

# Infiltración vaginal para el alivio del dolor neuropático post histeropexia sacroespinal: primer reporte exitoso a mediano plazo

Gabriel Vallejos Peñaloza<sup>a, b</sup>, María Trinidad Velasco Galaz<sup>a, c\*</sup>, Natalia Castillo Villarroel<sup>a, c</sup>, Paula Andrea Quiñones San Martín<sup>a, c</sup>, Catalina Carstens Landreau<sup>a, c</sup>, Marcelo Barria Candell<sup>a, c</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Ginecología, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Santiago, Camino Rinconada 1202 Maipú, 9274443, Chile; <sup>b</sup>Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago, Av Plaza 680 Las Condes, 7610658, Chile; <sup>c</sup>Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Av. Pedro de Valdivia 1509 Providencia, Región Metropolitana, 7501014, Chile

## RESUMEN

El prolapso genital femenino, especialmente el prolapso apical, afecta significativamente la salud y la calidad de vida de las mujeres. La histeropexia sacroespinal es un procedimiento quirúrgico ampliamente utilizado para abordar esta condición, presentando escasas complicaciones postoperatorias. Sin embargo, una de las complicaciones reportadas es el dolor neuropático resultante del daño a las ramas del nervio pudendo. A pesar de la frecuencia de esta complicación, existen pocas alternativas de manejo estandarizadas. Este artículo presenta un caso clínico de una paciente de 62 años que experimentó dolor neuropático persistente después de una histeropexia sacroespinal en quien los enfoques tradicionales como la terapia física y los medicamentos resultaron ineficaces. Por ello, se decidió realizar una infiltración de corticosteroides en los sitios dolorosos por vía vaginal con anestesia local. La paciente experimentó un alivio inmediato del dolor, el cual se mantuvo durante meses sin necesidad de repetir la infiltración. La literatura disponible es escasa en cuanto a la descripción del éxito a largo plazo de esta técnica terapéutica, por lo que este caso destaca la eficacia potencial a mediano plazo de esta alternativa en el manejo del dolor neuropático postoperatorio. Este caso contribuye a la creciente evidencia de que la infiltración de corticosteroides puede ser una opción viable para el tratamiento del dolor neuropático postoperatorio, ofreciendo una mejora en la calidad de vida de las pacientes afectadas. Si bien este caso muestra una primera aproximación exitosa, se necesita más investigación para validar y establecer la aplicabilidad de la infiltración vaginal de corticosteroides en casos similares.

**KEYWORDS** Case report, sacrospinous hysteropexy, neuropathic pain, vaginal infiltration, corticosteroids

## INTRODUCCIÓN

El prolapso genital femenino impacta profundamente en el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas, siendo el prolapso apical la segunda condición más prevalente después

del defecto de la pared anterior [1]. Los factores de riesgo incluyen el parto, la edad o antecedentes de histerectomía. Una de las técnicas descritas para abordar este problema es la fijación de la cúpula vaginal al ligamento sacroespinal [2]. Este procedimiento quirúrgico es ampliamente utilizado. Ha demostrado ser seguro y efectivo en el tratamiento del prolapso apical, lo que resulta en la unión permanente de la cúpula vaginal a través de la fibrosis y la cicatrización del ligamento sacroespinal [3].

Aunque las complicaciones postoperatorias relacionadas con este método quirúrgico son generalmente raras y de gravedad leve [2], una de las principales es la aparición de dolor neuropático, consecuencia del daño a las ramas del nervio pudendo. El

\* Autor de correspondencia trinelascog@gmail.com

**Citación** Vallejos Peñaloza G, Velasco Galaz MT, Castillo Villarroel N, Quiñones San Martín PA, Carstens Landreau C, Barria Candell M. Infiltración vaginal para el alivio del dolor neuropático post histeropexia sacroespinal: primer reporte exitoso a mediano plazo. Medwave 2025;25(01):e2958

