTE Y DAVID BANDE JULIÁN

RESUMEN

La neuralgia del nervio pudendo (NP) es un síndrome de dolor neuropático perineal crónico. Su incidencia aproximada es de 1/100.000 y 7/10 son mujeres. La etiología puede ser por atrapamiento del nervio, traumatismo o inflamación. Su difícil reconocimiento retrasa el diagnóstico. Este es clínico y puede apoyarse en la resonancia magnética, estudio electrofisiológico o infiltraciones diagnósticas. Existe escasa evidencia sobre su tratamiento; deberá ser multimodal, interdisciplinario y escalonado, buscando reducción del dolor y mejoría funcional. Se presenta el caso de una mujer de 51 años remitida a la unidad del dolor por dolor en labio mayor izquierdo, dispareunia e imposibilidad para sedestar de tres años de evolución. Cumplía criterios diagnósticos de Nantes, orientándose como NP. Se realizó abordaje psicológico, optimización del tratamiento médico y radiofrecuencia pulsada del NP izquierdo, obteniendo una reducción del 50% del dolor al mes, con mejoría sustancial de la calidad de vida.

Palabras clave: Neuralgia del nervio pudendo. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Dolor pélvico crónico. Criterios de Nantes.

ABSTRACT

Pudendal nerve neuralgia (PN) is a chronic perineal neuropathic pain syndrome. Its incidence is approximately 1/100,000 and 7/10 are women. The aetiology may be nerve entrapment, trauma, or inflammation. Difficult recognition delays diagnosis. Diagnosis is clinical and magnetic resonance imaging, electrophysiological studies or diagnostic infiltrations can help in the diagnosis. There is little evidence on its treatment; it should be multimodal, interdisciplinary, and staggered, seeking pain reduction and functional improvement. We present the case of a 51-year-old woman referred to the Pain Unit for pain in the left labia majora, dyspareunia and inability to sit down for three years. Nantes diagnostic criteria were met and was classified as PN. A psychological approach, optimisation of medical treatment and pulsed radiofrequency of the left PN were conducted. A 50% reduction in pain after one month and a substantial improvement in quality of life were obtained. (DOLOR. 2023;38:37-42)

Keywords: Pudendal nerve neuralgia. Pudendal nerve entrapment syndrome. Chronic pelvic pain. Nantes criteria.

Corresponding author: Adriana Vilches García, avilches@psmar.cat

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes

Mujer de 45 años, sin alergias a medicamentos conocidas ni hábitos tóxicos. Sin antecedentes patológicos de interés salvo síndrome isquiofemoral refractario a tratamiento conservador, diagnosticado a raíz de cuadro de dolor de inicio brusco tras postura forzada en el trabajo, caracterizado por dolor glúteo y lumbar bajo, acompañado de anestesia y pérdida de fuerza en región dependiente de L5. Por ello, en junio de 2017 es intervenida de artroscopia de cadera para descompresión del nervio ciático bajo anestesia intradural. Ante la ausencia de buena respuesta a la cirugía y persistencia de clínica previa, en mayo del 2018 se indica nueva artroscopia bajo anestesia general y posición de tracción.

Enfermedad actual

En junio del 2018 acude a urgencias de ginecología por dolor en zona vulvar desde la cirugía. A la exploración física se observaron úlceras en labios mayores con lesiones eritematosas recubiertas de fibrina de aspecto no infeccioso, que se orientan secundarias a decúbito intraoperatorio por la posición quirúrgica de tracción. La ginecóloga de zona indica tratamiento tópico, pero la paciente no mejora. Durante los años 2019-2021 la paciente consulta en múltiples ocasiones a urgencias de ginecología por mal control del dolor refractario a tratamiento médico local (Blastoestimulina®, Emla®, fórmulas magistrales de amitriptilina 2% + baclofeno 2%) y farmacológico (oxcarbazepina 800 mg cada 12 horas, paracetamol + tramadol 37,5 mg/325 mg cada 24 horas), sin mejoría. Finalmente, desde ginecología le proponen lipofilling y continuar con el tratamiento tópico y farmacológico. Ante la ausencia de mejoría, se deriva a la unidad del dolor pélvico crónico.

