



Síndrome de May-Thurner como causa de compresión neurovascular del nervio pudendo

Sotero Ramírez García,¹ José Gutiérrez Salinas,² Norma Rebeca Núñez Ramos,¹ Ángel Joel Maldonado Velázquez,¹ Sergio Hernández Rodríguez,² Hazel Carranza Castro,³ Liliana García Ortiz⁴

RESUMEN

El síndrome de May-Thurner resulta de la compresión de la vena iliaca común izquierda por la arteria iliaca común derecha, que pasa por encima de ella. Se comunica un caso atípico de síndrome de May-Thurner en una mujer de 23 años de edad, con dolor vaginal continuo sin síntomas venosos. El análisis con ultrasonido Doppler, la resonancia magnética nuclear y otros análisis complementarios sugirieron síndrome de congestión venosa pélvica. Los autores sostienen que esta afección provoca una neuropatía compresiva del nervio pudendo en el canal de Alcock. La paciente se trató con una técnica de bloqueo de nervios pudendos por vía transglútea, lo que disminuyó considerablemente el dolor.

Palabras clave: atrapamiento del nervio pudendo, canal de Alcock, neuropatía por compresión, síndrome de congestión venosa pélvica, síndrome de May-Thurner.

ABSTRACT

May-Thurner syndrome is a clinical condition that results from narrowing of the left common iliac vein lumen due to pressure from the right common iliac artery as it crosses anterior to it. We describe an atypical case of May-Thurner syndrome in a 23-year-old woman that presented only continuous pain in pudendal zone without vascular symptoms. The Doppler ultrasound, nuclear magnetic resonance and others complementary analyses show the presence of a pelvic venous congestion syndrome and we hypothesized that this condition produced a neuropathic compression of the pudendal nerve in Alcock's canal. Patient was treated with the technique of pudendal nerve blockade by trans-gluteal via. An important reduction in pain of pudendal zone was showed.

Key words: Alcock's canal, May-Thurner syndrome, neuropathic compression, pelvic venous congestion syndrome, pudendal nerve entrapment.

RÉSUMÉ

Le syndrome de May-Thurner est une condition qui résulte de la compression de la veine iliaque commune gauche par l'artère iliaque commune droite qui passe au-dessus. Nous rapportons un cas atypique de syndrome de May-Thurner dans un contrat de 23 ans, avec une douleur continue dans la vulve, sans symptômes veineux. Analyse Doppler, résonance magnétique nucléaire et d'autres complémentaires analyses montrent l'existence d'un syndrome de congestion veineuse pelvienne. Les auteurs font valoir que cette condition provoque une neuropathie compressive du nerf pudendal dans le canal d'Alcock. Le patient a été traité avec une technique de bloc du nerf pudendal par transglútea, ce qui a considérablement réduit la douleur vulvaire.

Mots-clés: compression du nerf pudendal, Alcock canal, neuropathie de compression, le syndrome de congestion veineuse pelvienne, syndrome de May-Thurner.

RESUMO

A síndrome de May-Thurner é uma condição que resulta da compressão da veia ilíaca comum esquerda através da artéria ilíaca comum direita que passa por cima dele. Nós relatamos um caso atípico de Maio-Thurner síndrome em um 23 anos, com dor contínua no pudenda, sem sintomas venosos. A análise Doppler ultra-som, ressonância magnética nuclear e outras complementares analisa mostram a existência de uma síndrome venoso pélvico congestionamento. Os autores argumentam que essa condição provoca uma neuropatia compressiva do nervo pudendo no canal Alcock. O paciente foi tratado com uma técnica de bloqueio do nervo pudendo através transglútea, que reduziu consideravelmente a dor do nervo pudendo.

Palavras-chave: compressão do nervo pudendo, Alcock canal, a neuropatia de compressão, a síndrome de congestão pélvica venosa, maio-Thurner síndrome.

¹ Director médico, Uromédica OSF, México DF.
² Laboratorio de Bioquímica y Medicina Experimental, División de Investigación Biomédica.
³ Servicio de Cirugía Experimental.
⁴ División de Medicina Genómica.
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México DF.

