

Abordaje multimodal en el dolor pélvico crónico: a propósito de un caso

JOAN FARRÉ RODRÍGUEZ*, DIEGO PULIDO QUINTERO, SUSANA BELLA ROMERA, MIREIA DUART OLTRA, VICENTE MORENO RODRÍGUEZ Y PILAR SALA FRANCINO

RESUMEN

El dolor pélvico crónico es una patología multifactorial que requiere un abordaje multidisciplinario tanto por lo que refiere a su diagnóstico como a su tratamiento, especialmente en casos complejos que presenten síntomas multisistémicos. Nuestro caso trata de una paciente de 45 años que presenta sintomatología urogenital, musculoesquelética, psiquiátrica y alteraciones biopsicosociales derivadas después de ser tratada con radioterapia y braquiterapia a causa de una neoplasia de cérvix, desarrollando un dolor pélvico crónico de difícil manejo. Actualmente libre de enfermedad, y después de múltiples consultas y cambios en el tratamiento, finalmente se abordó como una neuralgia de nervios pudendos, siendo tratada con radiofrecuencia pulsada bilateral de estos por parte de la clínica del dolor de nuestro centro, consiguiendo un buen control del dolor y una clara mejoría de la calidad de vida de la paciente posterior al tratamiento recibido, tanto al mes como a los tres meses de seguimiento.

Palabras clave: Dolor pélvico crónico. Neuralgia del pudendo. Radiofrecuencia pulsada. Abordaje multidisciplinar. Valoración biopsicosocial.

ABSTRACT

Chronic pelvic pain is a multifactorial pathology that requires a multidisciplinary approach both in terms of diagnosis and treatment, especially in complex cases that present multisystemic symptoms. Our case concerns a 45-year-old patient who presents urogenital, musculoskeletal, and psychiatric symptoms, associated with biopsychosocial alterations, derived from pain secondary to treatment of a cervical neoplasia with radiotherapy and brachytherapy. Now free of disease. After multiple approaches and changes in the treatment, it was finally addressed as a pudendal nerve neuralgia, being treated with bilateral pulsed radiofrequency by the pain clinic of our hospital, achieving a clear improvement in the quality of life of the patient after the treatment received, both one month and three months after treatment. (DOLOR. 2023;38:53-9)

Keywords: Chronic pelvic pain. Pudendal neuralgia. Pulsed radiofrequency. Multidisciplinary approach. Biopsychosocial assessment.

Corresponding author: Joan Farré Rodríguez, joan.farre@salutsantjoan.cat

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico fue definido por el *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) como un «dolor no cíclico de al menos seis meses de duración, localizado en la pelvis anatómica, zona lumbosacra, nalgas, pared abdominal anterior o por debajo del ombligo, lo suficientemente severo para causar una incapacidad funcional o buscar atención médica»¹. En 2009 la *European Association of Urology* (EAU) lo definió como un dolor percibido en estructuras relacionadas con la pelvis sin distinción de sexo².

Se hace imprescindible una historia clínica exhaustiva y un examen físico completo y sistemático. Con todo, cuando las causas derivan de una afección concreta, puede que sean fáciles de identificar. Pero también es posible que sea la consecuencia de varias patologías simultáneas. Es por este motivo que el dolor pélvico crónico ha de ser considerado como una patología de origen multifactorial en el que las causas pueden ser de origen ginecológico (endometriosis, adenomiosis, enfermedad inflamatoria pélvica, síndrome de ovario poliquístico, congestión pélvica...), de origen urológico (cistitis intersticial, prostatitis crónica), de origen gastrointestinal (síndrome de colon irritable) o de origen musculoesquelético (hipertonía del suelo pélvico, disfunción de la articulación sacroilíaca, fibromialgia...). Su diagnóstico y manejo terapéutico puede suponer un gran reto para el especialista, pues el paciente suele haber consultado a múltiples especialistas antes de ser remitido a una unidad de dolor. Además, frecuentemente se asocia a consecuencias negativas cognitivas, conductuales, sexuales y emocionales. Por todo lo expuesto, es razonable y lógico un abordaje multidisciplinario a fin de ofrecer una terapia lo más multimodal posible para afrontar este complejo síndrome doloroso³.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años con antecedente de síndrome ansioso depresivo en contexto de siete embarazos con tres abortos y fallecimiento en 2014 de una hija a los tres años por malformación congénita. Sin otros antecedentes patológicos de interés que destacar. Antecedentes quirúrgicos de dos cesáreas. En 2017 se diagnosticó de una neoplasia tipo carcinoma escamoso de cérvix *bulky* candidata a tratamiento con

quimioterapia y radioterapia. Previamente se realizó intervención quirúrgica con linfadenectomía paraaórtica retroperitoneal, salpinguectomía bilateral profiláctica y pexia bilateral de los ovarios vía laparoscópica.

