

## Carta científica

# Neurólisis laparoscópica para el tratamiento de la neuralgia del pudendo



## Laparoscopic neurolysis for the pudendal neuralgia treatment

La neuralgia del pudendo (NP) es una entidad crónica, incapacitante e infradiagnosticada.

El diagnóstico no siempre es sencillo, por tratarse la región pélvica de un área de confluencia de numerosos troncos nerviosos. Esta dificultad diagnóstica y el hecho de tratarse de una patología relativamente poco frecuente conducen a un diagnóstico tardío.

Afecta más frecuentemente a mujeres y el tiempo medio para el diagnóstico es de unos 4 años, tras una sucesión de consultas por diferentes especialistas<sup>1</sup>. La *International Pudendal Neuropathy Association* estima una incidencia de 1/100.000, si bien se estima que podría ser sensiblemente superior.

El nervio pudendo se origina a partir de las raíces S2, S3 y S4. Se trata de un nervio motor, autonómico y sensitivo que recoge la sensibilidad de la región perianal y genital, así como la inervación motora de los esfínteres anal y vesical. Da 3 ramas: perineal, rectal y una rama distal que es la dorsal del pene en el hombre y la dorsal del clítoris en la mujer.

La NP es también conocida como síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Se produce por la compresión del pudendo a lo largo de su trayecto y a la salida o entrada de la pelvis por cualquiera de las estructuras osteomusculotendinosas o vasculares que la rodean<sup>2</sup>.

Se puede deber a compresión prolongada (ciclistas o conductores), secundaria a cirugías previas, compresión vascular o por endometriosis. En un 70% el nervio se encuentra atrapado en la pinza que forman el ligamento sacroespinoso y el sacrotuberoso. En un 18% en el canal de Alcock, y en un 10% cuando el nervio cabalga el proceso falciforme del ligamento sacrotuberoso.

La clínica está definida por los criterios de Nantes (tabla 1), que describió Labat en 2008<sup>3</sup>: dolor en la región perineal o perianal que empeora al sentarse, alivia al estar de pie o tumbado y respeta el sueño<sup>1,2</sup>. El bloqueo del pudendo guiado por TC nos da el diagnóstico de certeza<sup>3</sup>.

Los autores presentan su experiencia en la neurólisis del pudendo por laparoscopia, describiendo la técnica y sus resultados.

Una vez confirmado el diagnóstico en nuestra Unidad de Pudendo, los pacientes son tratados mediante fármacos neuromoduladores y radiofrecuencia pulsada intracanal epidural.

En caso de mala respuesta a la radiofrecuencia, se indica la cirugía de liberación del nervio pudendo.

Utilizamos la vía laparoscópica (4 trocares, paciente en Trendelenburg) y se accede a la fosa obturatriz incidiendo el peritoneo entre la vena iliaca común y la arteria umbilical. Se progresa caudalmente identificando el nervio obturador y la vena obturatriz, y rechazando medialmente el tejido linfograsso circundante. Visualizamos el arco miotendinoso y la espina ciática y tras seccionar fibras del músculo coccígeo, se identifica el ligamento sacroespinoso, que se inserta en la espina ciática y se extiende medialmente. Por debajo del ligamento y próximo a la espina, identificaremos el paquete neurovascular del pudendo.

Se secciona el ligamento en su totalidad (fig. 1), hasta alcanzar un tejido graso, que nos indica la entrada en el canal de Alcock y se verifica la movilización del nervio pudendo.