Exploración física

En noviembre del 2021 la paciente acude para primera visita en la unidad del dolor pélvico crónico, en la que visitan de forma conjunta un médico especialista en dolor y una ginecóloga especialista en dolor pélvico crónico. A la anamnesis, la paciente explica vulvodinia de tres años de evolución que inició tras la aparición de úlceras vulvares tras la

segunda artroscopia de cadera. Refiere dolor en forma de quemazón, parestesias y alodinia en labio mayor izquierdo, zona púbica izquierda y cara interna de muslo ipsilateral. Explica grave afectación calidad de vida; no ha podido reincorporarse al trabajo, no puede estar sentada ni desarrollar vida social, ni mantener relaciones sexuales. En ese momento la paciente estaba en tratamiento con gabapentina 600 mg cada 24 horas más clonazepam y diazepam a demanda según la actividad.

Se aplicaron los siguientes cuestionarios de salud con resultados:

- Ansiedad y depresión hospitalaria (HAD): ansiedad 9 puntos/depresión 10 puntos.
- Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ 9): 19 puntos.
- Catastrofismo: 45 puntos.
- SF12: 35 puntos.

DIAGNÓSTICO

En la primera visita se orienta la patología como posible neuralgia del nervio pudendo (NP) secundaria a úlcera por decúbito intraoperatoria tras objetivarse que cumple criterios clínicos diagnósticos. Se realiza un abordaje multidisciplinario; se indican medidas conservadoras de protección del nervio para no agravar la neuropatía, consistentes en: evitar posiciones sentadas prolongadas y usar cojín en forma de donut para sentarse. Se inicia gabapentina 200 mg cada 8 horas + 0.5 mg de clonazepam si precisa y se programa bloqueo diagnóstico del NP izquierdo. Dada la grave afectación de la calidad de vida, se decide derivación al psiquiatra de la unidad para iniciar terapia de aceptación y compromiso.

TRATAMIENTO

Se realiza bloqueo diagnóstico del NP izquierdo guiado por ecografía y en posición de decúbito prono, administrando 3 ml de levobupivacaína 0.25% + 40 mg de triamcinolona. La paciente refiere una mejoría inicial de más del 50% del dolor por lo que se realiza radiofrecuencia pulsada (RFP) del NP izquierdo. Esta técnica se realizó ecoguiada en decúbito prono, durante 10 minutos a 42°. Posteriormente se infiltraron 3 ml de levobupivacaína al 0,25% +

40 mg de triamcinolona. Tras dos meses se realiza control telefónico y la paciente refiere mejoría sostenida de más del 50% del dolor a partir de la 4.^a semana de la RFP. Refiere también mejoría significativa de la calidad de vida. A los cuatro meses, en un nuevo control telefónico, la paciente refiere inicio de la clínica de nuevo (Escala visual numérica 8), pero ha mantenido la mejoría durante cinco meses. Se indica incremento de gabapentina a 300 mg/cada 8 horas hasta nueva RFP. Tras esta segunda RFP, a los cuatro meses la paciente mantiene mejoría sostenida de más del 50%, ya no precisa clonazepam, ha descendido la gabapentina a 100 mg cada 8 horas y mantiene mejoría de la calidad de vida (puede estar sentada, ha recuperado su vida social y laboral, y puede mantener relaciones sexuales).

DISCUSIÓN

La NP fue descrita por primera vez en 1987. La *International Pudendal Neuropathy Association* estima su incidencia en 1/100.000, aunque probablemente esté infraestimada por su amplio diagnóstico diferencial, a causa de la dispersión de los síntomas en ocasiones sin aparente relación entre ellos. Siete de cada diez pacientes son mujeres y el tiempo medio hasta el diagnóstico es de cuatro años, habiendo visitado previamente una media de 10-30 especialistas¹⁻⁴. Su difícil diagnóstico resulta en retrasos en la identificación y tratamiento inadecuado provocando un insuficiente control del dolor, lo que a su vez causa frustración, depresión e importante afectación en la calidad de vida.

Suele ser un dolor perineal y/o genital de características neuropáticas limitado a una de las ramas del nervio o extendido a todas. Su inicio suele ser sutil (excepto cuando se identifica una causa), suele ser de menor intensidad a primera hora de la mañana y empeora a lo largo del día. En un 50% de los pacientes el dolor empeora en sedestación (especialmente en superficies planas) y mejora de pie o en supino²⁻⁶.

