

Excitación sexual permanente y síndrome doloroso pelviano por lesión del nervio pudendo poshisterectomía

Permanent sexual arousal and pelvic pain syndrome by pudental nerve injury after hysterectomy

MSc. Ivón Ernand Thames, Dr. Alberto Roque Guerra, Dra. Yamira Puentes Rodríguez, MSc. Pedro Pablo Valle Artiz, Dr. Lázaro Hernández Coterón

Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el síndrome de atrapamiento del nervio pudendo fue descrito por Gérard Amarengo en 1987. Obedece a múltiples causas y tiene como denominador común la presencia de dolor neurítico genital, perineal y anal, acompañado de forma variable por síntomas de la esfera sexual, urinaria o defecatoria. Es poco conocido en el ámbito clínico y se confunde frecuentemente con otras entidades.

Objetivo: sensibilizar a los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo y su impacto en la calidad de la vida y la sexualidad.

Métodos: se aplicó el método clínico mediante la realización de una anamnesis detallada y un examen físico exhaustivo, con énfasis en el suelo pélvico, además de la realización de exámenes complementarios. Se realizó una búsqueda bibliográfica especializada.

Resultados: la anamnesis y el examen físico conllevaron al diagnóstico presuntivo de lesión del nervio pudendo. Se evidenció la presencia de lesión bilateral del nervio pudendo mediante estudios electrofisiológicos.

Conclusiones: el caso que se presenta muestra lesión bilateral del nervio pudendo secundaria a la realización de una histerectomía. Se documenta la aparición de dolor neuropático que genera un aparente aumento del deseo sexual con un incremento de la actividad sexual en una mujer posmenopáusica. Se destaca la necesidad de prevenir las lesiones del nervio durante las cirugías pélvicas y su impacto en la sexualidad.

Palabras clave: histerectomía, nervio pudendo, neuralgia pudenda, dolor pélvico, sexualidad.

ABSTRACT

Introduction: the Pudendal Nerve Entrapment Syndrome was described for the first time by Gérard Amarengo in 1987. It is caused by several etiologies and is characterized by neuritic pain located in the genital, perineal, and anal areas. Sexual, urinary and fecal dysfunctions could accompany the pain. It is often misdiagnosed in the clinical setting.

Objective: to sensitize the health care provider on the diagnosis and treatment of the Pudendal Nerve Entrapment Syndrome and its impact on sexual health.

Methods: The clinical method was applied by performing a detailed history and a thorough physical examination, with emphasis on the pelvic floor, in addition to further examination. A specialized literature review was conducted.

Results: the history and physical examination entailed the presumptive diagnosis of pudendal nerve injury. This study revealed the presence of bilateral pudendal nerve injury by electrophysiological studies.

Conclusiones: this case shows bilateral pudendal nerve injury, after performing a hysterectomy. The development of neuropathic pain generating an apparent increase in sexual desire with increased sexual activity in a postmenopausal woman is documented. The need to prevent nerve injury during pelvic surgery and its impact on sexuality is highlighted.

Key words: hysterectomy, pudendal nerve, pudendal neuralgia, pelvic pain, sexuality.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP) fue descrito por primera vez por Gérard Amarengo en 1987, quien lo denominó inicialmente síndrome de la parálisis perineal del ciclista, al documentarlo en una lesión sufrida por un joven que practicaba ese deporte.¹

El SANP se caracteriza por la presencia de dolor neuropático en el área genital, perineal y anal, que se localiza unilateral o bilateralmente y puede acompañarse o no de trastornos sexuales, miccionales o defecatorios, así como por cambios tróficos en el dermatoma inervado por el nervio pudendo. Las manifestaciones clínicas dependen del segmento del nervio involucrado en la lesión.²⁻⁵

A pesar de que las lesiones del nervio pudendo no siempre son causadas por atrapamiento, este ha sido el término acuñado por la literatura médica para describir el dolor pelviano crónico secundario al daño del mencionado nervio. Sus causas son múltiples y heterogéneas. Las cirugías pelvianas, vaginales y el parto (instrumentado y la episiotomía) se identifican dentro de la etiología del SANP en la práctica clínica. También se describen los traumatismos, algunas profesiones, la radioterapia pelviana, la constipación crónica y los defectos congénitos.²⁻⁵

