

NEURALGIA DEL PUDENDO: LA PROSTATITIS QUE NO MEJORA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Edgar Buloz-Osorio ^{1,2}, María Angeles Idiazabal-Alecha ¹

¹ Instituto Neurocognitivo INICIA. Barcelona (Spain) ² Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Medicina, Dept. Ciències Morfològiques. Barcelona (Spain)

INTRODUCCION

La neuralgia pudenda (NP) es una entidad clínica dolorosa crónica. Características:

- **Altamente discapacitante**
- **Dolor neuropático (posicional)**
- Quemante, presión, peso en suelo pélvico (SP)
- Región anal, perianal, perineal, labios mayores o bolsa escrotal y dorso del pene o clítoris
- **Nervio mixto:** Disfunción vesical-miccional, sexual, anorrectal y autonómica
- Ambos sexos / prevalencia desconocida
- Lesión repetida o compresión del **nervio pudendo**
- Orientación diagnóstica: Criterios de Nantes

CASO CLÍNICO

MOTIVO DE CONSULTA

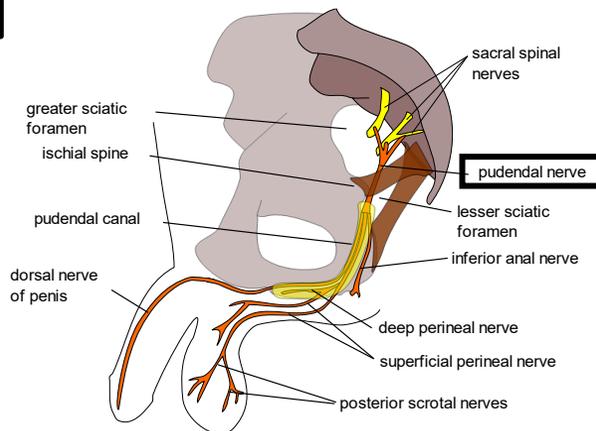
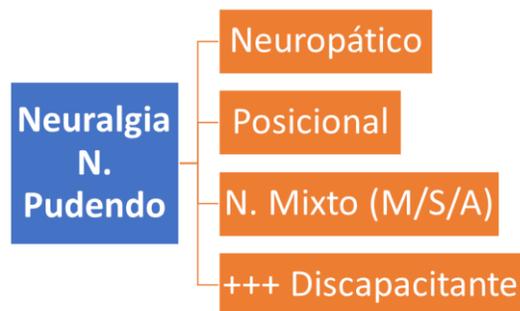
Dolor quemante en región perineal

ANAMNESIS

- Masculino, 47 años:
- **Dolor en región perineal (sentado)**, 10 m evol.
- EVA 9/10 en crisis, intermitente, irradiado a región escrotal, dorso del pene y región perianal
- **Parestesias bilaterales, alodinia en región perineal y escrotal, clínica miccional, dispareunia.**
- Tratado como prostatitis crónica, sin mejoría
- Importante **impacto negativo** por dolor en actividades de vida diaria, laborales, relaciones sociales, familiares y pareja

ANTECEDENTES PERSONALES

- Obesidad, dislipemia, HTA estadio II, DM II, hígado graso, colitis colágena
- **Prostatitis, balanitis, clínica miccional y eyaculación dolorosa (2020-2021).** Múltiples pautas de ATB, AINES, antagonistas alfa1



EXPLORACIÓN CLÍNICA

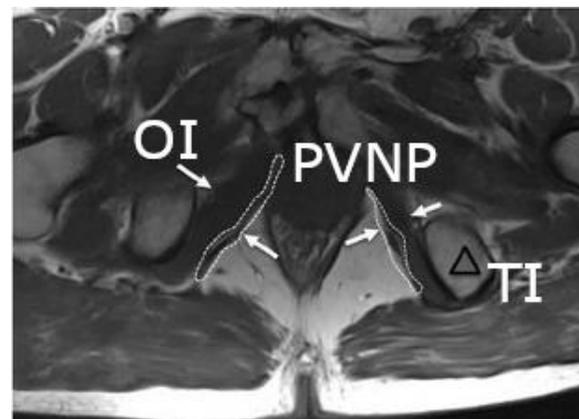
- **Dolor** en tendón glúteo medio, punto piramidal, sacroilíaca, sínfisis del pubis, inserción proximal de cuádriceps, bursa trocantérica, cintilla ilioltibial (D).
- FABER +anterior (D), compresión SI + (B).
- FM 5/5, sensibilidad superficial: **hipoestesia** L1, L2 y L3, **alodinia** S1, S2 y S3. Hiporreflexia rotuliana (B).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Fisioterapia SP: Hipertonía m. elevador del ano.** Contracción musc. SP 4/5 Oxford.
- **RMN lumbar:** Espondiloartrosis L4-L5, protrusión global RM caderas: Tendinopatía insercional m. glúteo medio bilateral.
- **EMG/PEES: Reflejo BBC menor amplitud / reproducibilidad, PEES pudendos menor amplitud, afectación vías propioceptivas S1-S2-S4 (D).**
- **RMN abdominopélvica: Insuficiencia de SP** (Valsalva: descenso 1.4 cm a 3.6 cm).
- **US cadera derecha:** Microcalcificaciones *rectus femoris*. Entesopatía *adductor longus*. Calcificación 25mm *biceps femoris*. Alteración ósea trocánter mayor y sínfisis púbica.

DIAGNÓSTICOS

1. Neuralgia del pudendo bilateral
2. Tendinopatía múltiple derecha
3. Sacroileitis bilateral



TRATAMIENTO

- Anticonvulsivante-neuromodulador
- Inhibidor selectivo de la COX-2
- Punción por aguja seca / Acupuntura occidental en puntos pélvicos.
- Psicología
- Fisioterapia suelo pélvico

EVOLUCIÓN

Mejoría importante del dolor una vez iniciado el tratamiento conservador, con **mejoría del ánimo**; el paciente refiere EVA 0/10 (EVA 3-4/10 en crisis) por primera vez hace 10 meses.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

- **La NP es un síndrome de difícil diagnóstico, clínica / fisiopatología compleja**
- Diagnóstico y tratamiento inicial de prostatitis crónica -diagnóstico diferencial de la NP-, no fue satisfactorio
- **Impacto funcional y psicológico es importante y severo**
- **Variada presentación: Diagnóstico tardío**
- Importancia de la sistematización diagnóstica, efectividad / eficacia terapéutica: conservadora y/o intervencionista

REFERENCIAS

1. Avellanal et al., (2015) Prog. Obst. Ginec. 58(3): 144-149.
2. Pricolo, (2020) Tech in Coloproct. 24(8): 899-900.

Palabras clave: dolor pélvico, dolor perineal, nervio pudendo, neuralgia del pudendo, prostatitis.

CONTACTO: Dr. Edgar A. Buloz O. Neurorrehabilitación / Neurociencias Aplicadas. edgar.buloz@uab.cat