DOI 10.5867/medwave.2025.01.2958

Fecha de envío May 15, 2024, Fecha de aceptación Dec 2, 2024,

Fecha de publicación Jan 15, 2025

Correspondencia a Camino Rinconada 1202, Maipú, Santiago, Chile

## IDEAS CLAVE

- Este estudio presenta el caso de una paciente de 62 años que experimentó dolor neuropático persistente después de la histeropexia sacroespínosa.
- Se utilizó la infiltración de corticosteroides asociado con analgésicos por vía vaginal con anestesia local como tratamiento, lo que resultó en un alivio inmediato y duradero del dolor.
- Este caso destaca la eficacia potencial a mediano plazo de esta técnica terapéutica.

nervio pudiendo es de naturaleza sensitiva y motora, y se origina en los segmentos sacros S2-S4. Sale de la pelvis a través del foramen ciático mayor. Rodea la espina ciática y nuevamente en la pelvis por el foramen ciático menor, discurriendo por el canal de Alcock, también llamado canal pudendo. Este nervio inerva diferentes estructuras del periné, incluyendo músculos del piso pélvico y genitales externos. En la suspensión de la cúpula vaginal al ligamento sacroespínoso, existe riesgo de lesión al nervio pudendo dada su proximidad al ligamento sacroespínoso cercano a la espina ciática, lo que puede provocar dolor neuropático o disfunción sensitiva en el periné [4]. Clínicamente, también puede manifestarse como dolor en la región glútea y del muslo posterior, y puede presentarse en tasas variables entre el 6,1 y el 15% [5]. A pesar de la ocurrencia de esta complicación, actualmente faltan enfoques de manejo estandarizados, con intervenciones que van desde métodos basados en fisioterapia hasta medicamentos.

A continuación, se presenta un caso clínico de dolor neuropático después de la fijación sacroespínosa. Dicho caso se manejó con éxito, mediante la infiltración vaginal de corticosteroides en sitios dolorosos identificados en el examen físico. El procedimiento se realizó con anestesia local, lográndose alta ambulatoria. El alivio del dolor de la paciente fue inmediato y se mantuvo durante los meses de seguimiento posteriores. Esta alternativa fue elegida, debido a la falta de mejoría con el enfoque de fisioterapia y los medicamentos.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 62 años con antecedentes de cuatro partos (tres vaginales y una cesárea), que reportó historia de un año de sensación de bulto vaginal, asociado a sensación de peso. El examen físico reveló prolapso genital anterior en estadio 3 (Ba +2), posterior en estadio 2 (Bp 0) y apical en estadio 1 (C -3). Las principales características demográficas se detallan en la Tabla 1.

Después de la evaluación por el equipo de piso pélvico femenino en el hospital, se decidió realizar una reparación anterior más histeropexia sacroespínosa bilateral. Para ello, se usó la técnica descrita para el kit Anchasure®, la que se realizó el 28 de diciembre de 2022. Después de la cirugía, la paciente experimentó dolor glúteo izquierdo, con intensidad 8/10 en la Escala Visual Análoga (EVA), que se irradiaba a la región anal y a la extremidad inferior ipsilateral.

Debido a las características del dolor, además de su localización e irradiación, y por presentarse después de una cirugía donde existe la posibilidad de lesión nerviosa, se sospechó

Tabla 1. Características demográficas de la paciente.

Edad	62 años
Paridad	4
Forma de parto	3 partos vaginales, 1 parto por cesárea
Mayor peso de recién nacido	3300 gramos
Menopausia	56 años
Uso de terapia de reemplazo hormonal	No
POP-Q antes de la cirugía	Aa +2 Ba +2 C -3 GH4 PB 3 TVL 8 Ap 0 Bp 0 D -5
Presencia de prolapso genital	Prolapso anterior estadio II Prolapso posterior estadio II
Cistometría	Vejiga con normal capacidad y acomodación. No hay evidencia de incontinencia urinaria de esfuerzo. Sospecha de fase sensorial retrasada
Ecografía transvaginal	Normal

POP-Q: Cuantificación del Prolapso de Órganos Pélvicos. Aa : 3 centímetros al meato uretral externo. Ba: la porción más prolapsada de la pared vaginal anterior. C: borde principal del cuello uterino o de la vagina. gh: centro del meato uretral a la línea media del himen posterior. pb: centro del himen posterior al centro de la abertura anal. tvl: profundidad máxima de la vagina con el prolapso reducido. Ap: 3 centímetros proximal al himen posterior. Bp: la porción más prolapsada de la pared vaginal posterior. D: fondo de saco posterior en una mujer que tiene un cuello uterino.

