

Bloqueo caudal epidural para el tratamiento del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo

Caudal epidural blockade for treating pudendal nerve entrapment syndrome

Dr. Mario Luis Pérez Rodríguez, Dra. Ariadna García Rodríguez

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

RESUMEN

Introducción: el síndrome de atrapamiento del nervio pudendo es generalmente desconocido y suele ser mal diagnosticado o confundido con otras enfermedades. Lo describió por primera vez Amarencio en 1987. La manifestación clínica clásica es la neuralgia del pudendo, un dolor neuropático del área genital.

Objetivo: describir la evolución clínica satisfactoria de una paciente con dolor neuropático por atrapamiento del nervio pudendo, al realizarle un bloqueo caudal epidural, complementado con tratamiento farmacológico.

Presentación del caso: paciente femenina de 38 años con antecedentes de salud, que después del parto vaginal comenzó a presentar dolor neuropático en región anal y perineal, para el cual recibió varios tratamientos, sin resultados satisfactorios, con una evolución de 5 años. Se realizó bloqueo caudal epidural, bajo conducción ultrasonográfica, hasta situar la punta de la aguja a nivel de S₂, se administró 1 mL de triamcinolona acetónido y 1 mL de bupivacaína al 0,25 %, esto se realizó en tres ocasiones con intervalos de 1 semana, además se medicó por vía oral después del tercer bloqueo, con amitriptilina, gabapentina y baclofeno, por un periodo de 3 meses.

Resultados: la mejoría clínica fue evidente a la semana de iniciado el tratamiento y posterior a la cuarta semana la paciente se encontraba libre de dolor.

Conclusiones: el bloqueo caudal epidural unido al uso de medicamentos por vía oral es efectivo para el tratamiento del SANP.

Palabras clave: bloqueo nervioso, nervio pudendo, neuralgia, síndromes de compresión nerviosa, ultrasonografía.

ABSTRACT

Introduction: pudendal nerve entrapment (PNE) is generally unknown syndrome and usually not well-diagnosed, or it is confused with other illnesses. It was first described by Amarenco in 1987. The classic clinical manifestation is pudendal nerve neuralgia, a neuropathic pain in the genital area.

Objective: present the satisfactory clinical evolution of a female patient with neuropathic pain due to entrapment of her pudendal nerve, after being performed a caudal block, supplemented with pharmacological treatment.

Case report: a 38-year-old healthy female patient who began presenting neuropathic pain in her anal and vaginal areas after natural childbirth. She received several treatments, without satisfactory results in a 5-year evolution. It was decided to perform a caudal block, with ultrasonographic guidance, until locating the needle tip to S2 level. 1 mL of triamcinolone acetonide and 1 mL of bupivacaine 0.25 % were then administered. This was performed in three occasions in one-week intervals; after the third blockade, amitriptyline, gabapentin and baclofen for three months were also prescribed as oral medication.

Results: clinical improvement was evident a week after the treatment was started; and the patient was painless after the fourth week.

Conclusions: caudal block together with oral medications proved effective in PNE treatment.

Keywords: nerve block, pudendal nerve, neuralgia, nerve compression syndromes, ultrasonography.

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del pudendo o síndrome de atrapamiento del nervio pudendo es una entidad dolorosa neuropática, que involucra al dermatoma y a la inervación motora del nervio pudendo. Tiene su origen en cualquier punto de su trayecto desde su emergencia hasta sus ramificaciones terminales. Fue descrito por primera vez en 1987 por Amarenco y cols.¹

El principal motivo de consulta es el dolor en la región perineal, que aparece usualmente al sentarse, se alivia al levantarse y desaparece al acostarse. Tiene características neuropáticas como sensación de hipostesia, entumecimiento, hormigueo perianal e incluso fuertes descargas eléctricas, se asocia a disfunción anal, uretral y sexual en la mayoría de los pacientes.²⁻⁴

Esta es una entidad en la cual pocos profesionales piensan, lo que provoca un largo peregrinaje de los pacientes antes de llegar al diagnóstico correcto e incluso existen casos en los que los hallazgos neurofisiológicos presentan valores dentro de la normalidad lo cual aumenta la dificultad del problema.

