

Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo

Pudendal nerve entrapment syndrome

Dr. Juan José Noda Miranda,† Dr. Vladimir Díaz Noda

Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el síndrome de atrapamiento del nervio pudendo se caracteriza por dolor vulvar, perineal, trastornos de la incontinencia fecal y urinaria, disfunción sexual y frecuentemente dolor quemante en el talón; se encuentra también dolor clitoridio.

Objetivos: presentar dos casos del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo y su tratamiento conservador (infiltrativo).

Métodos: se describen dos casos con síndrome de atrapamiento del nervio pudendo, la primera de 36 años y 7 años con dolor y la segunda con 38 años y 8 años con dolor en el hospital "Abel Santamaría Cuadrado", durante los años 2007 y 2008.

Resultados: se realizó tratamiento infiltrativo con esteroides en la zona del dolor cada 4-6 sem con cuatro o 6 dosis.

Conclusiones: las pacientes tuvieron mejoría clínica del dolor con el tratamiento infiltrativo.

Palabras clave: nervio pudendo, atrapamiento, lesiones.

ABSTRACT

Introduction: this syndrome is characterized by vulvar, perineal pain, fecal and urinary incontinence, sexual dysfunction, burning pain in the heel and costal ridge; clitoridean pain is also found.

Objectives: to present two cases suffering from Pudendal Nerve Entrapment Syndrome, applying a conservative treatment (infiltration block).

Methods: two cases suffering from Pudendal Nerve Entrapment Syndrome are described in this paper. The first one was 36 years old women with and 7 year-pain and the second one was 38 years old woman with 8 year-pain. Both were treated at Abel Santamaría Cuadrado Teaching General Hospital from 2007 to 2008.

Results: infiltration block with steroids in the pain region every 4-6 week per four or 6 doses was performed.

Conclusion: the patients showed significant clinical improvement of the pain and symptoms disappeared.

Key words: pudendal nerve, entrapment, injures.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP) fue descrito por primera vez por Amarenco y otros en 1987. Entre los síntomas principales el dolor perineal es el más frecuente, que se agrava al sentarse, disminuye o desaparece al estar de pie, habitualmente ausente al acostarse también puede haber disfunción urinaria, disfunción anal y sexual. Tiene características neuropáticas como sensación de hipoestesia, entumecimiento, hormigueo perineal e incluso fuertes descargas eléctricas.

Es por ello que los ginecólogos están obligados a conocer este síndrome, pues más del 70 % se presenta en mujeres, ligado al parto. Las pacientes refieren con gran frecuencia muchos años de padecer esos síntomas lo que hace que visiten a múltiples especialidades médicas sin encontrar el diagnóstico que explique esos padecimientos, no pocas veces son enviadas al psicólogo por pensarse que no tiene causa orgánica y referir síntomas que no se comprenden porque no se piensa en una etiología común. España, Francia y Estados Unidos reportan un 14 % aproximadamente de frecuencia.¹⁻³

Aunque compleja, es necesario conocer la anatomía del nervio pudendo para entender lo que su atrapamiento provoca. Este nervio se origina en los segmentos medulares sacros S₂ S₃ S₄ y presenta tres zonas: primer segmento que se extiende desde su origen hasta la región presacra; segundo segmento se extiende por el canal infrapiriforme, pues el nervio penetra bajo el músculo piriforme y cruza alrededor del extremo final del ligamento sacroespinoso y también entra en contacto con el ligamento sacrotuberoso, lo que implica gran importancia ya que ambos ligamentos se comportan como una pinza que puede comprimirlo y es la causa del atrapamiento. El tercer segmento corresponde al canal pudendo, también conocido como de Alcock. Después de pasar alrededor del ligamento sacroespinoso el nervio pudendo se desplaza bajo el músculo elevador del ano a lo largo de la tuberosidad isquiática, en una vaina de la aponeurosis del músculo obturador interno que forma el canal de Alcock.¹⁻⁵

El nervio pudendo es muy complejo en sus terminaciones. Posee tres ramas terminales:

Primera: nervio rectal inferior; en la mayoría de las pacientes se inicia en el canal de Alcock y sus ramas sensitivas inerva el canal anal, el tercio caudal del recto, la piel de la orquilla vulvar y perineal. Las terminaciones motoras llegan al nivel anal del elevador y el esfínter externo del ano.

