

Bloqueo percutáneo del nervio pudiendo guiado por imagen: papel de la Radiología Vascular e Intervencionista (RVI) como técnica diagnóstica y terapéutica

Miguel Guerrero Vela, Guillem Martín Vidal, Milena Pardo Fernández, Pilar Gallardo Corral,
Amaya Lanz Lozano, Sara Fandiño Piñeiro, Sara Amado Cabana, Sara Lojo Lendoiro.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol (A Coruña).

OBJETIVO DOCENTE

Revisar el bloqueo percutáneo del nervio pudiendo guiado por imagen como técnica diagnóstica y terapéutica desde el papel de la Radiología Vascular e Intervencionista (RVI).

Analizaremos la patología y su abordaje técnico a través de la presentación guía de una paciente de nuestro centro.

REVISIÓN DEL TEMA

Introducción y definición

La neuralgia del pudendo:

- Entidad definida por ***dolor neuropático crónico***.
 - Localizada en las regiones perineal, genital y anorrectal que se exacerban clásicamente en ***sedestación***.
 - ***Alto impacto biopsicosocial*** con deterioro en calidad de vida.
-

Carga e impacto de la enfermedad

Retraso diagnóstico frecuente

- Intervalos prolongados hasta el diagnóstico por complejidad anatómica y superposición con otras patologías.

Solapamiento patológico

- Síntomas similares a patologías urológicas, ginecológicas, proctológicas y musculoesqueléticas dificultan el diagnóstico.