Fuente: elaborada por autores.

una lesión neuropática del nervio pudendo. Por lo anterior, se decidió iniciar tratamiento médico con pregabalina con dosis de 75 miligramos al día. Junto con el tratamiento farmacológico, se indicó fisioterapia especializada en suelo pélvico para aliviar los síntomas, la que se interrumpió después de cinco sesiones debido al dolor persistente. Al final de la terapia, la paciente reportó dolor constante y persistente EVA 8/10. Ante la refractariedad al tratamiento, se decidió realizar infiltración en los puntos dolorosos en el examen físico y en el área de sutura de Anchasure®, principalmente hacia la región izquierda.

La paciente fue atendida en la sala de procedimiento ambulatoria, donde se empleó visión directa bajo un espéculo. En la palpación con una torula de algodón, se identificaron puntos dolorosos en el área del fórnix lateral izquierdo y región anexial (Figura 1). Aplicando técnica estéril, se realizó la infiltración utilizando una aguja espinal Perican® 18G - 1,3 x 80 milímetros en los puntos con dolor. La solución contenía suero fisiológico (3 mililitros), más acetato de betametasona

**Figura 1.** Identificación de puntos dolorosos en el fondo de saco posterior.



Procedimiento realizado con una torula estéril. Esta localización es fundamental para orientar la infiltración.

Fuente: foto tomada por los autores.

3 miligramos por mililitro (3 mililitros), fosfato disódico de betametasona 3 miligramos por mililitro, lidocaína 2% (3 mililitros) y bupivacaína 0,5% (3 mililitros) (Figuras 2 y 3).

El procedimiento fue bien tolerado por la paciente. Minutos después manifestó remisión de los síntomas, con una puntuación EVA de 1/10. No se describieron complicaciones en este procedimiento. Durante las dos semanas siguientes, la puntuación EVA se mantuvo en 1/10, acompañada de una mejora en los síntomas anales. Después de seis meses de seguimiento, la paciente mantuvo la misma puntuación EVA 1/10, sin reportar dolor glúteo o anal. La línea temporal se describe en la Tabla 2.

## DISCUSIÓN

El prolapso genital femenino impacta significativamente la calidad de vida de las pacientes. La fijación del vértice vaginal o el cuello uterino al ligamento sacroespinoso para la corrección del prolapso apical, propuesta por Richter en 1968, es una técnica ampliamente empleada debido a su eficacia, menor duración quirúrgica, recuperación más rápida y simplicidad, especialmente en pacientes obesas

o contraindicadas médicamente para la laparotomía [6]. El ligamento sacroespinoso es una estructura pélvica robusta y de sostén que se extiende desde la espina ciática hasta la pared sacral. Está estrechamente asociado con el haz neurovascular pudendo y los vasos glúteos inferiores, especialmente en su porción anterior.

El procedimiento quirúrgico comienza con una incisión en forma de medialuna en la pared vaginal posterior. Ello permite abrir el espacio pararectal y acceder a la cavidad pélvica posterior. Luego, se localiza el ligamento sacroespinoso, identificando su inserción en la espina isquiática y su recorrido hacia las porciones S4 y S5 del sacro. El ligamento se encuentra medial al músculo obturador interno y por encima del recto. Una vez identificado el ligamento, se realiza una disección de los tejidos blandos circundantes para exponerlo adecuadamente. Se colocan suturas de material no absorbible a través del ligamento, a unos dos centímetros hacia medial de la espina isquiática, anclándolas al vértice vaginal. Esto permite suspender los fórnix vaginales en el ligamento sacroespinoso. Posteriormente, se atan las suturas y se realiza el cierre vaginal de la incisión [7–11].