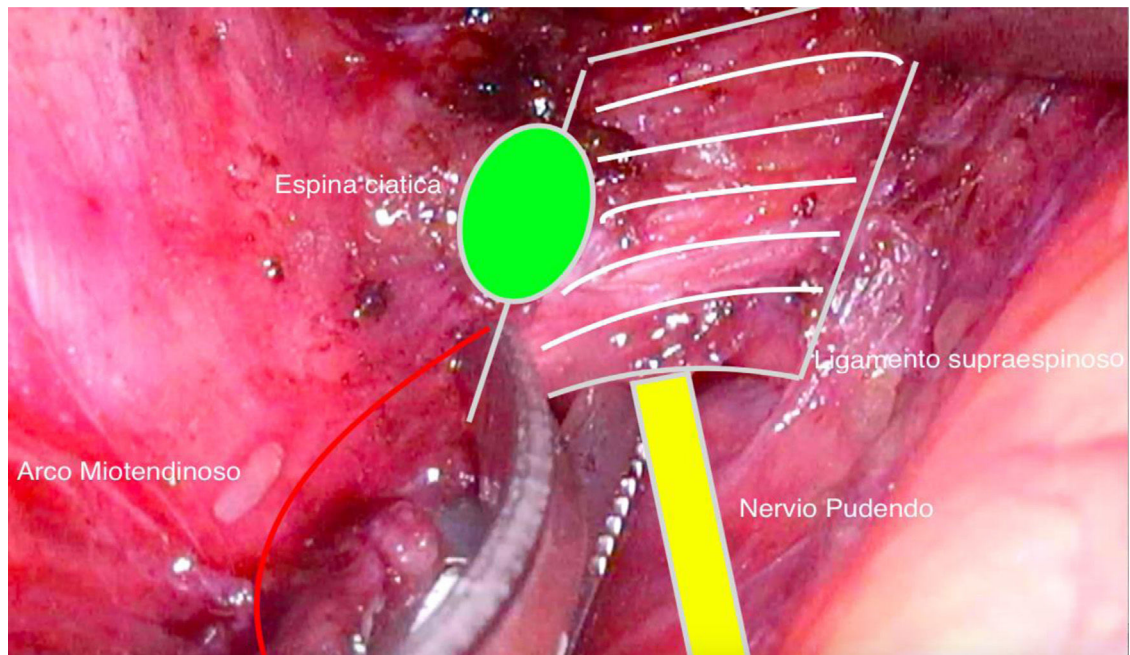
El tratamiento quirúrgico se ha mostrado como el más eficaz y definitivo en el manejo de la NP con dolor intratable.

En la literatura se han publicado al menos 5 accesos.

El acceso transperineal fue descrito por Shafik en 1991<sup>4</sup> y el acceso transvaginal por Bautrant en 2003<sup>5</sup>; ambas técnicas

**Tabla 1 – Criterios mayores de Nantes**

Dolor anal, perianal o vulvar
Dolor que empeora al sentarse
Dolor que se alivia en decúbito y permite el sueño
Dolor sin afectación sensitiva
Dolor que desaparece o mejora tras el bloqueo dirigido del nervio pudendo



**Figura 1 – Sección del ligamento sacroespinoso.**

prácticamente son ciegas y muy personales. Sus autores publican entre un 62% y un 70% de éxito.

El acceso transglúteo fue descrito por Robert; es el único avalado hasta ahora por estudios aleatorizados<sup>6</sup> y tiene una tasa de éxito del 71%. Técnicamente es muy demandante, limita su actuación al pinzamiento ligamentoso y puede presentar como secuela fibrosis con dolor persistente.

El acceso robótico comparte el mismo acceso que el laparoscópico y lo mejora en lo referente a imagen y destreza.

El acceso laparoscópico, descrito por Possover en 2004<sup>7</sup>, permite una visión excelente de los plexos nerviosos, con gran definición y por tanto con la posibilidad de diagnosticar y resolver al mismo tiempo otras causas de compresión neurológica como la endometriosis, fibrosis postoperatorias.

Possover, en una serie de 134 pacientes, obtiene una mejoría en el 83% de los pacientes.

Entre marzo de 2018 y diciembre de 2019 hemos realizado 6 neurólisis de pudendo por acceso laparoscópico a 5 pacientes. A 4 pacientes se les realizó neurólisis unilateral y a una paciente, bilateral en 2 intervenciones independientes. Todas las pacientes eran de sexo femenino y la duración media de su sintomatología era de 4 años (2-8).

El tiempo medio operatorio fue de 65 min (40-80). La estancia postoperatoria fue de entre 24 y 72 h. No tuvimos complicaciones relevantes.

Se midió la intensidad del dolor por escala visual-analógica, antes de la cirugía, en el postoperatorio y a los 6 meses.

En 5 de los 6 procedimientos, las pacientes presentaron una disminución de la intensidad del dolor de al menos el 50%, manteniéndose a los 6 meses.

La neurólisis laparoscópica del pudendo se ha mostrado, en nuestra experiencia, como una técnica mínimamente invasiva, técnicamente factible y segura. Permite una excelente exploración de las estructuras neurológicas de la región presacra y obturatriz, así como una disección precisa del nervio pudendo.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1663-8.
2. Popeney C, Ansell V, Renney K. Pudendal entrapment as an etiology of chronic perineal pain: Diagnosis and treatment. *Neurourol Urodyn.* 2007;26:820-7.
3. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lafaucheur JP, Rigaud J, et al. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn.* 2008;27:306-10.
4. Shafik A. Pudendal canal syndrome as a cause of vulvodynia and its treatment by pudendal nerve decompression. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998;80:215-20.
5. Bautrant E, de Bisschop E, Vaini-Elies V, Massonat J, Aleman I, Buntix J, et al. Modern algorithm for treating pudendal neuralgia: 212 cases and 104 decompressions. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2003;32(8 Pt 1):705-12.
6. Robert R, Labat JJ, Besignor 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;47:403-8.

