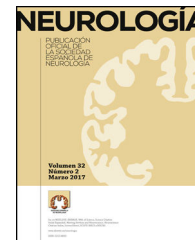




SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUROLOGÍA

NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



CARTAS AL EDITOR

Síndrome del canal de Alcock secundario a infiltración por endometriosis



Alcock canal syndrome secondary to endometrial infiltration

Sr. Editor:

El dolor pélvico crónico hace referencia al dolor de al menos 6 meses de duración, que se produce por debajo del ombligo, y es lo suficientemente grave como para causar discapacidad funcional o requerir tratamiento médico especializado. La lesión de las estructuras anatómicas que atraviesan el canal de Alcock es una causa habitual de dolor perineal, aunque la neuropatía pudenda o el síndrome del canal de Alcock es solo una posibilidad más, ya que la afectación de la porción endopélvica del nervio pudendo o de las raíces nerviosas sacras también pueden inducir dolor perineal o perianal. El síndrome del canal de Alcock fue descrito por primera vez en 1987 en ciclistas varones con disfunción génito-esfinteriana asociada o no con parestesias/hipoestesis perineales y genitales transitorias, secundarias a la compresión prolongada del nervio pudendo a su paso por el canal de Alcock¹.

Presentamos el caso de una mujer de 30 años de edad, sin antecedentes clínicos, ginecológicos o traumáticos relevantes, que inicia dolor espontáneo recurrente localizado en la región perineal y glútea interna del lado izquierdo. La paciente describe el dolor como una sensación de punzadas dolorosas, hormigueo y quemazón, junto con hipersensibilidad localizada que se agrava al tacto de la zona o al sentarse, mejorando al levantarse o tumbarse. La paciente no manifiesta en ningún momento disfunción esfinteriana ni incontinencia, tanto vesical, como anal. El dolor es intenso siempre con el mismo recorrido y distribución anatómica. El dolor persiste durante varios días de forma fluctuante, pero puntualmente siempre reaparece hacia la mitad del ciclo menstrual y con la aparición de la menstruación. En la exploración física que se realiza sobre la zona génito-perineal la paciente describe dolor intenso durante la realización del tacto rectal, que aumenta con la movilización del cuello uterino. En el tacto vaginal se aprecia la presencia de un cordón fibroso muy doloroso a la palpación, localizado en la espina ciática izquierda y que no se detecta en la palpación de la zona contralateral. En la exploración cutánea perineal izquierda la paciente presenta un signo de Tinel positivo acompañado de hiperalgesia cutánea de la zona, sin una clara hipoestesia localizada acompañante, pero con reflejos anal y bulbocavernoso conservados. Ante los síntomas clínicos descritos en

la anamnesis y los hallazgos clínicos detectados en la exploración se realizan pruebas de imagen complementarias para detectar la presencia de lesiones de perfil endometrial como causantes de la sintomatología que describe la paciente. En la evaluación ecográfica ginecológica no se detectan alteraciones estructurales significativas. La paciente reusó la posibilidad de realizar estudio neurofisiológico de la zona afectada por el dolor. No obstante y ante la persistencia clínica de la sintomatología se realiza durante el período menstrual de la paciente una resonancia magnética de la región pélvica con y sin contraste, que logra detectar la presencia de una lesión hemorrágica en la región inferior del muro pélvico, a nivel de la entrada del nervio pudendo izquierdo en el canal de Alcock, compatible con endometriosis (fig. 1).