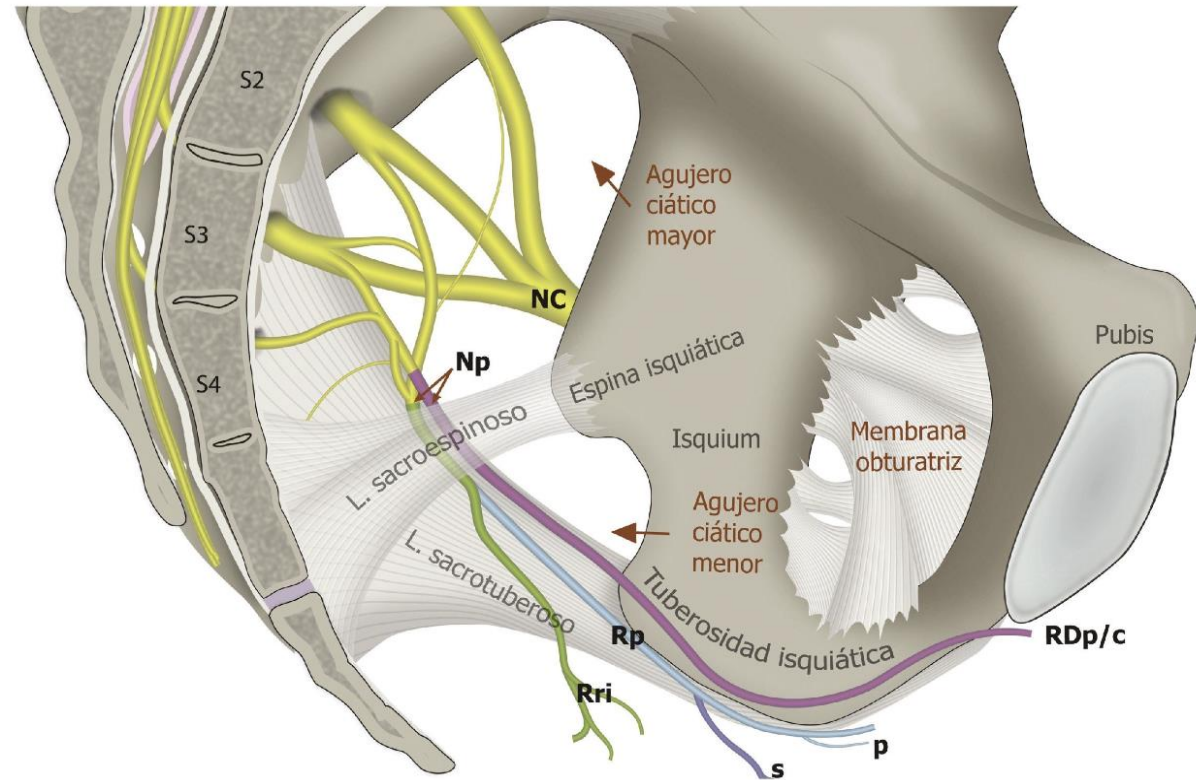
Consecuencias biopsicosociales

- El dolor afecta la calidad de vida, función sexual y esfera psicoemocional, generando ansiedad y aislamiento social.
-

Anatomía funcional del nervio pudendo

Origen en **raíces sacras S2-S4**.
 Emerge por el foramen ciático mayor, pasando por debajo del músculo piriforme.

Transcurre **lateral a la espina isquiática**, continúa por el canal de Alcock acompañado por la arteria pudenda interna, lo que constituye su trayecto principal.



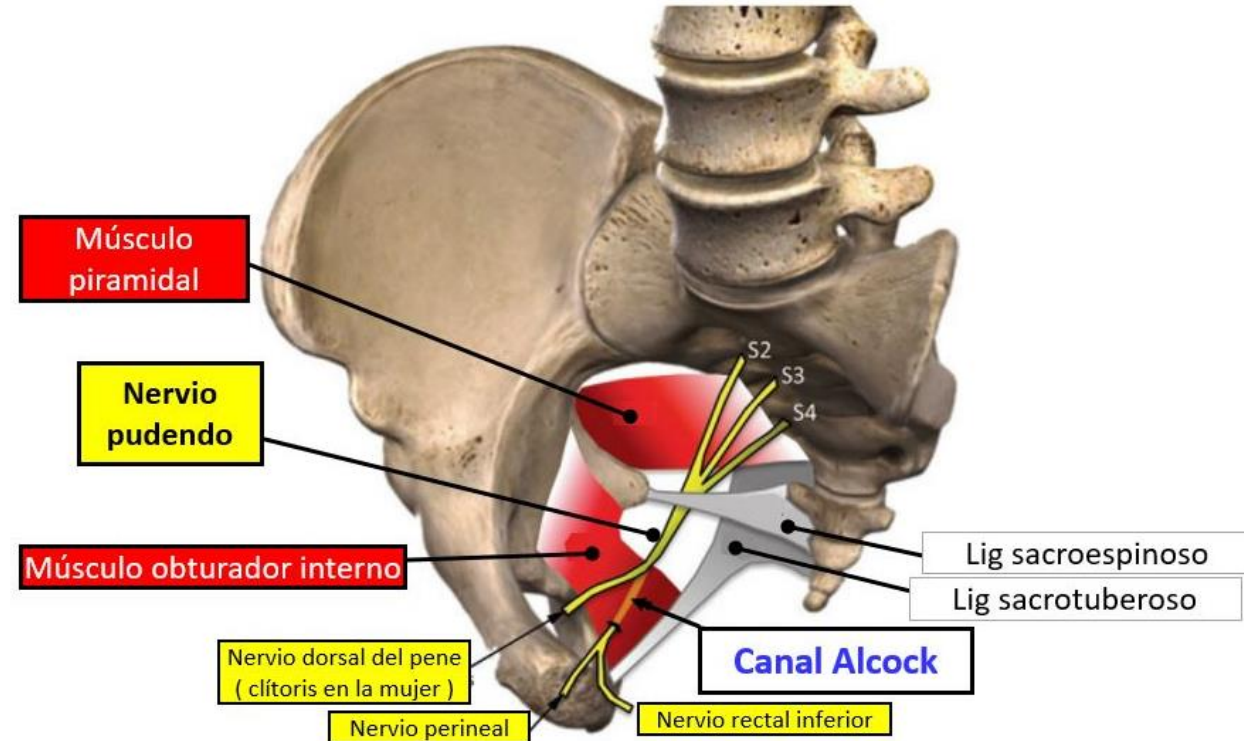
Fuente: María Fernanda Rojas Gómez MD.