Para entender la NP es necesario el conocimiento de su anatomía². El NP es un nervio par que nace de las divisiones anteriores de los nervios raquídeos sacros S2, S3 y S4. Es el principal nervio del periné y es mixto; se estima que el 30% de sus fibras son autonómicas y el 70% somáticas, siendo el 50% fibras sensitivas y el 20% motoras. Consta de tres ramas terminales; el nervio rectal inferior, el nervio perineal y el nervio dorsal del clítoris y del pene. El

nervio rectal inferior proporciona la innervación sensitiva del canal anal, 1/3 caudal del recto y piel posterior de la vulva y zona perianal. El nervio perineal, del 1/3 inferior de la vagina y uretra, así como de los labios mayores, menores y escroto. El nervio dorsal del clítoris/pene recoge la sensibilidad de la piel del pene, glándula y clítoris. Se divide en tres segmentos diferenciados a lo largo de su recorrido, donde puede ocurrir patología^{7,8}:

- Primero: desde su origen a la región presacra.
- Segundo: el nervio sale de la pelvis inmediatamente después de su comienzo por el agujero ciático mayor hacia la región glútea bajo el músculo piriforme rozando el extremo final del ligamento sacroespinoso.
- Tercero: el nervio retorna a la pelvis por el agujero ciático menor, por el canal pudendo (de Alcock), en estrecho contacto con el ligamento sacrotuberoso y sacroespinoso, formando una pinza anatómica. Esta relación merece especial mención, pues la fibrosis/inflamación de estas estructuras pueden comprimir el nervio causando su atrapamiento.

Aunque existen diversas causas que pueden explicar la neuralgia del NP^{2,3,6} (Tabla 1), la más estudiada es la neuralgia del NP por síndrome de atrapamiento del NP (SANP) y no es infrecuente que en la literatura se usen ambos términos indistintamente.

El diagnóstico fundamentalmente es clínico. Durante la anamnesis se deberá indagar sobre la existencia de factores desencadenantes y la historia del dolor. Preguntaremos sobre la existencia de criterios diagnósticos de NP. En la bibliografía existen dos versiones de estos que generan cierta confusión: una versión para el diagnóstico del SANP⁹ (Tabla 2) que corresponde a los criterios de Nantes y otra para la neuralgia pudenda¹⁰ (Tabla 3).

La NP puede asociar otros síntomas a los clásicos ya mencionados^{2,3,6,9} (Tabla 4). La evidencia más actual sobre el diagnóstico y tratamiento de esta patología está recogida en el trabajo de Levesque et al.¹¹. En él se realiza una síntesis de la literatura con el objetivo de homogenizar la práctica clínica en torno al SANP. De nuevo, se hace referencia a ello como si la totalidad de la neuralgia del NP se tratase del atrapamiento del nervio. Al tratarse de un consenso de expertos, las recomendaciones son con nivel de evidencia V.

La exploración física permite descartar otras causas que justifiquen el dolor^{1,12}. Debemos explorar periné, genitales externos y zona perianal. Será impor-

Tabla 1. Etiología de la neuralgia pudenda

Traumáticas
Sedestación prolongada: oficinistas, teleoperadores, pianistas, conductores profesionales o ajedrecistas
Deportes con microtraumatismos frecuentes o flexión repetitiva de la cadera: ciclismo, hípica, <i>snowboarding</i> , <i>skateboarding</i>
Traumatismo directo: caídas, accidentes de tráfico, cirugía pélvica (uso de malla en cirugía de prolapso [vaginal o rectal] y de incontinencia urinaria)
Parto vaginal
Estreñimiento crónico
Bartolinitis
Fístula anal/absceso isquiorrectal
Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP)
Inflamación
Diabetes <i>mellitus</i> , ELA, EM, VHS, VIH
Tumores
Primarios: schwannoma, neurofibroma
Metástasis: infiltración del nervio
Causa congénita
Fascias aberrantes o hipertrofia del músculo obturador interno

ELA: esclerosis lateral amiotrófica; EM: esclerosis múltiple; VHS: virus herpes simple; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2. Criterios de Nantes para el diagnóstico de síndrome de atrapamiento del nervio pudendo

1. Dolor en el territorio del nervio pudendo: desde el ano hasta el pene o el clítoris
2. Agravamiento de los síntomas en sedestación
3. El dolor no despierta al paciente por la noche
4. Dolor sin alteraciones sensoriales objetivables
5. Alivio del dolor con el bloqueo diagnóstico del nervio pudendo

Adaptada de Labat et al., 2008⁹.

tante explorar el suelo pélvico para descartar la existencia de síndrome miofascial (contractura muscular, puntos gatillo, dolor referido y bandas tendinosas palpables). Puede ser necesaria la exploración abdominal para palpación de útero y ovarios, así como valorar el tacto vaginal o rectal (p. ej., descartar

Tabla 3. Criterios diagnósticos para la neuralgia pudenda (NP). Diagnóstico de NP: dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores, o cuatro menores

Criterios mayores
1. Dolor en la zona inervada por el NP (genitales externos, periné, zona perianal y uretra distal)
2. Signo de Tinel positivo (la palpación de la tuberosidad isquiática o canal de Alcock reproduce el dolor)
3. Buena respuesta a la infiltración perineural
Criterios menores
1. Dolor de tipo neuropático (medido por DN4)
2. Dolor en una de las ramas del nervio pudendo
3. Dolor que empeora sentada y a medida que avanza el día, pero mejora de pie, tumbada y no despierta por la noche
4. Estudio EMG alterado

EMG: electromiograma.

