

Semiología Neurológica en el Dolor Pélvico-Perineal

Guión mental

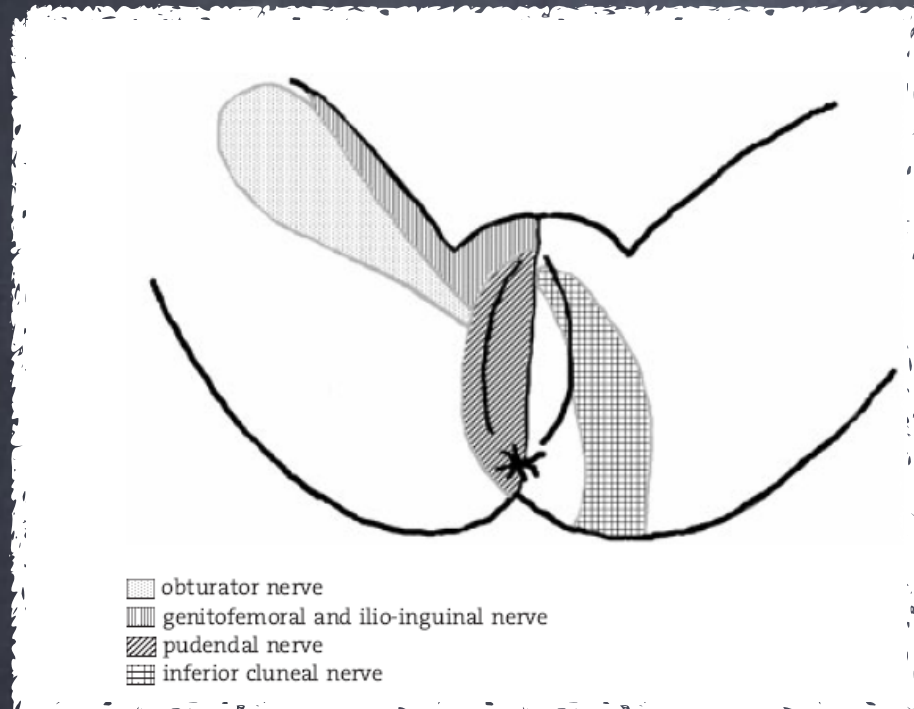
- ¿Qué puede doler?
- ¿Cómo duele?
- No me encaja

Conceptos teóricos

- Inervación somática, visceral y autonómica.
- La convergencia y la sensibilización
- Los patrones miofasciales y dolores proyectados
- Diferenciación entre dolor somático, visceral, miofascial y neuropático

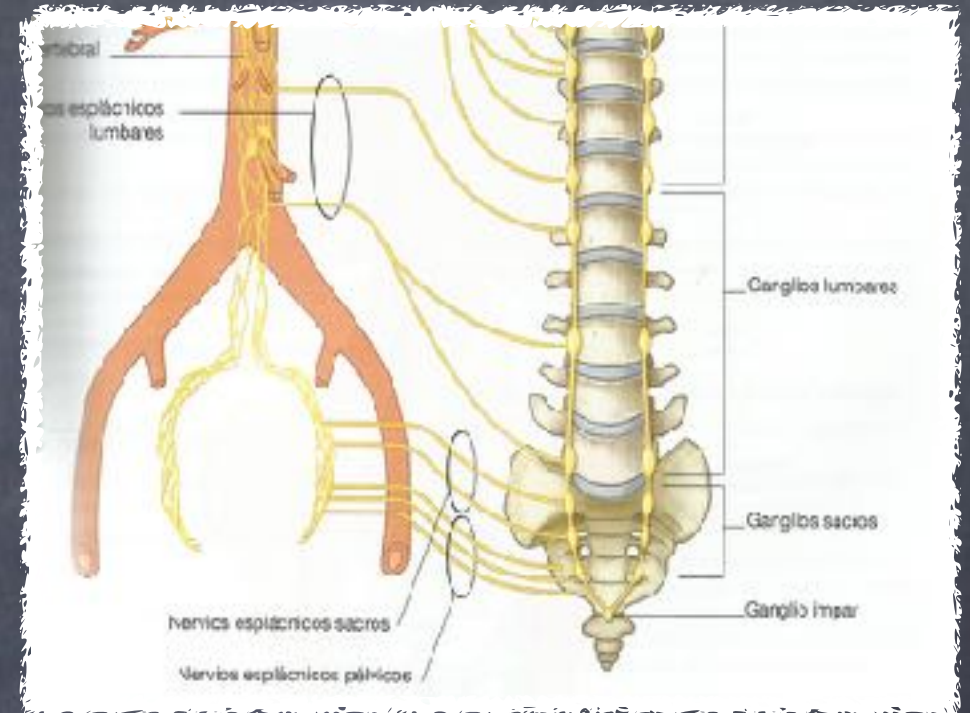
Dos Conceptos Básicos

Inervación Somática



Territorios más
definidos con
zonas
anastomóticas

Inervación, Visceral y Autonómica

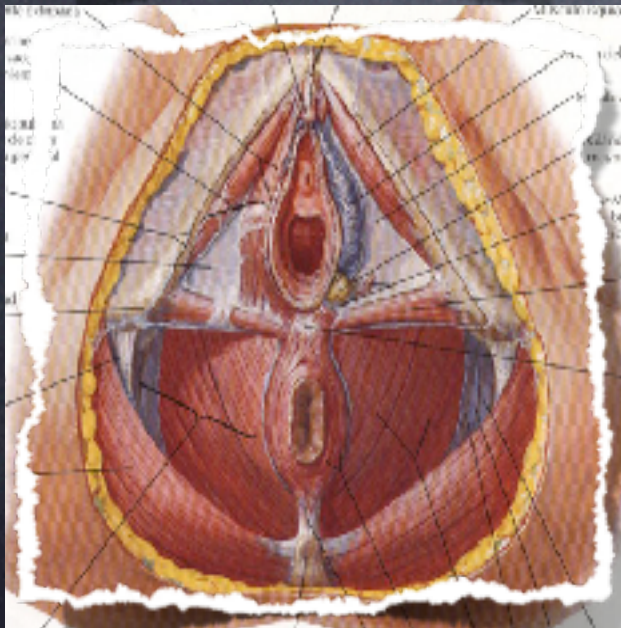


Territorios más
difusos y
alteraciones
funcionales

Inervación Somática

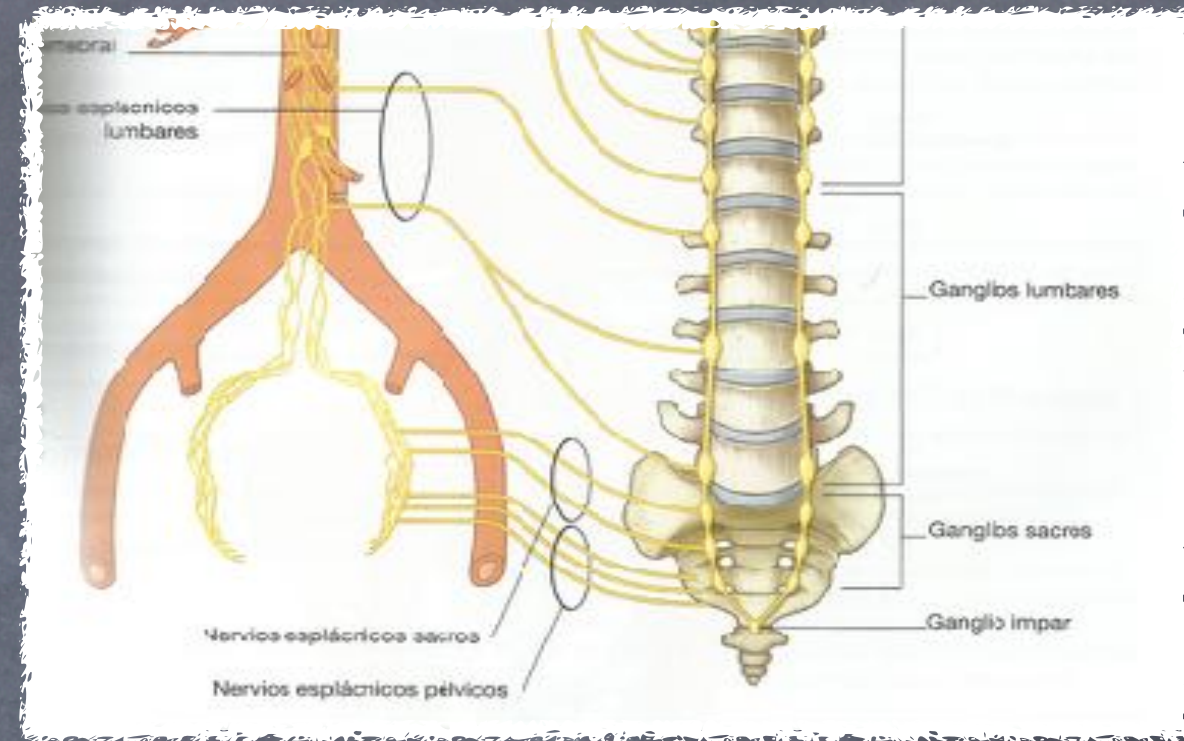


Abdomen e
ingle derivan
de plexo lumbar



Periné deriva
de plexo sacro

Inervación Visceral



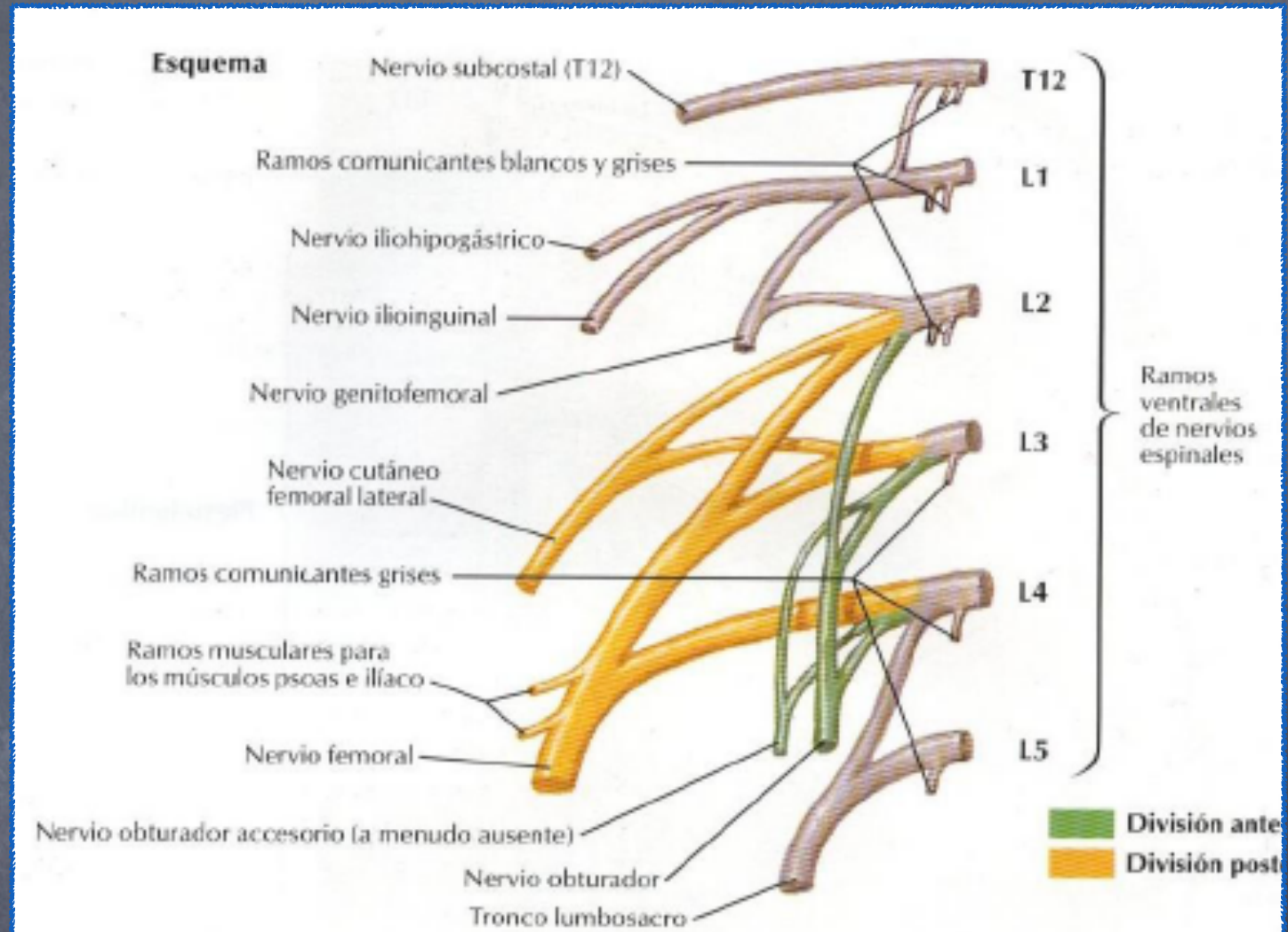
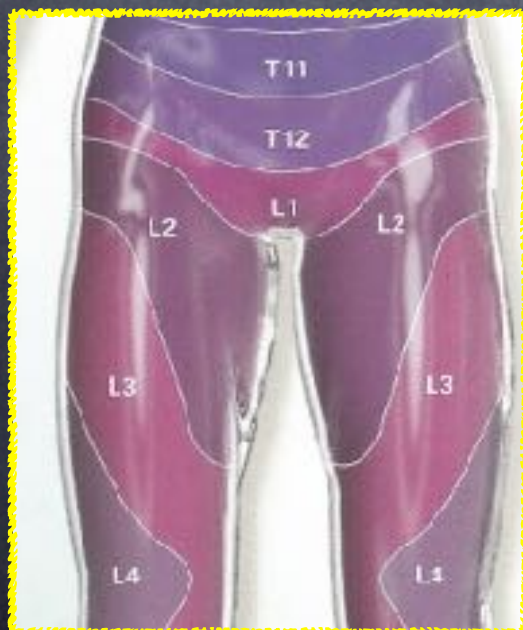
Componente Tóraco-Lumbar y
Componente Sacro

EL PLEXO LUMBAR

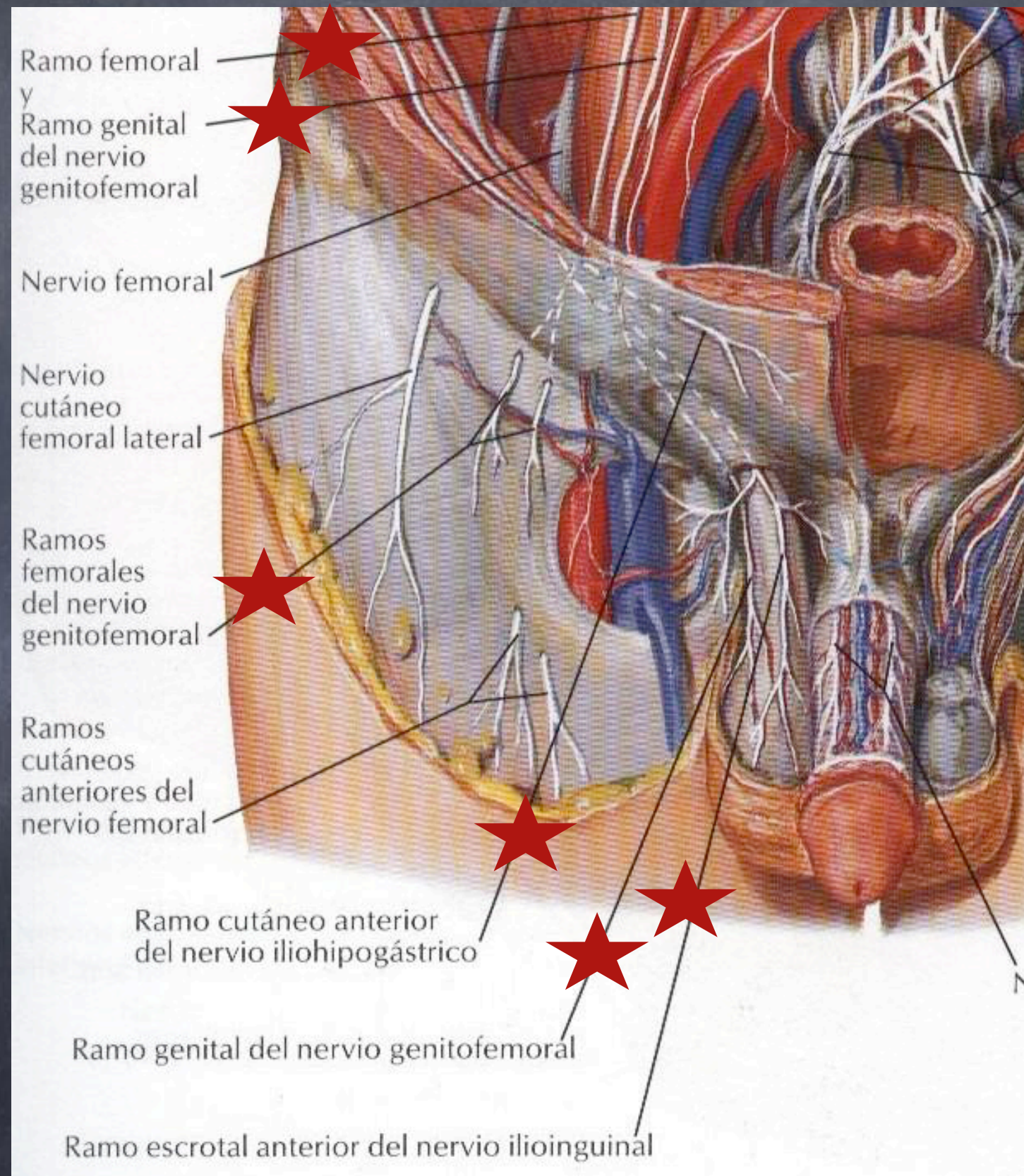
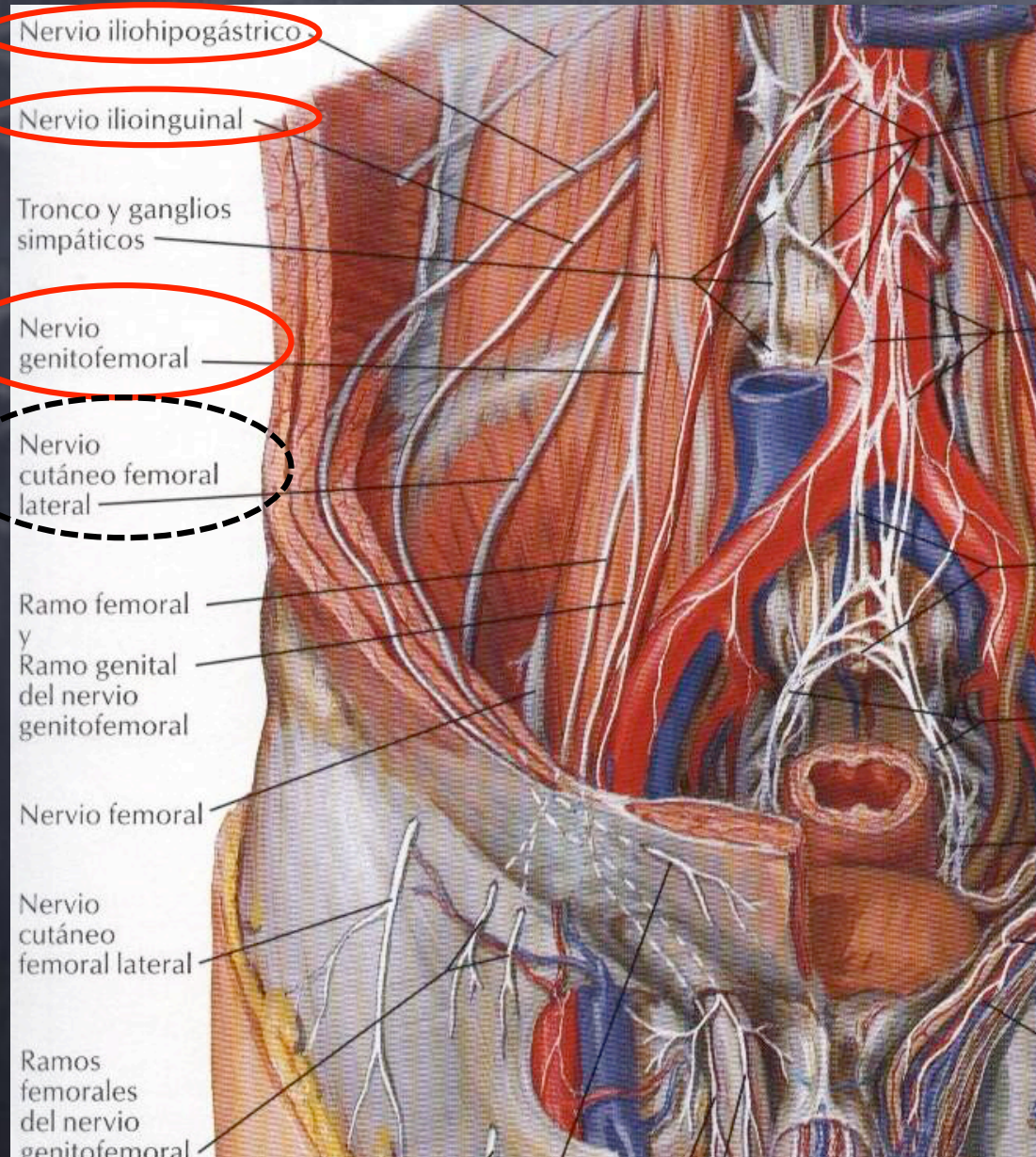
Pared abdominal inferior y región
ínguino genital