El tiempo medio de diagnóstico es de 4 años, con un rango de 1-15 años. Los médicos visitados antes del diagnóstico oscilan entre 10-30. El sexo es un factor importante pues afecta más a las féminas.²

Múltiples son las causas que pueden provocar la florida sintomatología de esta enfermedad:^{5,6}

- Profesión, oficio o práctica deportiva que implique permanecer mucho tiempo sentado.
- Trauma, incluso de mucho tiempo antes de la aparición de los síntomas.
- Parto vaginal y episiotomía.
- Cirugía ginecológica pelviana previa, abdominal o vaginal.
- Radioterapia pelviana, que provoque cambios morfológicos y estructurales en los tejidos adyacentes, llevando a comprimir al nervio pudendo.
- Defectos congénitos (óseos, musculares) que implican atrapamiento.

Constituye objetivo de este artículo presentar la evolución clínica satisfactoria de un paciente con dolor neuropático por atrapamiento del nervio pudendo, al realizarle un bloqueo caudal epidural, complementado con tratamiento farmacológico.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina, raza blanca, de 38 años con antecedentes de salud, que después del parto vaginal comenzó a presentar dolor neuropático en región perineal, caracterizado por sensación de hormigueo, parestesia y en algunas zonas alodinia, asociado a defecación dificultosa y dispareunia. Recibió tratamiento con analgésicos, antiinflamatorios e incluso opioides, sin resultados satisfactorios, con una evolución de 5 años. Al realizar examen físico se constató dolor al comprimir el nervio pudendo a nivel de la espina isquiática, además el *Rolling Test* fue positivo y provoca dolor en la zona perineal. Sin embargo los estudios de electromiografía del suelo pélvico fueron normales, al igual que la Tomografía Axial Computarizada.

Se decide entonces, previa aprobación de la paciente realizar bloqueo caudal epidural bajo sedación y guiado por ultrasonografía, con el objetivo de colocar la punta de la aguja a nivel del segundo segmento sacro (S₂), punto medio del origen del nervio pudendo. La paciente se colocó en decúbito prono y se administró midazolam a razón de 0,1 mg/kg. Una vez sedada y monitorizada, se procedió a realizar el bloqueo caudal epidural con una aguja de Touhy No. 18, hasta colocar su punta a nivel de S₂, logrado esto se administró 1 mL de acetónido de triamcinolona y 1 mL de bupivacaína al 0,25 %.

Después de una hora en decúbito supino, la paciente refirió estar aliviada y a la semana fue evaluada nuevamente y refirió una intensidad del dolor según escala análogo visual de 7 sobre 10 el valor del dolor más intenso, momento este en el que se realizó un segundo bloqueo caudal igual al primero, transcurrida una hora la paciente sintió alivio total del dolor.

Una semana después fue nuevamente vista en consulta, esta vez con mejoría ostensible de sus síntomas, con un valor de 4 según escala análogo visual y se repitió por tercera vez el bloqueo caudal ya descrito. En la consulta realizada una semana después del último bloqueo caudal, la paciente asistió libremente de dolor y se procede entonces a incorporar el tratamiento farmacológico, consistente en amitriptilina (25 mg) con dosis crecientes hasta llegar a 25 mg cada 12 h, gabapentina (300 mg) con dosis crecientes hasta llegar a 300 mg cada 8 h y baclofeno (10 mg) 10 mg cada 8 h, por un periodo de tres meses.

Se mantiene el seguimiento mensual de la paciente por un periodo de tres meses, durante los cuales estuvo libre de dolor. Solo se registró un evento de dismenorrea la cual respondió al tratamiento con medroxiprogesterona y que no desencadenó síntomas neuropáticos perineales en la paciente, los cuales estaban siempre presentes durante el ciclo menstrual.

DISCUSIÓN

El tratamiento del SANP incluye medidas de autocuidado mediante el uso de plataformas perineales y evitar posturas o actividades que desencadenen dolor. Otra alternativa son las terapias de infiltración, muy beneficiosas en la mitad de los pacientes, tratamiento poco invasivo en comparación con los procedimientos quirúrgicos de descompresión, las cuales se realizan en un territorio anatómicamente complejo y con el riesgo que el nuevo proceder provoque áreas de fibrosis y el nervio sea atrapado en ella, lo que reduce su eficacia a solo un tercio de los pacientes operados. Conjuntamente con estas medidas terapéuticas planteadas se emplean fármacos por vía oral como amitriptilina, gabapentina y carbamazepina, con resultados satisfactorios en una parte considerable de los pacientes.^{7,8}

