NEVRALGIA DO NERVO PUDENDO - UM CASO DESAFIANTE DE DOR PÉLVICA

PUDENDAL NEURALGIA - A CHALLENGING CASE OF PELVIC PAIN

Autores:
Joana Pacheco de Castro[1], Inês Pirra[1], Cheila Clemente[1]

RESUMO

Introdução: A nevralgia do nervo pudendo é uma condição neuropática dolorosa que afeta o dermátomo correspondente ao nervo pudendo. Tipicamente, este quadro álgico, que se caracteriza por dor tipo queimadura acompanhada de sintomas genito-urinários, surge na posição sentada e alivia em decúbito ou ortostatismo. Por se tratar de uma condição pouco conhecida e com necessidade de exclusão de outras possíveis etiologias de dor pélvica, o diagnóstico pode ser um desafio. O diagnóstico correto e precoce é essencial para prevenir um impacto negativo a longo prazo na qualidade de vida a nível físico, psicológico, social e laboral, bem como evitar iatrogenia.

Descrição do caso: Mulher de 45 anos, recorre por dor, com quatro meses de evolução, moderada a intensa, tipo "picada" e "ardor", localizada à direita nas regiões inguinal, glútea e coxa na parte proximal, com irradiação à vagina e ânus, com agravamento durante a defecação, durante a relação sexual e na posição sentada. Ao exame objetivo apresenta dor à palpação abdominal profunda, mais intensa no quadrante inferior direito, toque vaginal e retal doloroso à direita e cordão fibroso palpável no fundo de saco direito. Depois de ser observada por diferentes especialidades e realizar vários exames complementares de diagnóstico, que não revelaram alterações compatíveis com o quadro clínico, realiza ressonância magnética que documenta ingurgitamento venoso ao longo do trajeto anterior de ambos os nervos pudendos, tendo-se diagnosticado nevralgia do nervo pudendo. Foi submetida a várias sessões de neuroestimulação elétrica transcutânea, com resolução completa das queixas.

Comentário: Os autores pretendem, com o presente caso, enfatizar a importância do papel do médico de família como primeiro ponto de contacto com o Serviço Nacional de Saúde. Uma correta impressão diagnóstica inicial permite uma melhor gestão do doente, um controlo mais adequado da dor, assim como referenciações adequadas e atempadas para outras especialidades.

Palavras-chave: nevralgia do nervo pudendo; dor pélvica crónica; dor pélvica neuropática

ABSTRACT

Introduction: Pudendal neuralgia is a painful neuropathic condition that affects the dermatome of the pudendal nerve. Typically, the pain, which is characterized by burn-type pain accompanied by genito-urinary symptoms, appears mostly in a sitting position and relieves in decubitus or orthostatism. The diagnosis can be challenging: on one hand it is not a well known condition and on the other hand other possible pelvic pain etiologies must be excluded. A correct and early diagnosis is essential to prevent a long-term negative impact on life quality of these patients on a physical, psychological, social and work level, as well as to prevent iatrogenesis.

Case description: 45-year-old woman presenting pain with four months of evolution, moderate to intense, "prick" and "burning" type, located on the right inguinal, gluteal and proximal thigh regions, with irradiation to the vagina and anus, with worsening during defecation, sexual intercourse and in the sitting position. On physical examination, she presents with pain on deep abdominal palpation, more intense in the lower right quadrant, painful vaginal and rectal inspection on the right side and a palpable fibrous cord at the bottom of the right sac. After being observed by different specialties and carrying out several complementary diagnostic exams, that did not reveal alterations compatible with the clinical picture, she performs a magnetic resonance imaging that documents venous engorgement along the anterior path of both pudendal nerves, having diagnosed neuralgia of the pudendal nerve. She underwent several sessions of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, with complete resolution of complaints.

Comment: With this case, we intend to emphasize the importance of the role of the family doctor as the first line of medical contact. A correct initial diagnostic impression allows better patient management, a greater pain control, as well as adequate and timely referral to other specialties.

Keywords: pudendal neuralgia; chronic pelvic pain; pelvic neuropathic pain

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF São João da Talha, ACeS Loures/Odivelas

INTRODUÇÃO

A nevralgia do nervo pudendo é uma condição neuropática dolorosa que afeta o dermátomo correspondente ao nervo pudendo.