Segunda: nervio perineal que emerge a la salida del canal de Alcock y sus ramas sensitivas rodean el tercio inferior de la vagina, la uretra y labios mayores y menores y las ramas motoras llegan al esfínter estriado de la uretra.

Tercera: nervio dorsal del clítoris. Comienza también en la salida del canal de Alcock. Tiene dos ramas, la clitoridia y la pubiana que alcanzan el conducto inguinal. Además el nervio pudendo inerva los músculos bulbo esponjoso, isquiocavernoso, elevador del ano y los transversos superficiales y profundos.¹⁻⁹

Causas de atrapamiento del nervio pudendo

- Profesión, oficio o práctica deportiva que implique permanecer mucho tiempo sentada. Es el caso de ciclistas, en las cuales un sillín inadecuado puede causar una compresión permanente que lleva a la larga a desencadenar un SANP.
- Trauma, incluso de mucho tiempo antes de la aparición de los síntomas.
- Parto vaginal y episiotomía.
- Radioterapia pelviana, que provoque cambios morfológicos y estructurales en los tejidos adyacentes, llevando a comprimir al nervio pudendo (NP).
- Defectos congénitos (óseos, musculares, etc.) que implican atrapamiento.

Se estima que un 30 a 40 % de los partos vaginales se asocia con estiramiento del pudendo; pero se recupera sin dejar secuelas. El riesgo será mayor en los periodos expulsivos prolongados, fórceps y fetos macrosómicos. A su vez si este estiramiento sobrepasa el 12 % de la longitud inicial del nervio se genera daño neurológico definitivo.

Diagnóstico

El dolor es el síntoma más común de consulta y puede presentarse de diferentes formas:

Solo dolor, dolor con síntomas urinarios (vejiga irritable, micción con obstrucción), dolor con defecación dificultosa por obstrucción, dolor con disfunción sexual (dispareunia, persistente excitación), dolor con incontinencias urinarias, anales o ambas.

Al territorio normalmente inervado por el NP, pueden asociarse áreas correspondientes a otros dermatomas (T11-12 y L1), lo que se explica por anastomosis con otros nervios (por ejemplo el fémoro cutáneo posterior, etc.), resultando en áreas de dolor no típico. Signos que caracterizan dolor de origen neuropático:

- Allodinia: estímulo no doloroso que produce dolor. Por ejemplo la suave presión con una mota de algodón.
- Formicación: sensación de insectos caminando en la piel. Generalmente relatan sentir hormigas caminando.
- Hiperalgnesia: respuesta aumentada al estímulo doloroso.

- Cambios cutáneos: entre los signos de expresión de compromiso de fibras autonómicas podemos observar cambios en la piel de la región glútea. Es posible encontrar la piel de aspecto "anserina", "marmórea" o "piel de naranja" (Fig.).



Fig. "Piel de naranja."

Criterios diagnósticos

Se utiliza la certificación de 2 criterios mayores o 1 criterio mayor asociado a 2 criterios menores para hacer el diagnóstico.

A. Criterios mayores

Área dolorosa en el trayecto del nervio o sus ramas:

- Nervio rectal inferior: ano, perineo, 1/3 inferior del recto, nalgas.
- Nervio perineal: labios menores, labios mayores, 1/3 inferior de la vagina, periuretral.
- Nervio dorsal del clítoris: área cutánea del clítoris y sínfisis pubiana.

Infiltración exitosa en el sitio anatómico. Se produce un alivio importante o mejoría en el área afectada al inyectar lidocaína, lo que debe durar por más de 12 h.