Correo electrónico: sotero@prodigy.net.mx
Recibido: octubre 2012. Aceptado: noviembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Ramírez-García S, Gutiérrez-Salinas J, Núñez-Ramos NR, Maldonado-Velázquez AJ. y col. Síndrome de May-Thurner como causa de compresión neurovascular del nervio pudendo. Ginecol Obstet Mex 2013;81:105-108.

Correspondencia: Dr. Sotero Ramírez García. Uromédica OSF. Uxmal 422, México 03220 DF.

El síndrome de May-Thurner lo describió inicialmente May y Thurner, en 1956; reportaron la compresión de la vena iliaca común izquierda por la arteria iliaca derecha sobre un cuerpo vertebral subyacente. Esta situación genera compresión venosa crónica que, a su vez, origina un síndrome de congestión venosa pélvica en el que se incrementan, en número y en calibre (hiperplasia), las estructuras venosas intrapélvicas con morfología varicosa; además, se observa estasis y alteraciones en el flujo sanguíneo que inducen diversos grados de insuficiencia venosa crónica y pueden causar un ataque agudo o crónico de trombosis en la vena iliaca izquierda.¹⁻⁵

La prevalencia del síndrome de May-Thurner en la población mundial se desconoce y posiblemente es desestimada, porque un número considerable de personas que la padecen no tienen síntomas y su diagnóstico generalmente se realiza después de un episodio de trombosis venosa profunda o de una acuciosa investigación clínica de los síntomas, que suelen ser inespecíficos y acompañarse de várices en la pelvis, miembros inferiores, o ambos.³⁻⁶

La mayoría de las afectadas son mujeres jóvenes o de mediana edad que sufren, sin causa ginecológica o urológica aparente, dolor crónico de más de seis meses de evolución, localizado en la región pélvica, pudenda, o ambas y que no cede al tratamiento. El dolor aumenta con la bipedestación, la actividad física y con las maniobras de Valsalva; puede vincularse con pesantez perineal, dispareunia, disuria y dismenorrea.^{6,7}

Las venas varicosas originadas por el síndrome de congestión pélvica venosa pueden provocar compresión nerviosa, que es la responsable del dolor.⁸⁻¹⁰ Se comunicó el caso de una paciente con síndrome de compresión neurovascular en el canal de Alcock, favorecido por el síndrome de congestión venosa pélvica causado por el síndrome de May-Thurner.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años de edad, que acudió a consulta con dolor de intensidad 6 en la escala de 1 a 10, localizado en la región perineal y vulvar, de aproximadamente dos años de evolución. El dolor era de tipo quemante, acompañado de disuria, urgencia urinaria y nicturia, que se incrementaba con las relaciones sexuales y no se aliviaba con alfabloqueadores, anticolinérgicos ni

analgésicos convencionales. El examen general de orina arrojó resultados normales y el examen de uroflujometría mostró el flujo máximo de 27 mL/s y medio de 15 mL/s, orina premicción de 315 mL y orina residual de 31 mL. En el cuestionario IPSS, la paciente tuvo una calificación de 13 (síntomático moderado) y de calidad de vida de 6 (muy malo). El examen físico reveló dolor superficial en la región vaginal y vulvar, principalmente del lado izquierdo, con positividad del signo de Tinel (reproducción del dolor y parestesias por la presión del tronco nervioso), sin edema ni várices superficiales.

El ultrasonido Doppler mostró dilatación de las venas pudendas y variación en las velocidades habituales de flujo, lo que indicó flujo colateral a esta circulación (Figura 1A). La resonancia magnética nuclear en secuencia 3D TOF, con medio de contraste, mostró compresión de la vena iliaca común izquierda por la arteria iliaca común derecha (Figura 1B). La flebografía selectiva de la vena iliaca externa reveló estenosis de la vena iliaca común izquierda (Figura 2A) y reflujo venoso a la circulación colateral: venas lumbares y pudendas (Figura 2B). La circulación colateral fue más evidente en la flebografía selectiva con reconstrucción tridimensional MPR desde la vena iliaca externa, en donde se apreció la circulación colateral secundaria a venas periuterinas, lumbares y pudendas en una imagen sagital (Figura 2C) y coronal (Figura 2D).