PLEXO LUMBAR

- ① 1 N. ILIOHIPOGÁSTRICO
- ② 2 N. ILIOINGUINAL
- ③ 3 N. GÉNITOFEMORAL
- ④ 4 N. FÉMORO CUTÁNEO LATERAL
- ⑤ 5 N. OBTURADOR



N. Pared abdominal y región genital



N. Iliohipogástrico e Ilioinguinal

o Origen: T12- L2

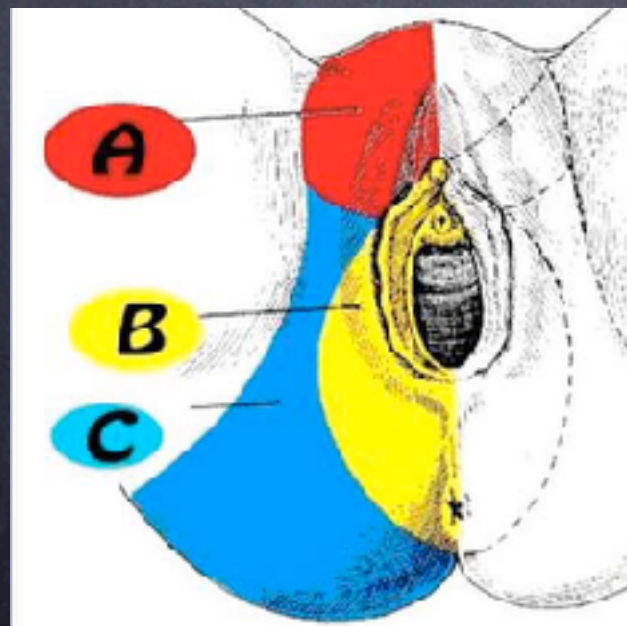
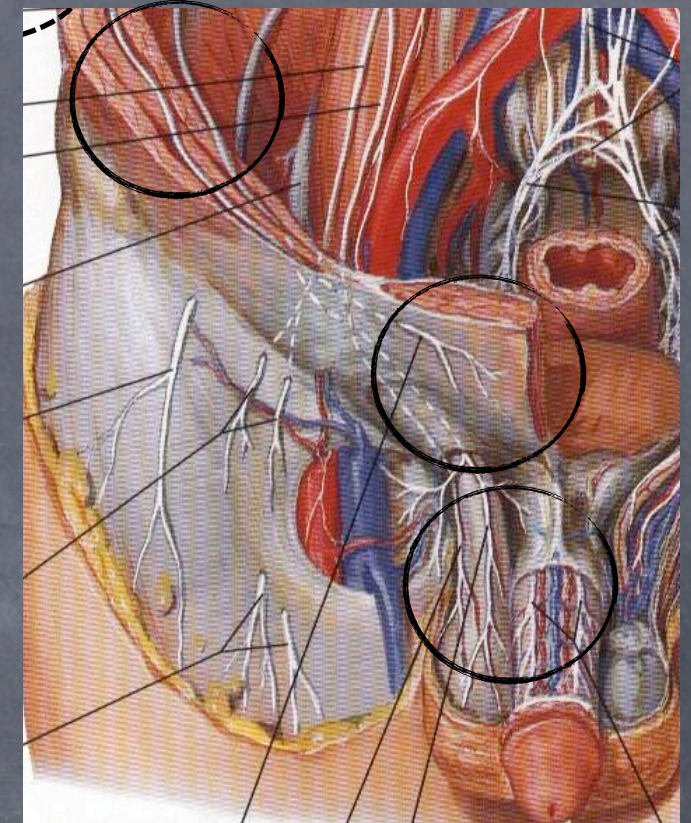
o Principal aportación L1

o En un 20% de los casos origen común

o Distribución cutánea:

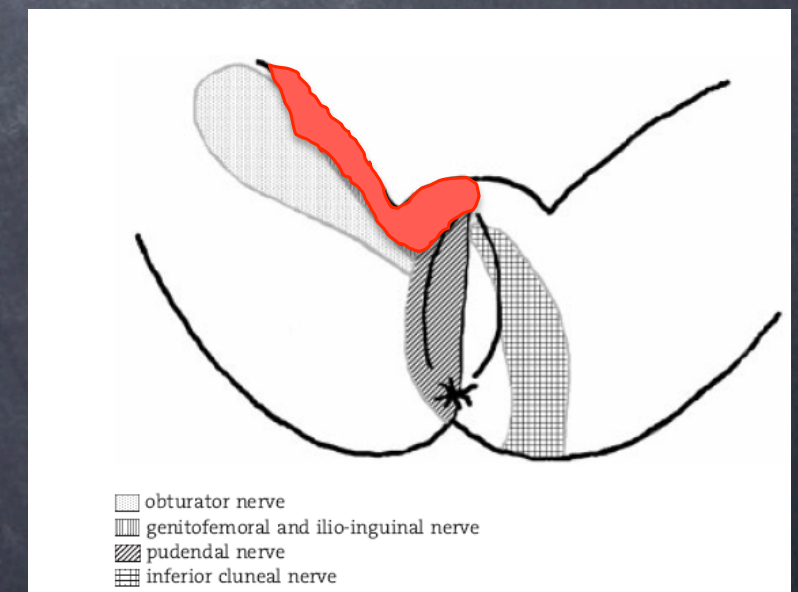
o Iliohipogástrico: pubis (Monte de Venus)

o Ilioinguinal: piel de labios mayores, piel adyacente medial del muslo, porciones del oblicuo interno y transverso del abdomen



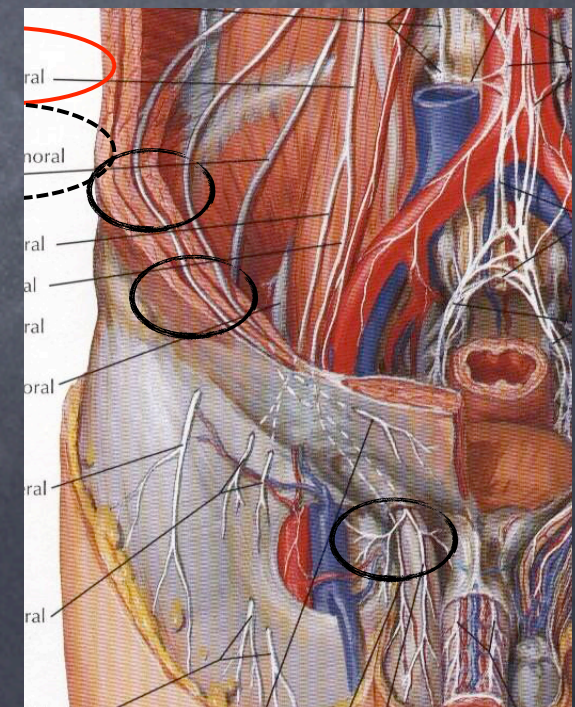
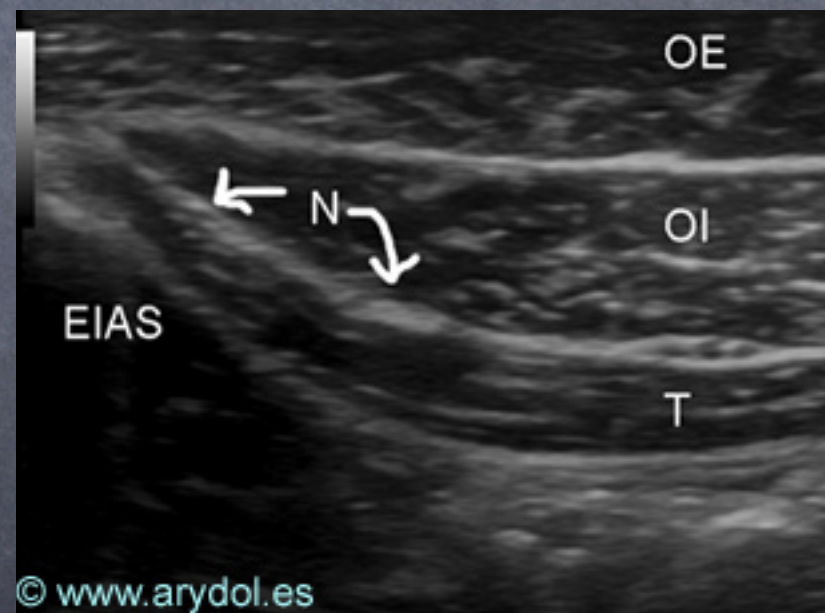
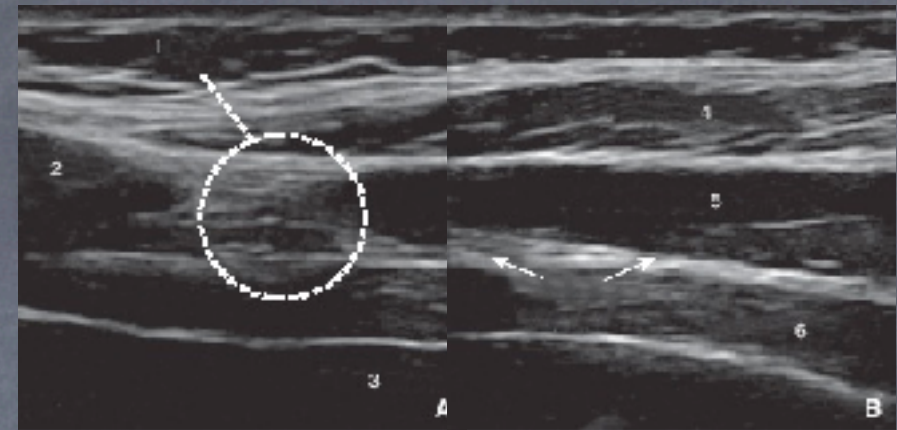
- Pubis, ingle, escroto, labios mayores, cara interna del muslo

- Testículo deriva de los aferentes viscerales de L1



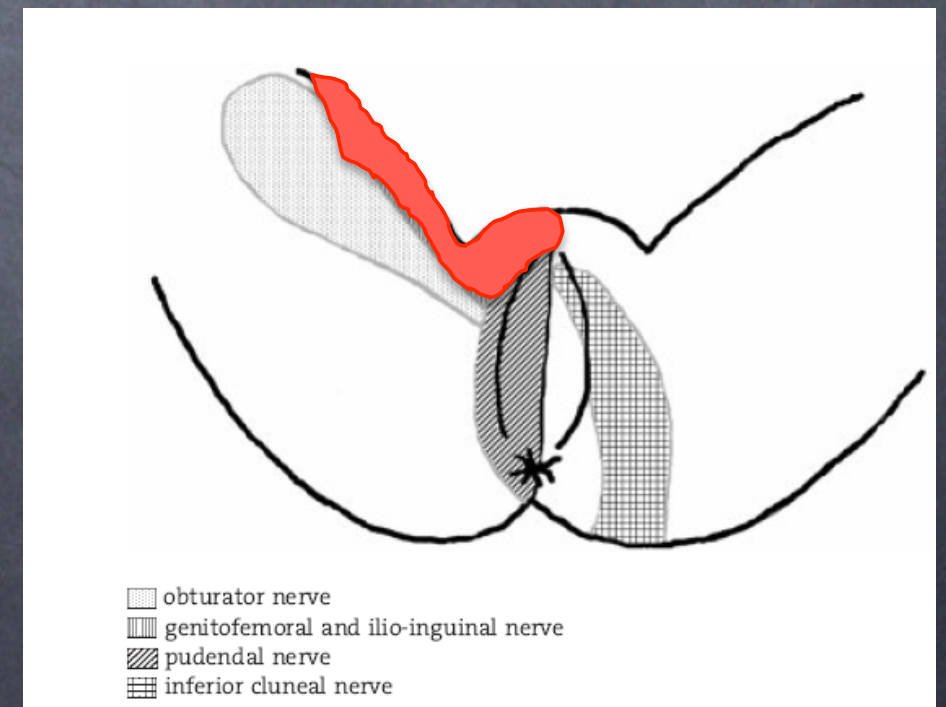
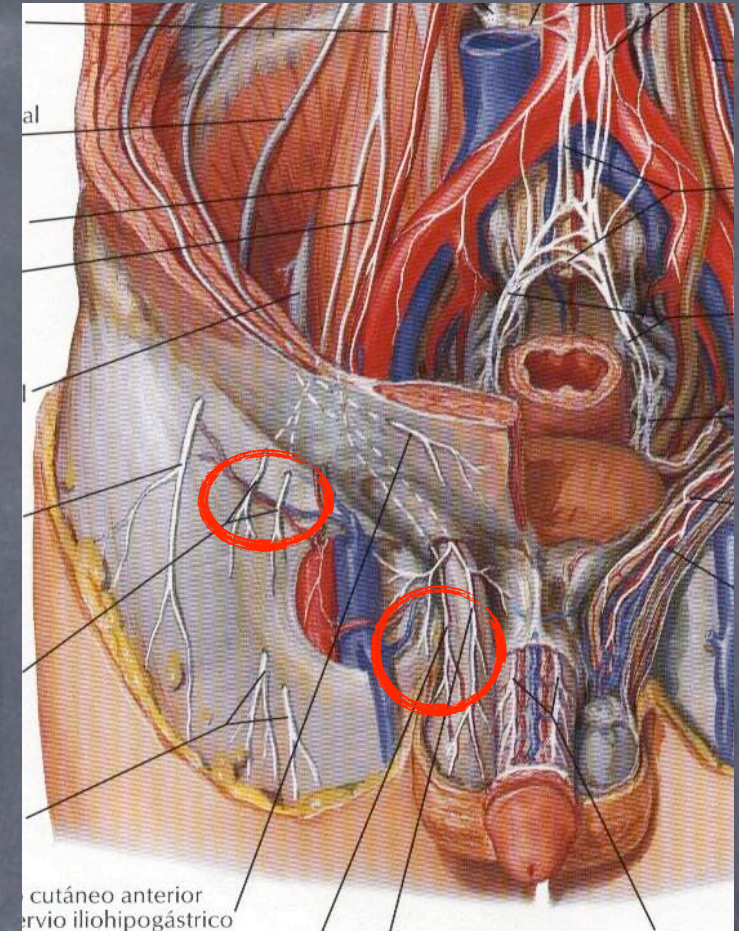
N. Iliohipogástrico e Ilioinguinal

- Ilihipogástrico
componente motor
- Lugares de conflicto:
 - Cicatrices pared
 - Canal y anillo
inguinal