B. Criterios menores

- Sensación de dolor neuropático.
- Existencia de una posición dolorosa y/o antiálgica. Por ejemplo aumenta al sentarse y se alivia en decúbito.
- Existencia de un factor etiológico o un evento desencadenante. Por ejemplo, después de un parto, traumatismo, cirugía perineal u otras.
- Ausencia de otra causa que explique el dolor en el área pélvica (afección ginecológica como endometriosis, adenomiosis, etc.).

Examen físico

- Test de Rolling: consiste en desplazar piel y celular subcutáneo desde el ano hacia el pubis, sobre el trayecto de las ramas del nervio pudiendo, al realizar esta maniobra se reproducirá dolor en la zona afectada.

- Compresión del nervio a nivel de la espina isquiática o el canal de Alcock.

Exámenes complementarios

- Eco Doppler de los vasos pelvipereineales.
- Estudios electrofisiológicos:

Estudio de la vía motora (latencia motora distal del nervio pudendo)

Estudio de la vía sensitiva somática

- Umbrales sensoriales.
- Potenciales evocados sensoriales del nervio pudendo.
- Estudio de la vía autonómica (respuesta simpático-cutánea).
- Electromiografía de los músculos dependientes del nervio pudendo (bulbocavernoso, esfínter externo del ano).

Reflejos sacros

Mediante esta técnica medimos el tiempo que tarda en desencadenarse una contracción en el músculo bulbo cavernoso, tras estimular eléctricamente el nervio dorsal del clítoris.

Tratamiento

Como ante cualquier condición patológica se puede decir que el tratamiento ha de ser secuencial y se iniciará por las medidas menos agresivas.

Tratamiento médico

Tratamiento sintomático del dolor: al ser el dolor neuropático el síntoma principal se han utilizado diversos preparados con diferentes grados de respuesta y efectividad. Se utilizan sobre todo los antidepresivos, entre ellos la amitriptilina, los anticomiciales de última generación como la gabapentina o la pregabalina. También se manejan los anestésicos locales tópicos como la lidocaína al 5 % en gel. La amitriptilina suele ser el fármaco de primera elección, ya que ha sido el más utilizado y el que ha obtenido mejores resultados. Las benzodiazepinas son usadas en el tratamiento del dolor miofascial y en el SANP. La más útil es el clonazepam.

Tratamiento con infiltraciones corticoides: las infiltraciones perineurales con corticoides y lidocaína/bupivacaína, en el espacio interligamentoso y en el canal de Alcock, bajo fluoroscopia o tomografía axial computarizada, llevan a mejorar los síntomas de forma notable en muchos casos, relajan los esfínteres hipertónicos, suprimen síntomas vesicales y normalizan la disfunción sexual.

Tratamiento fisioterápico: es útil en las contracturas alargadas en el tiempo con el consiguiente acortamiento muscular que llevaría a una lesión del paquete vásculo-nervioso.

Tratamiento con aguja seca o infiltraciones locales de lidocaína: para la desactivación de los puntos gatillo de los músculos afectados del suelo pélvico, que permitirán la liberación de los puntos gatillo y la disminución de la sintomatología.

Tratamiento quirúrgico

Tiene por objetivo lograr la descompresión del nervio pudiendo. Las diferentes vías de abordaje quirúrgico pueden ser la transperineal, transglútea y transisquiorectal para hombres o transvaginal en la mujer.

La literatura revisada plantea que los resultados de los tratamientos tanto conservadores como quirúrgicos son más que aceptables, pero siempre debemos comenzar por el menos invasivo.

El presente trabajo tiene como objetivo fundamental, ofrecer la experiencia de este grupo de trabajo y presentar dos casos que aquejados por una afección descrita hace solo dos décadas atrás, y que en muchas ocasiones no se tiene en consideración para su diagnóstico.

PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

El primer caso, MGV cubana de 37 años con historia de un parto eutócico hace 7 años y dehiscencia de la episiorrafia 48 h después con reconstrucción inmediata y una evolución puerperal normal. Aproximadamente un año después comienza a sentir dolor en el tercio medio del labio mayor derecho que remitía espontáneamente para aparecer periódicamente. Este dolor desaparecía al decúbito. Comienza a sentir dolor con intensa ardentía en el talón derecho que le limitaba la marcha y que al igual que el dolor del labio derecho remitía y se volvía a presentar periódicamente. En los citados siete años consultó a varios ginecólogos que con los tratamientos recomendados, no mejoraron la sintomatología por lo que al no diagnosticar una afección orgánica, la remiten al psicólogo.

Fue llamativa la posición que adoptaba al sentarse en la silla de la consulta. Tenía rayos x y tomografía axial computarizada con resultados negativos. El examen físico ginecológico: útero, anejos, cérvix y fondos de sacos normales. Cuando se explora la fosa isquiorrectal a 1 cm por detrás de la espina ciática aparecen los dolores citados, aunque en menor intensidad. Con el interrogatorio y los datos que aporta la historia del dolor, más el examen físico llegamos al diagnóstico de síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Se le explicó este criterio y se aconsejó el tratamiento con esteroides de depósito inyectado en la fosa isquiorectal. A los 8-9 días de la primera dosis ya comenzó a no sentir los dolores del labio mayor y talón. Se le indicó una inyección cada 4-6 sem de 4 a 6 dosis. En el seguimiento por 4 meses se constató su mejoría al no presentar los molestos síntomas.

El segundo caso, MTG, boliviana, de 36 años con historia de un parto distócico con más de 24 h de trabajo de parto que terminó con una aplicación de fórceps para el nacimiento de un recién nacido de 4 545 g. Meses después consulta al ginecólogo por molestias vaginales y le diagnostica rectocistocele que resolvió con tratamiento quirúrgico. Cerca de un año después del parto comienza a sentir dolor en cara interna del labio mayor derecho (tercio medio) y molestias periclitorídeas. Además dolor con ardentía en el talón derecho y posteriormente dolor en el borde costal derecho. Esta sintomatología lleva 8 años de evolución a pesar de múltiples

consultas a ginecólogos y otras especialidades en Bolivia y otros países, con rayos x y tomografía axial computarizada de pelvis normales. Al igual que la primera paciente llamó la atención la postura al estar sentada en la silla de la consulta tratando de evitar (según ella) el dolor pélvico.

El examen ginecológico mostró un útero en anteversión de caracteres normales, anejos no patológicos, fondos sacos libres y cérvix de múltipara epitelizado y ligeramente engrosado, secreción vaginal escasa y de aspecto normal. La presión en la fosa isquiorrectal derecha reprodujo dolor en el labio y clítoris no intenso. Con los datos aportados por la paciente, su historia obstétrica y el examen físico llegamos al diagnóstico de síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Se le explica a la paciente lo concluido y se recomienda aplicar esteroides de depósito en la fosa isquiorrectal derecha por inyección, lo que fue aceptado. Al igual que la paciente anterior en las primeras 2 semanas ya estaba asintomática y en el seguimiento por 4-5 meses se mantuvo sin dolor.

En ambos casos se obtuvo consentimiento informado de forma verbal explicándoles la enfermedad y los riesgos del tratamiento.

DISCUSIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo, conocido solo hace dos décadas es un hecho real. El diagnóstico se hace muy difícil por los que no lo conocen y las pacientes (como fue en los dos casos presentados) pasan entre 7 y 10 años para que se le haga un diagnóstico correcto, según las series publicadas, este dato es reportado por todos los autores revisados. *Paolo*¹⁰ reporta el estudio de 5 casos tratados con infiltración y obtuvo los mismos resultados que en estos casos y también *Amarenco*¹¹ en su estudio inicial en 1988. *Robert*¹² en estudio controlado randomizado en el 2005 tuvo 71,40 % de mejoría con cirugía de descompresión del nervio pudendo, *Benson*¹³ reporta un 60 % de mejoría. Es una necesidad para todos los que practican Obstetricia y Ginecología conocer la neurofisiología de la pelvis y sobre todo la sintomatología, para que las mujeres que la padezcan lleguen temprano al diagnóstico y por tanto al tratamiento adecuado.