Adaptada de Mollo et al., 2009¹⁰.

prostatitis si la sospecha es elevada)³. Por todo ello, la visita multidisciplinaria es de especial utilidad.

Contamos con tres pruebas complementarias según recomendación de expertos^{4,11,6}:

- Resonancia magnética (RM): útil para excluir otras causas, así como evaluar signos de atrapamiento del propio nervio. No está justificado realizarla de forma sistemática a todos los pacientes y una RM normal en ningún caso excluye el diagnóstico.
- Estudio electrofisiológico: estudio de la vía motora (latencia del estímulo desde la espina ciática a esfínter anal externo), vía sensitiva (sensibilidad termoalgésica y vibratoria mediante el umbral de percepción y potenciales evocados) y vía autonómica (respuesta simpática sudomotora mediante cambio del potencial eléctrico cutáneo). Un resultado normal no excluye el diagnóstico.
- Bloqueo diagnóstico del nervio: comentado en el siguiente apartado.

TRATAMIENTO

La estrategia terapéutica debe seguir un enfoque escalonado, de menos a más invasivo en caso de necesidad. En todos los niveles es importante establecer una buena relación médico-paciente, proporcionar

Tabla 4. Criterios complementarios, criterios de exclusión, y signos y síntomas asociados a la neuralgia pudenda

Criterios complementarios
1. Dolor de características neuropáticas
2. Alodinia o hiperpatía
3. Sensación de ocupación rectal o vaginal
4. Empeoramiento del dolor a lo largo del día
5. Dolor predominantemente unilateral
6. La defecación puede desencadenar el dolor
7. Dolor muy intenso a la palpación de la espina isquiática
8. Hallazgos en las pruebas neurofisiológicas en hombres o mujeres nulíparas
Criterios de exclusión
Dolor limitado al área coccígea, glútea o hipogástrica
Dolor exclusivamente paroxístico
Prurito
Hallazgo de otras causas en técnicas de imagen
Signos y síntomas asociados
Dolor en las nalgas con la sedestación
Dolor referido ciático
Dolor referido a la región medial del muslo
Dolor suprapúbico
Urgencia e incremento de la frecuencia miccional y/o dolor con la vejiga llena
Dolor tras la eyaculación
Dolor durante o tras la defecación
Dispareunia y/o dolor tras las relaciones sexuales
Disfunción eréctil
Estudios neurofisiológicos normales

Adaptada de Labat et al., 2008⁹.

información comprensible y ajustar las expectativas del paciente a la realidad.

Tratamiento conservador^{3,11}

La primera medida deberá ir encaminada a proteger el nervio y evitar agravar la neuropatía. Son útiles los cojines que mantienen el periné libre de presión en sedestación. Se recomienda evitar todo aquello

que propicia el dolor. Cerca de un 20-30% refieren mejoría con estas medidas.

Terapia cognitivo-conductual^{3,11}

No hay estudios específicos en pacientes con NP, pero sí ha demostrado ser útil en otros tipos de dolor neuropático pélvico, reduciendo síntomas asociados al dolor crónico como la ansiedad o depresión.

Terapia física y rehabilitación del suelo pélvico^{3,11,6}

El objetivo es evitar la pérdida de función por conductas de evitación. Se recomienda la natación o caminar a paso ligero y evitar ejercicios con flexión repetitiva de la cadera como aeróbico o elíptica.

Tratamiento farmacológico^{3,11}

Falta evidencia científica en torno a qué fármaco o asociación es mejor para este tipo de dolor. En general, el tratamiento es el mismo que para el dolor neuropático. El uso de opioides no está recomendado por alta tasa de adicción y mal uso, efectos adversos digestivos y urogenitales que hacen que el balance beneficio/riesgo no sea favorable. Se utilizan antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) o duales (duloxetina y venlafaxina) y anticonvulsivantes (pregabalina, gabapentina), a la mínima dosis eficaz y titulados paulatinamente.