Los resultados anteriores y los síntomas que experimentaba la paciente favorecieron la hipótesis de síndrome de congestión venosa pélvica que produjo un síndrome de compresión del nervio pudendo, lo que explicaría la disuria y el dolor perineal intratable.⁸⁻¹⁰

Se sugirió a la paciente que se colocara una prótesis endovascular para tratar el síndrome de May-Thurner; se negó y especificó que su molestia principal era la disuria y el dolor perineal continuo. Debido a que no se encontraron datos importantes de insuficiencia venosa que hicieran pensar en complicaciones vasculares inmediatas, se realizó un bloqueo de nervios pudendos por vía transglútea en forma bilateral, mediante infiltraciones perineurales en el espacio interligamentoso y en el canal de Alcock, con una mezcla de ropivacaína y metilprednisolona, bajo CT-scan. Posteriormente, se trató con antiagregantes plaquetarios y se refirió a un programa de rehabilitación biomecánica. La remisión del dolor perineal y de los síntomas urinarios fue considerable.

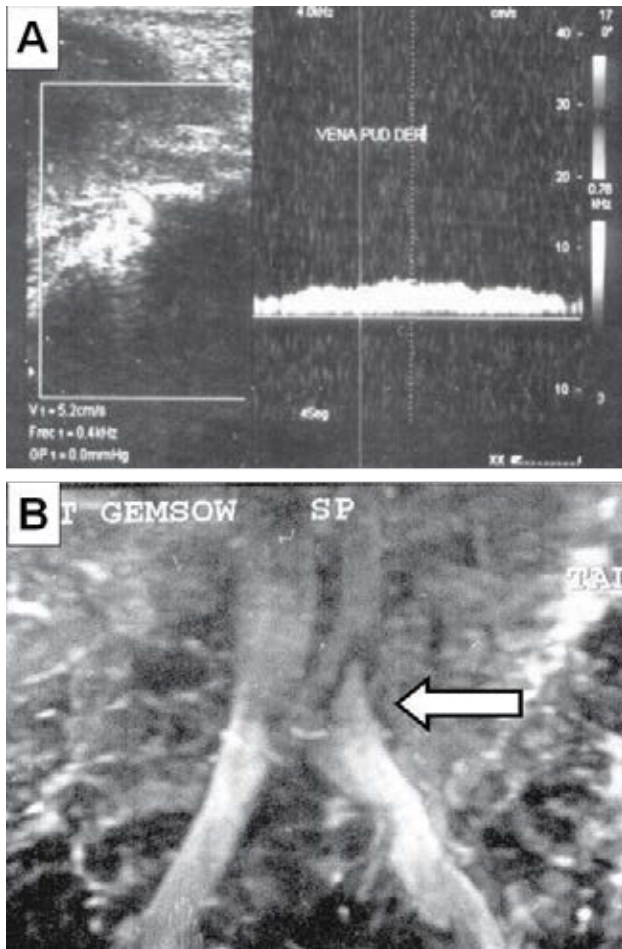


Figura 1. A. Ultrasonido Doppler que muestra la dilatación de la vena pudenda izquierda y cambios en la velocidad del flujo venoso habitual. B. Resonancia magnética nuclear en secuencia 3D-TOF con medio de contraste. Se observa la compresión de la vena iliaca común izquierda por la arteria iliaca común derecha (flecha).

DISCUSIÓN

El síndrome de May-Thurner es un cuadro clínico atípico debido a la ausencia de edema unilateral, várices superficiales u otros datos de trombosis o insuficiencia venosa crónica que es común encontrar en estadios avanzados del padecimiento.²⁻⁵ No obstante, el diagnóstico se estableció cuando se demostró la compresión de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca derecha.