Zonas frecuentes de atrapamiento

La **esпина isquiática** y el complejo ligamentoso sacroespinoso-sacroetuberoso.

El **canal de Alcock** y los túneles subaponeuróticos distales.

Otros lugares menos frecuentes y distales también pueden afectar al nervio pudendo.



♀ 45 años. Remiten a RVI para bloqueo n. pudiendo



AP:

- Dolor pélvico de años. Vulvodinia.
- ITUs repetición.
- Bloqueo epidural caudal no efectivo.
- Consulta con múltiples especialistas.

EA:

- Dolor suprapúbico y perineal continuo y diario.
- Empeora con la menstruación. Incapacitante.

EF:

- Vista por ginecología y urología: sin hallazgos reseñables salvo;
- Tinel positivo bilateral que desencadena el llanto.

Criterios diagnósticos



Criterios de Nantes (2008)

Criterios esenciales

- Dolor región del nervio.
- En sedestación.
- No despierta.
- No alteración sensitiva.
- Alivia con el bloqueo.

Criterios menores

- *De exclusión.*
- *Complementarios.*
- *Asociados sin exclusión.*

Criterios presentes en nuestra paciente



Mayores

- 1.- Dolor pudendo.
- 2.- Dolor aumenta en sedestación.
- 3.- Ausencia déficit sensitivo.

Total: 8
Alta sospecha
clínica

Menores

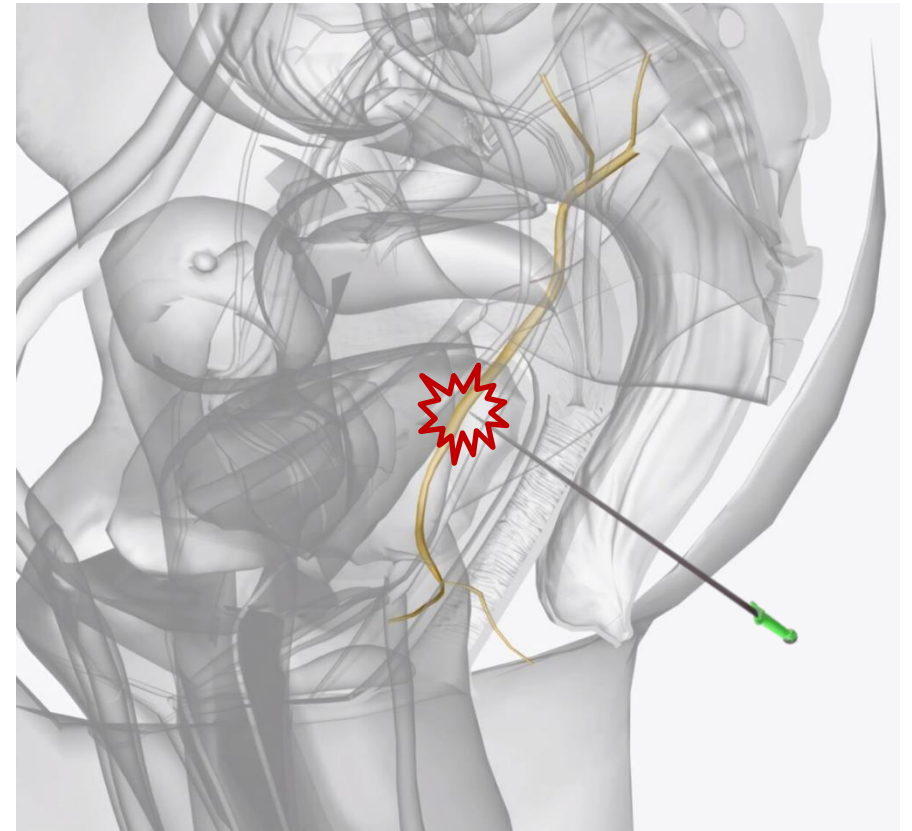
- 1.- Dolor carácter neuropático.
- 2.- Empeora a lo largo del día.
- 3.- Alodinia.
- 4.- Sensación cuerpo extraño.
- 5.- Palpación isquiones.