É mais frequente em mulheres entre os 30 e os 60 anos, caracteriza-se clinicamente por dor tipo queimadura, que se pode localizar na vulva, vagina, clítoris, períneo e reto. Nos homens pode localizar-se na glande, escroto, períneo e reto, sendo frequentemente unilateral. A dor pode ser acompanhada de outros sintomas, nomeadamente polaquiúria, urgência urinária, tenesmo vesical ou retal, dispareunia e excitação sexual persistente, podendo ainda existir hiperalgesia significativa, alodinia, parestesias ou sensação de corpo estranho. Outra queixa frequente é descrita como a sensação de ter um "ferro em brasa" na vagina ou no reto. Tipicamente, os sintomas surgem na posição sentada e aliviam ou desaparecem em decúbito ou ortostatismo. Geralmente, os pacientes acordam sem dor ou com dor escassa, que aumenta de intensidade ao longo do dia.[1,2]

Por haver necessidade de exclusão de outras etiologias, é frequente que estes pacientes recorram a várias especialidades, realizem múltiplos exames complementares de diagnóstico e, por vezes, até sejam submetidos a intervenções cirúrgicas antes de ser efetuado o diagnóstico.[1,2]

O médico de família tem um papel essencial na prevenção quaternária, e na deteção e referenciação atempadas desta patologia, diminuindo assim as repercussões psicossociais e laborais.

Pretende-se com este caso alertar para uma condição subdiagnosticada, sendo o seu diagnóstico difícil e implicando uma investigação clínica desafiante.

DESCRIÇÃO DO CASO

C.P., 45 anos, género feminino, cozinheira, classe III de *Graffar*. Pertence a uma família nuclear na fase VI do ciclo de vida familiar de *Duvall* (casada e com três filhos). Apresenta antecedentes pessoais de hipertensão arterial essencial controlada, diabetes *mellitus* tipo 2 controlada, excesso de peso e esteatose hepática. O índice obstétrico é 2123 (2 partos eutócicos de termo, 1 parto eutócico pré-termo, 1 aborto espontâneo e 1 interrupção voluntária da gravidez). Como antecedentes cirúrgicos apresenta *status* pós-histerectomia com salpingectomia bilateral profilática em junho 2014, por endometriose. Encontra-se medicada cronicamente com sitagliptina + metformina 50 + 1000 mg (1 *id*), irbesartan 150 mg (1 *id*) e cloxazolam 1 mg (em SOS). Nega hábitos tabágicos, alcoólicos ou abuso de substâncias ilícitas. Desconhece antecedentes familiares relevantes.

De seguida apresentamos as consultas que deram origem a este caso:

22 de janeiro de 2015: consulta aberta de Medicina Geral e Familiar

Recorre por quadro de dor com quatro meses de evolução, de intensidade moderada a grave, diária e constante, com características neuropáticas ("picadas", "ardor" *sic*), localizada à direita nas regiões inguinal, glútea e coxa proximal, com irradiação à vagina e ânus, com agravamento durante a defecação, durante a relação sexual e na posição sentada e com alívio parcial com paracetamol e ibuprofeno.

Ao exame objetivo apresenta dor à palpação abdominal profunda, difusa, de maior intensidade no quadrante inferior direito, sem sinais de irritação peritoneal e com dor ao toque vaginal e retal à direita.

O exame sumário de urina e a ecografia ginecológica pedidas nesta consulta não revelaram quaisquer alterações.

Entre janeiro de 2015 e julho de 2016

A utente regressa, sucessivamente, à consulta aberta (uma média de uma a duas vezes por mês versus o padrão habitual da utente de duas consultas anuais) por novas crises álgicas semelhantes, que já não cedem à medicação inicial, cedendo parcialmente a tramadol. Recorre ainda várias vezes ao serviço de urgência, tendo sido referenciada num destes episódios para a consulta de Dor.

Neste período, foram pedidos vários exames complementares de diagnóstico, incluindo radiografia lombo-sagrada, coxo-femural e sacro-ilíaca, que mostraram alterações degenerativas osteoarticulares ligeiras, sem outras alterações relevantes. A ecografia pélvica por via supra-púbica não revelou alterações. Foi ainda pedida tomografia computorizada (TC) da bacia, que também não evidenciou alterações. Posteriormente foi referenciada às consultas de Medicina Física e de Reabilitação, Ginecologia e Ortopedia para esclarecimento etiológico do quadro álgico. Manteve incapacidade para a sua atividade laboral durante este período, tendo o seu absentismo culminado em desemprego em junho de 2016.