Posteriormente se la trató con radioterapia sobre pelvis con una técnica de arcoterapia volumétrica de intensidad modulada (V-MAT) en concomitancia con quimioterapia y después tratamiento con braquiterapia endocavitaria. En seguimiento por el servicio de oncología de nuestro centro, que fue realizando pruebas de imagen con tomografía computarizada y resonancia magnética (RM) por dolor pélvico residual, cuyos resultados informaba dentro de la normalidad sin signos de recidiva. Actualmente libre de enfermedad.

Desde que recibió el tratamiento oncológico desarrolló vestibulodinia, dispareunia, dolor en fosa ilíaca izquierda, dolor lumbar irradiado por extremidad inferior izquierda hasta el pie, con parestesias asociadas. También se instauró incontinencia urinaria progresiva hasta grado III y estreñimiento que precisaba de extracción manual de las heces. La paciente presentó empeoramiento progresivo de dicha clínica, inicialmente en seguimiento por el servicio de oncología y ginecología, con posterior derivación a rehabilitación para fisioterapia de suelo pélvico y al servicio de urología para el tratamiento de la vejiga hiperactiva, la incontinencia urinaria que la obliga a llevar pañal y también por infecciones urinarias de repetición.

Cabe añadir que existía una importante barrera tanto idiomática como cultural debido a que la mujer seguía la religión musulmana, ocasionando esto problemas en la anamnesis de los síntomas que sufría, especialmente en los relacionados con los problemas en la vida íntima de pareja, así como dificultando su exploración física. Todo ello supuso el desarrollo de empeoramiento de su síndrome ansioso-depresivo acompañado de labilidad emocional, seguida y tratada por psico-oncología.

La clínica descrita no mejoró con pauta analgésica convencional y neuromoduladores iniciada por la rehabilitadora, empeorando el dolor tanto con la sedestación como la deambulación, ocasionando limitación funcional que obligó a caminar con soporte de una muleta dado que el dolor lumbar le provocaba una deambulación lateralizada de la columna. Desde el servicio de rehabilitación se le practicó fisioterapia manual y ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico, con mejoría parcial de la clínica, pero persistiendo la limitación en su vida diaria.

Por parte del servicio de urología la valoraron y realizaron instilaciones periódicas con dimetilsulfóxido, mejorando la frecuencia de las infecciones urinarias. Se le propuso cistoscopia y tratamiento quirúrgico por cistocele grado II, que la paciente rechazó por el momento. Actualmente sigue controles con el servicio de urología cada cuatro meses y está pendiente de valoración por el servicio de digestología en relación con su estreñimiento pertinaz.

Por parte del servicio de ginecología se le había practicado en dos ocasiones una infiltración de los nervios pudendos, técnica realizada por referencias anatómicas, seguida de infiltración del introito vaginal con lidocaína 2% y triamcinolona bajo sedación, siendo la primera efectiva, pero de duración limitada, y la segunda infiltración no efectiva. Asimismo, se indicó estudio neurofisiológico, donde no se observaron signos de afectación neuromuscular en la extremidad inferior izquierda, ahora bien, al iniciar el estudio con potenciales evocados en región genital, la paciente presentó una crisis de ansiedad con sensación de muerte, que requirió el traslado a urgencias sin poder acabar el estudio, resultando no concluyente.

La paciente fue derivada a la clínica del dolor, donde se descartó patología lumbosacra que explicase el origen del dolor lumbar y la irradiación mediante la realización de una RM. Para entonces estaba en tratamiento con pregabalina 50-50-100 mg, clonazepam 0,5 mg por la noche, paracetamol e ibuprofeno a demanda. Inicialmente se le ajustó la pauta analgésica quedando como tratamiento farmacológico pregabalina 100-50-100 mg, paracetamol/tramadol 325/37,5 mg cada 12 h, etoricoxib 60 mg cada 24 h. Además, se añadió por parte de psico-oncología duloxetine 30 mg cada 24 h y se aumentó el clonazepam 0,5 mg a cada 8 h por ansiedad.

