



Radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo: una técnica eficaz en la que debemos avanzar en el abordaje

Pulsed radiofrequency of the pudendal nerve: an effective technique in which we must advance in the approach

M. L. Cánovas Martínez

Unidad del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, España

La neuralgia del pudendo (NPu) es un reto diagnóstico y terapéutico que da lugar a un cuadro de dolor neuropático en la región de inervación del pudendo, que puede aparecer en toda la región perineal o en una de sus ramas, y a menudo se acompaña de síntomas como sensación de cuerpo extraño a nivel rectal y anal, distensión, frecuencia y urgencia urinaria y disfunción sexual [1]. Según una encuesta realizada por la Asociación Internacional de Neuropatía del Pudendo, la incidencia en la población general es de 1/100.0000 [2]. Sin embargo, hay estudios que documentaron una incidencia del 1 % en la población general, que es mayor en mujeres que en hombres, con más casos unilaterales [3].

Diversos tratamientos han sido descritos para la NPu: farmacológicos, fisioterapia, bloqueos del pudendo, radiofrecuencia pulsada (RFP), cirugía de descompresión y técnicas de neuromodulación.

Krijnen y cols. recogen una serie de 20 pacientes, todas mujeres, diagnosticadas de NPu mediante un bloqueo diagnóstico del nervio con 10 ml de lidocaína al 1 %, que no respondieron a tratamiento estándar, que incluía fisioterapia de suelo pélvico, cambios en el estilo de vida y tratamiento con fármacos de primera línea para el dolor neuropático (antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.). En caso de que la paciente no mostrara mejoría, realizaban bloqueos del nervio pudendo con 10 ml de levobupivacaína y 40 mg de metilprednisolona. Si tras el bloqueo se conseguía alivio del dolor pero de corta duración, o si la paciente desarrollaba una NPu bilateral, eran propuestas para RFP [4].

Llama la atención el abordaje utilizado tanto para el bloqueo diagnóstico como para el bloqueo terapéutico y la RFP. Las pacientes eran colocadas en posición de litotomía, por vía transvaginal identificaron la espina isquiática y la unión del ligamento supraespinoso y a 1,5 cm medial a la espina avanzaron la aguja de radiofrecuencia hasta dejarla aproximadamente a 2 cm del nervio pudendo. El 79 % de las pacientes referían una

mejoría considerada como bastante o mucho mejor a los 3 meses de la técnica, y en el 89 % esta mejoría se mantenía durante el seguimiento con una mediana de 4 años, aunque 18 pacientes precisaron repeticiones con un intervalo entre 6 semanas y 6 meses.

La vía transvaginal es el abordaje con más riesgo de sangrado con el consiguiente riesgo de inyección intravascular de anestésicos, que podría ocasionar toxicidad sistémica tras el bloqueo. La localización utilizada en este estudio es por palpación, por lo que este riesgo se incrementa al no poder visualizar la arteria pudenda. La posibilidad de puncionar la arteria pudenda se minimiza si se utiliza ultrasonografía. Feng y cols. [1] describieron la arteria pudenda interna a 6 mm lateral al nervio pudendo, aunque esta proximidad puede variar, e incluso el posicionamiento guiado por fluoroscopia o TAC tiene la posibilidad de ser inexacto. Los ultrasonidos son una herramienta útil como tecnología de posicionamiento en tiempo real y además libre de radiación.

Aunque los ultrasonidos requieren experiencia en adquisición e interpretación, la fluoroscopia permite un abordaje percutáneo, no libre de riesgos, pero sí más accesible a la mayoría de las clínicas del dolor; es fácil de realizar, relativamente económica y más cómoda para el paciente cuando se realiza en decúbito prono [5].

Por otro lado, la vía transvaginal es menos aséptica en relación con la percutánea. Los autores describieron una incidencia 0 de infección tras el abordaje, pero sí se ha descrito la posibilidad, aunque baja, de riesgo de infección en el espacio isquirrectal y en otras estructuras adyacentes [6].

También llama la atención en la serie de Krijnen la necesidad de repetición de las radiofrecuencias realizadas en los pacientes, entre 2 y 71, en un periodo máximo de seguimiento de 8 años con una mediana de 4 años, lo que indica la gran variabilidad de eficacia temporal dependiendo del paciente.

En este estudio, la efectividad analgésica de la radiofrecuencia pulsada en la NPu fue del 89 % en el seguimiento, por lo que consideran que esta técnica puede ser valorada como de primera línea en el tratamiento de los pacientes con este diagnóstico. Ante los buenos resultados descritos, solo quedaría avanzar en la seguridad y comodidad del abordaje, y en valorar hasta qué punto es razonable repeticiones frecuentes del procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feng J, Shuzhuan Z, Caixia L, Yongyan Z, Hua X. Therapeutic efficacy of ultrasound-guided-high-voltage long-duration pulsed radiofrequency for pudendal neuralgia. *Neural Plast.* 2021;2021:9961145.
2. Hibner M, Desai N, Robertson LJ, Nour M. Pudendal neuralgia. *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2010;17(2):148-53. DOI: 10.1016/j.jmig.2009.11.003.
3. Spinosa JP, Bisschop ED, Laurençon J. Sacral staged reflexes to localize the pudendal compression: an anatomical validation of the concept. *Revue Médicale Suisse.* 2006;2(84):2416-8.
4. Krijnen E, Schweitzer K, Van Wijck, Withagen J. Pulsed radiofrequency of pudendal nerve for treatment in patients with pudendal neuralgia. A case series with long-term follow-up. *Pain Pract.* 2021;21(6):703-7. DOI: 10.1111/papr.12999.
5. Lee SH, Lee CJ, Lee JY, Kim TH, Sim WS, Lee SY, et al. Fluoroscopy-guided pudendal nerve block and pulsed radiofrequency treatment: A case report. *Korean J Anesthesiol.* 2009;56(5):605-8. DOI: 10.4097/kjae.2009.56.5.605.
6. Ghanavatian S, Derian A. Pudendal nerve blockIn: *StatPearls.* Treasure Island: StatPearls Publishing; 2021.