



Tratamiento conservador en las neuralgias del nervio pudiendo: evidencia científica

Stéphanie Kauffmann
Graduada en fisioterapia. Profesora colaboradora EUCS Manresa y UIC Sant Cugat. Codirectora RAPbarcelona
sk@rapbarcelona.com



UNIVERSITAT A MANRESA

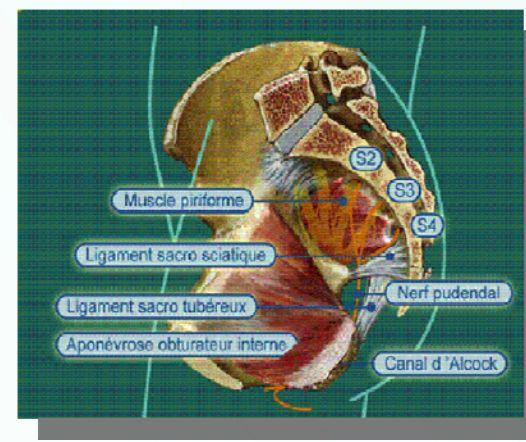
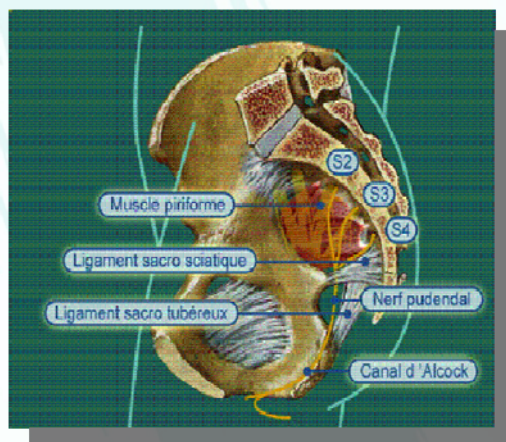
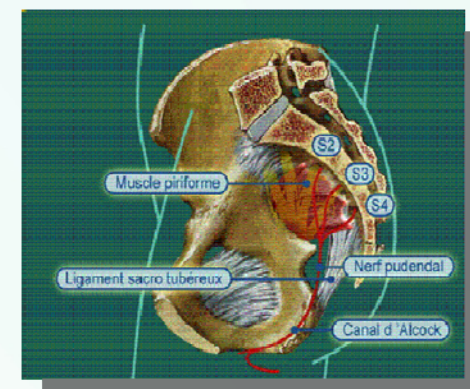
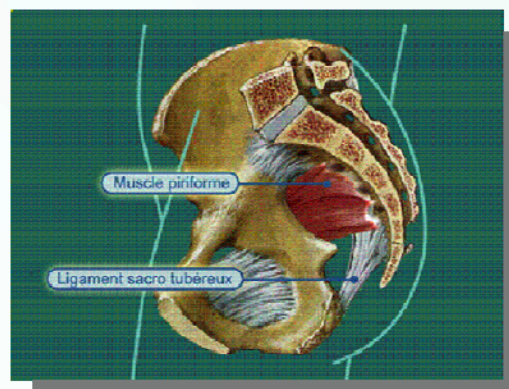
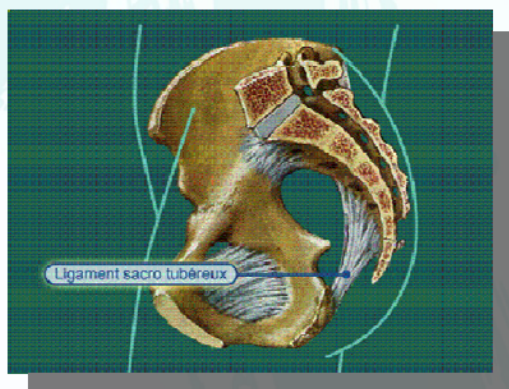


Universitat Internacional de Catalunya

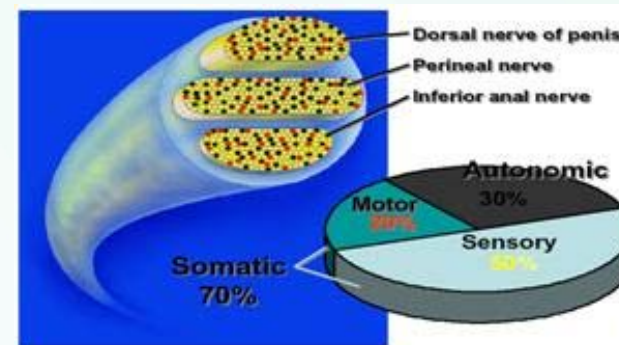
La neuralgia se caracteriza por un dolor agudo severo a lo largo del recorrido del nervio.