Su epidemiología no se precisa con claridad. Es una entidad poco conocida por la comunidad médica, a pesar de que las y los pacientes visitan a múltiples profesionales de la salud antes de que se realice el diagnóstico. Se describe en algunas series que los pacientes afectados con SANP visitan de 10 a 30 médicos en un lapso de tiempo de uno a quince años (4 años como promedio), desde el comienzo de las manifestaciones clínicas hasta la realización del diagnóstico.⁶

La importancia del nervio pudendo en la respuesta sexual humana, conlleva a que la lesión neural tenga un impacto negativo en la salud sexual y como consecuencia en la calidad de vida de las personas. Adicionalmente, la pobre atención que el personal médico dispensa a la salud sexual, ante la prioridad de diagnosticar y tratar las manifestaciones urinarias y digestivas, contribuyen al bajo índice de sospecha diagnóstica o a su identificación tardía.

Mediante la presentación de este caso los autores pretenden sensibilizar a los profesionales de la salud en el diagnóstico y tratamiento del dolor pelviano por lesión del nervio pudendo, la importancia de reconocer las lesiones iatrógenas del nervio y su prevención, además de considerar la salud sexual como un componente importante de la salud física y mental.

MÉTODOS

Se aplicó el método clínico mediante la realización de una anamnesis detallada y un examen físico exhaustivo, con énfasis en el suelo pélvico, además de la realización de exámenes complementarios que permitieron confirmar el diagnóstico presuntivo.

Se identificaron las palabras clave con los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS y MESH), que conllevó a realizar una búsqueda bibliográfica especializada, fundamentalmente de los últimos cinco años, mediante los gestores de información de salud en Internet: EBSCO, MEDLINE y PubMed. También se utilizó el gestor de búsqueda de publicaciones a texto completo regional, SCIELO.

Se llevó cabo el proceso de consentimiento informado, registrado por escrito en Consejo Científico del CENESEX. La paciente conoció sobre el propósito e importancia de la publicación de su caso, su derecho al respeto a la confidencialidad y a poder revocar el consentimiento hasta que el artículo fuese aceptado para su publicación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 68 años de edad, de género femenino, peluquera, viuda, con un hijo de 45 años, antecedentes de hipertensión arterial, que presentó la menopausia a los 43 años. Acude a consulta por "sensación de roce y calor en la vulva" y "mucho deseo sexual".

En 2007 se realizó histerectomía abdominal con doble anexectomía por quiste de ovario derecho, que le provocaba profuso sangramiento vaginal. Al día siguiente del posoperatorio comenzó a sentir sensación de roce y calor en la vulva y en el clítoris. Al inicio los síntomas no eran constantes y eran más intensos en el decúbito.

Después de recuperarse totalmente de la cirugía sintió un incremento del deseo sexual en comparación a la frecuencia e intensidad experimentada antes de la cirugía que acompañaba a las manifestaciones disestésicas en la vulva y el clítoris. El deseo era comparativamente más intenso que antes de la cirugía. Las relaciones sexuales con su esposo aliviaban los síntomas, pero no completamente. Por tal motivo, aumentó la frecuencia de las relaciones sexuales y se masturbaba a escondidas del esposo con lo cual tampoco lograba alivio.

En el año previo al diagnóstico notó agravamiento de los síntomas, que aparecían además cuando se sentaba, acompañados de aumento de la sensación quemante en toda la vulva y el periné y solamente se aliviaba en bipedestación. Se sentía "muy alterada", razón por la que fue evaluada por psiquiatría en dos ocasiones. Al no documentarse alteraciones en la esfera mental, fue valorada por anestesiología, endocrinología, ginecología y neurología sin arribar a conclusiones diagnósticas.

En la consulta de Atención a la Mujer de Edad Mediana del Centro Nacional de Educación Sexual se interpreta como un aumento del deseo sexual. El examen ginecológico fue normal y sus mamas y genitales mostraban signos correspondientes a una edad menor que la edad cronológica de la paciente, sobre todo, con el antecedente de una menopausia a los 43 años. Se recibieron resultados de estudios hormonales que no se correspondían con su edad cronológica (niveles séricos de estradiol y gonadotropinas compatibles con edad de 40 años).