Se orientó el origen del dolor como neuropatía asociada a nervios pudendos y se realizó por parte de nuestra unidad de clínica del dolor una radiofrecuencia pulsada bilateral de los nervios pudendos, mediante un abordaje transglúteo guiado por escopia, técnica habitual en nuestro centro. La técnica se realizó bajo sedación superficial endovenosa con midazolam 2 mg y habón cutáneo con lidocaína al 2%, colocada la paciente en decúbito prono, con la escopia en proyección anteroposterior a nivel de pelvis con una oblicuidad de 15° ipsilateral para identificar la espina isquiática. Una vez conseguida la visualización deseada se introdujo la aguja electrodo de 10 cm x 5 mm x 22 G (0,7 mm) perpendicularmente en dirección hacia la espina del isquion

y se avanzó lentamente hasta contacto óseo en dicho plano. Tras la comprobación con estimulación sensitiva de la correcta colocación de la cánula de radiofrecuencia pulsada, se realizaron dos ciclos de 120 segundos con una intensidad de 42 voltios y control de temperatura a 42 °C. Se repitió la técnica en el lado contralateral. Al terminar la técnica se administraron 40 mg de triamcinolona en los dos puntos tratados.

En la visita de control de nuestro servicio de consultas externas la paciente explicó clara mejoría clínica después del tratamiento de radiofrecuencia pulsada de los nervios pudendos, tanto al mes como a los tres meses después de este. Refirió mejoría de la calidad de vida, desaparición casi completa de la vestibulodinia y la dispareunia, posibilitándole la sedestación continua. Aun así, no se consiguió una clara reducción del dolor lumbar irradiado a extremidad inferior izquierda, quedando una limitación funcional residual derivada de este. También hubo cierta mejoría del síndrome ansioso depresivo, quedando aún en seguimiento por psiquiatría para ajuste terapéutico. Respecto al tratamiento farmacológico actual, ya no precisa paracetamol ni paracetamol/tramadol, substituido por metamizol 575 mg cada 24 h, manteniéndose pregabalina 100-50-100 mg, etoricoxib 60 mg cada 24 h y también el resto de medicación antidepresiva y ansiolítica.

DISCUSIÓN

Tal como se ha comentado previamente, el dolor pélvico crónico es una patología que puede tener origen en distintos sistemas, y por eso mismo es esencial una anamnesis y una exploración lo más completa posible, así como el uso de los procedimientos diagnósticos adecuados, haciendo especial hincapié en su uso racional. La RM de suelo pélvico y el estudio neurofisiológico también desempeñan un papel imprescindible en el algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico del paciente con dolor perineal crónico severo con sospecha de neuralgia del pudendo⁴. Todos estos datos permiten encuadrar al paciente en una de las siguientes entidades de sospecha clínica: 1) neuralgia del pudendo propiamente dicha, 2) patología anorrectal no detectada y 3) síndrome miofascial puro.

Se debe tener en cuenta que pueden coexistir distintas causas que produzcan simultáneamente este tipo de síndrome doloroso, hecho que nos puede dificultar su diagnóstico diferencial y correcto abordaje

terapéutico, siendo necesario un enfoque multidisciplinario del problema para obtener resultados satisfactorios que sean relevantes para la recuperación funcional de nuestros pacientes.

Nuestro caso afecta a una paciente joven, de 45 años, de origen magrebí y religión musulmana. Estos datos, aunque puedan parecer información superflua, son médicamente relevantes, ya que suponían una importante barrera con nuestra paciente no solo idiomática, sino también cultural, que derivó en un importante retraso tanto diagnóstico como terapéutico, así como en múltiples problemas comunicativos, que afectaron a la paciente en la vivencia de su enfermedad, sobre todo en lo referido a los problemas urogenitales y la implicación de estos en su vida íntima. La paciente tenía problemas para describir las características de su dolor y se mostraba extremadamente reservada en el momento de la anamnesis, particularmente durante la exploración física y en la realización de determinadas pruebas diagnósticas.