Es fundamental tener en cuenta las consideraciones anatómicas específicas durante la intervención, especialmente la relación del ligamento sacroespinoso con el nervio pudendo. El nervio pudendo sale de la pelvis a través del agujero ciático mayor, pasa por encima del ligamento sacroespinoso, se curva hacia adelante y entra nuevamente en la pelvis a través del agujero ciático menor, distribuyéndose en varias ramas que inervan los músculos y la piel del periné. La zona de mayor riesgo para la lesión del nervio pudendo ocurre durante la disección profunda para exponer el ligamento sacroespinoso. Si se realiza una disección excesiva o se instalan suturas de manera inapropiada en la zona, el nervio pudendo puede resultar dañado. La proximidad del nervio al ligamento sacroespinoso lo coloca en una posición vulnerable durante la cirugía. Por este motivo, requiere una cuidadosa planificación y ejecución para evitar complicaciones.

Si bien este procedimiento es generalmente seguro, se ha observado dolor neuropático en la nalga y el muslo posterior, con una incidencia de hasta 15% en el postoperatorio [5], como está descrito en el caso presentado. El dolor en la nalga puede ser resultado de una lesión de la raíz nerviosa (S3 a S5) dentro del complejo del ligamento sacroespinal, donde se coloca la sutura durante la fijación del vértice vaginal [12].

La neuropatía pudenda posterior a la histeropexia sacroespínosa es una complicación poco frecuente pero clínicamente significativa. Los síntomas clásicos incluyen dolor pélvico irradiado, glúteo y anal, con una fuerte indicación de lesión neuropática en casos de persistencia y localización específica.

En el manejo del dolor neuropático post histeropexia sacroespínosa, en primera línea tenemos el manejo médico. Los fármacos que se utilizan frecuentemente son medicamentos neuromoduladores como la pregabalina y la gabapentina [1]. La pregabalina, tiene efectos sobre los canales de calcio

Figura 2. Set para la infiltración.



En el procedimiento se utilizó aguja espinal Perican® 18G - 1.3 x 80 milímetros con una solución que contenía: suero fisiológico (3 mililitros), más acetato de betametasona 3 miligramos por mililitro (3 mililitros), fosfato disódico de betametasona 3 miligramos por mililitro, lidocaína 2% (3 mililitros) y bupivacaína 0,5% (3 mililitros).

Fuente: foto tomada por los autores.

en las neuronas, disminuyendo la liberación de neurotransmisores excitadores como el glutamato, lo que ayuda a reducir la percepción del dolor.

También existe evidencia en el uso de medicamentos como la amitriptilina, que actúa en las vías descendentes del dolor [2].

En los casos en que las pacientes no responden al manejo médico convencional, se considera infiltraciones con corticosteroides y anestésicos locales, como se realizó en este caso, en que se utilizó una combinación de betametasona, lidocaína y bupivacaína. Los corticosteroides reducen la inflamación local, mientras que los anestésicos producen una disminución del dolor de forma temporal al bloquear los canales de sodio en las fibras nerviosas dolorosas [3].

Este caso clínico destaca la eficacia de una infiltración localizada con esteroides y anestésicos, como estrategia de manejo en pacientes que no responden a tratamiento conservador. La mejoría permanente del dolor a seis meses, resalta la efectividad de este enfoque combinado y la importancia de un diagnóstico temprano para evitar dolor crónico. Si bien existen reportes de infiltración con corticosteroides en sospecha de neuralgia pudenda, muchas veces son con seguimiento a corto plazo y tampoco se presentan como consecuencia de un procedimiento quirúrgico. Es por ello que este caso clínico entrega valiosa información al clínico que realiza este tipo de intervenciones [13,14].