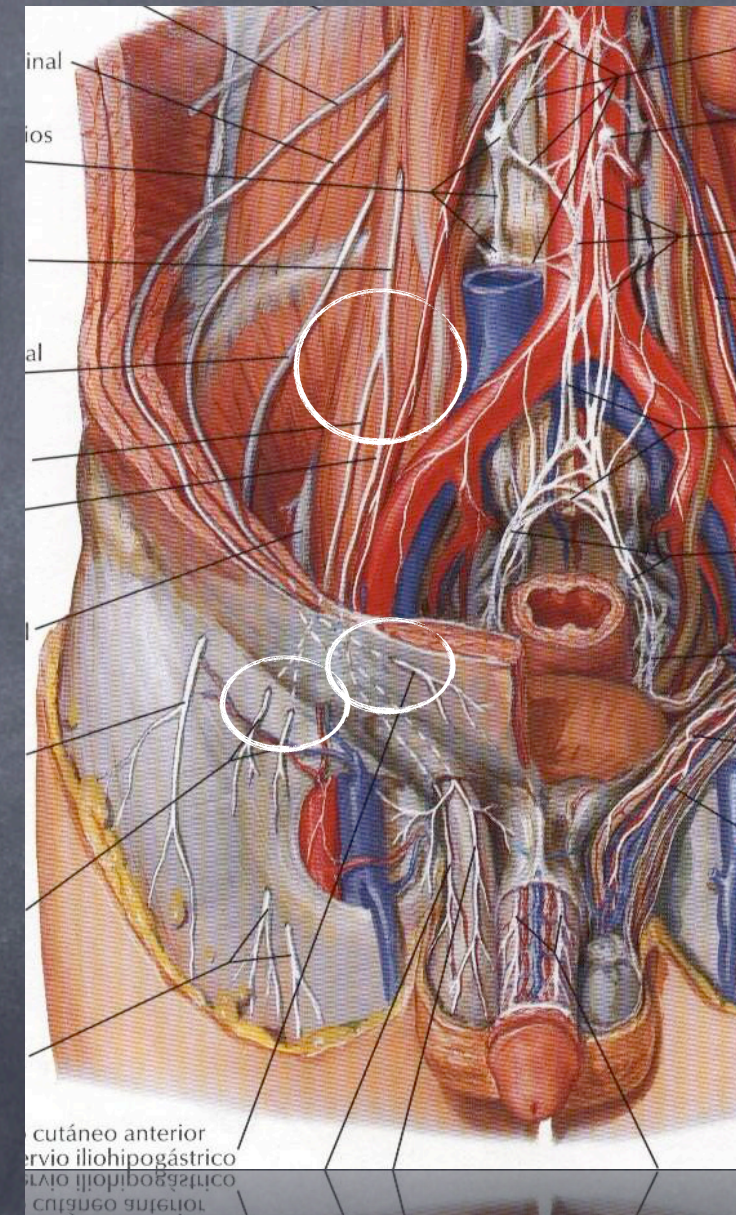
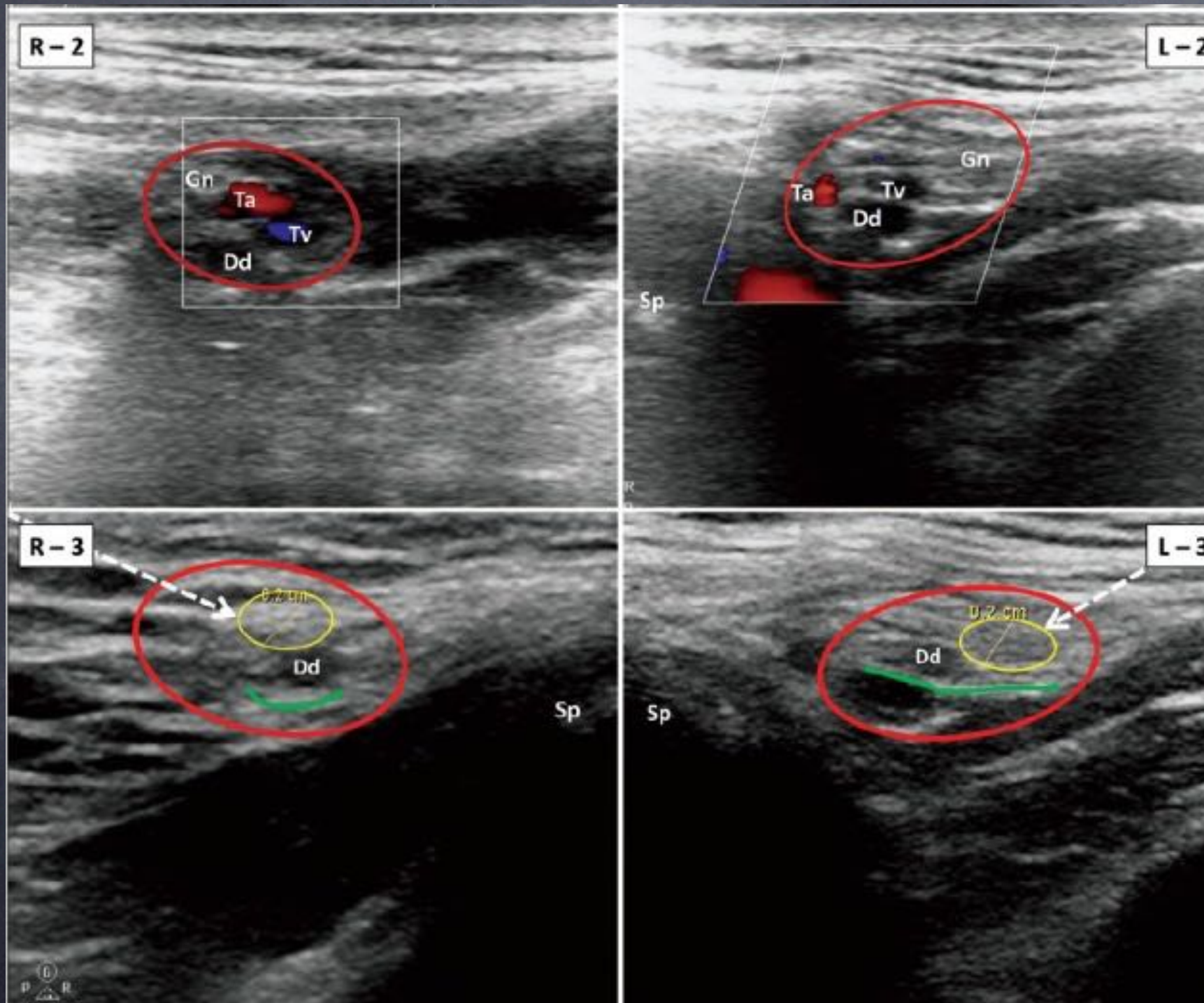


N. Génitofemoral

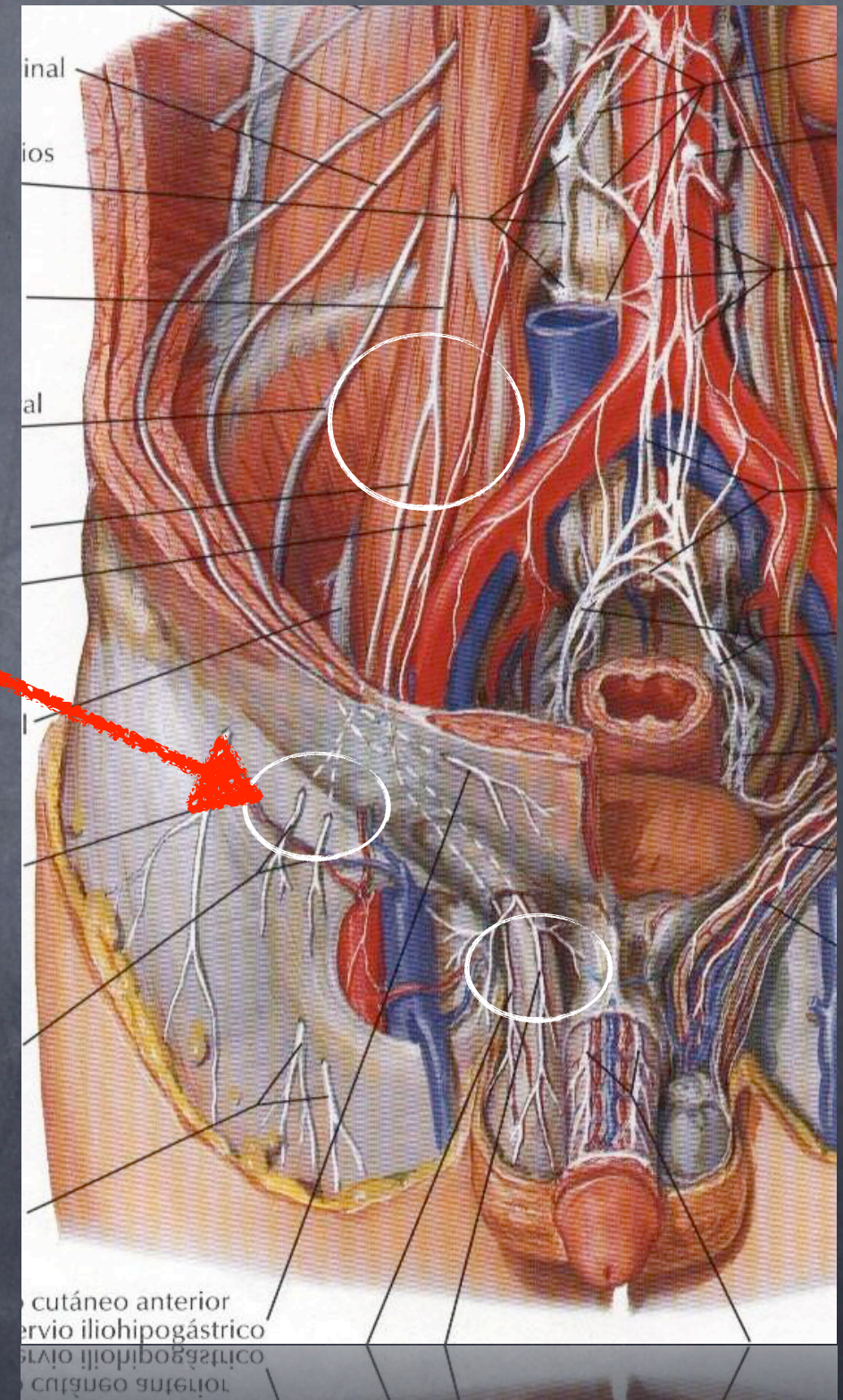
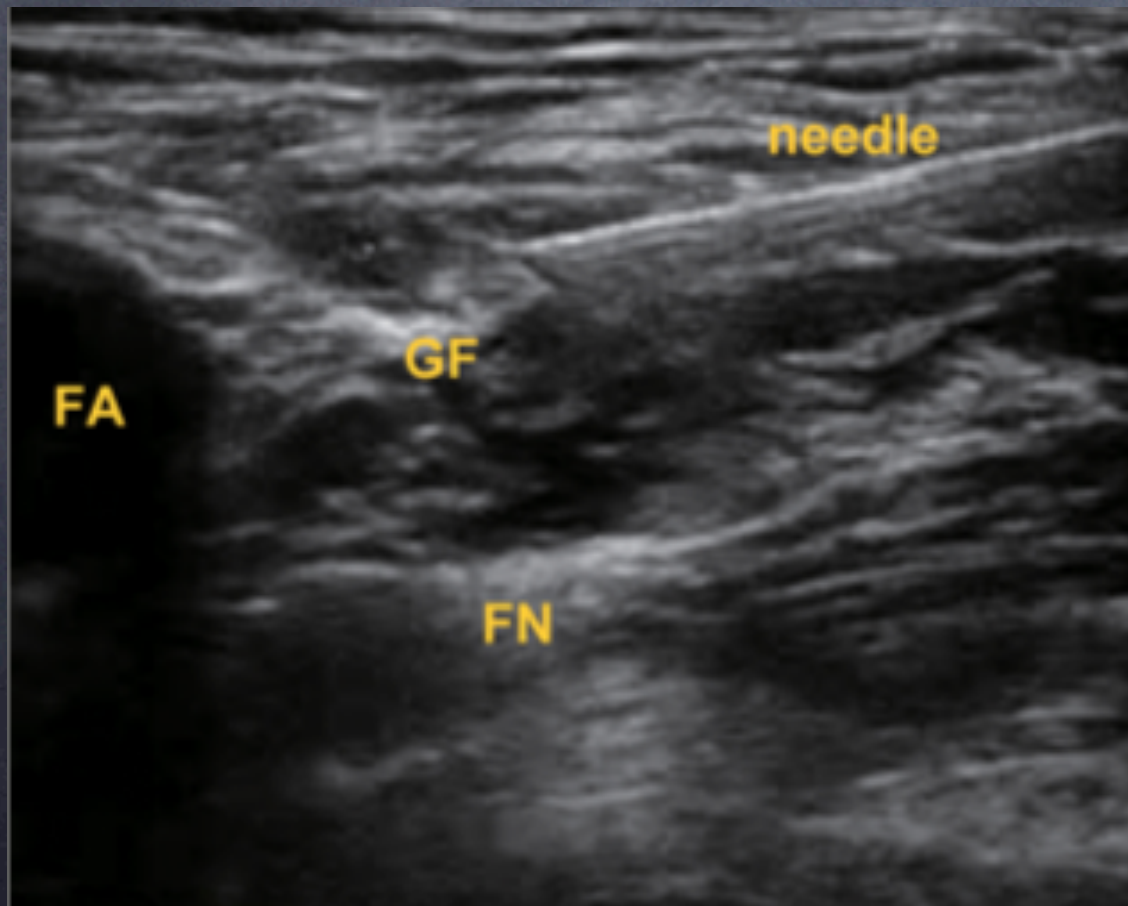
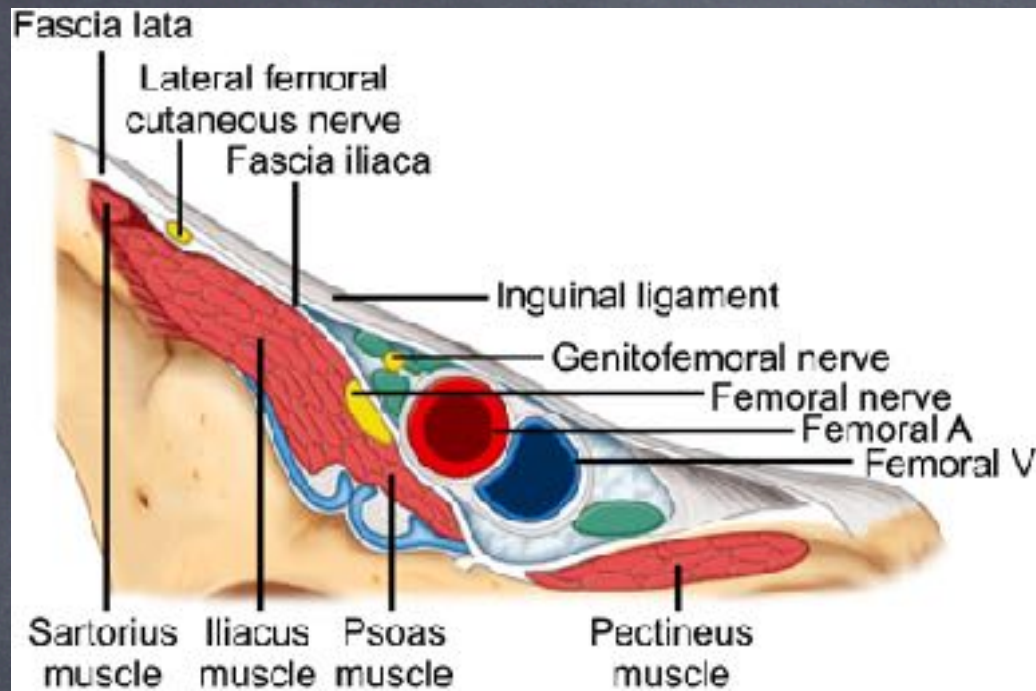
- Origen: L1-L2
- Lugares de conflicto:
 - Anillo inguinal
 - Cicatrices pared abdominal (apendicitis)
- Distribución cutánea:
 - Rama femoral : pequeña zona proximal y anterior del muslo
 - Rama genital: escroto, labios mayores y zona medial del muslo
- Clínica:
 - Abolición reflejo cremastérico



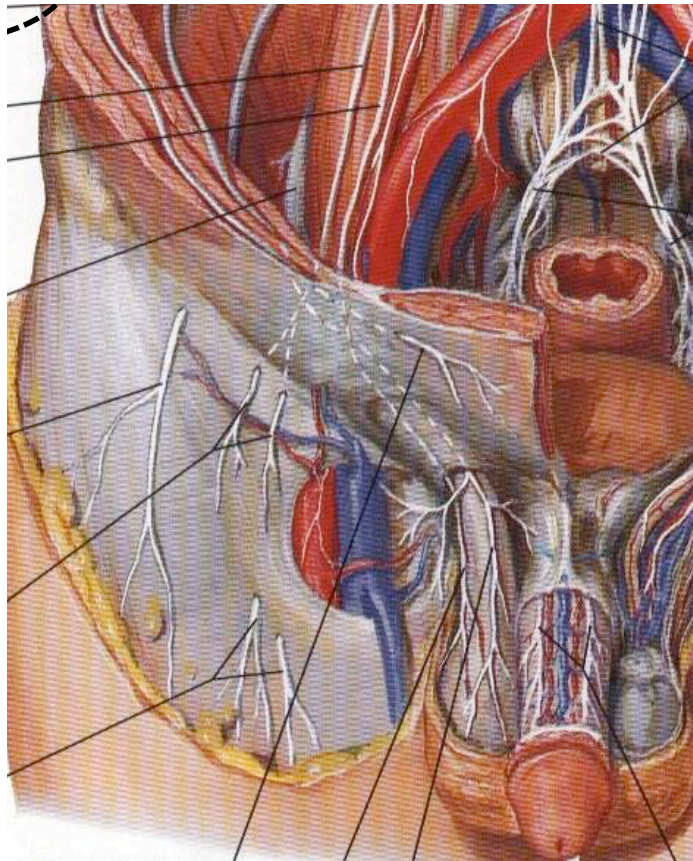
N. Génitofemoral (rama genital)



N. Génitofemoral (rama femoral)



Inervación Pared Abdominal e Ínguino-Escrotal

	Origen	Distribución y Lugares conflicto	Causas Atrapamiento	Particularidades
Ilioinguinal	T12-L2		Cicatrices, herniarrafia abierta	
Iliohpogástrico	T12-L2		Cicatrices, hernirrafia abierta	Componente Motor
Genitofemoral	L1-L2		Cicatrices: apendicitis, herniorrafia laparoscópica	Abolición reflejo cremastérico

Inervación Testicular Aferentes
Viscerales L1

N. Obturador

• Origen: L2-L3-L4

• Distribución cutánea:

• cara medial del muslo

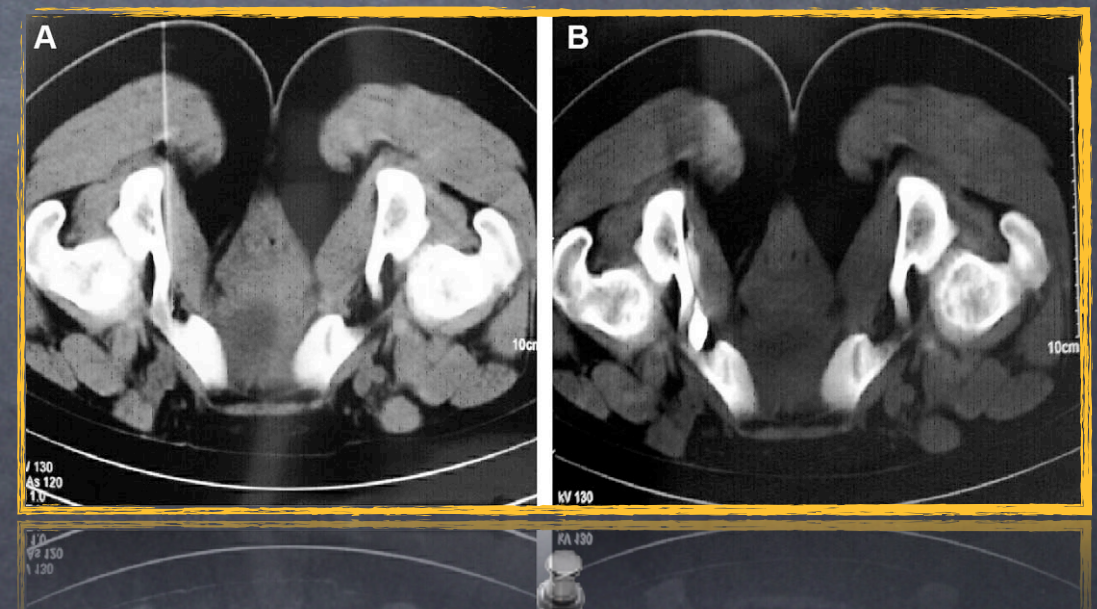
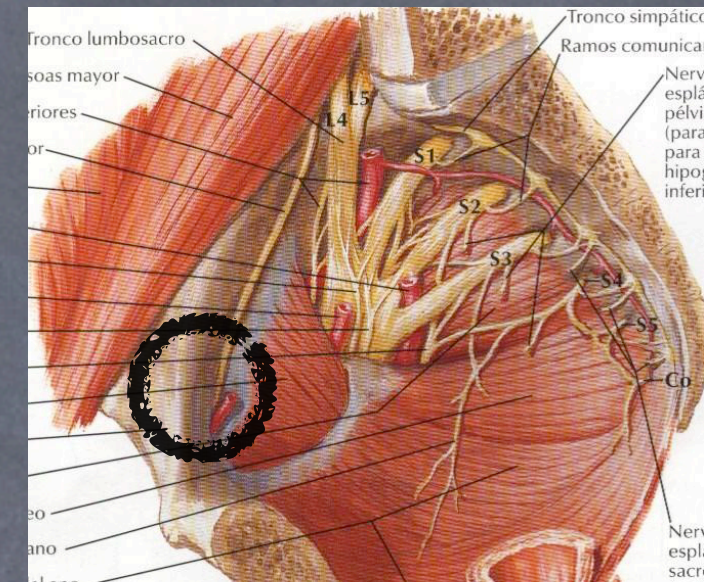
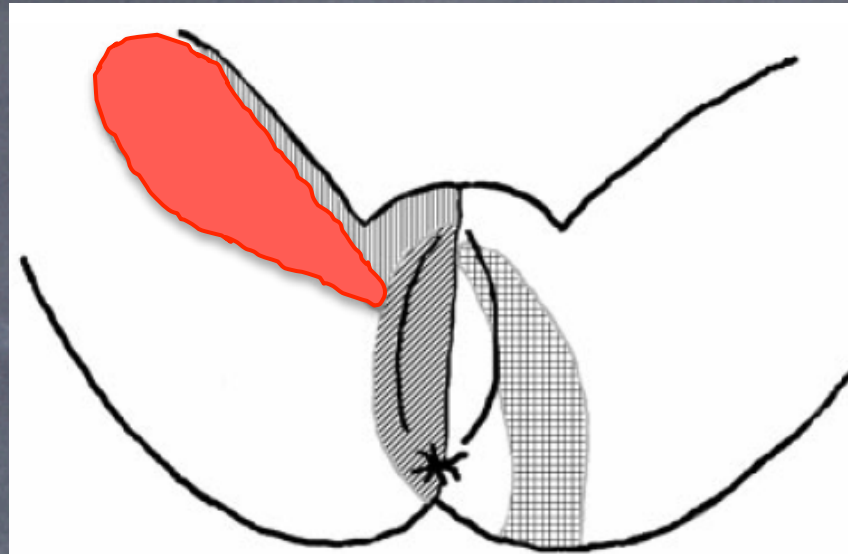
• Ramas articulación de rodilla y cadera

• Inervación motora músculos mediales del muslo

• Clínica: dolor al apoyar que altera la marcha, con rotación externa y antepulsión

• Lugares de conflicto:

• Canal obturador



Canal obturador: reborde pubis, músculo obturador interno y membrana obturadora

Plexo Sacro

Territorio perineal y porción proximal
posterior del muslo

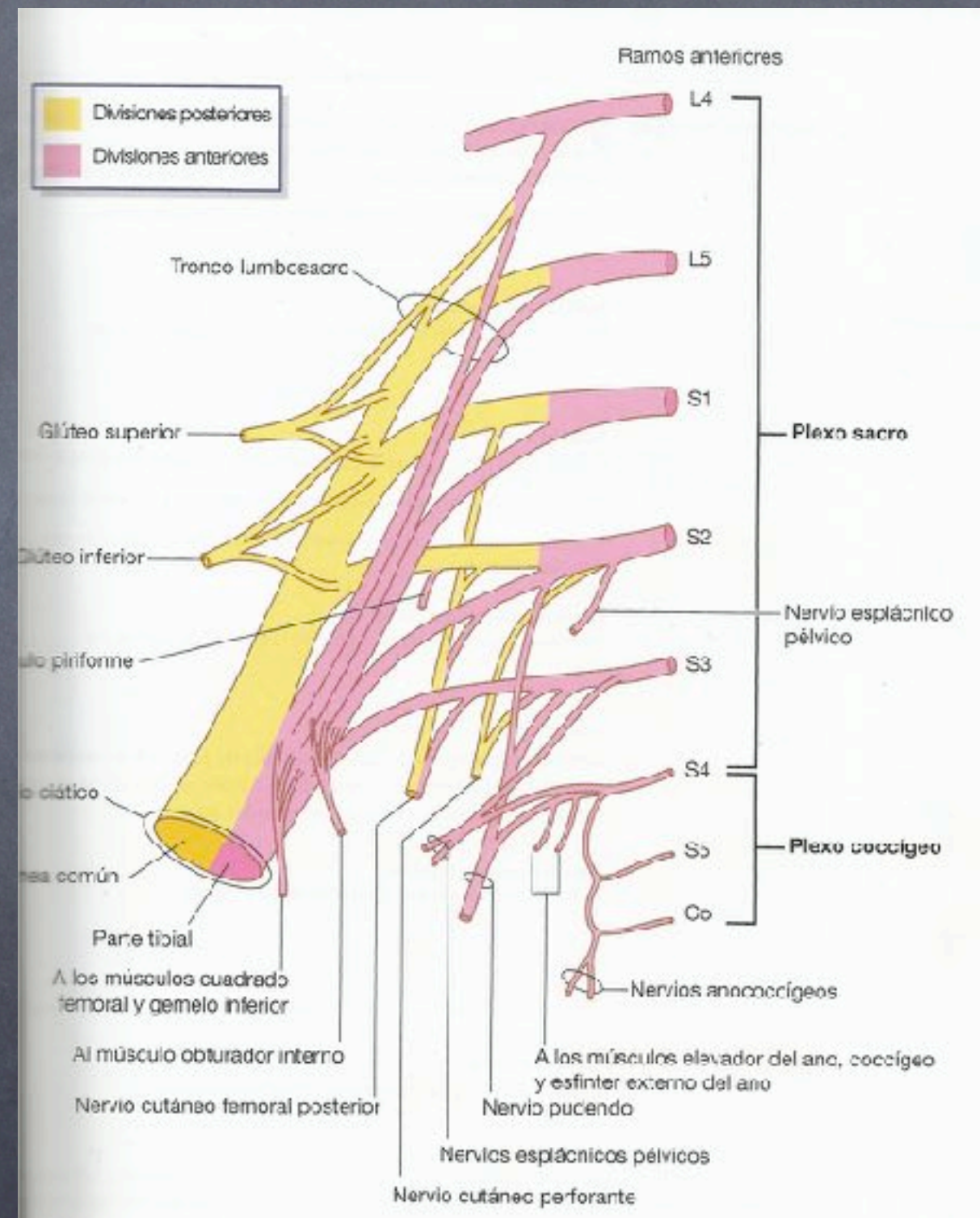
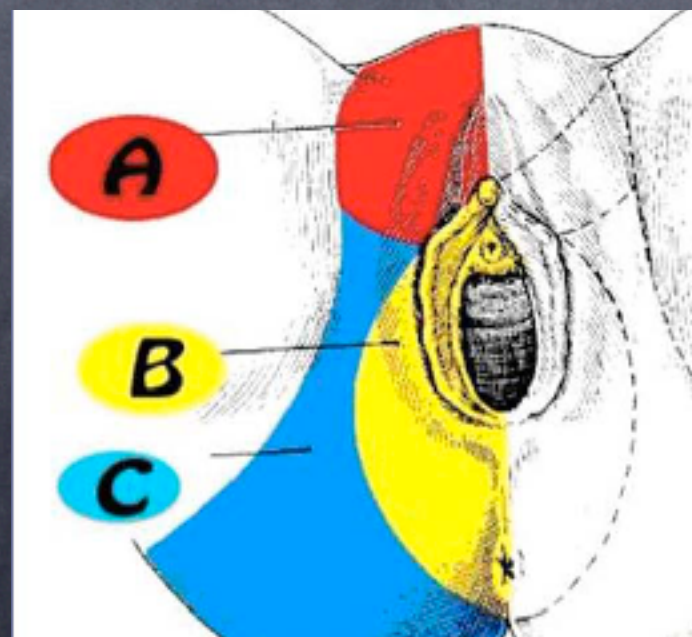
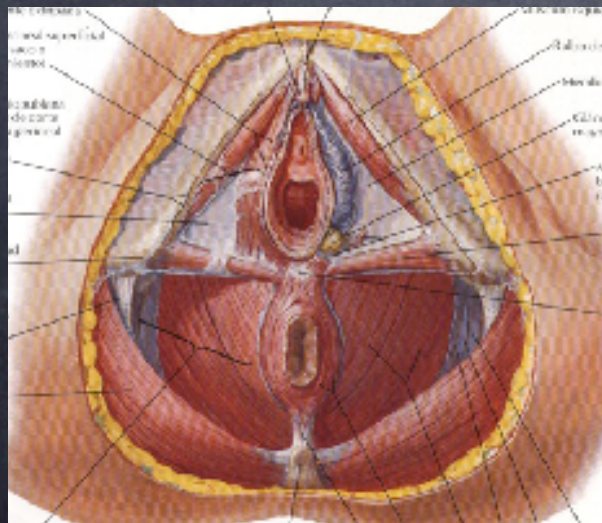
PLEXO SACRO

• N. PUDENDO

• N. CUTÁNEO FEMORAL POSTERIOR :

-RAMAS CLUNEALES INFERIORES

-RAMAS PERINEALES



N. PUDENDO

• ORIGEN (S2-S3-S4)

• INERVACIÓN CUTÁNEA:

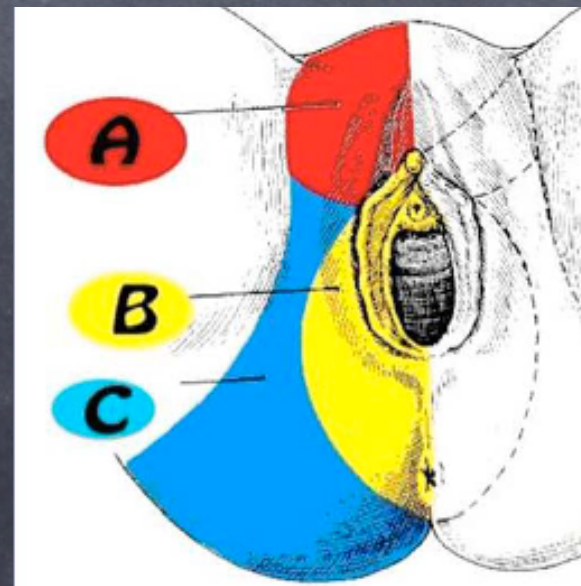
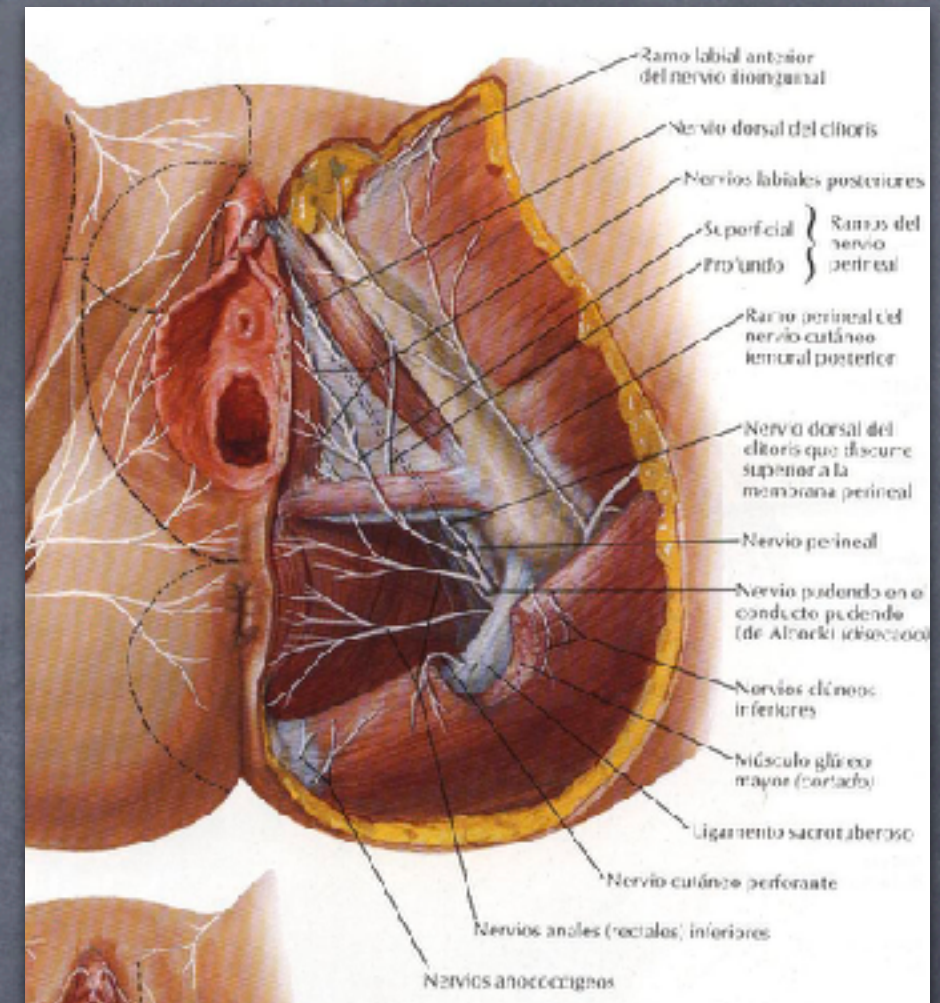
• Margen anal

• Vagina, clítoris

• Glándula y escroto

• Inervación motora

• Funciones vegetativas



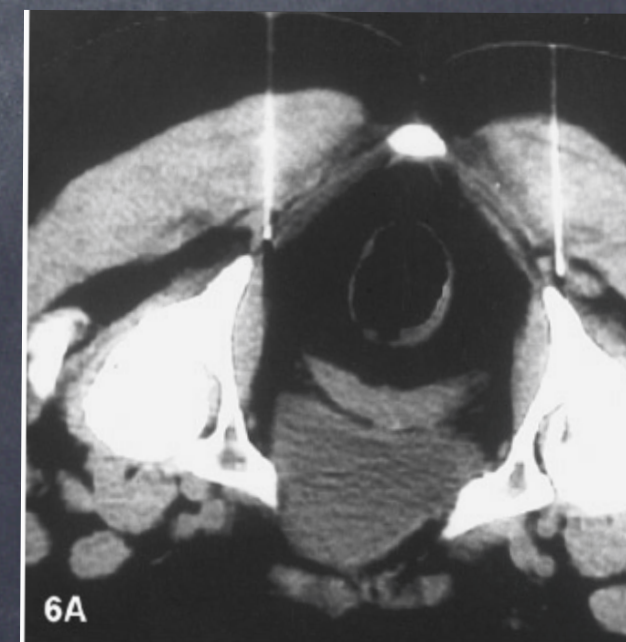
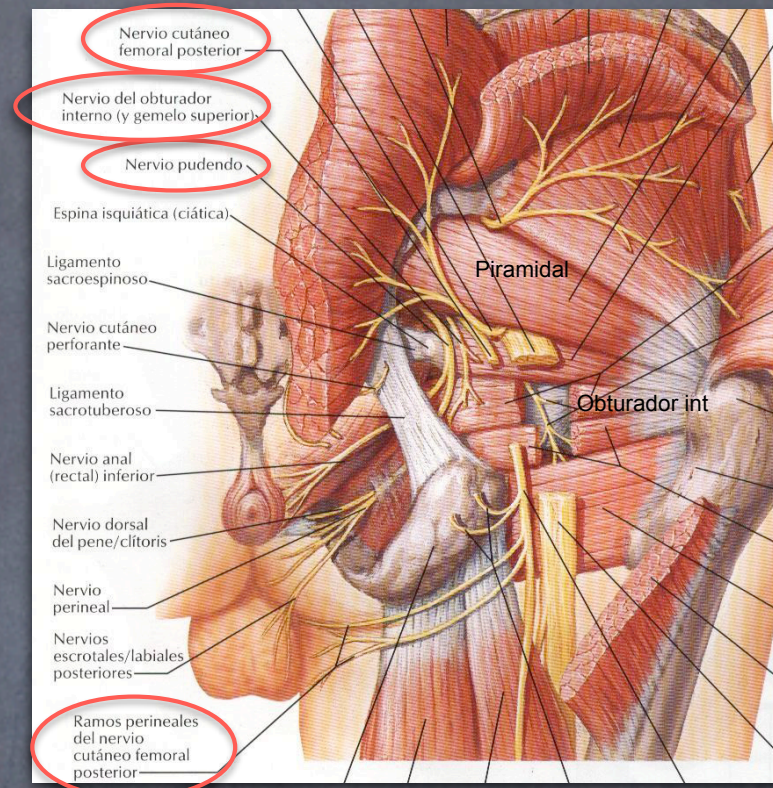
N. PUDENDO