En discusión multidisciplinaria, realizada por el equipo de salud sexual del CENESEX, se plantea como hipótesis diagnóstica una mononeuropatía del nervio pudendo por lesión iatrógena durante la histerectomía con doble anexectomía. Se realizó nuevo examen físico neurológico, específicamente del suelo pélvico, y no se detectaron alteraciones de la sensibilidad superficial en el territorio de inervación del nervio pudendo. El test de la pinza rodante (desplazamiento compresivo de pliegue cutáneo y tejido celular subcutáneo desde la emergencia del nervio pudendo en la espina isquiática hasta el pubis) reprodujo el dolor neuropático en el territorio de inervación del nervio pudendo (Fig.).



Fig. Test de la pinza rodante (rolling skin test).

Se realizaron estudios electrofisiológicos del nervio pudendo, específicamente potenciales evocados y somatosensoriales, en los que se documentó la presencia de reflejos sacros patológicos (vía dorsal del clítoris y perineal), eferencia motora comprometida y reflejo anal alterado, con irritación de vías motoras. La electromiografía muestra retraso de los tiempos de conducción de las vías motoras pudendas por posible daño mielínico de su tronco común.

Estudios hormonales:

- Determinación de estradiol (E2): 25,82 pg/mL
- LH: 33,34 mIU/mL
- FSH: 68,3UI/mL
- Prolactina: 113 mUI/mL
- T4: 93, 6 nmol/L
- TSH: 0, 93 UI /mL
- PRL: 105 mU/L
- Testosterona: 2,8 nmol/L

Estudios imagenológicos:

U.S de glándulas suprarrenales y ginecológico: normal.

U.S intravaginal: normal.

TAC de columna lumbosacra: sin alteraciones.

DISCUSIÓN

El dolor de carácter neuropático en la región del clítoris, la vulva, el perineo y el ano es el síntoma fundamental que orienta a pensar en el síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP). Sus características semiográficas son: la intensidad variable, la evolución de forma continua o a forma de descargas, el carácter quemante, urente, percibido en ocasiones como "una descarga eléctrica", como la sensación de insectos caminando en la piel (formicación), el alivio en la posición bípeda, acostada o al sentarse en el inodoro y el empeoramiento al sentarse sobre una superficie plana.⁷

A la exploración física pueden detectarse alteraciones de la sensibilidad objetiva, con o sin cambios tróficos de la piel, correspondientes con el territorio de la inervación del nervio pudendo. Es posible documentar una piel de aspecto anserino (*piel de gallina*), marmóreo o de *piel de naranja* a la exploración física. La inflamación, la hipoalgesia, la hiperalgesia, la alodinia (estímulo no doloroso que produce dolor) y la metestesia (respuesta prolongada al estímulo) son también alteraciones indicativas de lesión neural.⁷

El caso que se presenta muestra una semiografía de un dolor típicamente neuropático con afectaciones en la esfera sexual que se interpretaba por la paciente como "aumento del deseo sexual". La evolución ulterior del dolor hace pensar que más que un aumento del deseo sexual, la irritación neural le producía una excitación sexual persistente, que buscaba ser aliviada mediante el coito. Se detectaron además niveles séricos de testosterona ligeramente elevados, de acuerdo a lo esperado en la mujer posmenopáusica. La probable aromatización en tejidos periféricos de estos andrógenos a estrógenos pudiera explicar la pobre involución de los caracteres sexuales secundarios (características de la areola, distribución del vello pubiano y aspecto de los genitales) de acuerdo a su edad.

La paciente no mostró otras manifestaciones que pueden acompañar al dolor neuropático por lesión del nervio pudendo. En la literatura revisada se describen otras afectaciones de la esfera sexual, como la dispareunia, la anorgasmia y la disfunción eréctil en el hombre. También se puede acompañar de forma variable de síntomas urinarios: vejiga irritable, obstrucción o incontinencia urinarias, y digestivas: constipación o incontinencia fecales.⁶⁻⁹

Otro aspecto crucial para el diagnóstico se obtuvo a través de un detallado cronopatograma. Los criterios de Nantes¹⁰ se utilizan con frecuencia como guía para el diagnóstico:

- Dolor en el territorio anatómico del nervio pudendo.
- Dolor que empeora al sentarse.
- Dolor que no despierta al paciente durante el sueño.
- Ausencia de trastornos sensitivos objetivos al examen físico.
- Alivio del dolor mediante bloqueo del nervio pudendo.