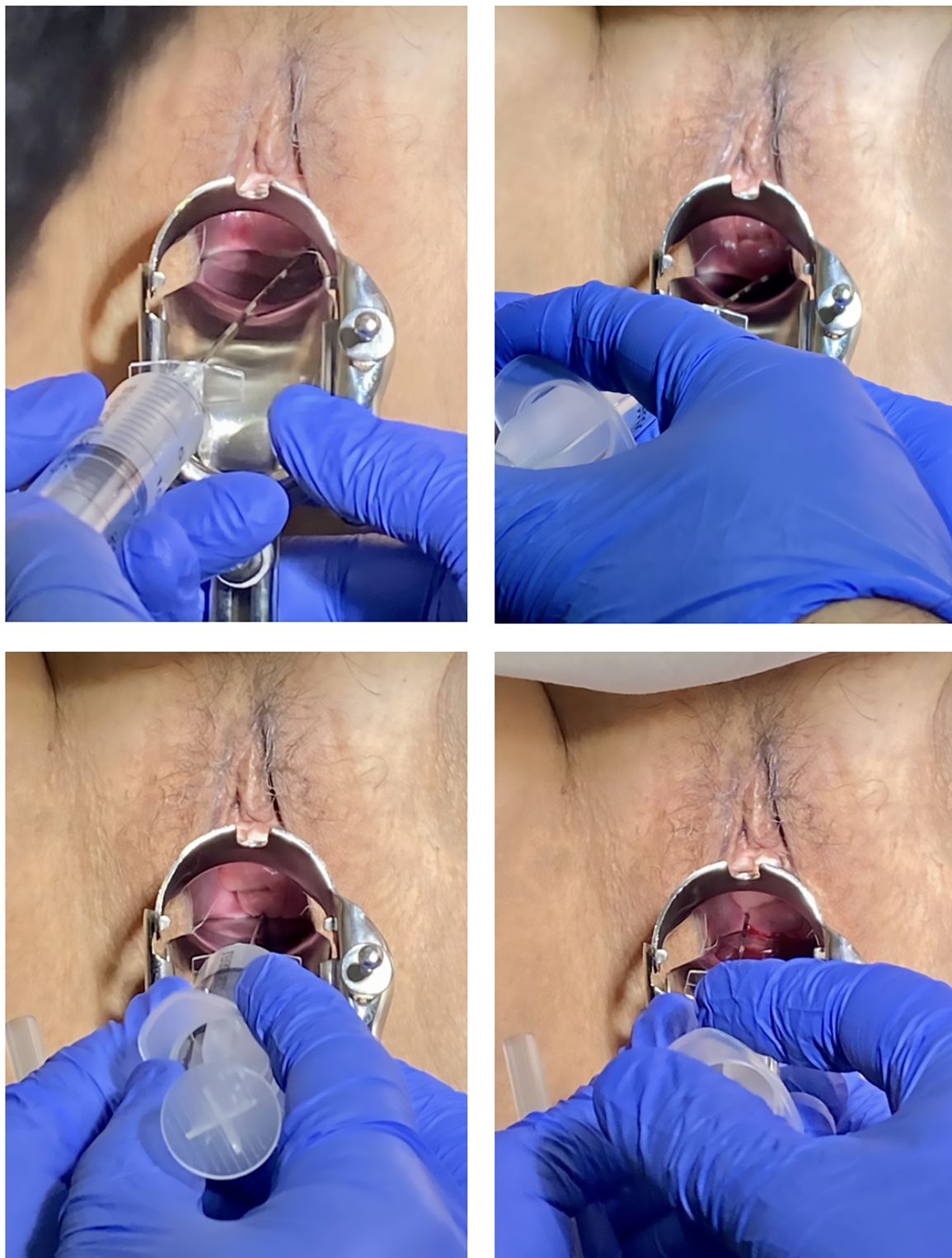
Es fundamental tomar en cuenta los diagnósticos diferenciales del dolor post histeropexia. Ejemplos de estos

diagnósticos son lesiones musculares o tendinosas [4]; síndrome del atrapamiento del nervio pudiendo, el cual se puede sospechar cuando el dolor aumenta en la paciente al estar sentada y se alivia a la bipedestación o el decúbito [5]; y dolor miofascial, infección o hematoma post operatorio. Estos últimos, si bien son complicaciones poco frecuentes, son el tipo de causas de dolor postoperatorio que se deben descartar mediante examen clínico e imágenes para confirmar o descartar sospecha [7].