Infiltración del nervio con anestésico local y corticosteroide^{5,11,6}

Se recomienda realizarlo guiado por técnica de imagen. En nuestro centro el abordaje es en decúbito supino, transglúteo y ecoguiado. El objetivo deberá ser el ligamento sacroespinooso a nivel de la espina ciática y se debe monitorizar la intensidad del dolor mientras se realiza la inyección. Una reducción inmediata del dolor del 50% o superior tras la infiltración se considera resultado positivo. La duración del alivio del dolor es variable: desde días hasta semanas. No existe consenso sobre el tipo y dosis de anestésico local o corticosteroide que infiltrar, cada cuánto tiempo es seguro realizar esta infiltración o cómo valorar la efectividad del bloqueo.

Radiofrecuencia pulsada^{4,11,10}

Realizada si la respuesta al bloqueo del nervio es positiva. Es una técnica mínimamente invasiva y de

mayor duración que el bloqueo. El consenso de expertos analiza tres artículos de calidad moderada con un total de 113 pacientes. Se reportan mejorías desde 10 semanas hasta un año de media. Los estudios son difícilmente comparables entre sí, pues varían en el tipo de RFP usada, el tiempo, la frecuencia o el voltaje, así como el tiempo y la medición de la mejoría obtenida. Dada la baja calidad de la evidencia, no lo recomiendan como tratamiento de primera línea.

Neuromodulación¹¹

Hay pocos estudios en neuralgia del NP, sin grupo control y altamente heterogéneos. Se puede considerar en casos de fallo de cirugía o cuando esta no se puede realizar.

Cirugía¹¹

Indicada en pacientes que presenten los cinco criterios de Nantes en situación de refractariedad del tratamiento multimodal previo.

Técnicas emergentes^{11,6}

Lipofilling o crioterapia. No recomendadas.

IDEAS CLAVE

- La neuralgia del NP es una entidad infradiagnosticada y poco estudiada, con grave impacto en la calidad de vida. Los pacientes afectados consultan a múltiples especialistas antes del diagnóstico definitivo.

- El abordaje multidisciplinario en unidades del dolor especializadas en suelo pélvico parece mejorar la calidad asistencial acortando el tiempo hasta el diagnóstico e instauración de un tratamiento eficaz.
- Es importante proporcionar información adecuada y establecer una buena relación médico-paciente, adaptando las expectativas a la realidad. Con tratamiento conservador mejoran hasta un 30% de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Avellanal M, Ferreiro A, Diaz-Reganon G, Orts A, Gonzalez-Montero L. Neuralgia del pudendo: algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico desde una unidad del dolor. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2015;58(3):144-9.
2. Luesma MJ, Galé I, Fernando J. Diagnostic and therapeutic algorithm for pudendal nerve entrapment syndrome. *Med Clin (Barc)*. 2021;157(2):71-8.
3. Marvel RP. Pudendal neuralgia: Making sense of a complex condition. *Curr Sex Heal Reports*. 2018;10(4):237-45.
4. Pérez-López FR, Hita-Contreras F. Management of pudendal neuralgia. *Climacteric*. 2014;17(6):654-6.
5. Rojas-Gómez MF, Blanco-Dávila R, Tobar Roa V, Gómez González AM, Ortiz Zableh AM, Ortiz Azuero A. Anestesia regional guiada por ultrasonido en territorio del nervio pudendo. *Rev Colomb Anestesiol*. 2017;45(3):200-9.
6. Kaur J, Leslie SW, Singh P. Pudendal nerve entrapment syndrome [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31334992/>
7. Grape, HH Dederling, A Jonasson, AF. Retest reliability of surface electromyography on the pelvic floor muscles. *Neurourol Urodyn*. 2013;32(April):215-23.
8. Khoder W, Hale D. Pudendal neuralgia. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014;41(3):443-52.
9. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn*. 2008;27(4):306-10.
10. Mollo M, Bautrant E, Rossi-Seignert AK, Collet S, Boyer R, Thiers-Bautrant D. Evaluation of diagnostic accuracy of Colour Duplex Scanning, compared to electroneuromyography, diagnostic score and surgical outcomes, in Pudendal Neuralgia by entrapment: A prospective study on 96 patients. *Pain*. 2009;142(1-2):159-63.
11. Levesque A, Bautrant E, Quistrebert V, Valancogne G, Riant T, Gabel B, et al. Recommendations on the management of pudendal nerve entrapment syndrome: A formalised expert consensus. *Eur J Pain*. 2022;26:7-17.
12. Noda Miranda JJ, Díaz Noda V. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2013;39(2):167-75.