Aunque no existe consenso basado en la evidencia sobre la utilidad de aplicar los mencionados criterios de forma combinada, se han descrito la presencia de un criterio mayor y dos criterios menores o de dos criterios menores como herramienta orientadora para el diagnóstico:

Criterios mayores:

- Área dolorosa en terminación del nervio pudendo.
- Reproducción del dolor al presionar tronco del nervio pudendo.
- Mejoría de al menos 12 h tras inyección de lidocaína en lugares anatómicos concretos del recorrido del nervio pudendo.

Criterios menores:

- Dolor neuropático.
- Existencia de una posición dolorosa y/o antálgica (empeora al sentarse, mejora al acostarse).

- Existencia de factor etiológico: trauma, cirugía, parto, caída, deporte, etcétera.
- Ausencia de otra causa de dolor en área pélvica.^{3,7}

El presente caso presentaba reproducción del dolor en terminación del nervio pudiendo como criterio mayor y todos los criterios menores anteriormente expuestos. La aparición de las manifestaciones clínicas a la mañana siguiente del posoperatorio inmediato hizo pensar en una relación causa-efecto relacionada con la histerectomía con doble anexectomía.

Las lesiones del nervio pudiendo que con más frecuencia se producen en la cirugía pélvica y específicamente durante la histerectomía por vía abdominal, ocurren por estiramientos o compresión del nervio en la manipulación del útero durante la disección pararectal o al seccionar los ligamentos uterosacro.^{4,11}

Resulta conveniente repasar brevemente la anatomía del nervio pudiendo, de manera que pueda ser útil para evitar su lesión durante la cirugía, además de servir de herramienta diagnóstica y terapéutica en el abordaje del SANP. A pesar de las diferentes variantes anatómicas, de manera general el nervio pudiendo cursa a través de cuatro segmentos desde su emergencia en las regiones medulares S2, S3 y S4 hasta sus ramas terminales:

- Primero segmento (presacro): desde su emergencia en segmentos sacros hasta la región infrapiriforme.
- Segundo segmento (infrapiriforme): desde su emergencia se dirige a la región glútea, por detrás del músculo piriforme hasta la brecha formada por los ligamentos sacrotuberoso y supraespinoso. Este es el sitio donde se producen las principales lesiones por atrapamiento, resultante del efecto de pinza de ambos ligamentos sobre el nervio pudiendo.
- Tercer segmento (canal del Alcock): también conocido como canal pudiendo, formado por la trayectoria del nervio por debajo del músculo elevador del ano, a lo largo de la tuberosidad isquiática en una vaina de la aponeurosis del músculo obturador interno. Este canal tiene gran importancia por la posibilidad de acceder desde el punto de vista quirúrgico al nervio.
- Cuarto segmento (ramas terminales del nervio): nervio rectal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del clítoris/pene.¹²

Aunque el diagnóstico del SANP es clínico, es posible realizar exámenes complementarios. Dentro de ellos se destacan el ecodoppler de los vasos pelvipereineales y los estudios electrofisiológicos.

El ecodoppler de los vasos perineales es un examen de aplicación reciente, no invasivo, cuyos resultados en una serie de 96 pacientes ha sido publicada por Mollo y otros, pero que requiere de estudios más amplios para su validación.^{13,14}

Los estudios electrofisiológicos permiten estudiar las vías motoras (presentes en una 20 %), la sensitiva somática (presentes en un 50 %) y la autonómica (presente en un 30 %) del nervio pudiendo, así como la electromiografía de los músculos del suelo pélvico y los reflejos sacros. Los hallazgos de estos exámenes permiten evaluar la severidad y extensión de daño pero no siempre se corresponden con el cuadro clínico.^{15,16} En el presente caso se constata

fundamentalmente lesiones de las vías motoras y alteraciones de los reflejos sacros.