Cuando el dolor implica la distribución sensitiva del nervio pudendo (NP), el término Neuralgia del Pudendo es apropiado.

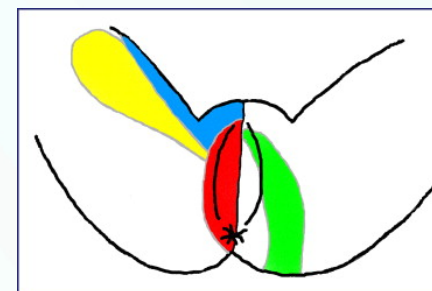
RECUERDO ANATÓMICO



- ❑ Nervio rectal inferior:
 canal anal 1/3 caudal del recto, piel posterior de la zona vulvar y perianal
- ❑ Nervio perineal:
 - ❑ RS: 1/3 inferior de la vagina y uretra, labios M y m
 - ❑ RM: transverso del periné, BE, IC, esfínter uretral y porción anterior del EAE
- ❑ Nervio dorsal del clítoris/pene
 - ❑ Rama clitorídea o peneana
 - ❑ Rama pubiana



Itza-Santos F, Síndrome de atrapamiento del nervio pudendo, Neurol, 2010



- Nervio obturador
- Nervio pudendo
- Nervio cluneal inferior
- Nervio genito femoral, ilioinguinal e iliohipogástrico

Estiramiento

([Lien](#) et al.2005)

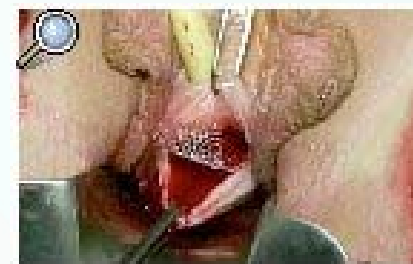
Compresión

(Benson and Griffis 2005)

Cirugía

(Marcus-Braun 2012)

Interacción visceral-somática



Chaitow L, Lovegrove Jones R. Chronic Pelvic Pain and Dysfunction.
Practical Physicalmedecine.Elsevier.2012

- Entumecimiento, quemazón, alodinia.
- Empeora sentado/Mejora de pie o estirado Empeora con actividades flexión cadera prolongadas (escalada,cuclillas,ciclismo)
- Dolor/disfunción urinaria y sexual
- No dolor perineal durante la noche
- Generalmente unilateral
- Dolor asociado muscular– TrP
- Dolor no responde a farmacología analgésica clásica
- Reproducción del síntoma al tacto anal y presión de la espina isquiática
- Estabilidad sacro pélvica pobre
- Hipertonía MSP



Pudental neuralgia, a severe pain syndrome

Jesse Thomas Benson, MD, Kenneth Griffis, MD

Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery Fellowship Program, Department of Obstetrics and Gynecology, Indiana University/Methodist Hospital, Indianapolis, Ind

Received for publication April 21, 2004; revised December 28, 2004; accepted January 20, 2005

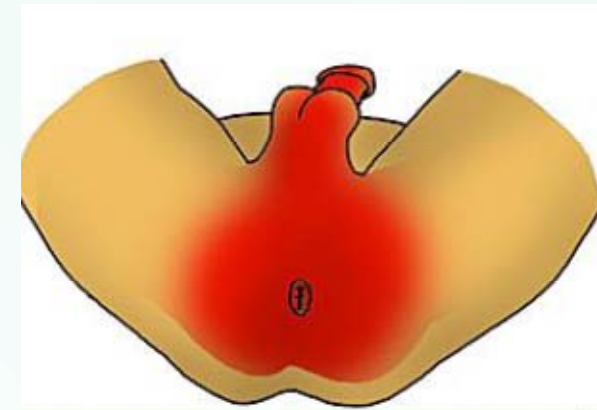
KEY WORDS

Pudental neuralgia
 Electrodiagnosis
 Pudental injection
 Pudental
 decompression
 Pudental

Objective: To describe the clinical and electrodiagnostic findings, therapies, and outcomes of patients with pudental neuralgia.