Nuestra paciente, partiendo de un pasado particularmente triste, que tal y como hemos descrito en el apartado anterior derivó en un síndrome ansioso-depresivo, precisó terapia farmacológica y psicoconductual, padeció una neoplasia de cérvix tipo *bulky* (variedad de tumores de cérvix a los que habitualmente se les atribuye un peor pronóstico) en 2017, que fue tratada con cirugía profiláctica, radioterapia, quimioterapia y braquiterapia endocavitaria. La paciente quedó libre de enfermedad, siendo negativos todos los controles realizados posteriormente por ginecología de nuestro centro hasta el momento actual. Así mismo, la paciente desarrolló de manera paralela un dolor pélvico progresivo, el cual debido al retraso en su diagnóstico y abordaje llegó a cronificarse. Cuando consultó a su médico de atención primaria, se inició tratamiento analgésico convencional de primer escalón, que dejó de ser efectivo al poco tiempo. Los mecanismos de sensibilización periférica y central se habían activado. Estos fenómenos, la sensibilización central y la sensibilización entre órganos son presentes en la gran mayoría de los pacientes que no responden a la terapia convencional⁵, máxime cuando además se prolongan en el tiempo y se acompañan de un deterioro funcional y psicoemocional. El dolor descrito era de categoría mixta, con un componente tanto mecánico como neuropático, así como un más que probable componente visceral asociado. Era un dolor que empeoraba tanto con la sedestación como con la deambulación, desencadenando una lumbalgia y unas limitaciones funcionales que dificultaron aún más el diagnóstico

diferencial de este. También se acompañó de incontinencia urinaria progresiva, que llegó a ser de grado III, y de infecciones urinarias de repetición, precisando de diversos tratamientos por parte de los servicios de urología y ginecología. Toda la situación empeoró el cuadro ansioso-depresivo ya existente, siendo de aún más difícil el manejo terapéutico global dadas las barreras idiomáticas y culturales que presentaba la paciente, la cual solo dejaba que la explorase su ginecólogo de confianza y era reacia a la realización de las pruebas diagnósticas que supusieran la exposición de su cuerpo.

Cuando la paciente fue derivada a la clínica del dolor de nuestro centro, la situación ya había adquirido una gran complejidad. Conseguimos que se realizase una RM de la zona pélvica y lumbar, con lo que pudimos descartar patología orgánica a nivel lumbosacro que explicase la clínica. También decidimos no repetir el estudio electromiográfico dadas las complicaciones acontecidas durante el intento anterior de realizar dicha prueba, con resultado no concluyente, quedando el estudio incompleto, ya que la paciente desarrolló una crisis ansiosa durante la realización de este debido a que no pudo soportar estar en posición de litotomía durante la exploración.

Con los datos que habíamos podido obtener se orientó el caso como una neuropatía de los nervios pudendos, dado que cumplía varios de los criterios de Nantes⁶, descritos por un comité multidisciplinario en 2006 y que incluyen: 1) dolor en la distribución anatómica del nervio pudendo; 2) agravamiento de los síntomas en sedestación; 3) el dolor no despierta por la noche; 4) ausencia de déficit sensoriales en la exploración clínica, y 5) mejoría del dolor con un bloqueo diagnóstico del pudendo.

Tal como sabemos, los nervios pudendos (Fig. 1)⁷ se originan en el plexo sacro por la fusión de ramas de S2, S3 y S4, entrando en la región glútea acompañados de arteria y vena pudendas internas inferiormente al músculo piramidal. Cada nervio pudendo sale de la pelvis por el agujero ciático mayor y vuelve a entrar a través del agujero ciático menor, tras rodear la espina isquiática, para colocarse en el canal del pudendo o canal de Alcock. Este canal está limitado medial y cranealmente por la fosa isquiorrectal y lateralmente por el músculo obturador interno y el isquion. En el 50% de los casos el nervio forma un tronco único, aunque puede presentarse como dos, tres o incluso cuatro ramos diferenciados.