• PUNTOS DE CONFLICTO:

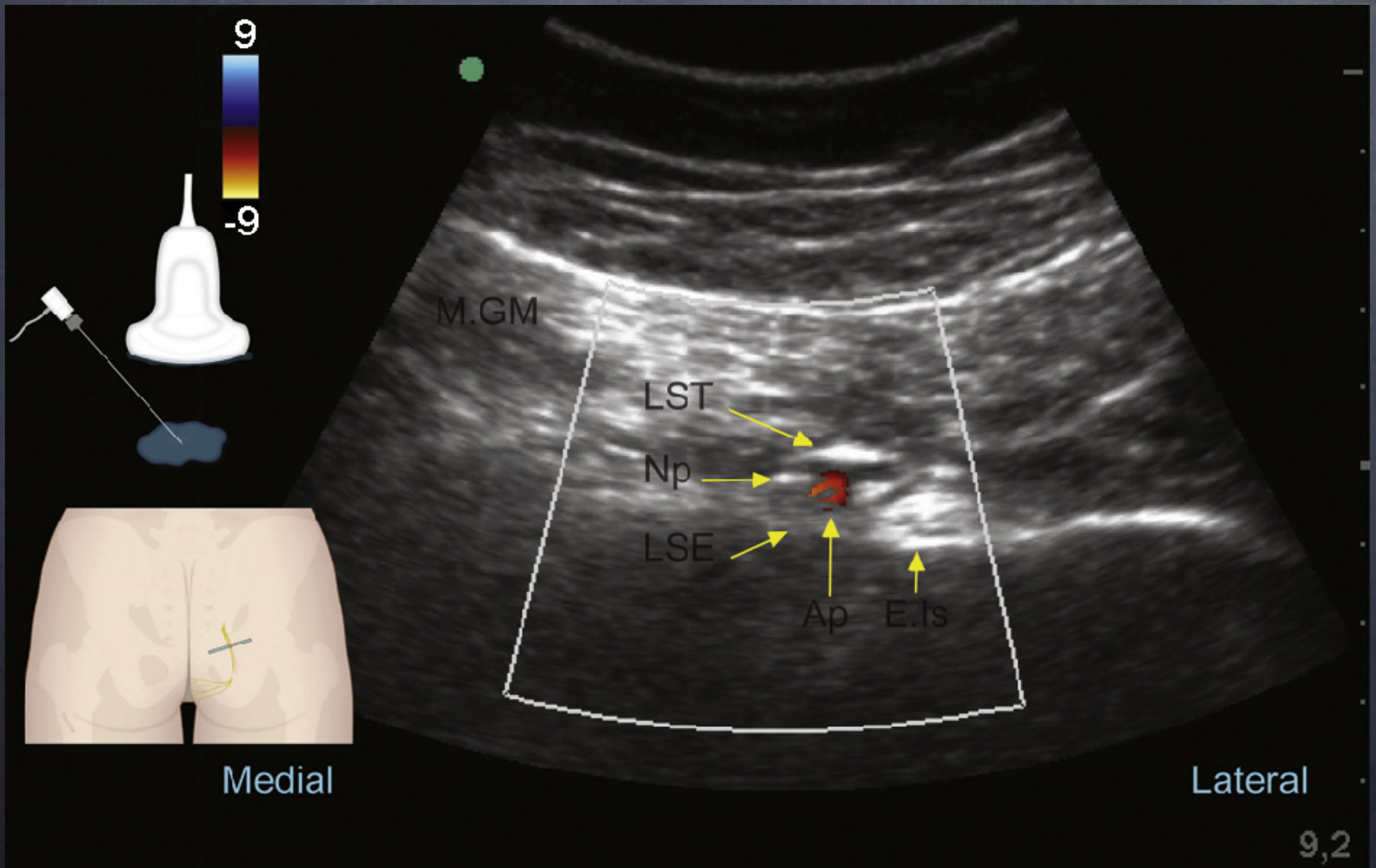
• Ligs sacroespinoso y sacrotuberoso

• Canal Alcock

• Piriforme



N. Pudendo



N. Fémoro cutáneo posterior

• Raíces: S1-S2-S3

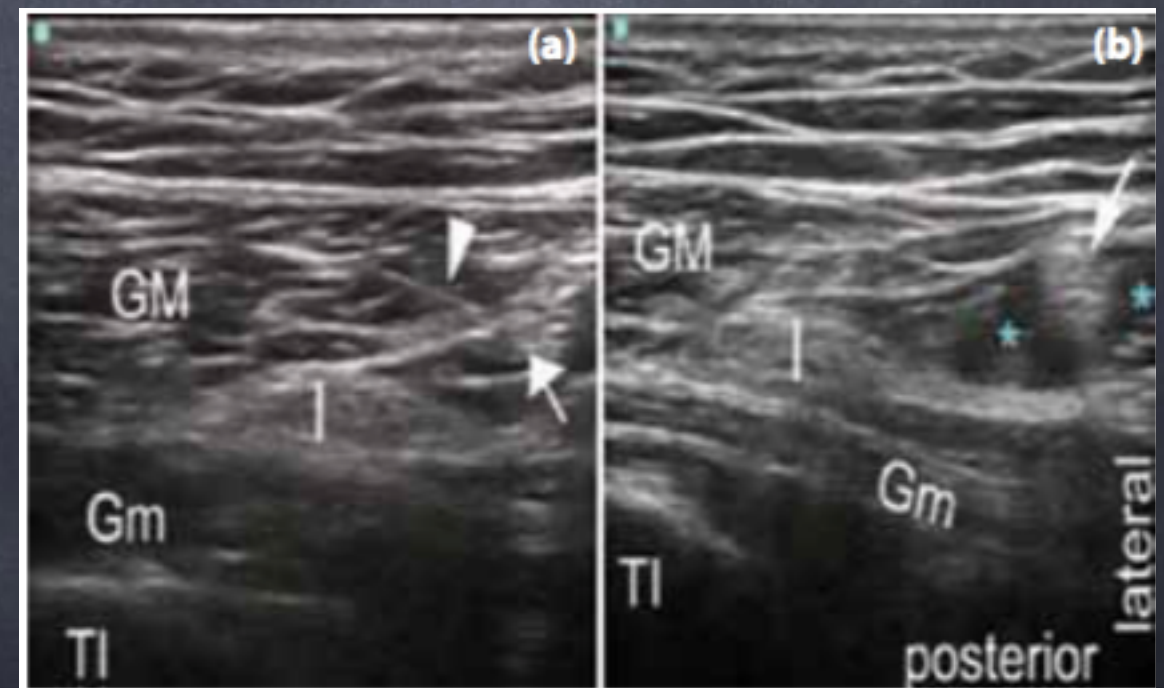
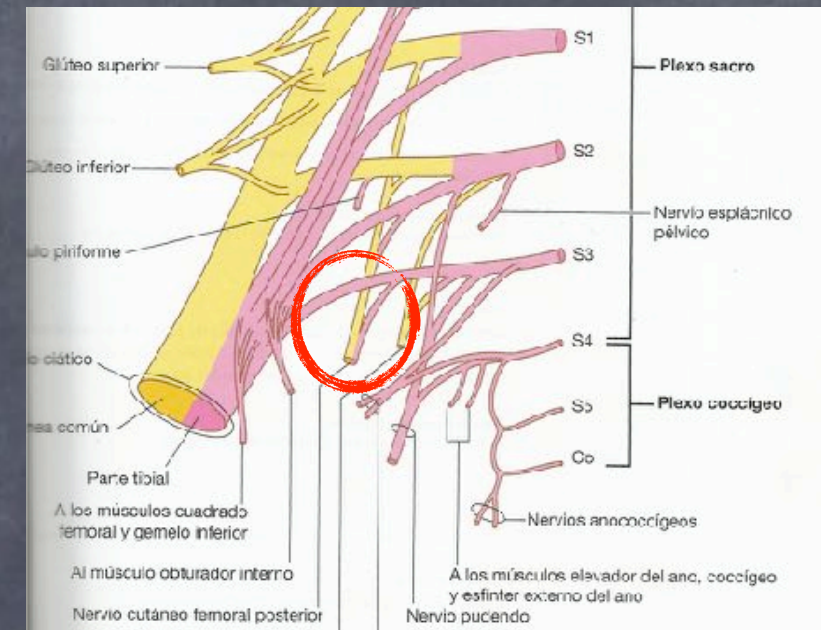
• Sólo sensitivo

• Área inervación:

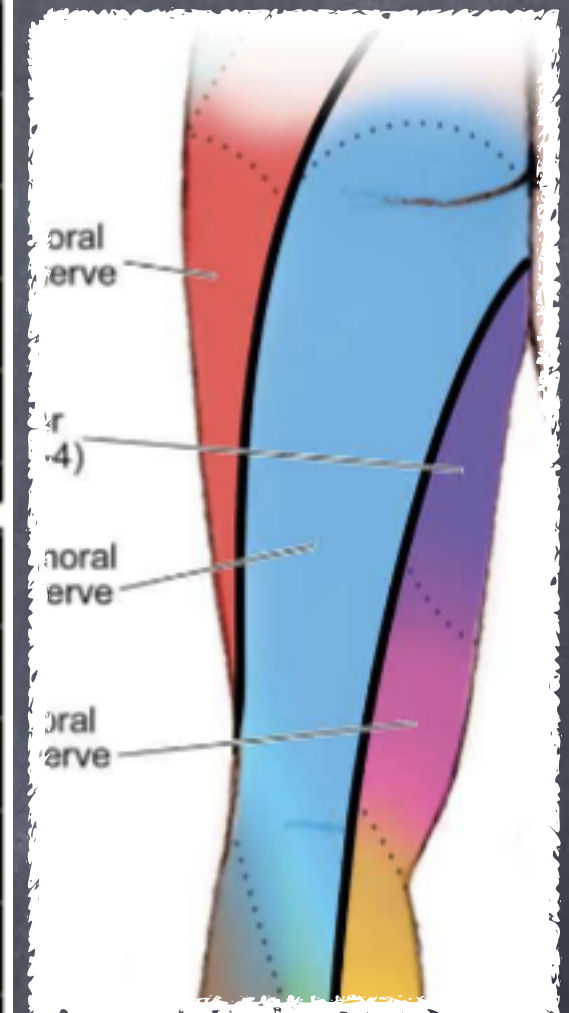
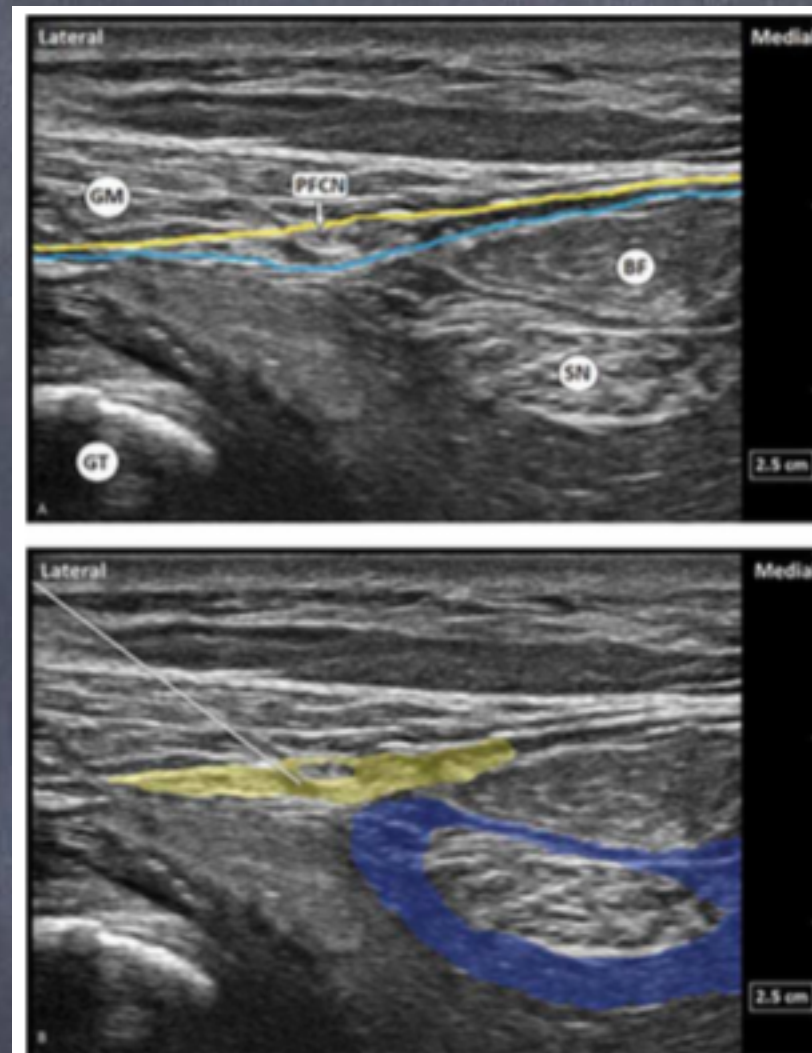
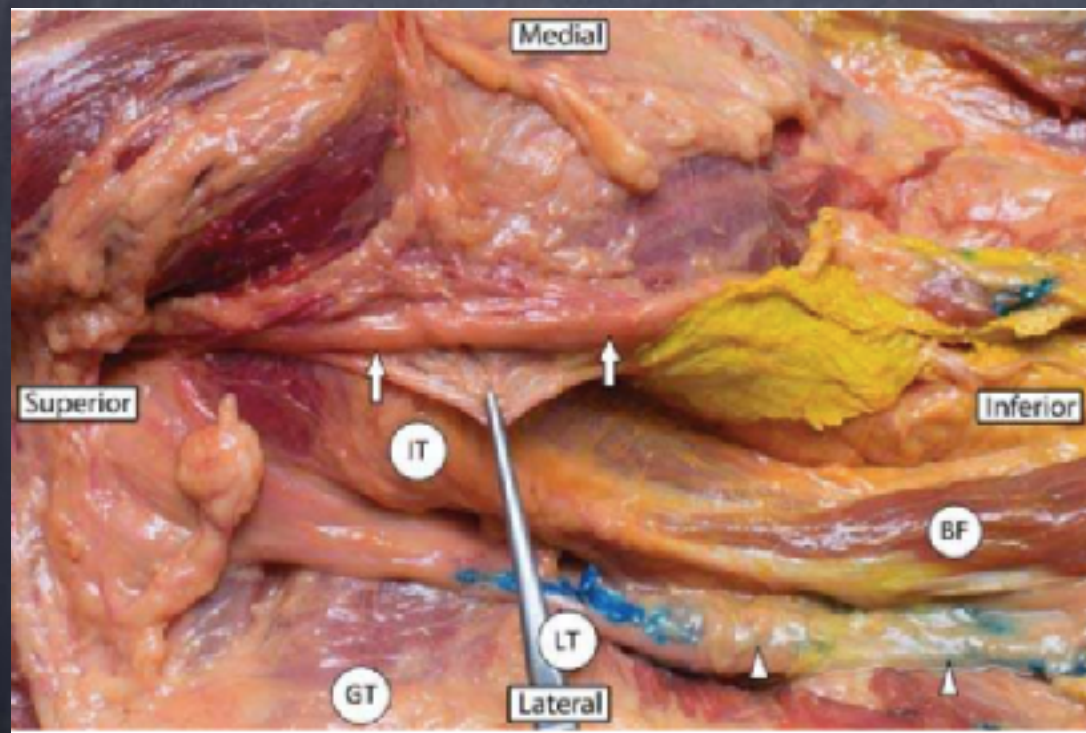
– Cara posterior del muslo

• Relaciones anatómicas

– Acompaña al n. glúteo inferior (respuesta motora glúteo M)



N. Fémoro cutáneo posterior



Rama Perineal del NFCP

• ORIGEN (S1-S2-S3):