En casos de dolor glúteo persistente más allá de las seis semanas, la recomendación primaria es la reintervención y la extracción de suturas a nivel del ligamento, si es factible [15]. Sin embargo, el kit Anchasure® utilizado en este caso complica la extracción desde el ligamento sacroespinoso, a menudo resultando inaccesible.

La neuromodulación del nervio tibial posterior (PTNS, por sus siglas en inglés *Per-cutaneous Tibial Nerve Stimulation*) es una posibilidad terapéutica. Esta técnica es usada en distintos tipos de dolor relacionados con el sistema nervioso. Se basa en la estimulación eléctrica del nervio tibial posterior, mediante el uso de un electrodo cerca del tobillo. Se produce una estimulación que envía señales al sistema nervioso central, modulando la actividad neural y reduciendo la percepción del dolor. Esta técnica ha mostrado ser efectiva en ciertos tipos de dolor, especialmente en el dolor pélvico y en casos de dolor neuropático de forma crónica, también en vejiga hiperactiva. Las estimulaciones suelen aplicarse en 12 sesiones de unos 30

Figura 3. Diferentes sitios de infiltración después de reconocer los puntos dolorosos.



Procedimiento realizado con una torula estéril. Después de la infiltración, la paciente experimentó una puntuación de 1 sobre 10 en la Escala Visual Análoga.

Fuente: foto tomada por los autores.

**Tabla 2.** Cronología de hallazgos clínicos y procedimientos realizados.

Día	Descripción
Día 0	Paciente remitida para evaluación en la Unidad de Piso Pélvico debido a prolapso genital. POP-Q prolapso genital anterior estadio 3 (Ba +2), posterior estadio 2 (Bp 0) y apical estadio 1 (C -3), incontinencia urinaria de esfuerzo negativa.
Día 1	Evaluada por el comité clínico de piso pélvico, se solicita cistometría
Día 50	Cistometría: sin escape a la valsalva. Escape con vejiga vacía: negativa, residuo postmiccional: 0 cc, 1er deseo miccional: >300 cc, urgencia: no, capacidad máxima cistométrica: >300 cc. Inestabilidad del detrusor: no. No se refiere dolor.
Día 56	Se realiza ecografía transvaginal con resultado normal.
Día 126	Evaluación por el comité quirúrgico. Se discuten opciones. Debido a un menor riesgo quirúrgico y a una recuperación rápida, se decide realizar reparación anterior más histeropexia sacroespinal.
Día 136	Se realiza la cirugía de prolapso genital, reparación anterior más histeropexia sacroespinal con kit Anchosure®, sin incidentes.
Día 137	Evolución postoperatoria dentro de parámetros esperados. Se decide el alta hospitalaria.
Día 145	Primer control postoperatorio. La paciente informa dolor EVA 8/10. Se prescribe analgesia oral.
Día 175	El dolor persiste a pesar de la analgesia oral. Se solicita evaluación kinesiológica. Se agrega pregabalina a la prescripción.
Día 191	La paciente comienza terapia física de relajación muscular. Se realizan cinco sesiones y las terapias se suspenden debido al dolor. Persiste malestar durante la defecación.
Día 210	Ligera reducción del dolor después de comenzar pregabalina. Se solicita RNM defecatoria, reportando rectoceles y cistocele.
Día 224	Se realiza nueva evaluación muscular por fisioterapeuta. Presencia de hiperactividad en los músculos bulbocavernoso, pubovesical derecho, puborrectal, iliococcígeo y cóccix izquierdo. El dolor persiste EVA 9/10.
Día 230	Debido a la refractariedad al tratamiento, se decide la infiltración de puntos dolorosos identificados en el examen físico y hacia el área de sutura izquierda de Anchosure®.
Día 231	Se realiza seguimiento ambulatorio e infiltración de puntos dolorosos con bupivacaína y betametasona. Minutos después del procedimiento, la paciente informa alivio del dolor, EVA 1/10.
Día 245	Control post-infiltración, la paciente permanece asintomática. EVA 1/10.
Día 425	El seguimiento muestra una puntuación en la EVA de 1/10. No se reportó dolor glúteo o anal. Se decide alta.