6 de março de 2017: consulta de Ginecologia

Ao exame objetivo ginecológico palpou-se cordão fibroso no fundo de saco direito, muito doloroso. Foi pedida nova ecografia pélvica, sem alterações dignas de registo.

4 de abril de 2017: consulta de Ortopedia

Avaliada em consulta de Ortopedia, onde foi diagnosticada trocanterite à direita, tendo tido alta da consulta medicada com etoricoxib 90 mg 1 *id* durante 7 dias.

11 de abril de 2017: consulta de Dor

Na avaliação inicial, considerou-se a observação vaginal sugestiva de nevralgia do nervo pudendo direito. Estabeleceu-se um plano terapêutico: início de pregabalina 50 mg 1 *id* (durante 3 dias) e seguido de 2 *id* e paracetamol + codeína 500 + 30 mg (em SOS até 3 *id*). Suspensão de paracetamol + tramadol e redução/suspensão de cloxazolam.

8 de maio de 2017: consulta de Dor

Recorre a consulta (sem marcação), por agravamento do quadro álgico, que motivou tomas abusivas da medicação, pelo que foi reajustada a terapêutica: pregabalina 75 mg 2 *id*, tramadol 100 mg 1 *id* e naproxeno 500 mg 1 *id* durante 7 dias.

16 de junho de 2017: consulta de Dor

Nesta consulta a doente referiu ter suspendido toda a terapêutica, pelo que se medicou com: pregabalina 75 mg 1 *id*, duloxetina 30 mg 1 *id* (7 dias) e depois 60 mg 1 *id*, amitriptilina 25 mg ½ comprimido, a iniciar 10 dias após a consulta, tramadol + paracetamol 650 + 75mg (em SOS até 3 *id*) e lidocaína em gel 2 *id*.

Considerou-se como hipótese diagnóstica mais provável a nevralgia do nervo pudendo e pediu-se ressonância magnética (RM) pélvica. A RM documentou "ingurgitamento dos plexos venosos para-cúpula-vaginal, ao longo do canal de *Alcock* com estruturas venosas ingurgitadas o longo do trajeto anterior de ambos os nervos pudendos em direção ao complexo clitoriano", tendo-se admitido ser esta a causa da nevralgia do nervo pudendo, na ausência de massas pélvicas, alterações morfoestruturais fibróticas retrácteis ou lesões anómalas ocupando espaço ao longo do trajeto de ambos os nervos pudendos.

27 de junho de 2017 - 28 de agosto de 2018: consulta de Medicina Física e Reabilitação

Realizou neuroestimulação elétrica transcutânea, inicialmente três vezes por semana durante três meses, tendo passado posteriormente a duas vezes por semana à medida que se foi otimizando o controlo da dor, com ajuste dos parâmetros entre sessões.

Interrompeu as sessões em dezembro de 2017, regressando à consulta cerca de dois meses depois com agravamento do quadro álgico, tendo reiniciado tratamento durante três meses, com resolução completa das queixas.

À data atual a doente encontra-se assintomática, mantendo o seguimento em consulta de diabetes de acordo com o plano sugerido para esta patologia.

COMENTÁRIO

O diagnóstico da nevralgia do nervo pudendo é essencialmente clínico. Perante um quadro de dor pélvica crónica este deve ser um diagnóstico a considerar, sendo importante conhecer ou relembrar os critérios que levam à sua suspeição. Uma anamnese cuidada com particular enfoque nos antecedentes obstétricos e cirúrgicos, caracterização da dor, e história psicossocial, são a chave para um diagnóstico atempado desta condição. O exame ginecológico é geralmente muito doloroso e pode ser difícil de realizar, pelo que é essencial criar condições que permitam à paciente sentir-se confortável e calma. Os achados encontrados irão orientar a investigação adicional, nomeadamente a escolha dos meios complementares de diagnóstico.