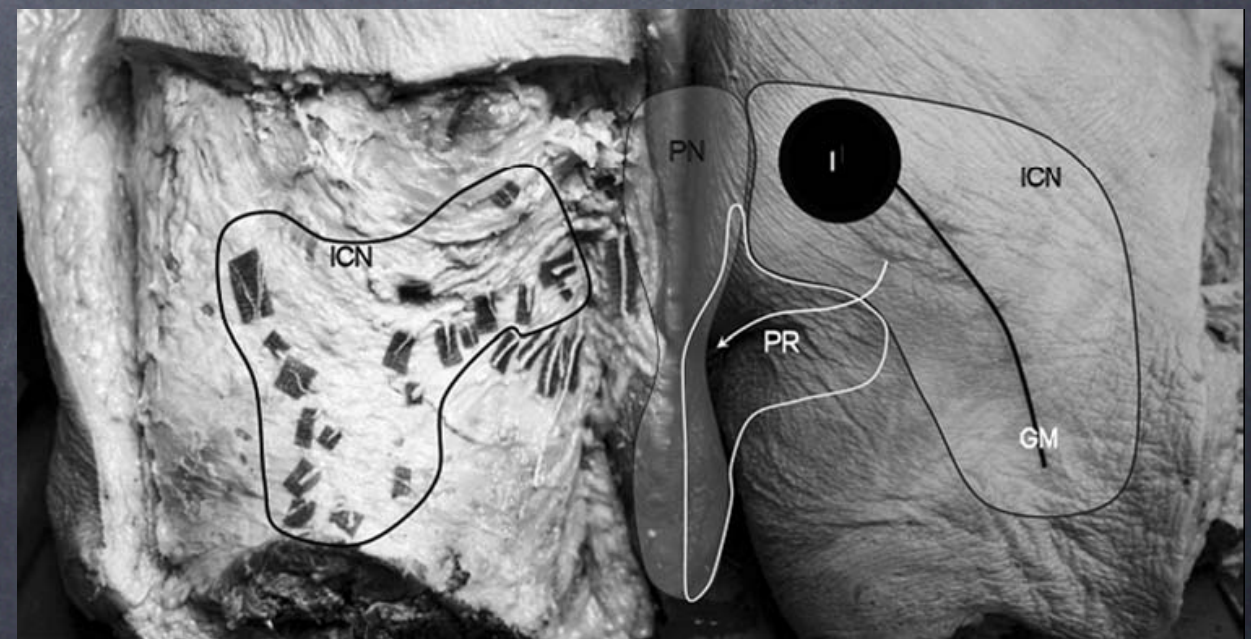
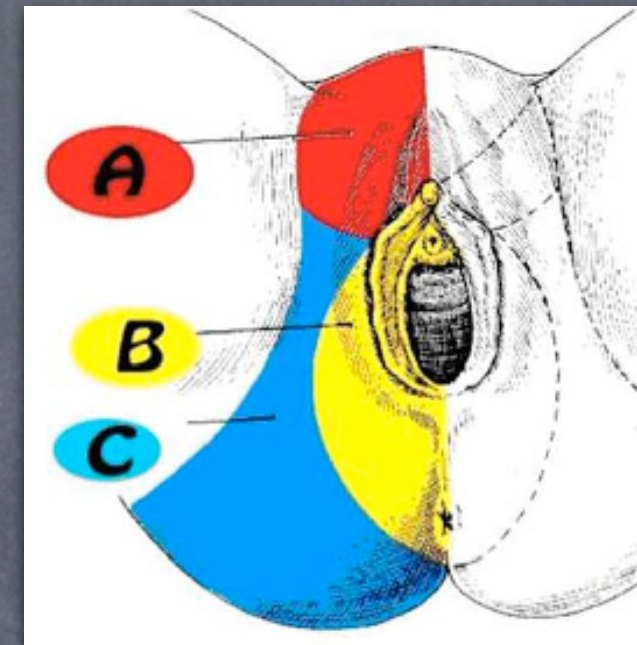
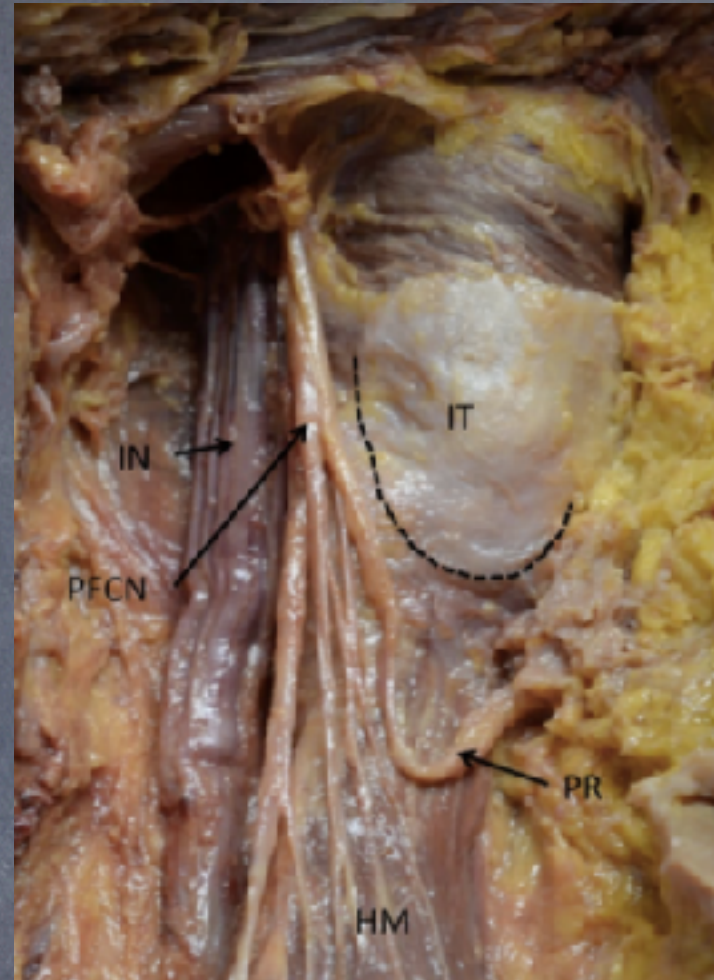
• Rama del N femoral cutáneo posterior

• INERVACIÓN CUTÁNEA:

• Porción inferior de las nalgas más lateral del ano

• Escroto y labios mayores

• No afecta: glande, clítoris, ano, vulva o vagina

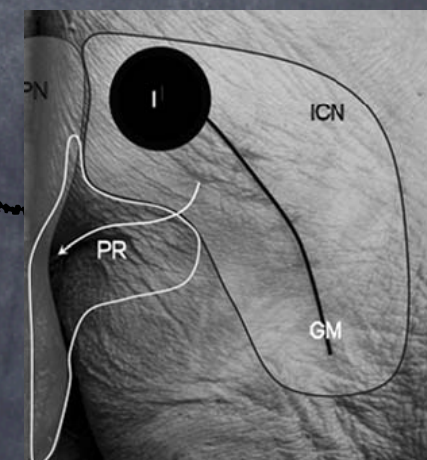
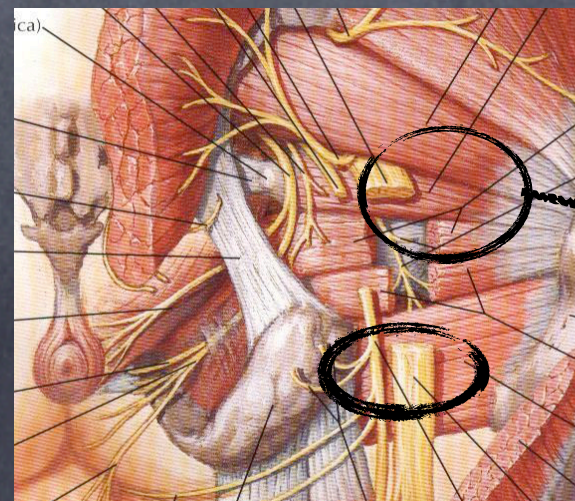
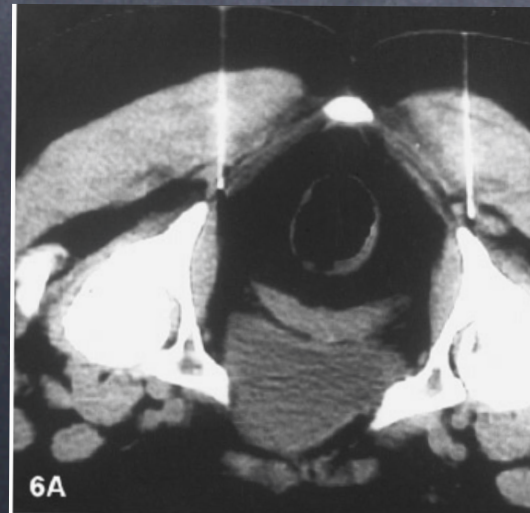
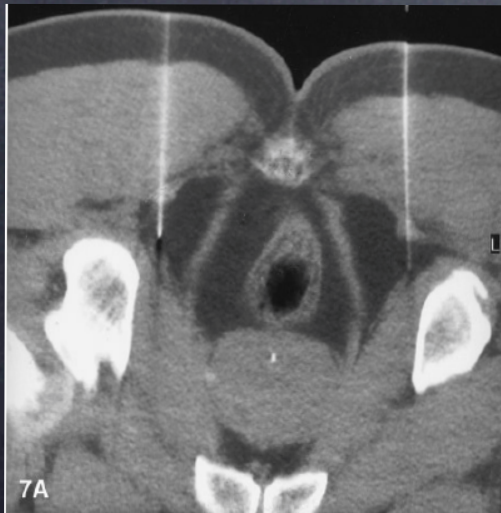


N. Pudendo

- Puntos de conflicto:
- Lig sacroespinoso y sacrotuberoso
- Canal de Alcock
- Piriforme

N. Cluneales (Rama perineal)

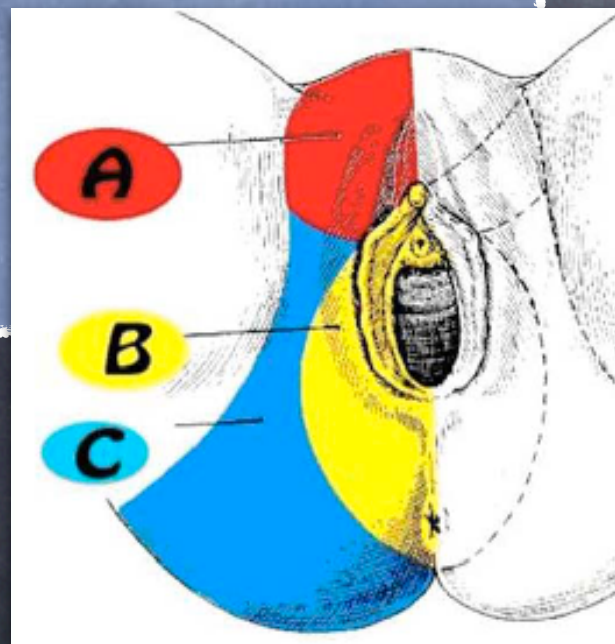
- Puntos de conflicto:
- Infraisquiática
- Piriforme



Neuralgia Cluneal Después de Cirugía Pudenda

Neuralgia Pudenda

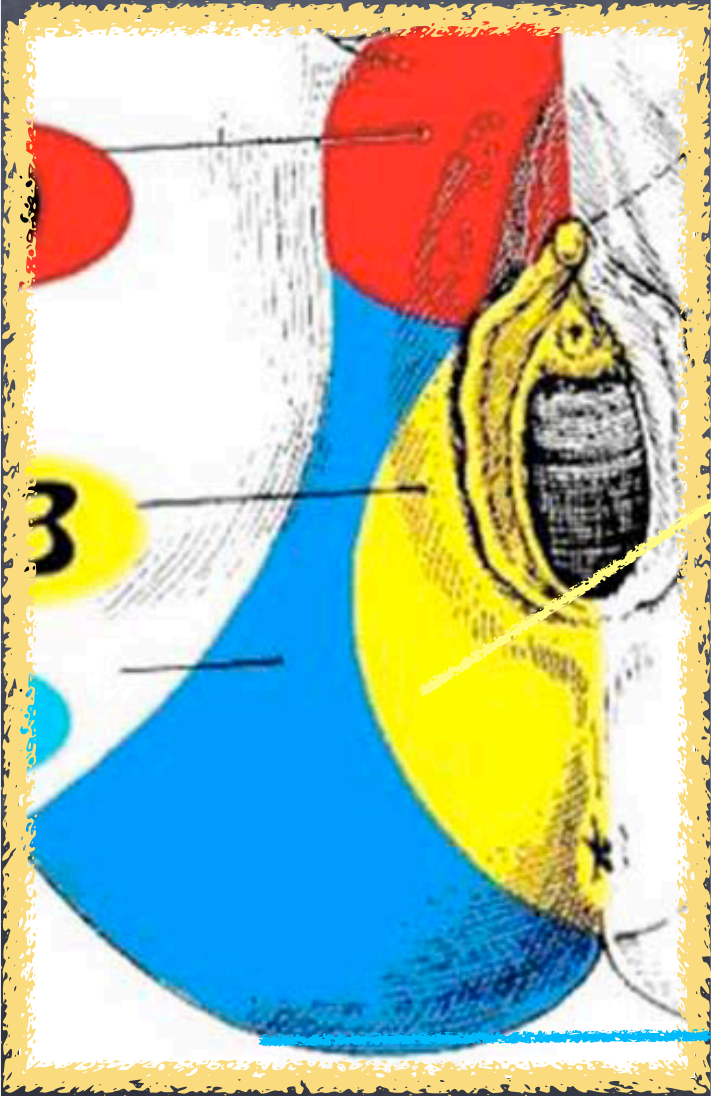
- Dolor anal
- Dolor pene y clítoris
- Se solapa con la rama perineal del NFCP en el territorio del escroto y labios mayores

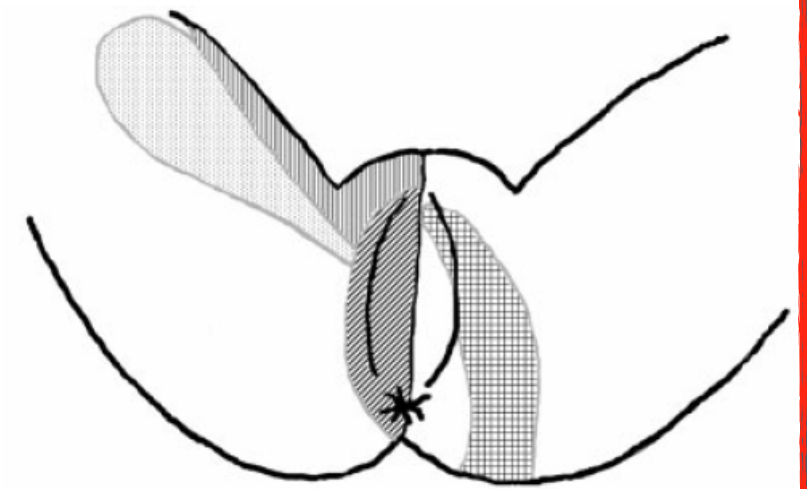


Neuralgia Cluneales

- No presenta dolor anal
- Dolor en zona cutánea:
 - Lateral anal
 - Pliegue infraglúteo y medial a tuberosidad isquiática
 - Cara posterior muslo
- Dolor en pene y clítoris desaparece

Inervación Perineal

	Origen	Distribución cutánea
N. Pudendo	S2-S4	
N. Cluneales	S1-S3	



- obturator nerve
- genitofemoral and ilio-inguinal nerve
- pudendal nerve
- inferior cluneal nerve

Margen anal,
vagina, clítoris,
glándula y escroto

No inerva vulva,
vagina, ano, clítoris
o glándula

Resumen inervación

Pubis	Escroto	L. mayores	Ingle	Muslo	Periné	Nalga
Ilioinguinal	Ilioinguinal	Ilioinguinal	Ilioinguinal			
Iliohpogástrico	Iliohpogástrico	Iliohpogástrico	Iliohpogástrico			
Genitofemoral	Genitofemoral	Genitofemoral	Genitofemoral			
			Obturador	Obturador		
	Pudendo	Pudendo			Pudendo	
				Cluneales	Cluneales	Cluneales

Raíces Sacras

Raíces Sacras

- La funcionalidad
 - Urinaria
 - Defecatoria
- La sensibilidad
 - Territorio silla de montar
 - Hipoestesias
 - Paso de orina y heces



Peritoneo Parietal

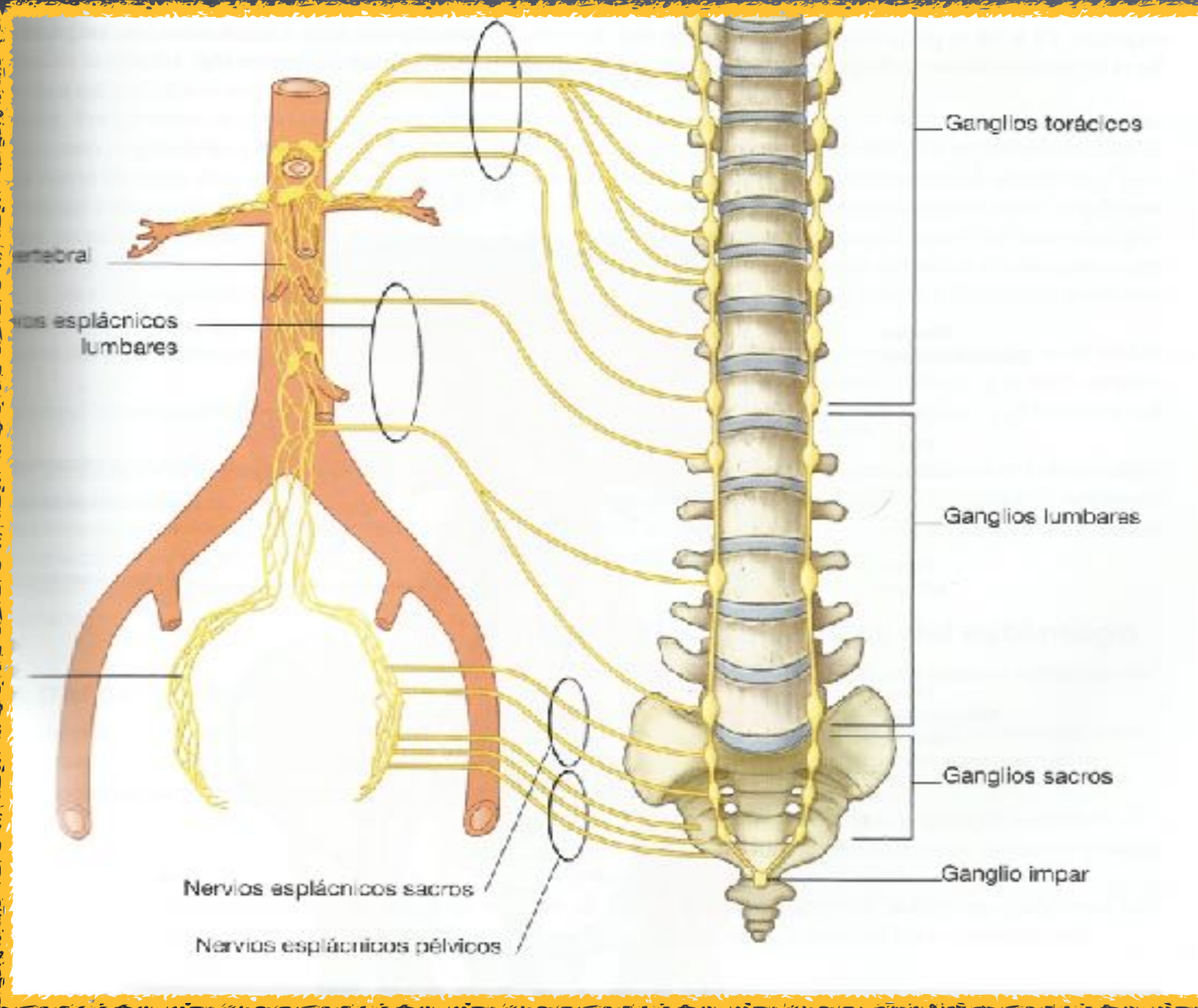
Peritoneo Parietal

- Centro del diafragma:
 - frénico y referida al hombro
- Porción lateral diafragma:
 - intercostales locales
- Xifoides:
 - intercostal T7
- Ombligo:
 - intercostal T10
- Suprapúbica:
 - iliohipogástrico