7. Possover M. Laparoscopic management of endopelvic etiologies of pudendal pain in 134 consecutive patients. *World J Urol.* 2009;181:1732-6.

Enrique Moncada\*, Vincenzo Vigorita,  
Alberto de San Ildefonso y Raquel Sánchez Santos

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [emoniri@telefonica.net](mailto:emoniri@telefonica.net) (E. Moncada).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.07.007>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Tumor calcificante en nidos epitelial-estromal: neoplasia hepática excepcional

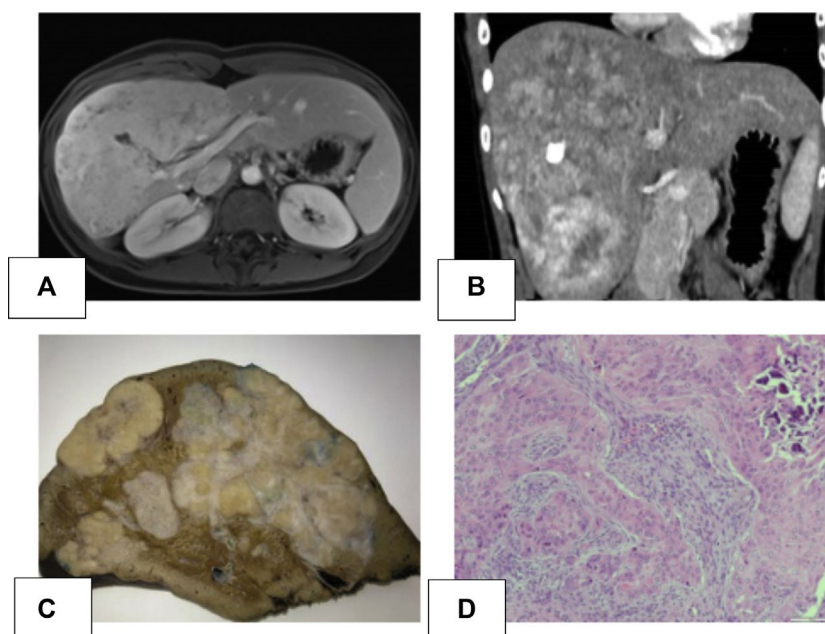


### Calcifying nested stromal-epithelial tumor: a rare hepatic neoplasm

El tumor calcificante en nidos epitelial-estromal (CNSET) es un tumor hepático primario excepcional<sup>1-6</sup>, descrito por primera vez por Ishak en 2001<sup>1,3,4,6</sup>. Sólo 43 casos han sido publicados en la literatura<sup>2-9</sup> (tabla 1). Presenta un curso clínico aparentemente benigno e indolente, atribuible a su bajo potencial maligno<sup>10</sup>. El tratamiento quirúrgico con

márgenes libres suele ofrecer altas tasas de supervivencia a largo plazo<sup>3</sup>.

Presentamos una paciente de 21 años sin antecedentes de interés. Tras analítica de control se evidenció alteración del perfil hepático (gama glutamil transpeptidasa [GGT] 122 UI/L). En la exploración física presentaba hepatomegalia. Se realizó



**Figura 1 – A) Resonancia magnética hepática:** gran masa heterogénea de 11,5 × 10 × 19 cm polilobulada de los segmentos IV, V, VI, VII y VIII con captación hipervascular, sin claro lavado en fase portal y tardía, manteniendo focos no captantes a nivel central, que coincide con la calcificación del TAC. Leve restricción en la difusión. Compatible con carcinoma fibrolamelar. **B) Tomografía axial computarizada abdominal:** gran masa heterogénea hepática de contorno irregular y densidad heterogénea que ocupa los segmentos IV, V, VI, VII y VIII, presenta calcificaciones múltiples. Realce irregular en fase arterial y lavado del contraste en fase portal. **C) Imagen macroscópica:** pieza de hepatectomía de 24 × 17 × 19 cm, con 1.500 g de peso. Ocupada en su práctica totalidad por una tumoración blanquecina nodular de 21 × 13 × 8 cm que contacta con la cápsula hepática y queda alejada del borde de resección parenquimatoso. **D) Imagen microscópica con hematoxilina eosina (aumento 10×):** proliferación de células de tipo epitelioide y fusiforme con formación de material osteoide. Se observan nidos con aspecto epitelial central, rodeados por células de aspecto fusiforme. Área calcificada.