Bloqueo del nervio pudendo

Procedimiento **mínimamente invasivo** diseñado para diagnosticar y tratar el dolor crónico en la zona pélvica.

Consiste en inyectar una mezcla de **anestésico local** y, frecuentemente, un **corticoide** cerca del trayecto del nervio para bloquear la señal de dolor.

Mediante RVI esta técnica se beneficia de mayor **seguridad, eficacia y confort.**

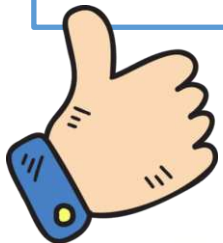


Fuente: Carmen De Andrés Serrano MD, modificada.

Puntos diana para el bloqueo

Espina isquiática:

- Vía transglútea.
- Más accesible.
- Menor complejidad.
- Mayor seguridad.



Primera opción

Canal de Alcock:

- Canal de Alcock.
- Transperineal/vaginal/rectal.

Bloqueos distales:

- Ramas más específicas.

Indicaciones

Bloqueo diagnóstico

- Confirma origen neuropático.
- Diferencia otras causas.
- Localiza el lugar de atrapamiento.
- Valor pronóstico.

Bloqueo terapéutico

- Sd. atrapamiento confirmado
- Dolor neuropático.
- Dolor postquirúrgico.
- Vulvodinia.
- Dolor pélvico multifactorial.

Contraindicaciones

Absolutas

- Alergias anestesia/cortis.
- Infección local activa.
- Coagulopatía grave
- Anticoagulación no ajustada.

Relativas

- Embarazo.
- Diabetes mellitus descompensado.
- Osteoporosis grave.
- Inmunodepresión.
- Glaucoma/cataratas.

Fármacos

Bloqueo diagnóstico

- **Lidocaína** 1-2%: Inicio rápido (5-10 min), duración 1-2 h. Permite evaluación rápida de la respuesta.
- **Mepivacaína** 1%: Similar a lidocaína; duración ligeramente mayor (2-3 h).

Bloqueo terapéutico

- **Bupivacaína** 0.25-0.5%: Inicio lento (15-20 min), duración (4-8 h). Analgesia sostenida que facilita la rehabilitación.
- **Ropivacaína** 0.2-0.5%: Menor toxicidad cardíaca y menor bloqueo motor.

Indicaciones específicas por especialidad

Urología/Ginecología

- Dolor peneano/vulvodinia.
- Dolor testicular crónico.
- Dispareunia/prostatitis.
- Dolor pélvico crónico.
- Postcirugía prolapso/IU.

Coloproctología/Unidad Dolor

- Sd. elevador del ano.
- Sd. dolor regional complejo.
- Postcirugía perianal compleja.
- Dolor neuropático con limitación a tratamiento sistémico.

Valor de la RVI

*Conocimiento anatómico
detallado*

Expertise en guía por imagen



Capacidad diagnóstica

Habilidades procedimentales

Técnica guiada por ecografía

Abordaje transglúteo (más frecuente)



- Ausencia radiación ionizante.
- En tiempo real, flexible y accesible.
- Menor tiempo.
- Múltiples abordajes (vaginal, rectal, perineal...)

Objetivos:

- Analgesia inmediata.
- Antiinflamatorio subagudo.
- Facilita la rehabilitación.
- Mejora calidad de vida.

Técnica guiada por ecografía

[Home](#) > [Journal of Ultrasound](#) > [Article](#)

