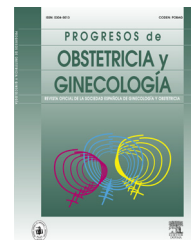




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Neuralgia del nervio pudendo posparto



Robin Julve^{a,*}, Rebeca Fernández^b, Jorge Ruiz^b y Jordi Montero^c

^a Ginecología, Obstetricia y Reproducción, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

^b Departamento de Obstetricia, Ginecología y Reproducción, Hospital Universitari Quirón Dexeus, Barcelona, España

^c Unidad del Dolor Neuropático, Hospital Universitari Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 9 de mayo de 2014; aceptado el 14 de agosto de 2014

Disponible en Internet el 22 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Parto;
Neuralgia;
Nervio pudendo;
Atrapamiento

Resumen Describimos 2 casos clínicos de dolor neuropático en la región perineal tras un parto vaginal. Después del examen físico y las pruebas de imagen, ambos casos se diagnosticaron de síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. El primer caso se resolvió tras el desbridamiento de un hematoma en el canal de Alcock. El segundo caso se resolvió mediante fisioterapia. Es importante conocer el síndrome para ofrecer un tratamiento lo menos invasivo posible.

© 2014 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Delivery;
Neuralgia;
Pudendal nerve;
Entrapment

Pudendal nerve entrapment syndrome after delivery

Abstract We describe two patients with post-vaginal birth neuropathic-type pain in the perineal region. Pudendal nerve entrapment syndrome was diagnosed on the basis of a physical examination and imaging tests. The first case was resolved by debridement of a hematoma in Alcock's canal. The second case was resolved by physical therapy. Familiarity with this syndrome is important to be able to offer the least invasive treatment possible.

© 2014 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se describe como neuralgia del nervio pudendo a aquel dolor de características neuropáticas producido por la afectación del nervio pudendo a lo largo de su trayecto desde su origen hasta sus ramificaciones terminales¹. Una de las causas es el pinzamiento o la compresión de dicho nervio, que se conoce

como síndrome de atrapamiento del nervio pudendo. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1987 por Amarencu, quien, tras diagnosticar una parálisis del territorio del nervio pudendo en un ciclista, lo denominó síndrome de la parálisis perineal del ciclista².

Caso clínico 1

El caso trata de una paciente de sexo femenino, de 29 años de edad. Como antecedentes personales destaca un legrado obstétrico por un aborto de primer trimestre. La paciente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: robinjulve@hotmail.com (R. Julve).

se encuentra gestante de 40 semanas, con diagnóstico de intolerancia a hidratos de carbono, por lo que realiza dieta y mantiene buenos controles glucémicos.

La paciente acude al servicio de urgencias de obstetricia refiriendo amniorexis espontánea, que se confirma tras exploración médica. Durante el trabajo de parto se administran antibióticos por vía intravenosa por fiebre materna. Finalmente, se asiste al parto mediante ventosa obstétrica de silicona para abreviar expulsivo, previa realización de episiotomía mediolateral derecha. Nace un feto de sexo femenino de 3.000 g de peso, con un test de Apgar 9 al minuto de vida y 10 a los 5 min. Tras el alumbramiento espontáneo, se revisa el canal del parto, constatando un desgarro vaginal derecho que alcanza el fondo de saco de Douglas. Se sutura dicho desgarro mediante una sutura continua con vicryl 0 y se realiza la episiorrafia. Se deja un taponamiento vaginal con gasa y sonda vesical permanente.

Durante el posparto se realiza un control analítico que pone de manifiesto una anemia severa (hemoglobina 6,5 g/dl y hematocrito 19,5%) que precisa de transfusión de 4 concentrados de hematíes, junto con ferrotterapia por vía intravenosa y oral. Asimismo la paciente refiere un dolor inmediato posparto en la región isquiopubiana, que le impide la deambulación. El dolor es de características neuropáticas, refiriendo quemazón e hiperestésias. Tras la valoración ginecológica y traumatológica se decide realizar una resonancia magnética pélvica (fig. 1). Esta muestra una colección compatible con un hematoma en el canal de Alcock, que produce compresión del nervio pudendo.

Se realiza tratamiento con reposo y analgesia, y tras buena evolución y realización de un tacto vaginal normal, la paciente es dada de alta hospitalaria una semana después del parto.