EVA: escala visual análoga. POP-Q: cuantificación del prolapso de órganos pélvicos. Ba: porción más prolapsada de la pared vaginal anterior. Bp: porción más prolapsada de la pared vaginal posterior. C: borde principal del cuello uterino o de la vagina. RMN: resonancia magnética nuclear.

Hallazgos y procedimientos ordenados cronológicamente hasta el alta de la paciente.

Fuente: elaborada por los autores.

minutos cada una, con la posibilidad de extender el tratamiento según respuesta. La técnica es mínimamente invasiva y generalmente bien tolerada. Sin embargo, su efectividad y seguridad pueden variar dependiendo de cada paciente [16–20].

Existe evidencia limitada y escasa para el manejo ambulatorio del dolor neuropático utilizando infiltración de puntos dolorosos y bloqueo del nervio pudendo [6]. Tampoco hay evidencia de la tasa de éxito en el tiempo de este procedimiento. En este caso clínico, la infiltración surgió como una alternativa después de que fallaran la medicación y la fisioterapia, logrando una reducción significativa del 95% en el dolor. La rápida mejoría en la Escala Visual Análoga y la reducción sostenida del dolor en el seguimiento, sugieren su beneficio potencial en casos de dolor neuropático postoperatorio, lo que no se ha presentado en estudios previos. Por este motivo, son esenciales la investigación adicional y la recopilación de datos a largo plazo para respaldar completamente la eficacia de esta estrategia en casos de dolor neuropático postoperatorio vinculado con la fijación sacroespinal.

## CONCLUSIONES

La infiltración local con anestésicos y corticoides en puntos dolorosos tras la fijación sacroespinal, resulta ser una alternativa segura y efectiva para el manejo del dolor postoperatorio de origen neuropático. Sin embargo, se necesitan estudios con seguimientos más prolongados para poder realizar recomendaciones al respecto.

**Autoría GVP:** Conceptualización, Investigación, Metodología, Administración del proyecto, Recursos, Supervisión, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. **MTVG:** Curación de datos, Investigación, Metodología, Visualización, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición. **NCV:** Recursos, Redacción – borrador original. **PQSM:** Recursos, Redacción – borrador original. **CCL:** Visualización, Redacción – borrador original. **MBC:** Visualización, Redacción – borrador original.

**Conflictos de intereses** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Financiamiento** Los autores declaran que no han recibido financiamiento para este trabajo.

**Idioma del envío** Español.

**Origen y revisión por pares** No solicitado. Con revisión externa por un par revisor, a doble ciego.

## REFERENCIAS

1. Payebto Zoua E, Boulvain M, Dällenbach P. The distribution of pelvic organ support defects in women undergoing pelvic organ prolapse surgery and compartment specific risk factors. *Int Urogynecol J.* 2022;33: 405–409. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-021-04826-7> <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04826-7>
2. Goh JTW, Ganyaglo GYK. Sacrospinous fixation: Review of relevant anatomy and surgical technique. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;162: 842–846. <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.14751> <https://doi.org/10.1002/ijgo.14751>