Se decidió entonces realizar un bloqueo caudal epidural guiado por ultrasonografía ubicando la punta de la aguja a nivel de S₂, debido a la anatomía imprecisa del nervio pudiendo, descrita minuciosamente por los anatomistas, y donde los datos electrofisiológicos reflejan que los orígenes de las distintas ramas son diferentes a lo que describe la anatomía, individualizadas en cada paciente. Se conoce con seguridad que su sitio de origen es a nivel de los segmentos sacros S₁, S₂ y S₃, a pesar de que los puntos más propensos a provocar el atrapamiento del nervio son la pinza entre los ligamentos sacrotuberosos y sacroespinoso, el canal de Alcock y el proceso falciforme.²

El resultado satisfactorio en el tratamiento empleado se basa fundamentalmente en la inyección del corticoide y anestésico local, directamente en el sitio de origen del nervio pudiendo, lo cual contribuyó a disminuir la inflamación perineural y los cambios que esta provocó al mismo. Además, el uso de fármacos por vía oral fue el complemento de éxito, en este caso la amitriptilina considerado de elección, pues es el más utilizado y con el que se han obtenido mejores resultados al inhibir la recaptación de noradrenalina y serotonina en los terminales presinápticos, activan de esta forma los sistemas inhibitorios del dolor endógeno en el cerebro que moderan la transmisión del dolor a las células de la médula espinal.²

El otro fármaco empleado fue la gabapentina con resultados beneficiosos ya demostrados en el tratamiento del dolor neuropático,² al ser un agonista del GABA de actividad central y actuar sobre los canales del calcio dependiente de voltaje en la membrana neuronal y alteran la transmisión del impulso doloroso sin afectar en grado importante la corriente del canal del calcio.¹⁰

Se concluye que el bloqueo caudal epidural con corticoides guiado por ultrasonografía, unido al tratamiento farmacológico, constituye una alternativa eficaz en el tratamiento del SANP infrecuentemente diagnosticado y que deteriora considerablemente la calidad de vida de los pacientes afectados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez C, Hurvitz M. Neuralgia del nervio pudendo. Atrapamiento del nervio pudendo. Síndrome doloroso por compresión del nervio pudendo. Rev Asoc Coloproct

del Sur. 2011. En línea. [Citado: 27 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&q=Neuralgia+del+nervio+pudendo&btnG=&lr>

2. 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. En línea. [Citado: 27 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480610001191>

3. Robert R, Prat-Pradal D, Labat JJ. Anatomic basis of chronic perineal pain: role of the pudendal nerve. Surg Radiol Anat. 1998. En línea. [Citado: 27 Marzo 2013]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01628908>

4. Prendergast SA, Weiss JM. Physical therapy and pudendal nerve entrapment. En línea. [Consultado: 27 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&q=Physical+therapy+and+pudendal+nerve+entrapment&btnG=&lr>

5. Rodrigo Lema C, Paolo Ricci A. Atrapamiento del Nervio Pudendo: Un Síndrome por conocer. Rev Chil Obstet Ginecol. En línea. [Citado: 27 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/result.html?cx=002778039995109192455%3Amjmf2dvt3c&cof>

6. Itza F, Zarza D, Serra L, Gómez-Sancha F, Salinas J, Allona-Almagro A. Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico: una patología urológica muy frecuente. Actas Urol Esp. 2010. En línea. [Citado: 27 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480610000732>

7. 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. En línea. [Consultado: 2 marzo 2013]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000200005&script=sci_arttext

8. Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2005 [Citado 27 Dic 2013]; 192(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937805001729>

9. Ramírez Rueda I, López Marina V, Alcolea García RM, Rama Martínez T. Neuropatía pudenda: a propósito de un caso. SEMERGEN. 2009. En línea. [Consultado: 27 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359309722646>

10. Brunton LL, Parker KL, Blumenthal DK, Buxton ILO. Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 11th ed. New York: McGraw-Hill Companies; 2008. p. 321-37.

Recibido: 9 de mayo de 2013.

Aprobado: 12 de junio de 2014.

Dr. Mario Luis Pérez Rodríguez. Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Hospital General Universitario "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río, Cuba.
Correo electrónico: maluis@princesa.pri.sld.cu