Tras 4 días, la paciente acude de nuevo al servicio de urgencias refiriendo empeoramiento progresivo de la clínica y presentando dolor en región isquiopubiana que no cede con analgesia. Paciente afebril, analítica con hemoglobina 10,5 g/dl y hematocrito 25%; resto, normal. En la exploración física, se observa una dehiscencia de la cicatriz vaginal en tercio externo. La episiorrafia no resulta dolorosa al tacto. A la palpación de la cara lateral derecha de la vagina, se evidencia una colección a tensión, muy dolorosa al tacto. Se decide ingresar a la paciente para analgesia por vía intravenosa y realización de tomografía computarizada. Esta nos describe un útero posgrávido, junto con cambios posqui-

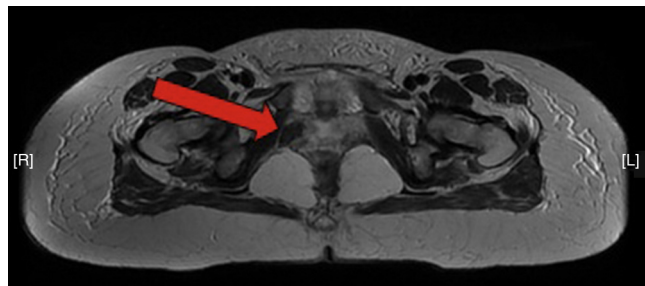


Figura 1 Resonancia magnética que muestra hematoma en canal de Alcock, entre el músculo obturador interno y el elevador del ano, de 22 × 34 × 19 mm, que produce la neuropatía secundaria del nervio pudendo.

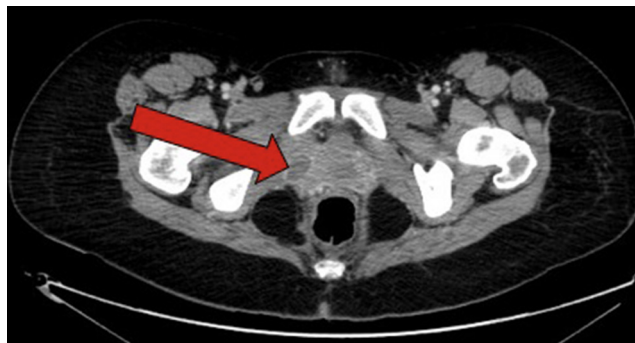


Figura 2 Tomografía computarizada que muestra una colección en la pared vaginal lateral derecha de 24 × 15 mm, compatible con hematoma.

rúrgicos en el periné. Persiste la visualización de una colección en la pared lateral derecha de la vagina compatible con hematoma, que parece haber disminuido de tamaño, comparándolo con la resonancia previa (fig. 2).

Ante el hallazgo, se decide intervenir a la paciente. Se realiza un drenaje por vía vaginal del hematoma, que aparece abscesificado, a través de la reapertura de la episiorrafia. Se realizan lavados profusos con H₂O₂, solución yodada y suero. Se realiza cierre mediante puntos simples y se administra antibioterapia profiláctica. Tras una buena evolución, manteniéndose la paciente asintomática y terminada la pauta antibiótica, se decide de nuevo el alta hospitalaria a los 4 días de la intervención.

La paciente acude a posteriores controles sin dolor neuropático ni dificultad en la deambulación y presentando buena cicatrización. Tan solo refiere una leve dispareunia en la zona de episiorrafia, que cede tras la realización de fisioterapia con desbloqueo del diafragma urogenital, flexibilización mediante masaje perivaginal y realización de ejercicios de biofeedback negativo. Actualmente, se encuentra asintomática.

Caso clínico 2

Acude a urgencias una paciente de sexo femenino de 34 años de edad, gestante de 40 semanas (gestación obtenida mediante fecundación in vitro-microinyección intracitoplasmática de espermatozoides por factor masculino), que acude a urgencias refiriendo dinámica uterina regular. Presenta como antecedentes un aborto de primer trimestre y una cesárea de recurso por sospecha de pérdida de bienestar fetal. Se procede a realizar anestesia peridural y, tras la correcta evolución del parto, se asiste a un parto vaginal mediante aplicación de ventosa obstétrica de silicona para abreviar el expulsivo. Nace un feto de sexo femenino de 3.310 g de peso, con un test de Apgar 9 al minuto de vida y 10 a los 5 min. Tras el alumbramiento, se realiza la revisión del canal del parto, constatando un desgarro perineal grado I, que se sutura mediante vicryl 1/0, y se hacen puntos simples en piel con vicryl 3/0. A las 72 h posparto, y tras la realización de un tacto vaginal normal, la paciente es dada de alta.

En la visita a los 40 días del parto, la paciente explica un episodio de dolor en el coxis que se inicia en el posparto inmediato y que se resolvió al cabo de un mes con analgesia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968679>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968679>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)