

**CARTA AL DIRECTOR****Comentario al artículo "Radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo: una técnica eficaz en la que debemos avanzar en el abordaje"**

*Commentary to the article "Pulsed radiofrequency of the pudendal nerve: an effective technique in which we must advance in the approach"*

DOI: 10.20986/resed.2021.3951/2021

*Sr. Director:*

Realizando la lectura de la nueva edición de la *Revista de la Sociedad Española de Dolor (RESED)*, encontramos el artículo de la Dra. Cánovas que nos presenta a la radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo como una técnica interesante para el abordaje de los pacientes con neuralgia del pudendo (NPu) (1). Esta nueva técnica con resultados interesantes en estudios y series de casos se considera una opción de intervención importante en una entidad dolorosa con respuesta variable al tratamiento farmacológico y rehabilitador, además de ser segura, costoefectiva y de fácil implementación en los servicios de dolor (2).

El inicio del tratamiento se basa en una identificación clara de síntomas y un diagnóstico preciso de NPu, la cual se considera en la mayoría de casos una neuropatía por atrapamiento de origen muscular, ligamentaria, en el canal de Alcock, por un proceso metastásico o condiciones que favorecen cambios traumáticos agudos y crónicos del nervio (3). Cuando la causa de NPu es por atrapamiento podemos utilizar los criterios de Nantes que favorecen la identificación y correcta implementación de intervenciones (Tabla I). Al realizar una radiofrecuencia pulsada debemos diagnosticar a un paciente refractario a las intervenciones farmacológicas y de rehabilitación, las cuales no deberían ser suspendidas al realizar este procedimiento, ya que algunos medicamentos neuromodulares e intervenciones específicas, como la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea, han mostrado alguna efectividad que puede sumarse a la respuesta clínica de este nuevo procedimiento (4).

Con relación al abordaje por vía transvaginal comentado en el artículo para la radiofrecuencia de nervio pudendo, se considera que puede existir riesgo de punción intravascular por la localización de la arteria pudenda, para lo cual se puede utilizar la guía ultrasonográfica (1). Sin embargo, en el artículo de Kale y cols. que comparaba la vía en prono transglútea con asistencia ultrasonográfica (VPTG-AS) y la vía transvaginal con identificación manual de las estructuras (VTV-IM) en el bloqueo del nervio pudendo se mostró una efectividad superior de la VTV-IM que fue del 89,5 % en comparación con la VPTG-AS que fue del 75 % (5), sin presentar eventos secundarios mayores en ninguno de los 2 abordajes. Estos resultados nos muestran que la vía transvaginal es segura y efectiva en los procedimientos del nervio pudendo, resaltando que podemos incrementar la efectividad de las intervenciones apo-

**TABLA I**  
**CRITERIOS DE NANTES PARA NEURALGIA DEL PUDENDO POR ATRAPAMIENTO**

<i>Criterios esenciales</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dolor en el territorio del nervio pudendo (desde el ano hasta el pene o clítoris)</li><li>- Dolor predominante al sentarse</li><li>- El dolor no despierta al paciente en la noche</li><li>- Dolor sin pérdida de la sensibilidad</li><li>- Mejoría con bloqueo del nervio pudendo</li></ul>
<i>Criterios complementarios</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dolor quemante, punzante o entumecimiento</li><li>- Alodinia o hiperpatía</li><li>- Sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal o anal</li><li>- Empeoramiento de dolor durante el día</li><li>- Dolor unilateral predominante</li><li>- Aumento de dolor con la defecación</li><li>- Sensibilidad a la palpación de la espina isquiática</li><li>- Cambios en estudios neurofisiológicos en hombres y mujeres nulíparas</li></ul>
<i>Criterios de exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dolor exclusivo en región coccígea, glútea, hipogástrica o púbica</li><li>- Prurito</li><li>- Dolor exclusivamente paroxístico</li><li>- Estudios de imagen anormal que expliquen el dolor</li></ul>
<i>Signos asociados que no excluyen el diagnóstico</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dolor glúteo al sentarse</li><li>- Dolor ciático referido</li><li>- Dolor referido a cara medial del muslo</li><li>- Dolor suprapúbico</li><li>- Urgencia urinaria y/o dolor con vejiga llena</li><li>- Dolor que ocurre después de eyacular</li><li>- Dispareunia y dolor después de la relación sexual</li><li>- Disfunción eréctil</li><li>- Estudios electrofisiológicos normales</li></ul>

yándonos en la ultrasonografía y conformando equipos multidisciplinarios que incluyan especialistas en dolor y ginecólogos con experiencia ecográfica.

Resaltamos la importancia de la revisión de la Dra. Cánovas (1), que crea la necesidad de abordar temas relativos a los síndromes pélvicos dolorosos, los cuales tienen un gran impacto funcional en nuestros pacientes y requieren la conformación de grupos de interés para realizar manejos multidisciplinarios que favorezcan la efectividad de estas técnicas. Es nuestro objetivo con

esta carta ampliar el tema de NPu y dar la perspectiva en ginecología y rehabilitación con enfoque en tratamiento del dolor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cánovas M de la L. Radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo: una técnica eficaz en la que debemos avanzar en el abordaje. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2021;28(4):177-8. DOI: 10.20986/resed.2021.3944/2021.
2. Frank CE, Flaxman T, Goddard Y, Chen I, Zhu C, Singh SS. The use of pulsed radiofrequency for the treatment of pudendal neuralgia: a case series. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(11):1558-63. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.01.019.
3. Soon-Sutton TL, Feloney MP, Antolak S. Pudendal neuralgia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
4. Eid MM, Rawash MF, Sharaf MA, Eladl HM. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation as

an adjunct to selected physical therapy exercise program on male patients with pudendal neuralgia: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2021;35(8):1142-50. DOI: 10.1177/0269215521995338.