3. Nichols DH. INTERNATIONAL PERSPECTIVES ON VAGINAL SURGERY. *Clin Obstet Gynecol*. 1982;25: 809–810. <http://dx.doi.org/10.1097/00003081-198212000-00015> <https://doi.org/10.1097/00003081-198212000-00015>
4. Ozcivit Erkan IB, Gorgun E. Cadaveric Insights into Pudendal Nerve Variations for Sacrospinous Ligament Fixation: A Case Series. *Int Urogynecol J*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s00192-024-05919-9>
5. Ferrando CA, Walters MD. A randomized double-blind placebo-controlled trial on the effect of local analgesia on postoperative gluteal pain in patients undergoing sacrospinous ligament colpopexy. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218: 599. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2018.03.033> <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.03.033>
6. Gupta P. Transvaginal Sacrospinous Ligament Fixation for Pelvic Organ Prolapse Stage III and Stage IV Uterovaginal and Vault Prolapse. *Iran J Med Sci*. 2015;40: 58–62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25648154/>
7. Unger CA, Walters MD. Gluteal and Posterior Thigh Pain in the Postoperative Period and the Need for Intervention After Sacrospinous Ligament Colpopexy. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2014;20: 208–211. <http://dx.doi.org/10.1097/spv.0000000000000091> <https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000091>
8. Maher C, et al. Sacrospinous ligament fixation in the management of apical prolapse: A systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2021;32: 865–875.
9. DeLancey JOL. The anatomy of pelvic organ prolapse: The role of the ligaments and muscles. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223: 868–876.
10. Miller JP, et al. Transvaginal sacrospinous ligament suspension for prolapse repair: Outcomes and considerations. *Int Urogynecol J*. 2023;34: 99–105.
11. Zhang L, et al. Anatomical considerations in sacrospinous ligament fixation for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2024;35: 331–340.
12. Petri E, Ashok K. Sacrospinous vaginal fixation - current status: Sacrospinous fixation. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2011; Disponible en: 429–36. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01084.x> <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01084.x>
13. Antolak SJ, Antolak CM. Therapeutic pudendal nerve blocks using corticosteroids cure pelvic pain after failure of sacral neuromodulation. *Pain Med*. 2009;10: 186–9. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00366.x>
14. Venturi M, Boccasanta P, Lombardi B, Brambilla M, Contessini Avesani E, Vergani C. Pudendal Neuralgia: A New Option for Treatment? Preliminary Results on Feasibility and Efficacy. *Pain Med*. 2015;16: 1475–81. <https://doi.org/10.1111/pme.12693>
15. Dietz V, Schraffordt Koops SE, van der Vaart CH. Vaginal surgery for uterine descent; which options do we have? A review of the literature. *Int Urogynecol J*. 2009;20: 887–887. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-009-0867-0> <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0867-0>
16. Fariello JY, Magnifico F. Posterior tibial nerve stimulation for overactive bladder syndrome: A review of the literature. *Int Urogynecol J*. 2019;30: 919–29.
17. Gaziev G, Topazio L, Iacovelli V, Bassi P. Neuromodulation techniques for chronic pelvic pain in urology. *Cent Eur J Urol*. 2013;66: 304–10.
18. Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BLH. The use of electrical neuromodulation in the treatment of chronic pelvic pain syndrome (CPPS). *Eur Urol*. 2006;49: 366–71.
19. Shamlivan TA, Kane RL, Wyman JF. Systematic review: Randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Ann Intern Med*. 2012;155: 845–55. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-12-201206190-00436>
20. Fowler CJ, Griffiths D, de Groat WC. The neural control of micturition. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9: 453–66. <https://doi.org/10.1038/nrn2401>
21. Pelvic organ prolapse: ACOG practice bulletin, number 214. *Obstet Gynecol* [Internet] 2019. 134. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003519>

---

# Vaginal infiltration for relief of neuropathic pain after sacrospinous hysteropexy: First successful mid-term report

## ABSTRACT

Female genital prolapse, especially apical prolapse, significantly affects women's health and quality of life. Sacrospinous hysteropexy is a widely used surgical procedure to address this condition, presenting few postoperative complications. However, one of the reported complications is neuropathic pain resulting from damage to the branches of the pudendal nerve. Despite the frequency of this complication, there are few standardized management alternatives. This article presents a clinical case of a 62-year-old patient who experienced persistent neuropathic pain after a sacrospinous hysteropexy, in whom traditional approaches such as physical therapy and medications were ineffective. Therefore, it was decided to perform a corticosteroid infiltration in the painful sites via the vaginal route with local anesthesia. The patient experienced immediate pain relief, which lasted for months without the need to repeat the infiltration. The available literature is scarce regarding the long-term success of this therapeutic technique, so this case highlights the potential mid-term efficacy of this alternative in managing postoperative neuropathic pain. This case contributes to the growing evidence that corticosteroid infiltration can be a viable option for the treatment of postoperative neuropathic pain, offering an improvement in the quality of life of affected patients. While this case shows an initial successful approach, further research is needed to validate and establish the applicability of vaginal corticosteroid infiltration in similar cases.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.