



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/932 - ABORDAJE DOLOR CRÓNICO PERIANAL: BLOQUEO de NERVIOS PUDENDOS

L. Flores Garnica¹, L. Penide Villanueva², S. Fernández Crespo³ y C. Martínez López¹

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León.

²Especialista en Anestesiología. Hospital de Valdeorras. O Barco de Valdeorras. Orense. ³Residente de 2º año de Medicina Interna. Centro de Salud Ponferrada III. Ponferrada. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años con dolor crónico perianal vulvovaginal de 12 años de evolución y dispareunia. No presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés. EVA basal 5, con dolor irruptivo EVA 7. DN4 7. Se descartó patología orgánica ginecológico-urológico-traumatología y cirugía. A la exploración dolor neuropático periférico con hiperalgesia en labios mayores y tercio externo de vagina bilateral, alodinia, disestesia. Escala Lanns, DN4 objetiva dolor características neuropáticas con irradiación hacia región clitorídea. Presenta trastorno animo reactivo tipo ansioso depresivo sin tratamiento médico. Recibió tratamiento con paracetamol, pirazolonas y AINE sin resultado.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza exploración ecográfica de suelo pélvica en consulta, descartando síndrome miofascial. RM suelo pélvico, EMG de nervios pudendos, Analítica general con perfil hormonal, reumatológico y sedimento urinario dentro de parámetros de la normalidad.

Orientación diagnóstica: Proponemos bloqueo diagnóstico de ambos nervios pudendos guiado con ecografía en litotomía con anestésico local y corticosteroides (triamcinolona 40 mg en cada nervio pudendo). Se inicio tratamiento con gabapentina en pauta ascendente hasta 900 mg/24h con duloxetina 30 mg/24h e iniciamos fluoxetina y lorazepam.

Diagnóstico diferencial: La paciente refiere gran mejoría a los 45 días tras la realización de la técnica con EVA 3, DN4 4. Continúa con pauta de neuromoduladores con buena tolerancia sin efectos secundarios. Por exclusión diagnosticamos Neuralgia pudenda y planteamos la posibilidad de realizar radiofrecuencia pulsada en nervios pudendos de forma bilateral. Animo estable con gran mejoría en vaginismo/dispareunia y recuperación en gran medida de la disfunción sexual.

Comentario final: El dolor pélvico crónico es una causa frecuente de consulta en mujeres, la mayoría de las veces sin causa aparente lo que condiciona demanda frecuente de asistencia médica por parte de atención primaria y especialidades hospitalarias por lo que es importante reconocer esta entidad e iniciar tratamiento. El tratamiento incluye medidas higiénico dietéticas, fisioterapia, analgésicos, bloqueo de nervios, radiofrecuencia, descompresión nerviosa y estimulación de medula espinal.

Bibliografía

1. Fichtner B, Parras T, Chan V, et al. Ultrasound-Guided Pudendal Nerve Block at the Entrance of the Pudendal (Alcock) Canal: Description of Anatomy and Clinical Technique. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41(2):140-5.
2. Pérez-López F, Hita-Contreras F. Management of pudendal neuralgia. *Climacteric.* 2014;17(6):654-6.

Palabras clave: Dolor pélvico. Bloqueo.