El nervio pudendo se origina a partir del plexo sacro y abandona la pelvis a través del foramen isquiático mayor, pasando por debajo del ligamento sacroespinoso hasta entrar en el perineo a través del foramen ciático menor, acompañado por su complejo neurovascular. Una vez en la fosa isquioanal, el nervio, la arteria y la vena pudendas atraviesan el canal de Alcock². Una vez atravesado el canal el nervio pudendo se ramifica en 3 ramas terminales (nervio rectal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del clítoris/pene) que poseen fibras motoras, sensitivas y autonómicas, pudiendo dar su compresión una sintomatología clínica en cualquiera de los 3 ámbitos³. La causa más habitual de daño sobre el nervio pudendo es de origen traumático al originar estiramiento, compresión o fibrosis secundaria del nervio. La endometriosis, uno de los trastornos ginecológicos más frecuentes que afectan a millones de mujeres en todo el mundo, se ha descrito como posible causa de radiculopatía sacra⁴. A pesar de que actualmente hay pocas reseñas bibliográficas en la literatura, la afectación secundaria a endometriosis tanto del plexo sacro como de los nervios pudendo y ciático puede ser una causa bastante frecuente de dolor ano-genital y pélvico^{5,6}. La endometriosis aislada del nervio ciático y la endometriosis de las raíces nerviosas del plexo sacro son aparentemente 2 entidades diferentes, con hallazgos clínicos y quirúrgicos distinguibles. La endometriosis aislada del ciático siempre se localiza en la porción suprapiriforme (raíces L5-S1 y S2) y los síntomas asociados son ciatalgia, dolor glúteo, problemas de locomoción (caída del pie), pero nunca disfunción vesical ni dolor en la región pudenda. Por otro lado, la endometriosis de las raíces nerviosas del plexo sacro forma parte sistemática de la infiltración profunda del parametrio, debido a las relaciones anatómicas cercanas, la infiltración del ligamento sacrouterino supone un riesgo para la afectación de las raíces sacras S3 y S4, mientras que la infiltración de los ligamentos cardinales o de la fosa ovárica se correlacionan con afectación de