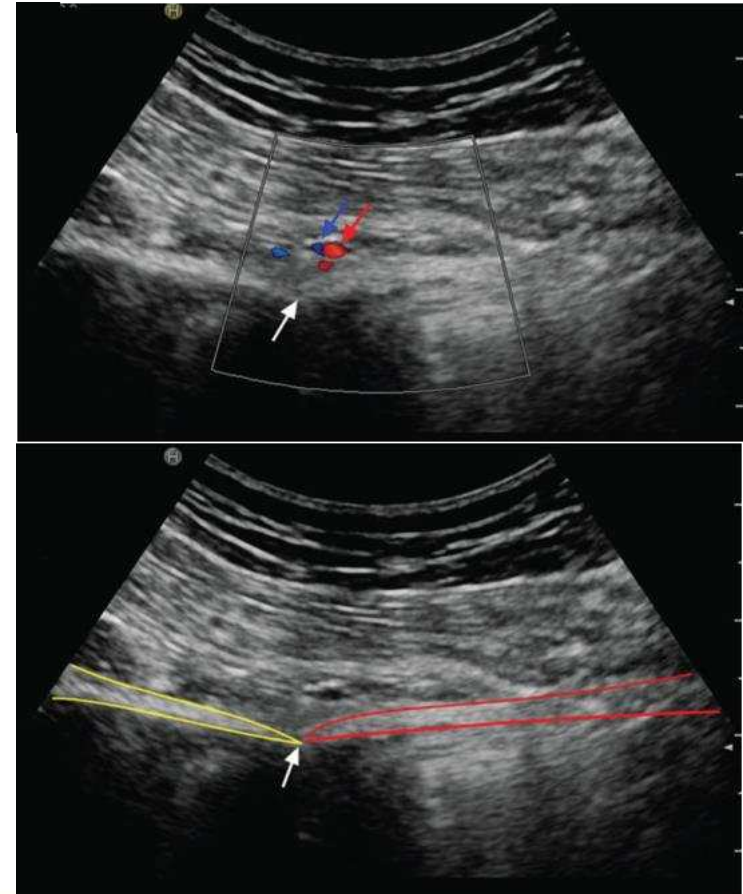
Ultrasound-guided infiltration of the pudendal nerve: a technical approach for neuropathic pain management

Technical Reports | Published: 12 January 2026

(2026) [Cite this article](#)



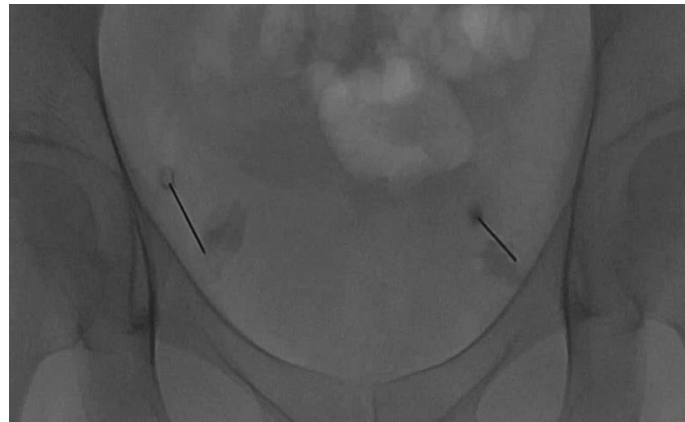
-  Espina ciática.
-  Arteria pudenda interna.
-  Vena pudenda interna.
- --- Ligamento sacroespinoso.
- --- Isquion.