5. Kale A, Usta T, Basol G, Cam I, Yavuz M, Aytuluk HG. Comparison of ultrasound-guided transgluteal and finger-guided transvaginal pudendal nerve block techniques: which one is more effective? *Int Neurourol J* 2019;23(4):310-20. DOI: 10.5213/inj.1938112.056.

**D. A. Méndez Vega<sup>1</sup> y L. Arce Gálvez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Libre. Cali, Colombia.* <sup>2</sup>*Departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Universidad del Valle. Cali, Colombia*

Correspondencia: Diana Alejandra Méndez Vega  
diana-mendezv@unilibre.edu.co

## RÉPLICA

En la carta al Director, los autores hacen referencia a los resultados del estudio de Kale y cols. del 2019 (1\*), en el que se comparan los resultados del bloqueo del nervio pudendo con abordaje transvaginal guiado por palpación con los resultados del mismo bloqueo guiados por ultrasonidos. Los autores encuentran que en el grupo de TG-PNI guiado por ultrasonido, la tasa de éxito fue del 68,8 % (11 de 16) tanto en "dolor en la posición sentada" como en "dolor en la región desde el ano hasta el clitoris". La tasa de éxito de los bloqueos en el grupo TG-PNI guiado por ecografía fue del 75 % (12 de 16) en términos de dolor durante/después del coito.

En el grupo TV-PNI guiado por los dedos, la tasa de éxito fue del 84,2 % tanto en "dolor en la posición sentada" como en "dolor en la región desde el ano hasta el clitoris". La tasa de éxito de los bloqueos en el grupo TV-PNI guiado por los dedos fue del 89,5 % (17 de 19) en términos de dolor durante/después del coito.

Sin embargo, hubo diferencia estadísticamente significativa en la tasa de éxito de las 3 condiciones evaluadas entre los 2 grupos ( $p > 0,05$ ).

Ambas son técnicas en las que el éxito depende significativamente del conocimiento y entrenamiento del operador. Si consideramos la dificultad de ambas, la balanza se inclina claramente hacia la ecografía, puesto que la que la curva de aprendizaje es mayor y requiere más tiempo. Sin embargo, esta destreza necesaria no debería ser un motivo para no considerar una técnica de imagen como de primera línea sobre una técnica de infiltración por referencias anatómicas. Las técnicas mínimamente invasivas realizadas por palpación y referencias anatómicas están siendo progresivamente sustituidas por aquellas que se efectúan bajo visión en tiempo real de estructuras, y por razón de seguridad y eficacia. La ecografía permite la visualización del punto diana y de las estructuras sensibles que debe evitarse

lesionar, permitiendo, además, visualizar en tiempo real la dispersión de la solución inyectada.

Aunque el TV-PNI puede ser una alternativa a la técnica de guía ecográfica como un método eficaz en los bloqueos del nervio pudendo, tal y como se muestra el artículo referido, consideramos que no aporta ventajas significativas más allá de la familiaridad de la técnica cuando es realizada por especialidades que, como la ginecología, llevan mucho tiempo realizándola de forma eficaz. Consideramos que realizar bloqueos por palpación de estructuras cuando existen descritos abordajes bajo visión en tiempo real que, además, no suponen complejos despliegues técnicos y de personal, son difíciles de justificar. Además, en el caso concreto que nos ocupa, el abordaje transmuscoso transvaginal puede, al menos teóricamente, suponer un riesgo de infección mayor que el abordaje percutáneo transglúteo al atravesar estructuras con flora microbiota que está modificada frecuentemente.

El efecto secundario más común del bloqueo del nervio pudendo por vía transvaginal es la incomodidad en el lugar de la inyección. El riesgo de hemorragia es menos común. Los efectos secundarios más graves ocurren raramente e incluyen daño al nervio pudendo o daño estructural de los órganos en la proximidad del nervio pudendo, como la vejiga y el recto. La inyección intravascular de anestésicos locales por punción de la arteria pudendo puede causar toxicidad sistémica del anestésico local y potencialmente ser fatal. En general, efectos secundarios poco frecuentes pero que se minimizan cuando el bloqueo se realiza en tiempo real (2\*).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kale A, Usta T, Basol G, Cam I, Yavuz M, Aytuluk HG. Comparison of Ultrasound-Guided Transgluteal and Finger-Guided

Transvaginal Pudendal Nerve Block Techniques: Which One is More Effective? *Int Neurorol J.* 2019;23(4):310-20. DOI: 10.5213/inj.1938112.056.

2. Ghanavatian S, Derian A. Pudendal Nerve Block. [Updated 2021 Sep 21]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551518/>

**M. L. Cánovas Martínez**

*Unidad del Dolor. Complejo Hospitalario  
Universitario de Ourense, España*

Correspondencia: María de la Luz Cánovas Martínez  
[maria.de.la.luz.canovas.martinez@sergas.es](mailto:maria.de.la.luz.canovas.martinez@sergas.es)