La presentación atípica de este caso se relaciona con dolor vulvar, uretral y dispareunia; con ausencia de infección en las vías urinarias y sin alteración de los parámetros urodinámicos. Debido a esto, el diagnóstico de síndrome

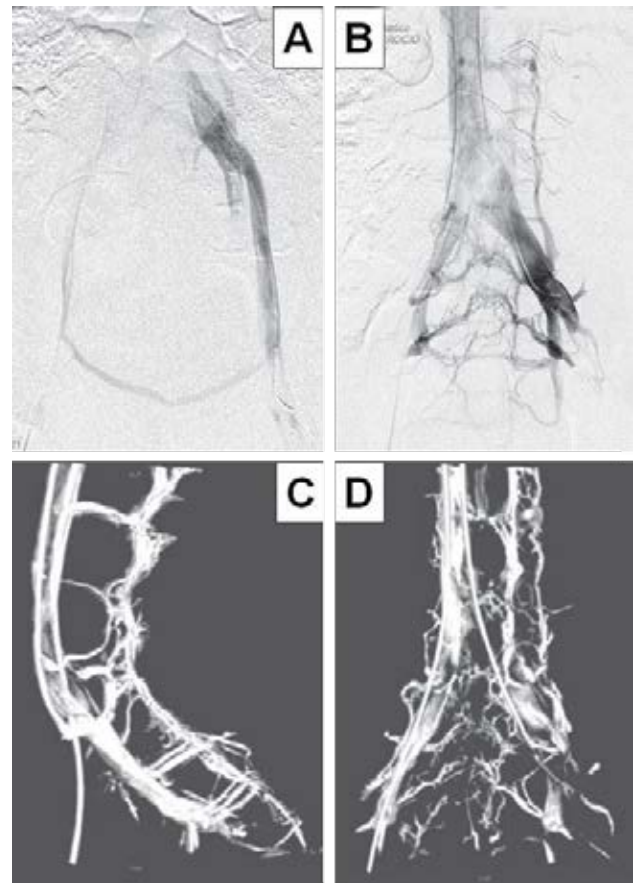


Figura 2. Flebografía selectiva desde la vena iliaca externa que muestra una estenosis de la vena iliaca común izquierda (A) y un reflujo venoso con circulación colateral secundaria a venas lumbares y pudendas. B. Flebografía selectiva hecha con reconstrucción tridimensional MPR desde la vena iliaca externa que revela una importante circulación colateral secundaria a venas periuterinas, lumbares y pudendas en un imagen sagital (C) y coronal (D).

de May-Thurner sólo pudo establecerse cuando se realizó un estudio de flebografía selectiva en el que se observó la compresión de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca derecha. Además, se apreció una gran cantidad de circulación colateral y venas varicosas en la región pudenda, lo que hizo pensar en un síndrome de congestión venosa pélvica que pudo ser responsable, parcialmente, del dolor que sufrió la paciente.⁸⁻¹⁰

La hipótesis de los autores es que el síndrome de congestión venosa pélvica comprime la vena del nervio pudendo en la región del canal de Alcock, que es el lugar por donde pasa. De esta forma, se origina un síndrome de atrapamiento del nervio, que es el causante de los síntomas

urinarios y del tipo de dolor que experimentó la paciente, que sería, en parte, dependiente de la rama nerviosa pú-bica con sus fibras parasimpáticas (que inervan el esfínter urinario).¹¹⁻¹⁶

A la exploración física se notaron signos compatibles con el síndrome de atrapamiento del nervio pudiendo, y la mejoría de la paciente cuando se hizo el bloqueo por vía transglútea confirmó esta teoría.

Se consideró que el problema vascular no era tan importante, y que los síntomas urinarios y el dolor referidos eran prioritarios. El tratamiento del síndrome de May-Thurner es la terapia endovascular;^{2,17} sin embargo, la negativa de la mujer a realizarse ese tratamiento y la falta de signos de complicación vascular motivaron el bloqueo de nervios pudendos por vía transglútea, que disminuyó notablemente sus síntomas y mejoró su calidad de vida. Se eligió el bloqueo por vía transglútea dirigido por CT-scan, porque es un procedimiento seguro, mínimamente invasivo y relativamente cómodo.^{18,19} La condición actual de la paciente no indica un problema vascular grave, pero como medida de precaución, sigue un tratamiento farmacológico y un programa de cuidados especiales.