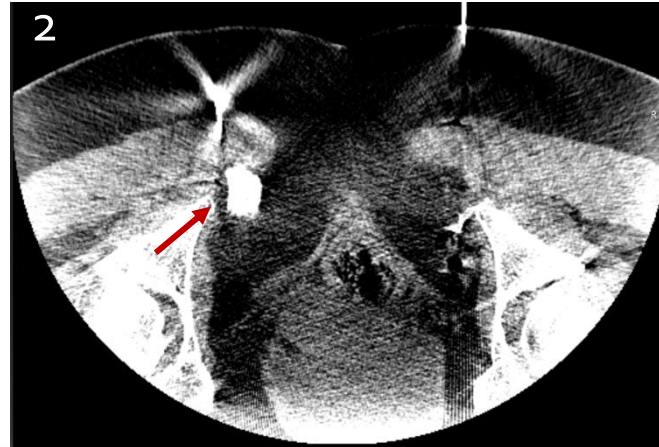
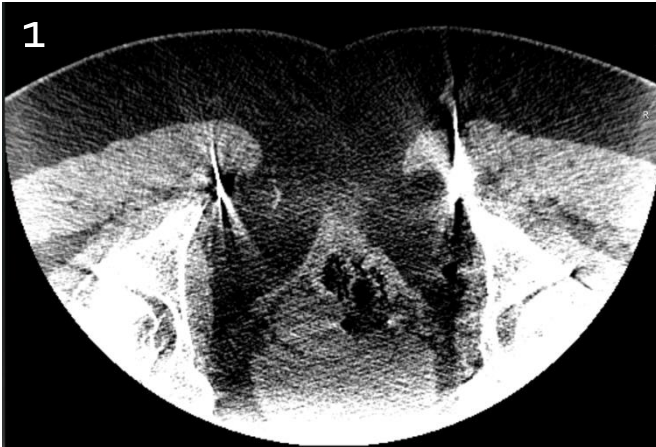
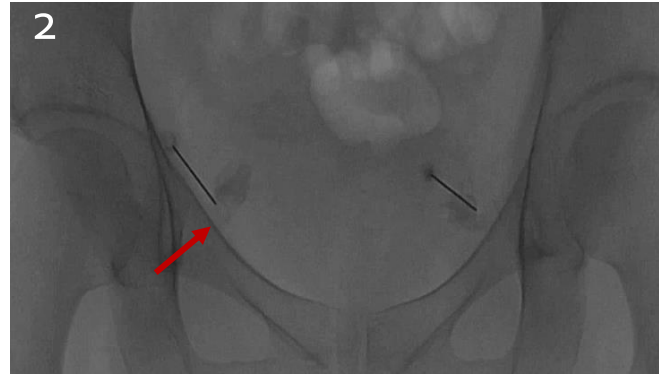
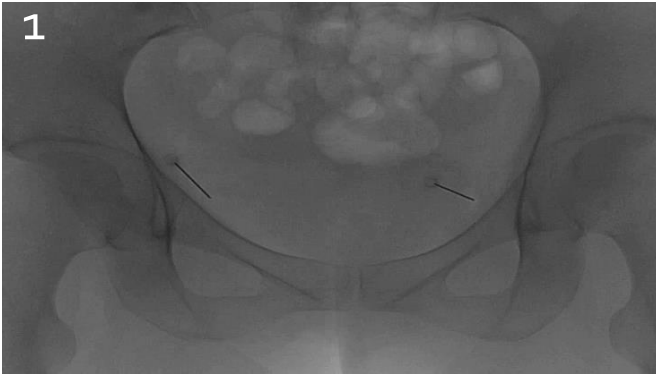
Técnica guiada por fluoroscopia



- En tiempo real.
- Excelente visualización ósea.
- Menor radiación que TC.
- Coste intermedio.



Técnica guiada por fluoroscopia



- 1.- Colocación agujas.
- 2.- Reajuste ángulo software IA.
- 3.- Comprobación contraste (↗)
- 4.- Inyección lidocaína y CC.

Técnica guiada por TC



- Máxima visión ósea.
- Menor dependencia operador.
- Útil en obesos.
- Registro de alta calidad.



Selección de la técnica

Características	Ecografía	Fluoroscopia	TC
Radiación	<i>No</i>	<i>Si↑↑</i>	<i>Si↑↑↑</i>
Visión nervio	<i>Directa</i>	<i>Indirecta</i>	<i>Indirecta</i>
Visión vascular	<i>Excelente</i>	<i>Limitada</i>	<i>Moderada (CIV)</i>
Tiempo real	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Curva aprendizaje	<i>Alta</i>	<i>Moderada</i>	<i>Moderada</i>
Coste	<i>Bajo</i>	<i>Moderado</i>	<i>Alto</i>