Inervación visceral

Inervación visceral

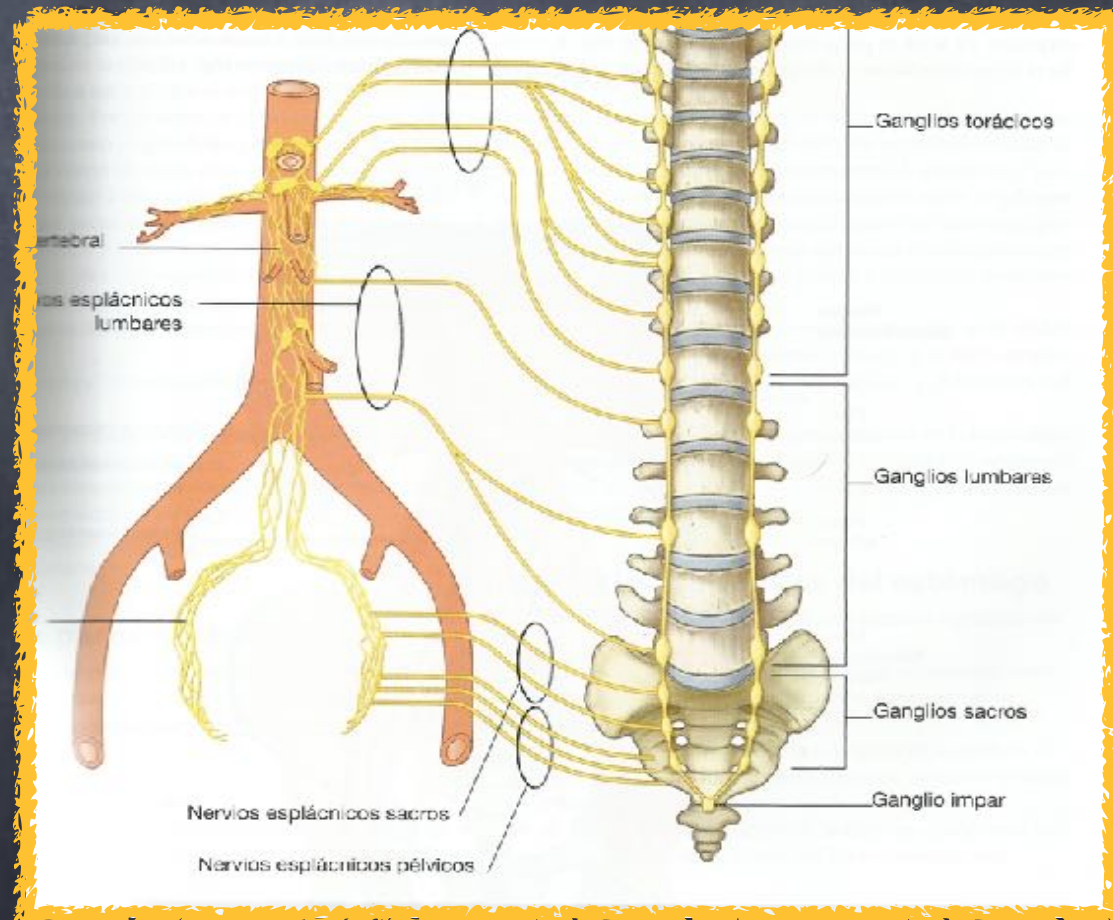
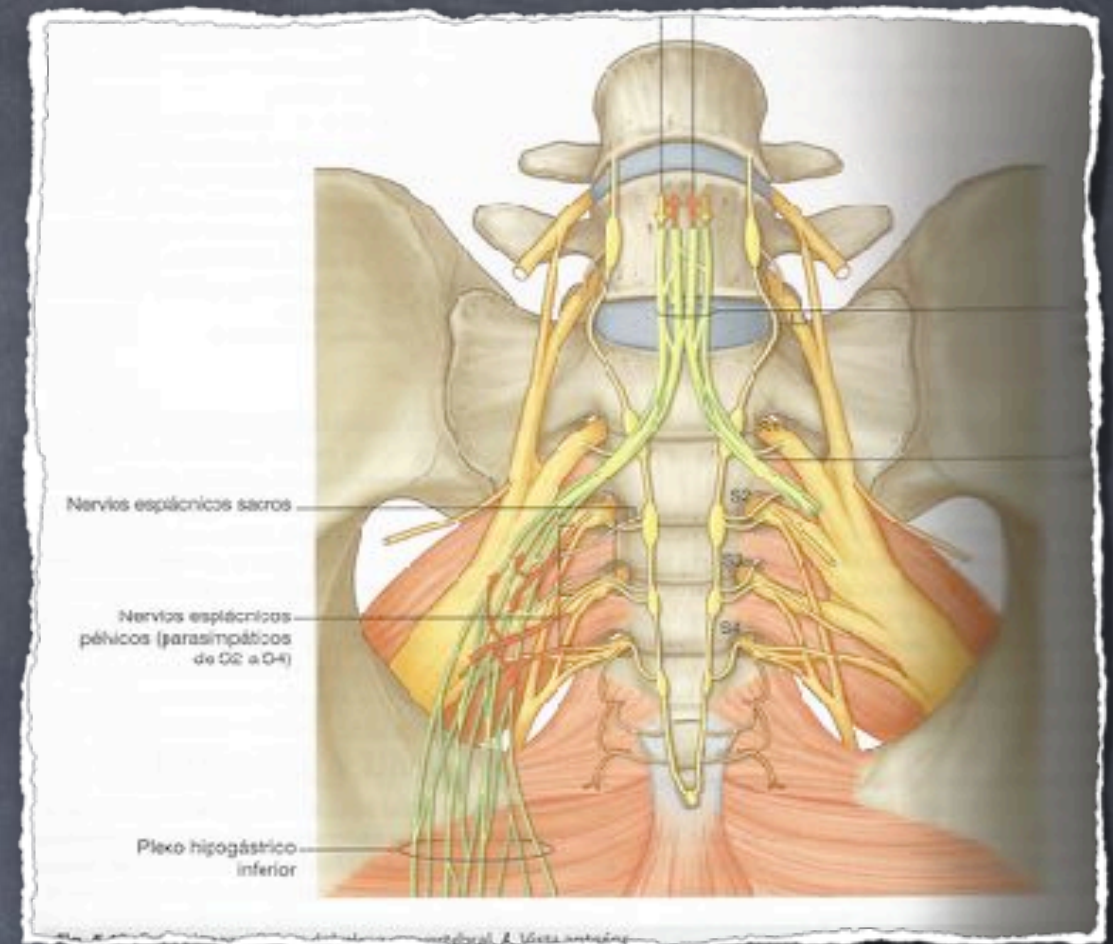


Componente
Tóraco-Lumbar
(T10-L2) y Sacro
(S2-S4)

Acompañan a los
aferentes simpáticos
y parasimpáticos

Aferentes Autonómicos

- Cadena simpática paravertebral
- Ganglio impar
- Plexo prevertebral
- El plexo hipogástrico superior
- El plexo hipogástrico inferior



Nervios espláchnicos sacros y pélvicos

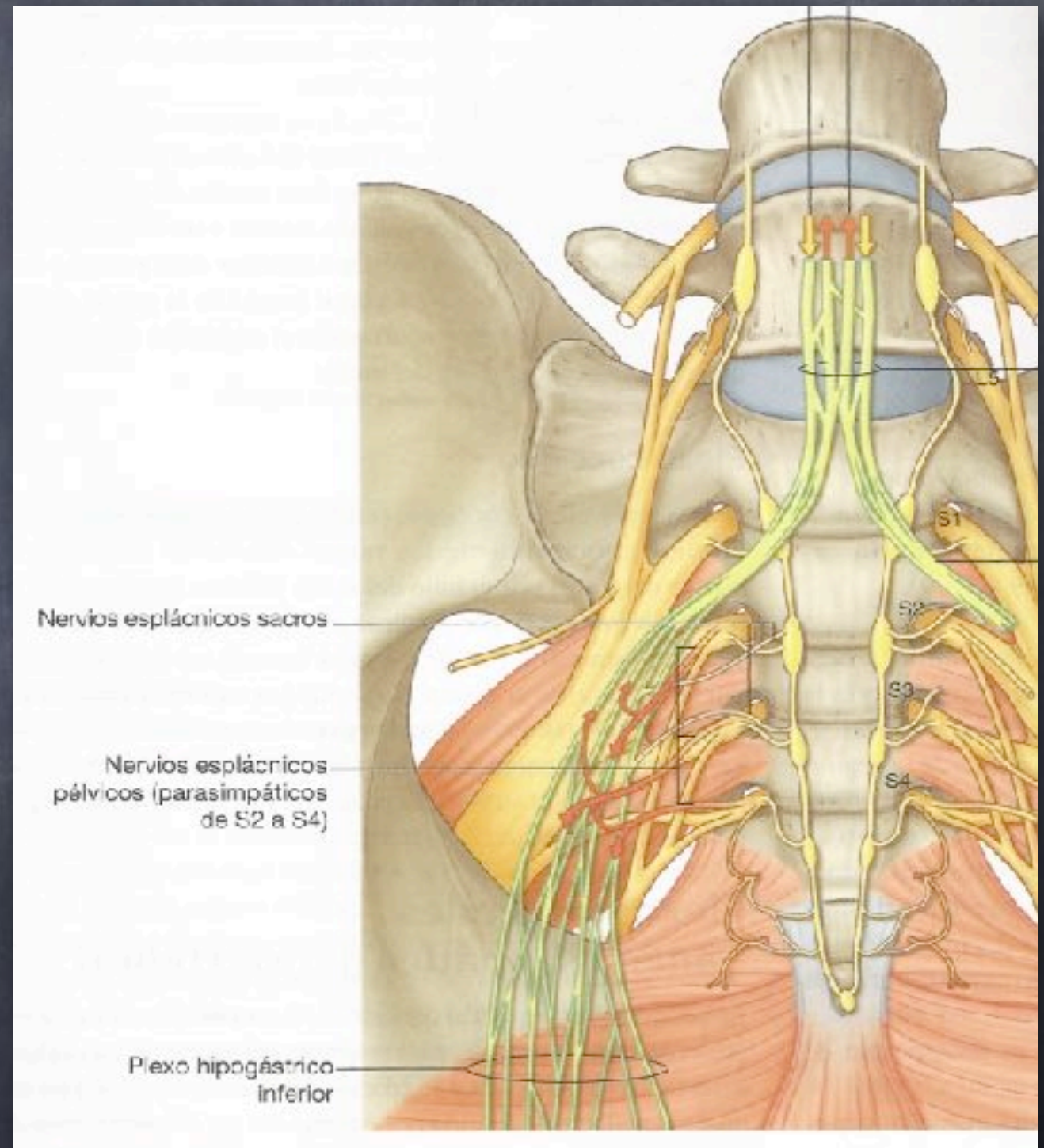
- Esplc Sacros:

- Mayor aportación el ganglio S2

- Conectan con PHI

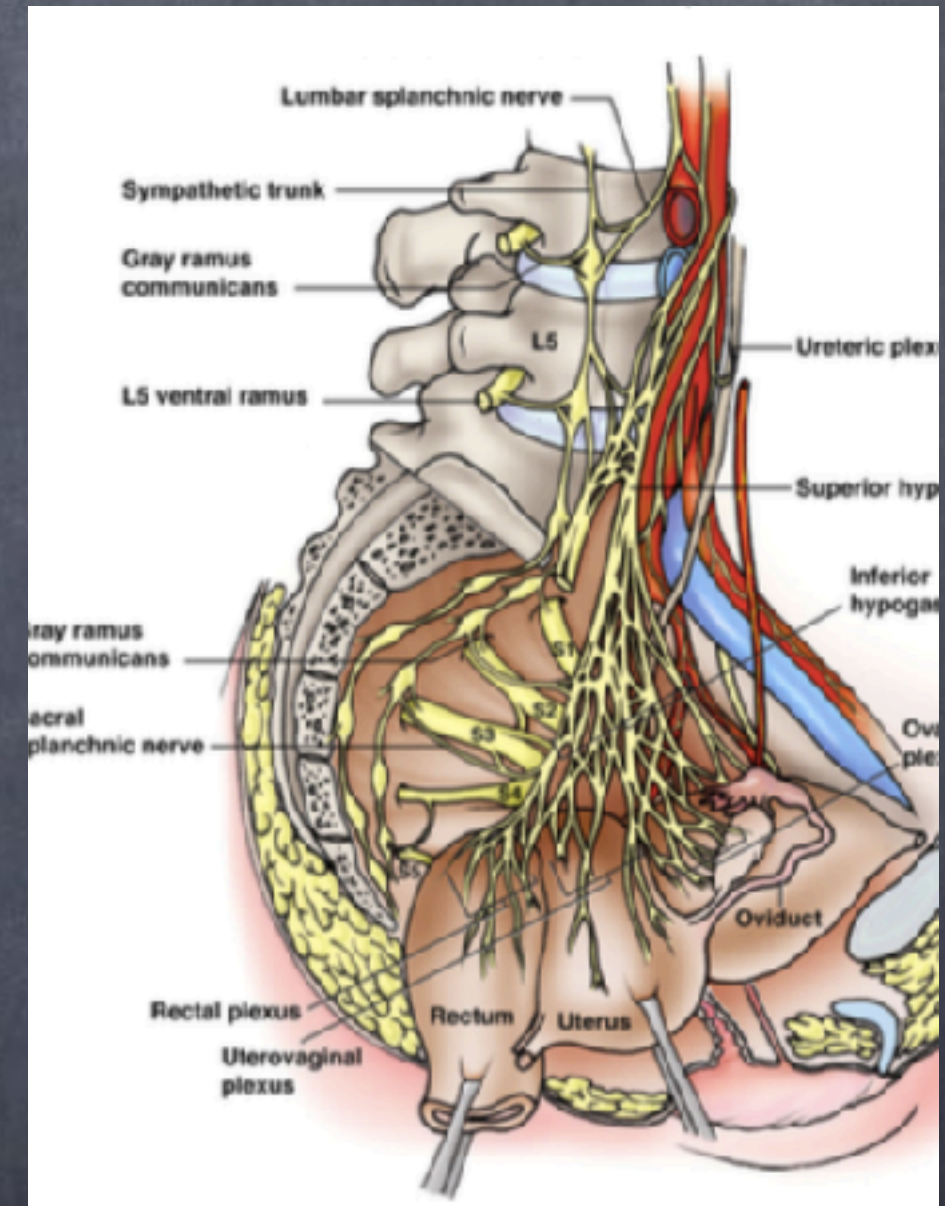
- Esplc Pélvicos:

- Dervian de S2-S4
predomina las ramas
de S3



Aferencias Nociceptivas Simpáticas Pélvicas

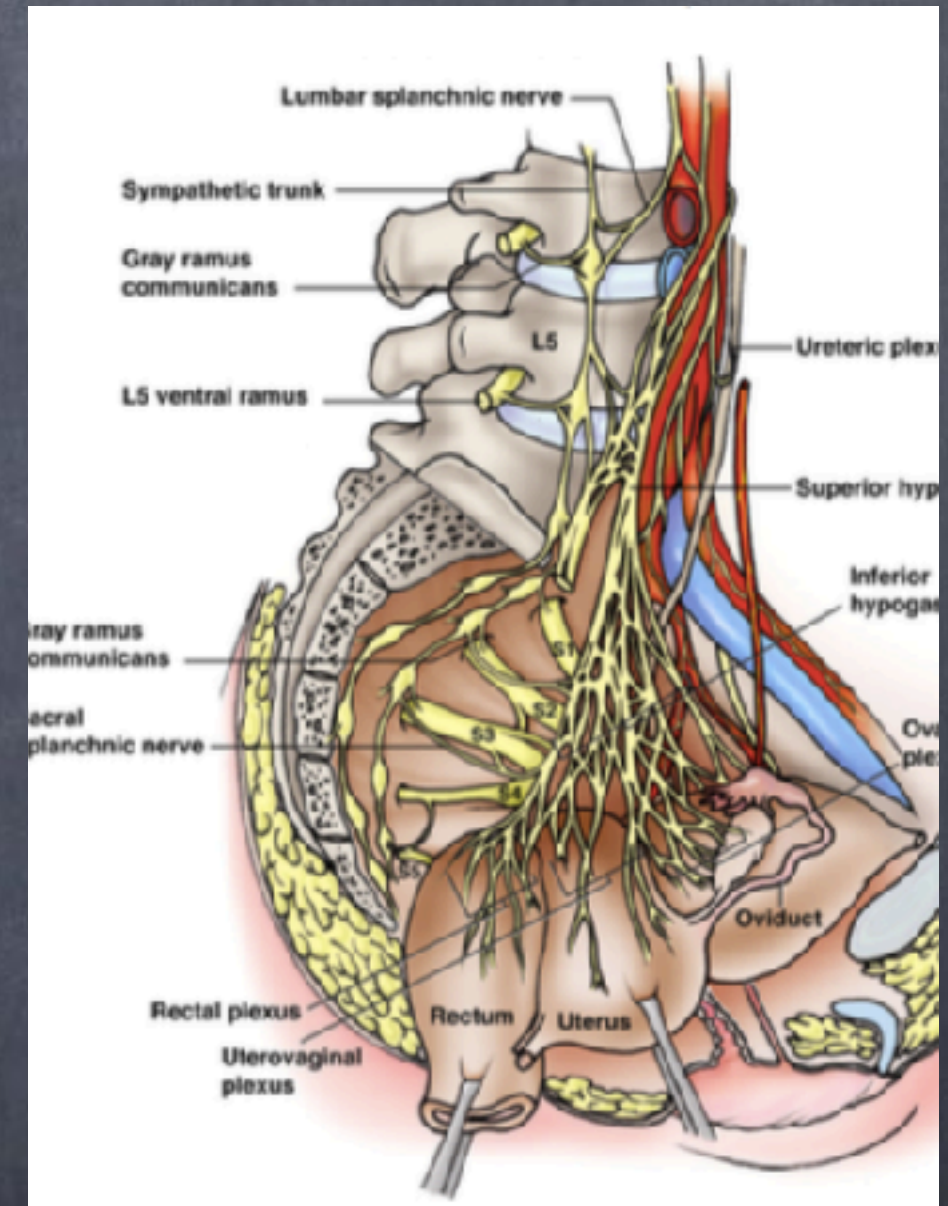
- N espláchnicos sacros
- Plexo Hipogástrico Superior
- Plexos ovárico y ureteral: fibras simpáticas T10-L2
- Neurotomía presacra y dismenorrea