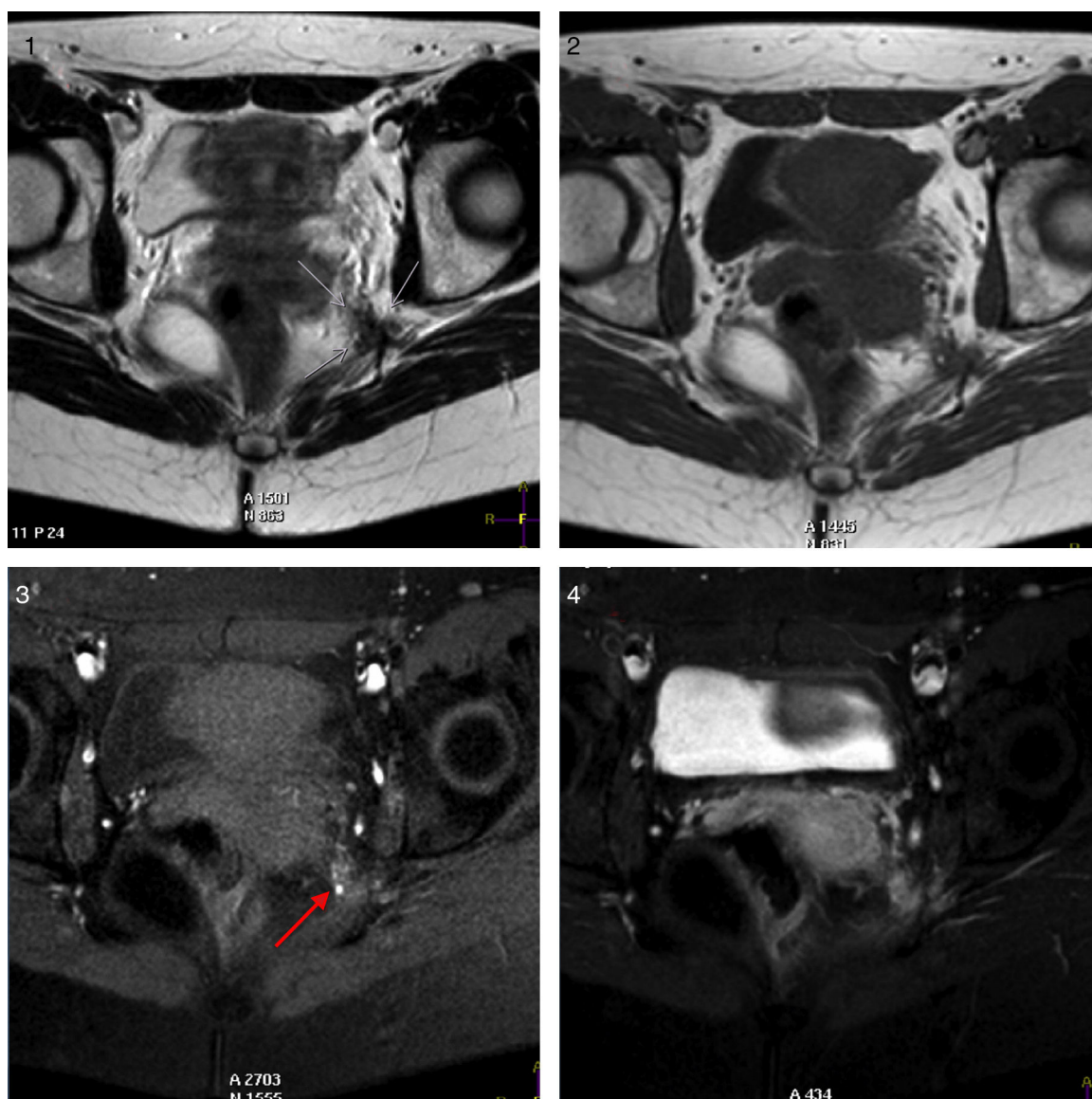


Figura 1 Imágenes axiales potenciadas en T1 y T2 (1, 2). Imágenes potenciadas en secuencias T1 Fat-SAT pre y posgadolinio (3, 4). Las imágenes potenciadas en T2 muestran en el suelo pélvico una lesión espiculada e hipointensa (flechas blancas) dentro del muro pélvico izquierdo, localizada en la entrada del nervio pudendo en el canal de Alcock. La lesión (flechas blancas) muestran una señal de mediana intensidad en imágenes potenciadas en T1 y secuencias T1 Fat-SAT, con un foco de hiperintensidad (flecha roja en 3), relacionada con restos de sangrado. Después de la administración de gadolinio la lesión capta de forma heterogénea (4). La figura en color está disponible en la versión on-line.

las raíces sacras S2 y S3. Los síntomas neurológicos típicos son entonces dolor de la región del nervio pudendo y glúteo (raíces sacras S3 y S4), pero nunca se asocian problemas de locomoción⁴.

Entre las opciones de tratamiento de la neuropatía pudenda se dispone de tratamiento médico, rehabilitación pélvico-perineal y abordaje quirúrgico. Dentro del tratamiento médico se utilizan sobre todo antidepresivos como amitriptilina, neuromoduladores como gabapentina o pregabalina y anestésicos locales tópicos como lidocaína en gel. Las infiltraciones perineurales con corticoides y lidocaína/bupivacaína mejora los síntomas de forma notable en muchos casos, relajan los esfínteres hipertónicos, suprimen

síntomas vesicales y normalizan la disfunción sexual. Para la desactivación de los puntos gatillo de los músculos afectados del suelo pélvico, cuando nos encontramos ante una disfunción del sistema nervioso periférico, se puede utilizar tratamiento con aguja seca o infiltraciones locales de lidocaína, que permitirán la liberación de los puntos gatillo y la disminución de la sintomatología. Por último, el tratamiento quirúrgico de descompresión del nervio pudendo queda reservado para aquellos casos en que no se responda a la terapia médica y rehabilitadora⁷. En cuanto al tratamiento de la endometriosis, si las áreas afectadas son pequeñas o presentan poca sintomatología el tratamiento es hormonal. Si la endometriosis no responde a terapia hormonal,

las lesiones son extensas o la sintomatología es muy intensa se prefiere tratamiento quirúrgico⁸. En el caso de nuestra paciente, el tratamiento con amitriptilina y diversos fármacos neuromoduladores solamente redujo de forma parcial la sintomatología junto con la presencia de efectos adversos que limitaban la eficacia de los fármacos. Se realizó una infiltración perineural con corticoides y anestésico que redujo la sintomatología de forma transitoria, reagudizándose con cada nuevo período menstrual. La paciente inició posteriormente terapia hormonal a la espera de un tratamiento quirúrgico definitivo de descompresión de la endometriosis, pero durante este período quedó embarazada, permaneciendo completamente asintomática hasta la fecha.