El nervio se divide a lo largo del canal en sus tres ramos terminales (Fig. 2): 1) nervio rectal inferior, que

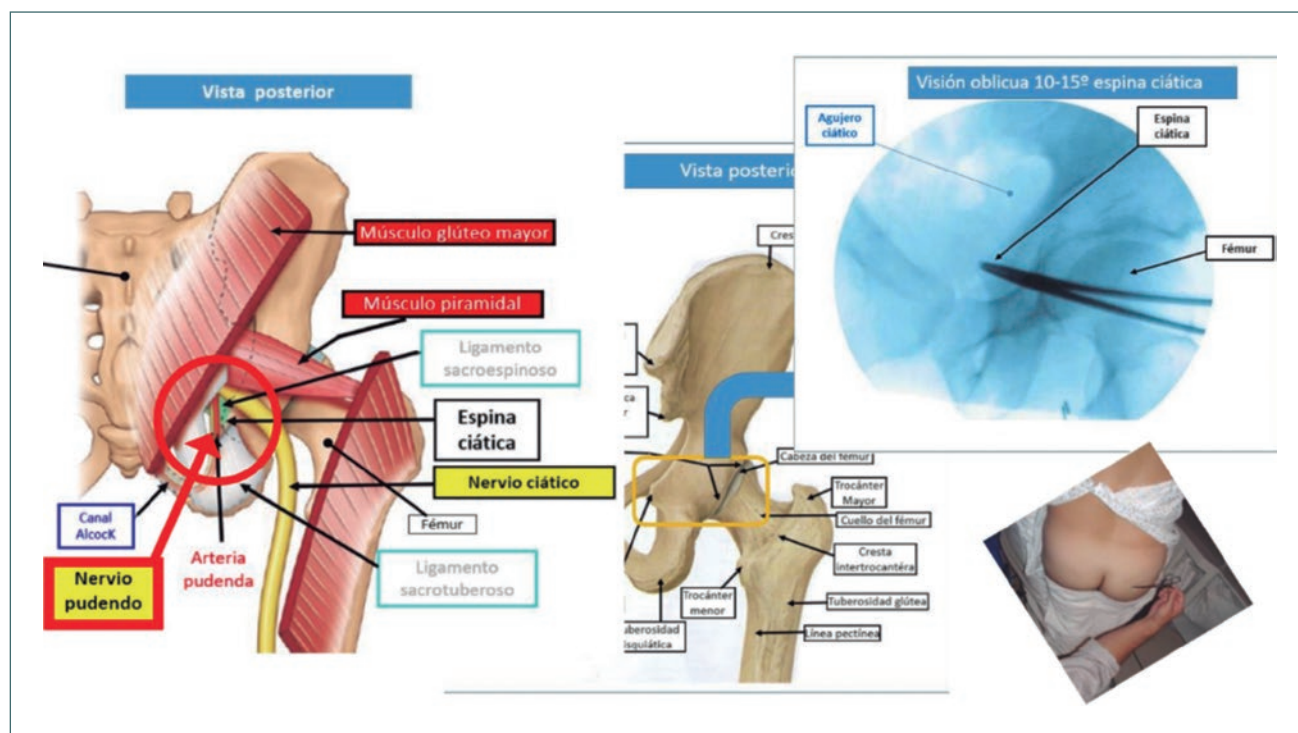


Figura 1. Recuerdo anatómico y visión por escopia del nervio pudendo.