Procedimiento en nuestra paciente

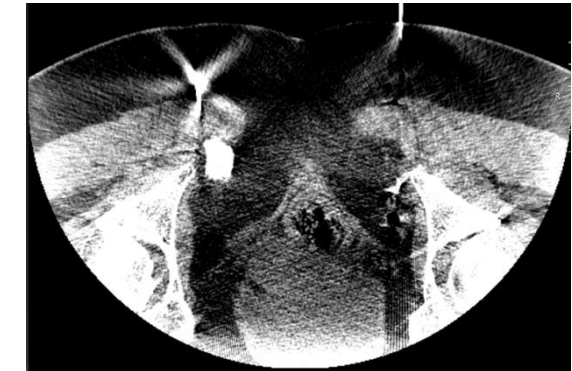
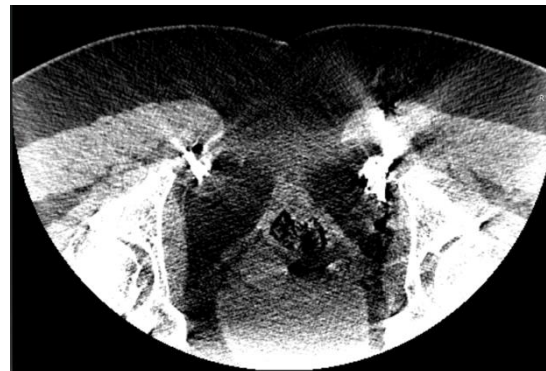
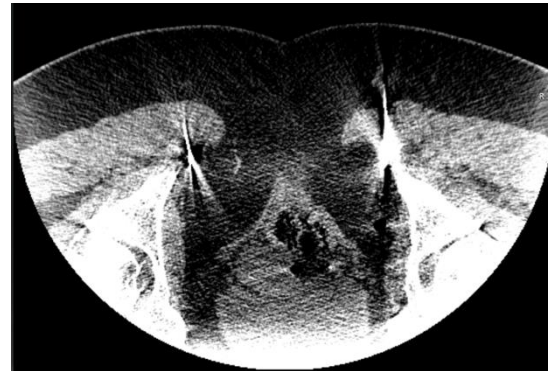
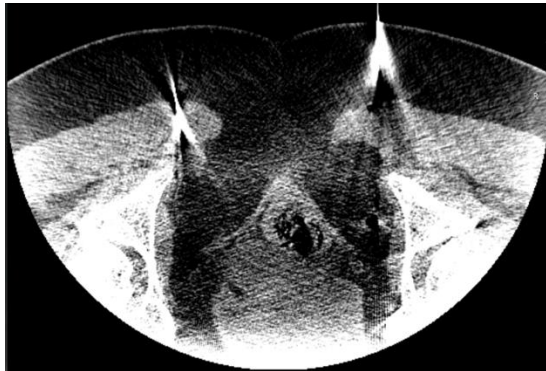
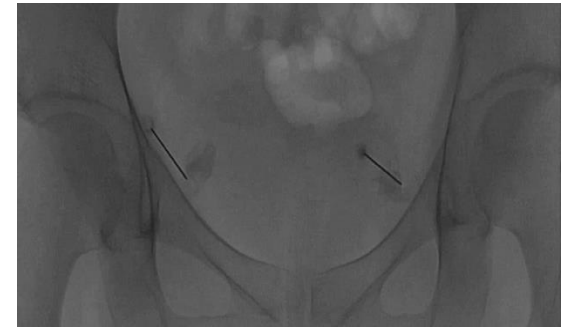
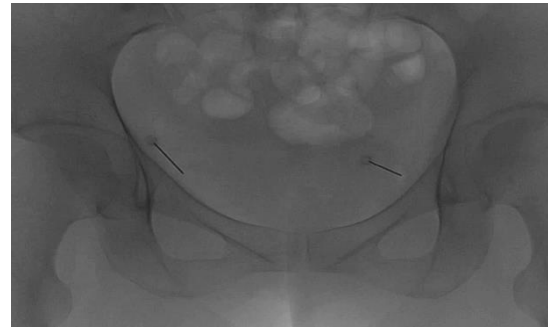


Técnica mediante fluoroscopia

- Abordaje transglúteo.
- Angulación con software IA.
- Reconstrucción 3D.
- Comprobación con contraste
- Inyección de lidocaína + cortis