Study design: A retrospective, descriptive study of 64 patients from March 19 to December 22, 2003.

Results: Clinical findings included pain along nerve distribution (64, 100%), pain aggravated by sitting (62, 97%), pain relieved by standing or lying (57, 89%), and misdiagnosis (53, 83%). Neurophysiologic findings were normal (23, 35%), demyelination (17, 26%), axonal loss (5,



Retrospective study of 64 patients (Benson & Griffis, 2004)

- Dolor a lo largo de la distribución del nervio 100%
- Dolor que empeora sentado 97%
- Dolor mejora de pie/decúbito 89%
- Diagnóstico erróneo previo 83%
- Desmielinización 26%

1. Criterios esenciales (5):
 1. Dolor en el territorio del nervio pudendo (desde el ano hasta clítoris/pene)
 2. Experiencia de dolor predominantemente en posición de sedestación
 3. Dolor no despierta al paciente por la noche
 4. No deficit sensitivo
 5. Dolor que se alivia con bloqueo nervioso pudendo
2. Criterios diagnósticos complementarios:
 1. Características de dolor neuropático (Quemazón, ardor dolor punzante, entumecimiento)
 2. Alodinia y hiperpatía en el territorio de inervación del nervio pudendo (intolerancia contacto ropa estrecha y dispareunia superficial)
 3. Sensación de cuerpo extraño en recto o vagina
 4. La sintomatología empeora cuando avanza el día
 5. Dolor de predominio unilateral
 6. Dolor post defecación
 7. Sensibilidad acentuada a la palpación de isquiones
 8. Hallazgos Neurofisiológicos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: CRITERIOS DE NANTES

Labat et al, 2007

Stav, Dwyer & Roberts, 2009

3. Criterios de exclusión

- Dolor exclusivo en coccix, glúteo, pubis o hipogástrico
- Prurito
- Dolor paroxístico

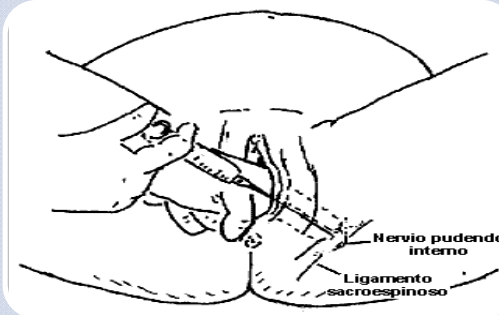
4. Signos asociados que no excluyen el diagnóstico

- Dolor en nalgas en la sedestación
- Dolor referido ciático
- Dolor en región medial muslo
- Dolor suprapúbico
- Dolor con vejiga llena o polaquiuria
- Dolor post eyaculación
- Dispareunia y/o dolor post coital
- Disfunción eréctil
- Estudio electromiográfico normal

Tratamiento atrapamiento del nervio pudendo: (Itza-Santos,2010)



- antidepresivos (amitriptilina),
- antiepilépticos de última generación (gabapentina)



Infiltraciones anestésico, corticoideas: en el espacio interligamentoso y canal de Alcock. Se administran cada 4-6 semanas con un máx. de 3 infiltraciones



Terapia muscular
Terapia articular
Terapia conjuntiva
Terapia neural

Para afrontar efectivamente el DOLOR , es importante antes de plantear un tratamiento:



IMPLICACIONES CLÍNICAS

- Identificar la lesión, zonas sensibles & situación tisular de hipomovilidad, hipertonía, contractura o espasmo
- Identificar contexto que modula la experiencia del dolor: creencias, actitudes, sufrimiento, conductas de huída...



anamnesis

Hàbitos de vida

Exploración

Lumbopélvica

Visceral

Miofascial

Control neuromuscular

Dermatomas

Valoración compresión
neural



Objetivos terapéuticos:

Propioceptivos

Normalización TC

Neurodinámicos

Articulares

Cognitivo-
conductuales



Eur J Pain. 2009 Jan;13(1):3-10. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.02.006. Epub 2008 Apr 18.

Acupuncture and dry needling in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.

Tough EA, White AR, Cummings TM, Richards SH, Campbell JL.