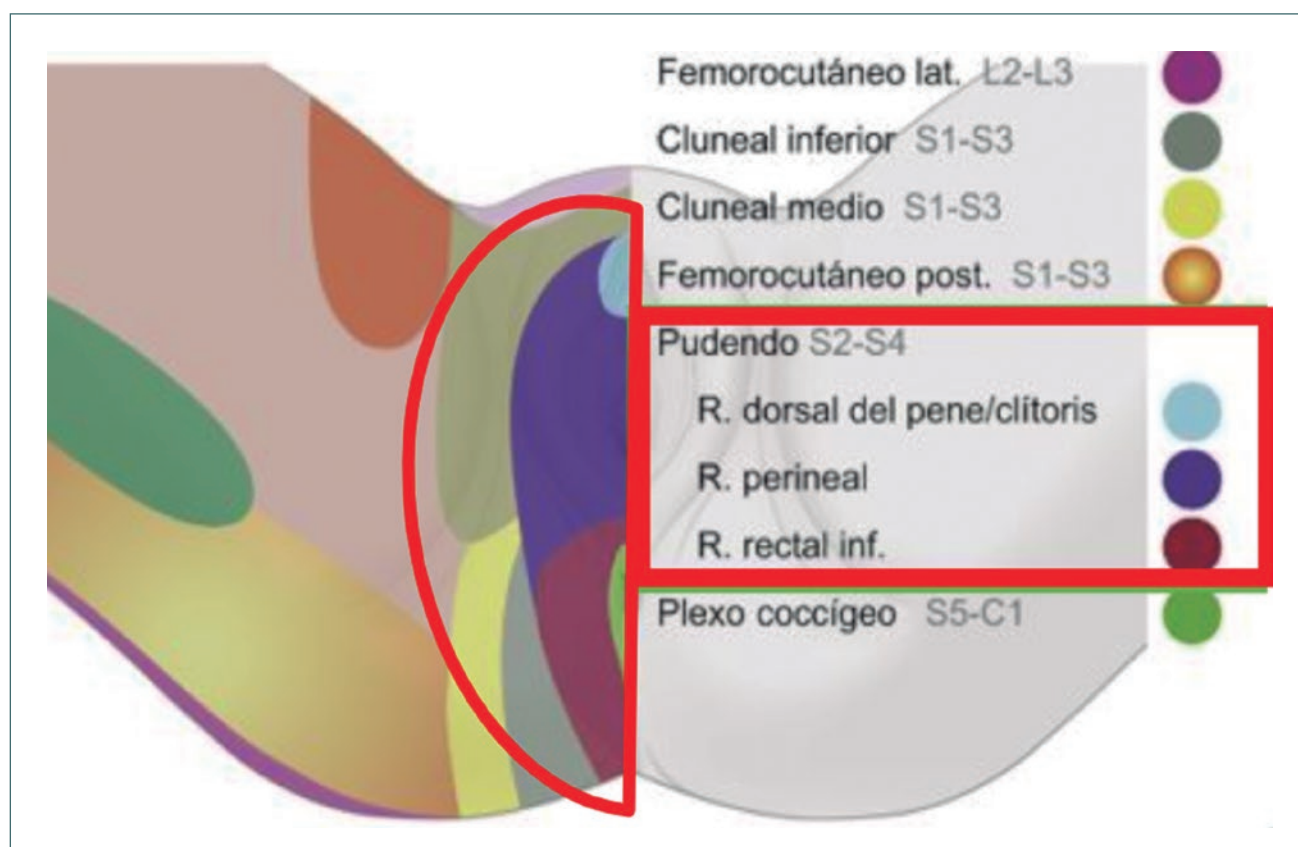


Figura 2. Zonas de inervación del nervio pudendo y sus ramas a nivel superficial.

inerva la región perianal, esfínter anal y elevador del ano; 2) nervio perineal, que inerva la mayor parte del escroto o labios mayores y la mucosa de la uretra y labios menores, así como innervación motora de los músculos isquio-cavernoso, bulboesponjoso, perineal transverso superficial y profundo, y el esfínter de la uretra, y 3) nervio dorsal del pene o del clítoris, que inerva el dorso del pene o del clítoris.

La paciente ya había recibido por parte del servicio de ginecología un primer bloqueo bilateral de los ramos terminales de los nervios pudendos vía transdérmica en posición de litotomía, el cual fue efectivo durante casi dos semanas, mejorando claramente el dolor en la zona perineal, hecho que orientó al diagnóstico de neuralgia del pudendo. Posteriormente, se realizó una segunda infiltración del introito vaginal para descartar molestias puramente locales, esta vez menos eficaz tanto en efecto como en duración. Con la sospecha diagnóstica de neuralgia del pudendo bilateral, se derivó a la paciente a nuestra unidad de dolor, momento en que decidimos realizar la radiofrecuencia pulsada bilateral de los nervios pudendos.

Varios estudios⁸⁻¹⁰ han demostrado que la radiofrecuencia pulsada de nervios pudendos con posterior infiltración de estos es superior a únicamente la infiltración de estos a nivel del control del dolor a la semana, al mes y a los tres meses. También existe mejoría en lo que se refiere al nivel psicológico, donde se ha encontrado una reducción tanto de la ansiedad como de la depresión que está asociada a esta patología, cuantificada mediante cuestionarios realizados durante las visitas de control posteriores.