Suelen ser estructuras intraperitoneales

Aferencias Nociceptivas Parasimpáticas Pélvicas

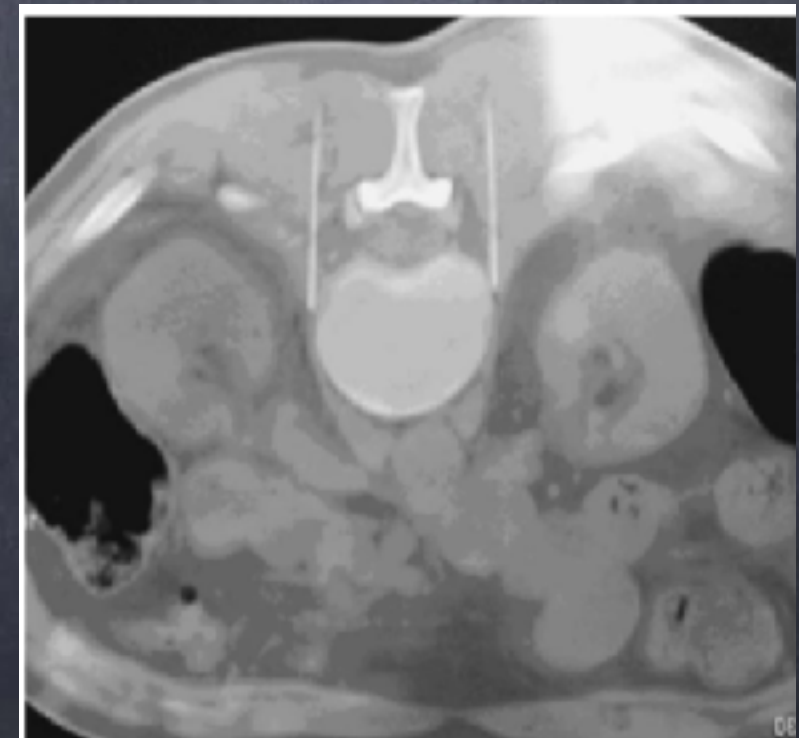
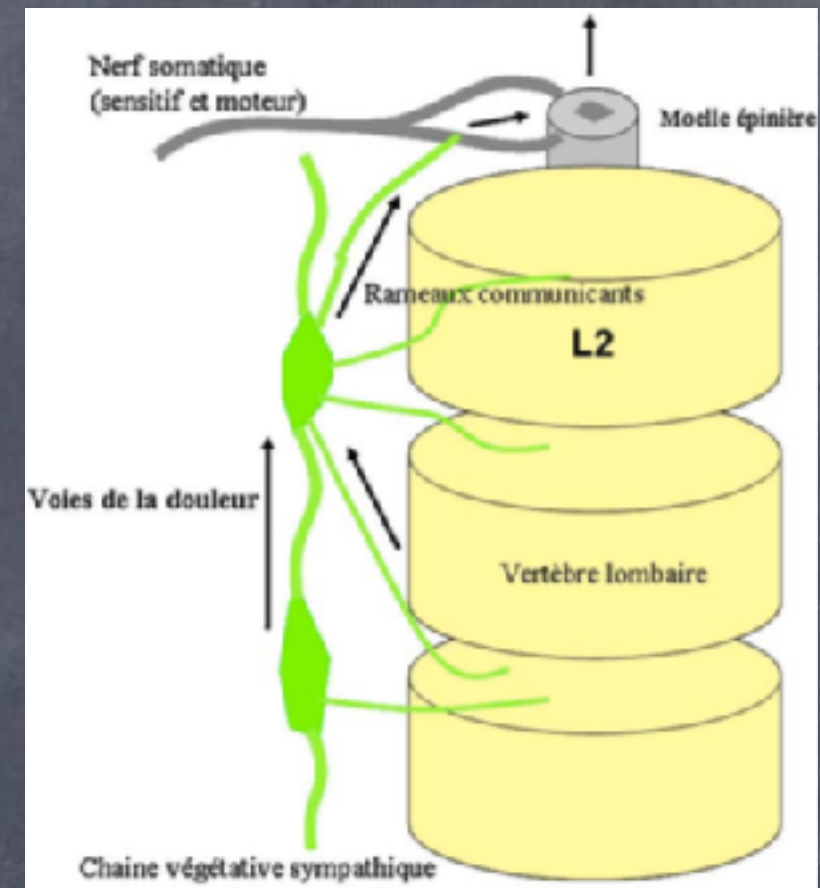
- N espláchnicos Pélvicos
- Entran por las astas anteriores
- Menos dolor referido
- Vagina, cérvix, triángulo vesical, recto



Suelen ser estructuras extraperitoneales

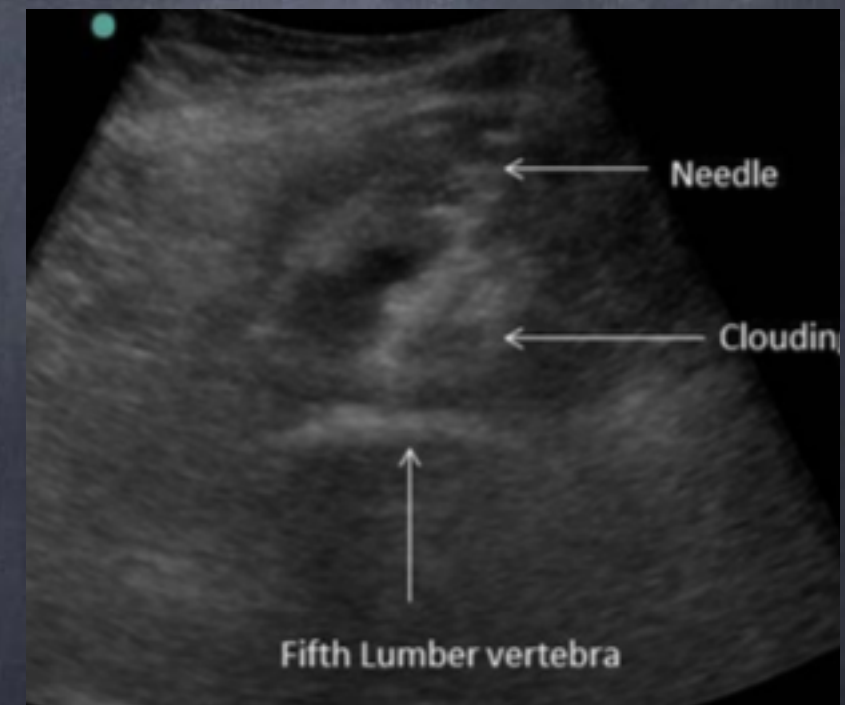
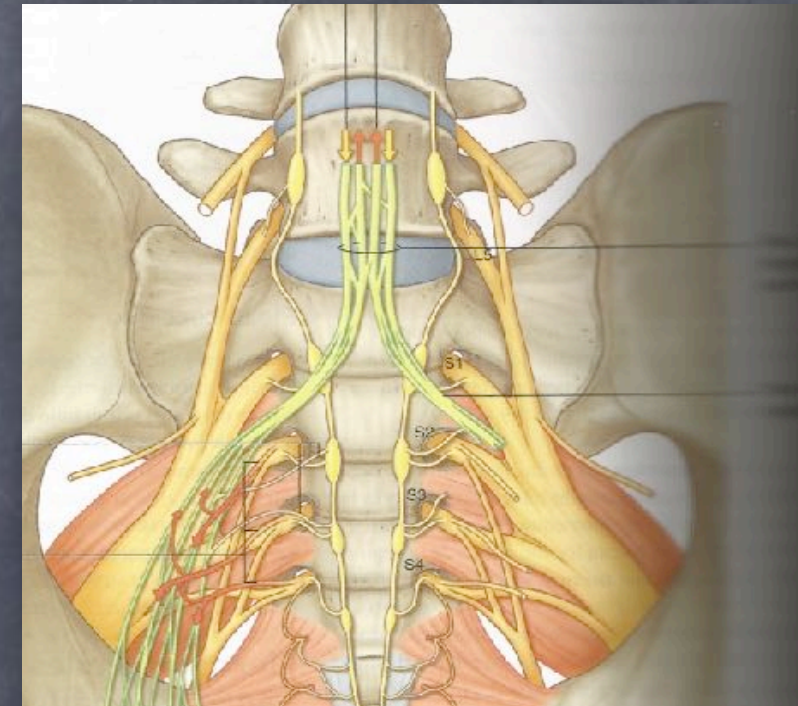
Cadena Simpática L2

- Es el ganglio más frecuente y grande
- Alcanza la raíz por medio de los ramos comunicantes
- Recibe las aferencias simpáticas pélvicas
- Lugar de relación entre el simpático y el somático



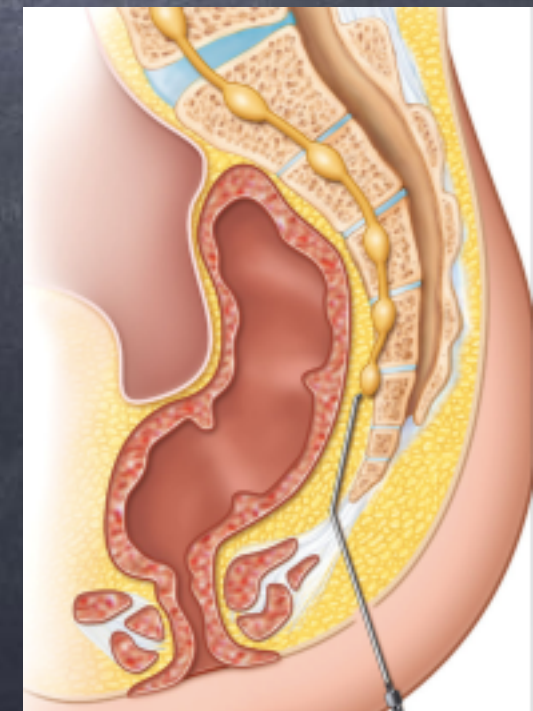
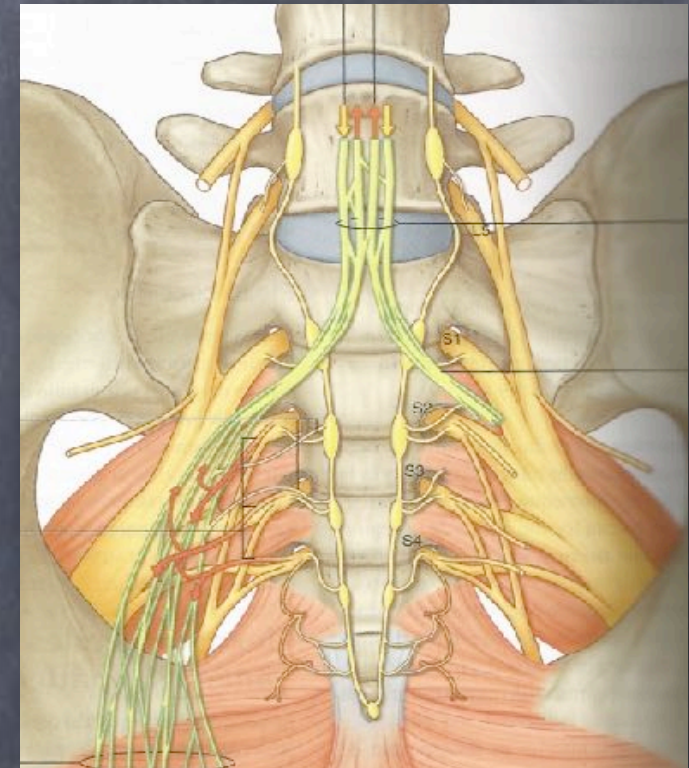
Plexo hipogástrico superior (n. presacro)

- Basicamente ramas simpáticas lumbares
- Tiene componente parasimpático
- Se une a los espláchnicos sacros y pélvicos para originar el PHI
- Indicaciones: dolores oncológicos, dismenorreas



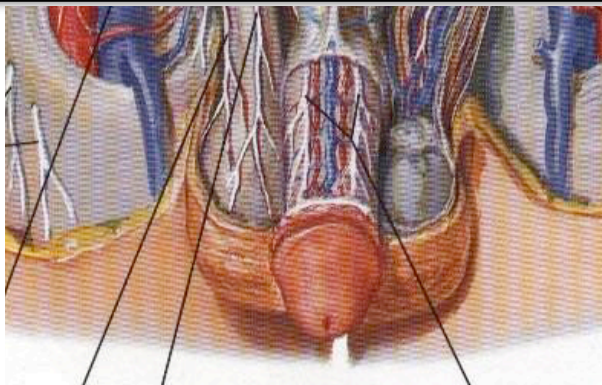
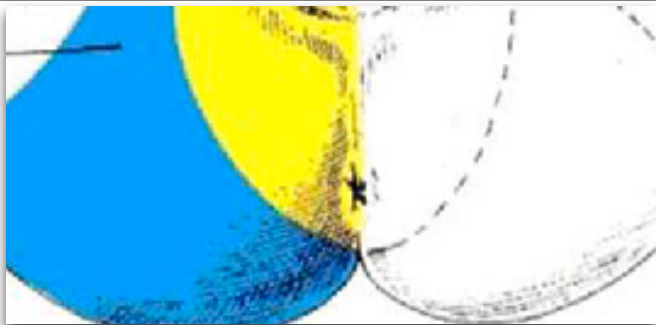
Ganglio impar

- Formada por los extremos finales de la cadena simpática
- Se relaciona con el 5º nervio sacro y el plexo coccígeo
- Recibe aferencias: recto distal, ano, uretra distal, vagina distal, vulva y pene
- Puede inervar el periné y vísceras pélvicas mediante fibras que pasan por los ramos comunicantes grises



Territorios de Convergencia Somática y Visceral

Territorios de Convergencia Simbólica

	Área anatómica	Nervios
Labios Mayores		Ilioinguinal Iliohipogástrico Génitofemoral Pudendo
Escroto		Ilioinguinal Génitofemoral Pudendo
Periné		Rama perineal del NMCP Pudendo

Patrones de Convergencia víscero-visceral

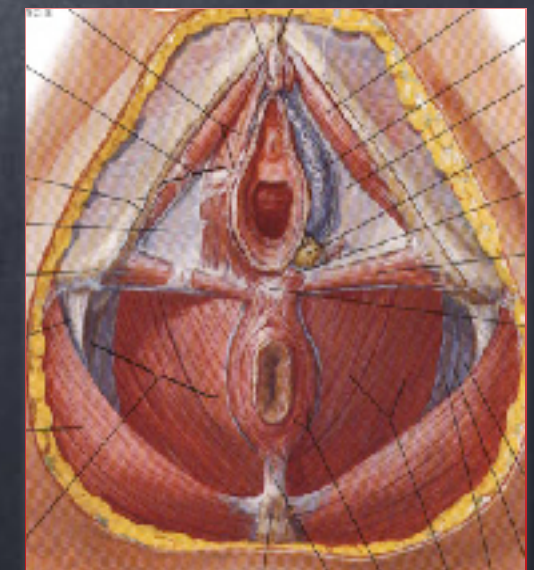
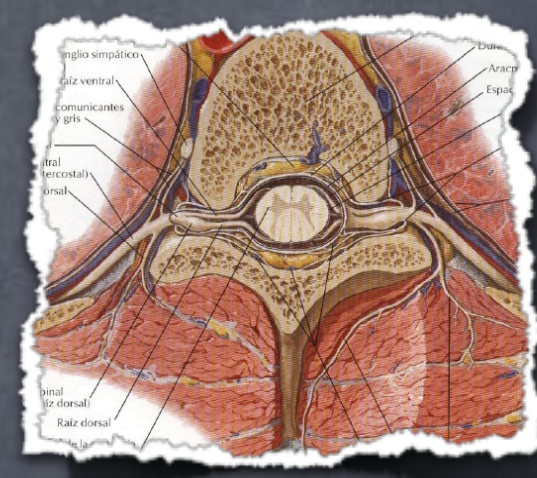
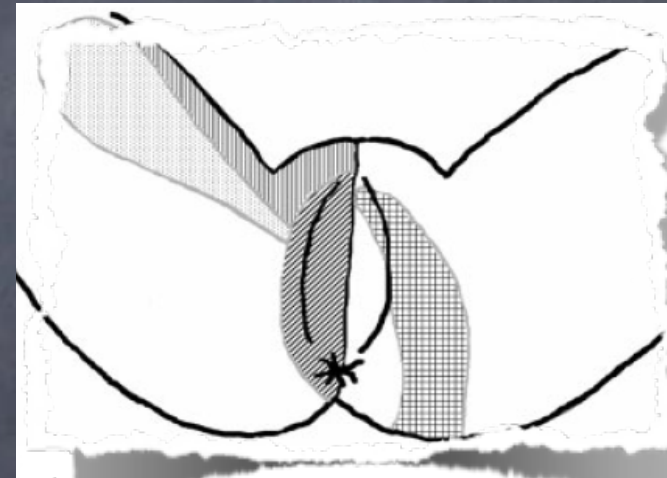
- Víscera con proyecciones comunes:
- Colon-útero (T10-L1)
- Tracto urinario-útero (T10-L1)

Patrones de Convergencia víscero-somática

nervio somático	Dermatoma	Víscera
Iliohipogástrico	T12-L1	Trompa proximal y ovario
Iliinguinal	L1-L2	Trompa proximal, fondo uterino
Genitofemoral	L1-L2	Trompa proximal, fondo uterino
Cutáneo femoral lateral	L2-L3	Tracto urinario bajo
Pudendo	S2-S4	Porción baja útero, cérvix, vejiga, uréter distal, vagina superior, recto

Sistemática

- Determinar territorio afectado
- Patrones de irradiación
- Buscar alteraciones por defecto o exceso
- Buscar PGs
- Realización de bloqueos
- ¿Pruebas complementarias?



Herramientas fundamentales

Conocimiento
anatómico

Permite la comprensión global
del problema

Patrones irradiación

Orienta sobre el posible origen
nervioso, muscular o visceral

Realización de bloqueos

Permite establecer la estructura
que origina el dolor

Conclusiones

- Debemos buscar patrones conocidos somáticos
- Reconocer el carácter difuso y multisegmentario del dolor visceral
- Reconocer los fenómenos de sensibilización central y periférica
- Los bloqueos son herramientas útiles en el diagnóstico

Moitas Graças