Bibliografía

- Amarengo G, Lanoe Y, Perrigot M, Goudal H. A new canal syndrome: Compression of the pudendal nerve in Alcock's canal or perineal paralysis of cyclist. *Presse Med.* 1987;16:399 [Article in French].
- Ceccaroni M, Clarizia R, Alboni C, Ruffo G, Bruni F, Roviglione G, et al. Laparoscopic nerve-sparing transperitoneal approach for endometriosis infiltrating the pelvic wall and somatic nerves: Anatomical considerations and surgical technique. *Surg Radiol Anat.* 2010;32:601–4.
- Benson JT, Griffis K. Pudendal neuralgia, a severe pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1663–8.
- Possover M, Schneider T, Henle KP. Laparoscopic therapy for endometriosis and vascular entrapment of sacral plexus. *Fertil Steril.* 2011;95:756–8.
- Nehme-Schuster H, Youssef C, Roy C, Brettes JP, Martin T, Pasquali JL, et al. Alcock's canal syndrome revealing endometriosis. *Lancet.* 2005;366:1238.
- Possover M, Chiantera V. Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: A report of three patients. *Fertil Steril.* 2007;87:e17–9.
- Itza Santos F, Salinas J, Zarza D, Gómez Sancha F, Allona Almagro A. Update in pudendal nerve entrapment syndrome: An approach anatomic-surgical, diagnostic and therapeutic. *Actas Urol Esp.* 2010;34:500–9.
- Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 2013;28:1552–68.

S. Maestre-Verdú^a, V. Medrano-Martínez^{a,*}, C. Pack^b,
S. Fernández-Izquierdo^a, I. Francés-Pont^a,
J. Mallada-Frechin^a y L. Piqueras-Rodríguez^a

^a Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Virgen de la Salud de Elda, Elda, Alicante, España

^b Inscanner, Hospital General Universitario Virgen de la Salud de Elda, Elda, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vmedrano714k@cv.gva.es
(V. Medrano-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.05.005>
0213-4853/

© 2015 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>).

Migraña crónica: una denominación poco adecuada



'Chronic migraine' is a misnomer

Sr. Editor:

La migraña crónica es una enfermedad sobre la que se investiga desde múltiples perspectivas, a la vista de su frecuencia y del grado de incapacidad que genera a los enfermos que la padecen. Los criterios que la definen han ido perfilándose en sucesivas ediciones de la Clasificación Internacional de Cefaleas, hasta quedar precisados con nitidez en la tercera y más reciente (ICHD-3, beta)¹. Ello nos permite una selección bastante precisa de pacientes en estudios epidemiológicos, en ensayos clínicos y en el momento de individualizar terapias de aprobación también reciente, como la toxina botulínica tipo A.

Si bien hay acuerdo en definir el concepto, que resulta fácilmente comprensible para todos —cefalea durante un período mínimo de 3 meses, en los que está presente al menos 15 días al mes y la mitad o más de los episodios son de migraña—, en cambio, la denominación escogida nos parece poco adecuada. Si consultamos el término «crónico» en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española², vemos que hace referencia a un trastorno o enfermedad de larga evolución, habitual, inveterado. Si la consulta la

extendemos a diccionarios de lengua inglesa, porque estamos convencidos de que el término procede de esa lengua, en traducción directa de «*Chronic migraine*», el sentido es el mismo: trastorno o condición médica caracterizado por la larga duración; en esta lengua vemos aparecer un matiz ausente en español: la recurrencia³. De esta forma, crónico haría referencia a enfermedad que se mantiene en el tiempo y que es recurrente. Estas características definen bien a la migraña⁴. De manera que al decir crónica estamos utilizando un epíteto: no definimos o especificamos un nombre, sino que utilizamos un adjetivo que lo refuerza en su carácter.

Trastornos crónicos son también la artrosis, la diabetes mellitus o la hipertensión arterial, por citar 3 ejemplos. Por eso mismo, y hasta dónde sabemos, no suelen denominarse crónicos. Al hacerlo con la migraña, en realidad estamos utilizando una figura literaria del tipo de «blanca nieve» o «negro carbón».

Al adoptar este término, se ha desplazado a otros como migraña transformada, sin duda bastante imprecisos e inadecuados, aunque de uso común hasta la aparición de la ICHD-3. Estamos convencidos de que al escoger la denominación migraña crónica no se buscaban bellezas lingüísticas, sino insistir en la idea de persistencia en el tiempo, recurrencia y gravedad del trastorno. Esto se indica y cuantifica con los criterios que la definen. Este perfil temporal es un perfil de agudización en el seno de un trastorno crónico, que es lo que el nombre debería indicar en pura lógica.