En conclusión, el dolor perineal debido a neuropatía compresiva del nervio pudendo, causado por el síndrome de congestión venosa pélvica que no tiene consecuencias vasculares mayores, puede tratarse exitosamente por medio de la infiltración de esos nervios a través de la vía transglútea; éste es un procedimiento seguro, fácilmente reproducible, que produce alivio inmediato del dolor y mejora la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS

1. May R, Thurner J. The cause of predominately sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. *Angiology* 1957;8:419-417.
2. Moudgill N, Hager E, Gonsalves C, Larson R, et al. May-Thurner syndrome: Case report and review of the literature involving modern endovascular therapy. *Vascular* 2009;17:330-335.
3. Suwanabol PA, Tefera G, Schwarze ML. Syndromes associated with the deep veins: Phlegmasia cerulea dolens, May-Thurner syndrome, and nutcracker syndrome. *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther* 2010;22:223-230.
4. Ferris EJ, Lim WN, Smith PL, Casali R. May-Thurner syndrome. *Radiology* 1983;147:29-31.
5. Sathler CCM, Lins BMV, Rivas YJA. Tratamiento endovascular del síndrome de May-Thurner: Informe de caso y revisión de la literatura. *Rev Bras Ecocardiog Imagem Cardiovasc* 2012;25:122-125.
6. Leal MJ. Indicaciones y tratamiento del síndrome de congestión pélvica. *Flebología y linfología: Lecturas vasculares* 2010;5:841-847.
7. Leal MJ, Zubicoa ES, Chocrón EA, Sánchez AG, Galano RU. Síndrome congestivo pélvico: revisión. En: Vaquero C, Ros E, editores. *Procedimientos terapéuticos oclusivos endovasculares*. Valladolid: Gráficas Andrés Martín, 2010;197-205.
8. Yamamoto N, Koyano K. Neurovascular compression of the common peroneal nerve by varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2004;28:335-338.
9. Bendszus M, Rieckmann P, Perez J, Koltzenburg M, et al. Painful vascular compression syndrome of the sciatic nerve caused by gluteal varicosities. *Neurology* 2003;61:985-987.
10. Moser T, Scheiber-Nogueira MC, Nogueira TS, Doll A, et al. Pudendal nerve compression by pelvic varices: successful treatment with transcatheter ovarian vein embolisation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:188.
11. Ramsden CE, McDaniel MC, Harmon RL, Renney KM, Faure A. Pudendal nerve entrapment as source of intractable perineal pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2003;82:479-484.
12. Beco J, Klimov D, Bex M. Pudendal nerve decompression in perineology: a case series. *BMC Surg* 2004;4:15.
13. Cil EB, Akpınar E, Carcaaltıncaba M, Akinci D. Case 76: May-Thurner syndrome. *Radiology* 2004;233:361-365.
14. Labat JJ, Riant T, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes Criteria). *Neurourol Urodyn* 2007;27:306-310.
15. Itza FS, Salinas J, Zarza D, Gómez FS, Allona AA. Update in pudendal nerve entrapment syndrome: an approach anatomic-surgical, diagnostic and therapeutic. *Actas Urol Esp* 2010;34:500-509.
16. Shafik A, Doss SH. Pudendal canal: surgical anatomy and clinical implications. *Am Surg* 1999;65:176-180.
17. Ribeiro JCJ, Queiroz DN, Azambuja FF, Petrossi GS, et al. Endovascular treatment of iliac vein compression syndrome (May-Thurner). A case report. *J Vasc Bras* 2011;10:72-76.
18. Hough DM, Wittenberg KH, Pawlina W, Maus TP, et al. Chronic perineal pain caused by pudendal nerve entrapment: Anatomy and CT-guide perineural injection technique. *Am J Roentgenol* 2003;181:561-567.
19. McDonald JS, Spigos DG. Computed tomography-guide pudendal block for treatment of pelvic pain due to pudendal neuropathy. *Obstet Gynecol* 2000;95:306-309.