El tratamiento del SANP es médico y quirúrgico. Dentro de las opciones de tratamiento médico están la analgesia con moduladores del dolor y antineuríticos. La amitriptilina es el fármaco de elección, a razón de 25 a 50 mg diarios, en asociación con la gabapentina o pregabalina. También debe recomendarse el uso de plataformas perineales y evitar actividades en posición sentada. La segunda etapa de tratamiento comprende las inyecciones perineurales con corticoides y anestésicos locales, tanto en el canal de Alcock como en el espacio interligamentoso así como la aplicación de tratamiento con fisioterapia. Si estas medidas terapéuticas fallan, se procede a la descompresión del nervio mediante el tratamiento quirúrgico.^{3,17-20}

Se concluye que el SANP debe pensarse en toda paciente con dolor neuropático genital, perineal o anal con afectaciones de la micción, la defecación o de la esfera sexual, sin restar importancia a esta última, como parte integral de la salud. Es importante prevenir las lesiones del nervio pudiendo en las cirugías pelvianas e incluir los elementos de posible afectación de la esfera sexual en el interrogatorio durante el seguimiento posoperatorio, como elementos de la salud sexual que contribuyen a la calidad de vida de las personas.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración prestada por la Dra. C. Daysi Navarro Despaigne y el Dr. Manuel Morais Delgado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Bohrer JC, Chen CCG, Walters MD. Pudendal neuropathy involving the perforating cutaneous nerve after cystocele repair with graft. *Obstetrics And Gynecology*. 2008;112(2 Pt 2):496-8.
3. Itza 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*. 2010;34(6):500-9.
4. Jackson K, Naik R. Pelvic floor dysfunction and radical hysterectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16:354-63.
5. Liberi V, Liberi KH. Pelvic Pain and Pelvic Floor Dysfunction in Male Athletes. *International Journal of Athletic Therapy & Training*. 2011;16(1):8-12.

6. Itza-Santos F, Zarza-Luciáñez D, Salinas J, Gómez-Sancha F, Bathal-Gaude H. Pudendal nerve entrapment syndrome. *Rev Neurol.* 2010;50(3):157-66.
7. Lema CR, Ricci AP. Atrapamiento del nervio pudendo: un síndrome por conocer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006:207-15.
8. Gómez C, Hurvitz M. Neuralgia del nervio pudendo. *Rev Asoc Coloproct del Sur.* 2011;6(2):15-20.
9. Possover M, Forman A. Voiding Dysfunction Associated with Pudendal Nerve Entrapment. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2012;7(4):281-5.
10. Labat J-J, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur J-P, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn.* 2008;27(4):306-10.
11. Komisaruk BR, Frangos E, Whipple B. Hysterectomy improves sexual response? Addressing a crucial omission in the literature. *Journal Of Minimally Invasive Gynecology.* 2011;18(3):288-95.
12. Robert R, Labat JJ, Riant T, Louppe JM, Hamel O. The pudendal nerve: clinical and therapeutic morphogenesis, anatomy, and physiopathology. *Neurochirurgie.* 2009;55(4-5):463-9.
13. Mollo M, Bautrant E, Rossi-Seignert A-K, 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.
14. Beco J, Mouchel J, Mouchel T, Spinosa J-P. Concerns about the use of colour doppler in the diagnosis of pudendal nerve entrapment. *Pain.* 2009;145(1-2): 32-9.
15. Lefaucheur JP, Labat JJ, Amarenco G, Herbaut AG, Prat-Pradal D, Benaim J, et al. What is the place of electroneuromyographic studies in the diagnosis and management of pudendal neuralgia related to entrapment syndrome? *Neurophysiol Clin.* 2007;37(4):223-8.
16. Labat JJ, Delavierre D. Electrophysiological studies of chronic pelvic and perineal pain. *Prog Urol.* 2010;20(12):905-10.
17. Tu FF, Hellman K, Backonja M. Gynecological Management of Neuropathic Pain. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology.* 2011;205(5):435-43.
18. Ricci AP, Lema CR, Solá DV, Wash FA, Pardo SJ. Infiltración del nervio pudendo guiada por tomografía guiada por tomografía axial computada por vía transglútea: terapia frente al dolor ocasionado por neuralgia del nervio del trigémino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009:94-101.
19. Lema CR, Ricci AP. Atrapamiento del nervio pudendo: un síndrome por conocer. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(3):207-15.

20. Adamson GD. Control of chronic pelvic pain. Journal Of Minimally Invasive Gynecology. 2006; 13(6):578-82.

Recibido: 15 de enero de 2013.

Aprobado: 30 de enero de 2013.

Ivón Ernard Thames. Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX). Calle 10 #460, esq. 21. El Vedado, Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba.

Autor para la correspondencia: *Alberto Roque Guerra*. Correo electrónico: aroqueg@infomed.sld.cu