Nos decantamos por un abordaje transglúteo bilateral guiado por escopia (Fig. 1)¹¹ de los nervios debido tanto a la experiencia de nuestro equipo al realizar dicha técnica como sobre todo a las preferencias de la paciente, ya que esta posición le era mucho más cómoda y le resultaba menos intimidatorio que un abordaje transperineal ecoguiado⁷ y no nos dio problema alguno durante la realización de la técnica. Se realizó la técnica de manera aséptica según nuestro protocolo tal como hemos descrito en el apartado anterior, realizándose dos ciclos de 120 segundos con una intensidad de 42 voltios y control de temperatura a 42 °C a nivel bilateral. Al terminar la técnica se realizó una infiltración con 40 mg de triamcinolona en los dos puntos tratados. La barrera idiomática no fue problema para que la paciente nos ayudase en la localización del estímulo test.

Posteriormente se realizó una visita de control al mes, siendo muy notable la mejoría clínica de la paciente, se podía sentar sin problema y el dolor perineal había

desaparecido casi por completo, mejorando así tanto su capacidad funcional como los problemas en su vida íntima. Anímicamente también se encontraba mejor, aunque seguía bajo tratamiento antidepressivo farmacológico por parte de psiquiatría. También había mejorado su incontinencia urinaria, aún en rehabilitación por parte de ginecología mediante ejercicios de suelo pélvico. Aun así, casi no hubo mejoría por lo que respecta al dolor en extremidad inferior izquierda, el cual seguía irradiando hasta el pie y le daba problemas para caminar con normalidad.

En la visita a los tres meses posteriores a la radiofrecuencia, la paciente aún refería mejoría respecto el estado basal, demostrándose la mayor duración en el tiempo del tratamiento realizado respecto la simple infiltración de los nervios, anímicamente también había mejorado y tras realizar los ejercicios de suelo pélvico la incontinencia urinaria se había reducido en gran medida. Actualmente el mayor reto que nos supone nuestra paciente es conseguir un mejor control del dolor de su extremidad inferior izquierda, que aunque tras un ajuste terapéutico por nuestra parte le resulta mejor tolerado, sigue siendo el objetivo que batir para conseguir una completa recuperación funcional.

COMENTARIOS

El dolor pélvico crónico es una patología compleja que afecta a los pacientes a nivel biopsicosocial y que debe ser abordada de manera multidisciplinaria. La clínica asociada combina tanto afectación física como alteraciones de la vida íntima, dificultando un correcto abordaje de esta, sobre todo en determinadas etnias. Un correcto diagnóstico diferencial y uso de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos serán claves en la obtención de un resultado satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernán Garrido R. Dolor pelviano crónico desde la perspectiva del dolor. *Rev Med Clin Condes*. 2013;24 (2):191-5.
2. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. Williams. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *Eur Urol*. 2010;57(1):35-48.
3. Cid J. Dolor pélvico crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;1:23-39.
4. Avellanal M, Ferreira A, Díaz-Reganon G, Orts A, Gonzalez-Montero L. Neuralgia del pudendo: algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico desde una unidad del dolor. *Prog Obstet Ginecol*. 2015;58: 144-9.
5. Pereira A, Fuentes L, Almoguera B, Chaves P, Vaquero G, Perez-Medina T. Understanding the female physical examination in patients with chronic pelvic and perineal pain. *J Clin Med*. 2022;11(24):7490.

6. 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.
7. 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 Anesthesiol*. 2017;45(3):200-9.
8. Fang H, Zhang J, Yang Y, Ye L, Wang X. Clinical effect and safety of pulsed radiofrequency treatment for pudendal neuralgia: a prospective, randomized controlled clinical trial. *J Pain Res*. 2018;11:2367-74.
9. Krijnen EA, Schweitzer KJ, van Wijck AJM, Withagen MIJ. Pulsed radiofrequency of pudendal nerve for treatment in patients with pudendal neuralgia. A case series with long-term follow-up. *Pain Pract*. 2021;21(6):703-7.
10. Cartagena Sevilla J, Padilla del Rey ML, Vicente Villena JP, García Fernández MR, Díaz-Alejo Marchante C. Nueva técnica de radiofrecuencia pulsada en el tratamiento del dolor pélvico crónico. Presentación de dos casos. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(6):304-8.
11. Castromán P, Ayala W, Beyhaut N. Bloqueo de nervios pudendos guiados por radioscopia: presentación de caso clínico. *Anest Analg Reanim*. 2014;27(2):2.