Primary Care, Peninsula Medical School, Universities of Exeter and Plymouth, ITTC Building, Tamar Science Park, Plymouth PL6 8BX, UK. Elizabeth.tough@pms.ac.uk

Abstract

Pain from myofascial trigger points is often treated by needling, with or without injection, although evidence is inconclusive on whether this is effective. We aimed to review the current evidence on needling without injection, by conducting a systematic literature review. We searched electronic databases to identify relevant randomised controlled trials, and included studies where at least one group were treated by needling directly into the myofascial trigger points, and where the control was either no treatment, or usual care; indirect local dry needling or some form of placebo intervention. We extracted data on pain, using VAS scores as the standard. Seven studies were included. One study concluded that direct dry needling was superior to no intervention. Two studies, comparing direct dry needling to needling elsewhere in the muscle, produced contradictory results. Four studies used a placebo control and were included in a meta-analysis. Combining these studies (n=134), needling was not found to be significantly superior to placebo (standardised mean difference, 14.9 [95%CI, -5.81 to 33.99]), however marked statistical heterogeneity was present (I²=88%). In conclusion, there is limited evidence deriving from one study that deep needling directly into myofascial trigger points has an overall treatment effect when compared with standardised care. Whilst the result of the meta-analysis of needling compared with placebo controls does not attain statistically significant, the overall direction could be compatible with a treatment effect of dry needling on myofascial trigger point pain. However, the limited sample size and poor quality of these studies highlights and supports the need for large scale, good quality placebo controlled trials in this area.



Evidencia Científica que apoya la Terapia Manual en el tratamiento del DPC

-85% de los pacientes con DPC presentan disfunción muscular, articular y/o fascial

(Prendergast & Weiss 2003, Tu et al. 2006)

-Mayor prevalencia de tener disfunción musculoesquelética en mujeres con DPC que en mujeres sin DPC (Chaitow 2007; Tu et al. 2008)

-La mayor sensibilidad asociada a dolor palpatorio se relaciona con una mayor dificultad para relajar los Músculos del Suelo Pélvico

(Tu et al. 2008)



maniobras
miotensivas
o presiones
deslizantes
del elevador
del ano por
contractura

Compresión estática piriforme TrP



Obturador interno- TrP



Grimaldi M, Le périnée douloureux sous toutes ses formes. Apport de la médecine manuelle et ostéopathie. Etude clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la Reproduction 2008

Compresió –distracció glúteo M TrP



Estiramiento piriforme & gluteo

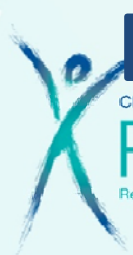


Compresión intermitente MSP



Inhibition Pectineous muscle





CENTRE DE FISIOTERÀPIA
R.A.P.
Reeducació Abdomino-Pelviària

Estiramiento/compresión del iliopsoas



Evaluación pubis



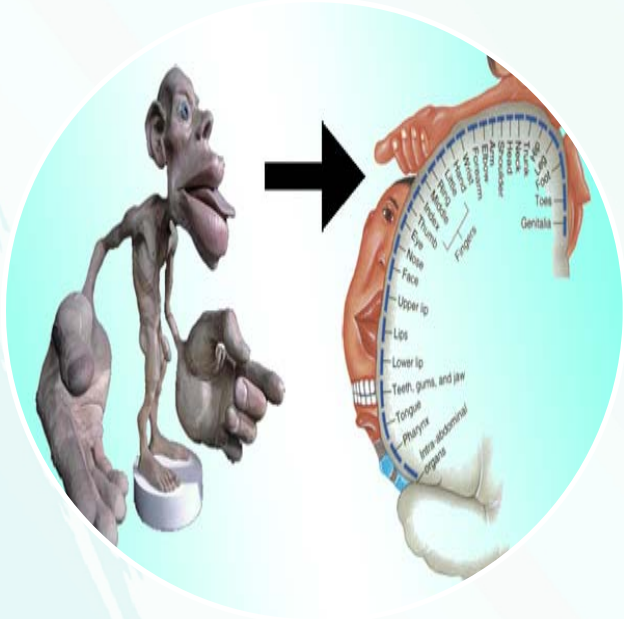
Neural mobilization



Tratamiento pelvi perineal



Reintegración esquema corporal



Conclusiones

- La NP se produce por mecanismos diversos pero presenta una sintomatología precisa
- Recomendaciones para diagnóstico
- Diagnóstico precoz
- Tratamiento fisioterapia primera opción terapéutica
- Fisioterapeuta experimentado



Muchas gracias por su atención
sk@rapbarcelona.com