Procedimiento en nuestra paciente



Abordaje y angulación software IA

Inyección de contraste prefármaco

Evolución de nuestra paciente



1ª solicitud a RVI: bloqueo
del nervio pudendo

Se realiza el 30/10/2025



Dolor post 8/10

2ª solicitud a RVI: bloqueo
del nervio pudendo

*Se realiza el 02/02/2026
(4 meses después)*



Dolor post 6/10

3ª solicitud a RVI: bloqueo
del nervio pudendo

*Se desestima, escalar a
radiofrecuencia/cirugía*



Protocolos de repetición

Respuesta inicial favorable (alivio $\geq 50\%$ durante ≥ 4 semanas):
Observación y refuerzo con tratamiento conservador; repetir bloqueo solo si recaída sintomática.

Respuesta parcial (alivio 30-50% o duración < 4 semanas): Considerar repetición del bloqueo a las 4-8 semanas; máximo 3-4 infiltraciones en 6-12 meses.

Respuesta mínima o nula ($< 30\%$ de alivio): Replantear diagnóstico, considerar bloqueo en localización diferente, escalar a otras opciones.

¿Y si no es efectivo?

Radiofrecuencia

Moduladora

- Pulsos breves.
- Reversible.
- Menor riesgo déficit.
- Menor duración.

Ablativa

- Continua.
- Irreversible.
- Efecto prolongado.
- Mayores riesgos.

Cirugía descompresiva

- Abierta/laparoscópica
- Éxito del 60-70%.
- Recurrencia 20-30%.
- Mayor tiempo al alta.
- Infecciones/hematoma.
- Lesiones irreversibles.

Plantilla informe radiológico



- 1.- Datos **paciente y médico.**
- 2.- Indicación **clínica.**
- 3.- **Técnica** de imagen.
4. Vía de **abordaje** y **lateralidad.**
- 5.- Preparación y **material.**
- 6.- Descripción del procedimiento.
- 7.- **Hallazgos** técnicos.
- 8.- **Eventos** intraprocedimiento.
- 9.- Complicaciones **inmediatas.**
- 10.- Evaluación del **dolor (EVA).**
- 11.- Dosis de **radiación.**
- 12.- Evolución.
- 13.- Plan.
- 14.- **Instrucciones** al paciente.

Registro de resultados y seguimiento

Datos **demográficos y clínicos**.

Datos del **procedimiento**.

Datos de **respuesta inmediata**.

Indicadores de **calidad**:

- *Tasa de éxito, de respuesta, de complicaciones, satisfacción...*

Seguimiento **corto** plazo (24-72 horas).

Seguimiento **medio** plazo (2-6 semanas).

Seguimiento **largo** plazo (3-12 m).



CONCLUSIONES



Herramienta
clave

Alivia y
confirma

Eficaz y segura

*Bloqueo pudiendo
RVI*

Adecuada selección
de pacientes

Priorizar vía
ecográfica

TC y
fluoroscopia en
2ª línea

Abordaje
multimodal

REFERENCIAS

- 1.- Vita, F., Donati, D., Vender, F. et al. Ultrasound-guided infiltration of the pudendal nerve: a technical approach for neuropathic pain management. J Ultrasound (2026).
 - 2.- Sconfienza, L.M., Adriaensen, M., Albano, D. et al. Clinical indications for image-guided interventional procedures in the musculoskeletal system: a Delphi-based consensus paper from the European Society of Musculoskeletal Radiology (ESSR)—part VII, nerves of the lower limb. Eur Radiol 32, 1456–1464 (2022).
 - 3.- Masala S, Calabria E, Cuzzocrea D, et al. CT-guided percutaneous pulse-dose radiofrequency for pudendal neuralgia. Cardiovasc Intervent Radiol. 2014; 37(2):476-481.
 - 4.- Prologo JD, Lin RC, Williams R, Corn D. Percutaneous CT-guided cryoablation for the treatment of refractory pudendal neuralgia. Skeletal Radiol. 2015; 44(5):709-714.
 - 5.- Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott J, et al. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. Eur J Neurol. 2019; 26(6):831-849.
-