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo aunque de reciente descripción es un hecho innegable que produce dolor que afecta la calidad de vida y al parecer no es tan infrecuente, pero poco sospechado o diagnosticado.

La aparición de los molestos síntomas se vincula con más frecuencia al posparto o a intervenciones quirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lema CR, Rica AP. Atrapamiento del nervio pudendo: Un síndrome por conocer. Rev chil obstet Ginecol. [Internet]. 2006 [citado 15 Ene 2012];71(3):[aprox. 8p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Tza Santos F, Salinas J, Zarza D, Gómez Sancha F, Allona Almagro A. Actualización del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: enfoque anatómico-quirúrgico, diagnóstico y terapéutico. Actas Urol Esp . [Internet]. 2010 Jun [citado 15 Ene 2012];34(6):[aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000600003&lng=es
3. Itza Santos F. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: etiología, mecanismos síntomas, diagnósticos y manejo. [Internet]. Madrid; 2007. [citado [citado 15 Ene 2012]]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos69/sindrome-atrapamiento-nervio-pudendo-sintomas/sindrome-atrapamiento-nervio-pudendo-sintomas2.shtml>
4. Gómez C, Hurvitz M. Neuralgia del nervio pudendo. Rev Asoc Coloproct del Sur. [Internet]. 2011 [citado 15 Ene 2012];6(2):[aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.acosur.com.ar/Revista/archivos/v6n2/atrapamientodelpudendo.pdf>
5. Itza-Santos F, Zarza-Luciáñez D, Salinas J, Gómez-Sancha F, Bhathal-Guede H. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Revista de Neurología. [Internet]. 2010 [citado 15 Ene 2012];50(3). Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2008639>
6. Neuralgia del pudendo: AEAP-NP. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. [Internet]. Asociación Española de Algias Perineales y Neuralgias Pudendas; 2011. [actualizado 5 Ene 2012; citado 15 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.aeap-np.org/dolor-perineal/sindrome-del-atrapamiento-del-nervio-pudendo/>
7. Itza Santos F. Diagnóstico del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: aspectos clínicos y neurofisiológicos. [Internet]. Madrid; 2007 [citado 15 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos68/sindrome-atrapamiento-nervio-pudendo/sindrome-atrapamiento-nervio-pudendo2.shtml>
8. Neurología.com. Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo: entidad clínica relativamente frecuente y a menudo infradiagnosticada. [Internet]. España, Barcelona; 2010. [actualizado 10 Mar 2012; citado 13 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=2068>
9. Contreras Vargas VM. Músculos de la pelvis. [Internet]. Slideshare; 2009 [citado 15 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/vicman2656/msculos-de-la-pelvis>
10. Paolo Ricci A, Rodrigo Lema C, Vicente Solà D, Alex Wash F, Jack Pardo S. Infiltración del nervio pudendo guiada por Tomografía axial computada, por vía transglútea: Terapia frente al dolor ocasionado por neuralgia del nervio pudendo. Rev chil obstet ginecol. 2009;74(2):94-101.
11. Amarenco G, Lanoe Y, Ghnassia RT, Goudal H, Perrigot M. Alcock 's canal syndrome and perineal neuralgia. Rev Neurol (Paris). 1988;144(8-9):523-6.

12. Robert R, Labat JJ, Bensignor M, Glemain P, Deschamps C, Raoul S, et al. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. Eur Urol. 2005;47(3):403-8.
13. Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(5):1663-8.

Recibido: 15 de enero de 2013.

Aprobado: 30 de enero de 2013.

Juan José Noda Miranda. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado".
Km 89 Carretera Central, Pinar del Río, Cuba. Correos electrónicos:
jjnoda@princesa.pri.sld.cu , noda@princesa.pri.sld.cu