Em 2006 um grupo de trabalho multidisciplinar estabeleceu uma combinação de critérios (Critérios de *Nantes*) que podem sugerir o diagnóstico, incluindo: 1) distribuição da dor no território do nervo pudendo, 2) agravamento da dor na posição sentada, 3) dor não desperta durante a noite, 4) ausência de défices neurológicos no exame objetivo e 5) melhoria da dor com bloqueio diagnóstico do nervo pudendo. Como critérios de exclusão foram considerados: a existência de dor limitada à região coccígea, glútea ou hipogástrica, dor paroxística ou pruriginosa e achados imagiológicos sugestivos de outras etiologias.[3]

As possíveis etiologias da nevralgia do nervo pudendo encontram-se resumidas no Quadro I.

Podemos identificar no caso apresentado características típicas da nevralgia do nervo pudendo, nomeadamente: a distribuição da dor no território deste nervo, o agravamento da dor na posição sentada, características neuropáticas, não apresentando sinais de alarme como despertar noturno pela dor, ou défices neurológicos. Apesar de ter revelado ao exame objetivo dor intensa, principalmente à direita, os exames complementares de diagnóstico realizados inicialmente (ecografia ginecológica, exame sumário de urina, radiografia da coluna lombo-sagrada, radiografia coxo-femural, radiografia sacro-ilíaca e TC da bacia) não mostraram alterações de relevo.

Quadro I. Possíveis etiologias da nevralgia do nervo pudendo.[1-2]

Possíveis etiologias da nevralgia do nervo pudendo	
Lesão mecânica nervosa	- Espasmo de músculos do pavimento pélvico (elevador do ânus ou obturador interno); - Compressão por estruturas adjacentes, como ligamentos (sacroespinhoso, sacrotuberoso) ou tecido cicatricial; - Cirurgia ginecológica prévia, particularmente, por prolapsos ou incontinência; - Cirurgia da anca; - Trauma pélvico (parto vaginal, levantamento de objetos pesados, quedas, inserção retal de corpos estranhos).
Infeção viral	- Bartolinite; - Fístula anal/abcesso isquioretal; - Nevrite infecciosa (herpética).
Processos imunológicos	
Endometriose	

Perante a suspeita de nevralgia do nervo pudendo a RM é essencial para direcionar o tratamento segundo a etiologia.[2] Neste caso, a refratariedade da terapêutica farmacológica analgésica, juntamente com os achados no exame físico, levantaram a necessidade de realizar a RM, onde foi possível estabelecer o diagnóstico etiológico e iniciar tratamento adequado com neuroestimulação elétrica transcutânea, verificando-se uma boa resposta.

Noutros casos, o tratamento poderá passar por um bloqueio do nervo pudendo, radiofrequência pulsada ou descompressão cirúrgica.[1]

Pretendemos com o presente caso, alertar para o diagnóstico e referenciação atempados, de forma a diminuir o impacto na qualidade de vida dos pacientes. A paciente iniciou sintomas em setembro de 2014 e recorreu à consulta com queixas álgicas a primeira vez em janeiro de 2015. Apesar da apresentação clínica característica, só dois anos e meio depois foi possível estabelecer um diagnóstico definitivo e iniciar tratamento com boa resposta. Este longo período teve um impacto significativo na vida laboral e familiar da paciente. As queixas álgicas incapacitaram o desempenho das suas funções laborais, tendo o absentismo laboral culminado em desemprego. Este caso mostra também a importância de controlar adequadamente a dor, escalando a terapêutica analgésica, se necessário, e não subvalorizar queixas crónicas não objetivadas.

Por último, destacamos a importância do papel do médico de família enquanto elo de ligação entre as várias especialidades e interveniente principal no acompanhamento longitudinal do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
1- xAvellanal M, Ferreiro A, Diaz-Reganon G, Orts A, Gonzalez-Montero L. Neuralgia del pudendo: algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico desde una unidad del dolor. *Prog Obstet Ginecol.* 2015 (in press). doi:10.1016/j.pog.2014.11.011.
2- Hibner M, Desai N, Robertson L, Nour M. Pudendal Neuralgia. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 (in press). doi:10.1016/j.jmig.2009.11.003.
3- Labat J-J, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur J-P, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol and Urodynam.* 2008; 27(4), 306-310.

CONFLITOS DE INTERESSE:
Os autores declaram não possuir qualquer tipo de conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:
Joana Pacheco de Castro
joanacastro0000@gmail.com

RECEBIDO: 30 de outubro de 2020 | ACEITE: 29 de dezembro de 2020