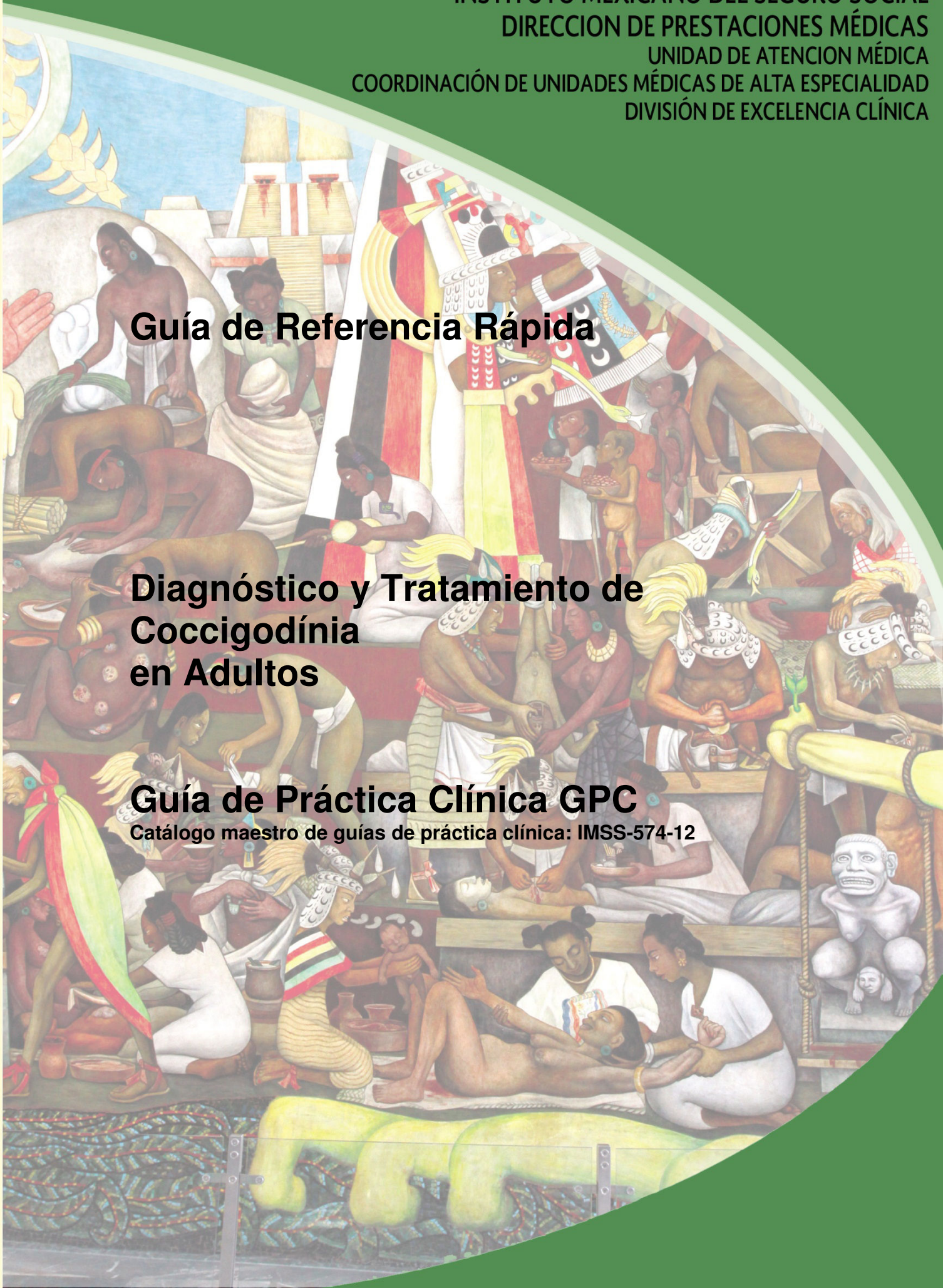


## **Guía de Referencia Rápida**

## **Diagnóstico y Tratamiento de Coccigodinia en Adultos**

## **Guía de Práctica Clínica GPC**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-574-12



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### **M53.3, M54.5. Trastornos Sacrococcígeos no Clasificados; Lumbalго no Especificado**

### **GPC: Diagnóstico y Tratamiento de Coccigodinia en adultos**

**GPC**

### **Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome Mielodisplásico**

**ISBN en trámite**

## DEFINICIÓN

**Coccigodinia** se refiere al dolor a nivel del cóccix y en los tejidos circunvecinos en un radio de 5 cm, de origen traumático, neoplásico, infeccioso, o idiopático (Roca, 2005)

## PREVENCIÓN

Investigar en pacientes con sospecha clínica de coccigodinia los factores de riesgo que pueden desencadenar la presencia del dolor.

Identificar a los pacientes con antecedente de traumatismo en la región sacrococcígea (en los últimos 3 meses) así como la obesidad como factores que condicionan una mayor predisposición para presentar coccigodinia

Investigar como antecedentes traumáticos de importancia para el desarrollo de coccigodinia:

- ❖ Caídas en posición sentado (contusión, luxación, subluxación o fractura),
- ❖ Seudoartrosis del cóccix
- ❖ Parto distócico (vía vaginal)
- ❖ Artrosis postraumática

Considerar como diagnóstico diferencial de dolor sacrococcígeo:

- ❖ Lesiones de discos intersomáticos lumbares
- ❖ Aracnoiditis de las raíces nerviosas sacras inferiores
- ❖ Tumores del cóccix o sacro (cordoma),
- ❖ Quistes pilonidales

Abscesos perirrectales.

Considerar entre los factores de riesgo en los casos de coccigodinia de origen idiopático las siguientes variantes anatómicas del cóccix:

- ❖ La movilidad de los segmentos vertebrales coccígeos que se asocian a espasticidad del suelo pélvico.
- ❖ Anomalías de los músculos de la zona media de la pelvis.

Cóccix inmóvil que se asocia a bursitis de la adventicia en la zona de la punta del cóccix

Identificar en los pacientes con coccigodinia una asociación con lumbalgia, y en muchos casos se relaciona con la unión del primer segmento del cóccix al sacro.

## DIAGNÓSTICO

Identificar durante la anamnesis el momento en el que aparece el dolor, la actividad durante el inicio del síntoma, así como la intensidad referida por el paciente.

Investigar el momento del inicio del síntoma y el sitio anatómico donde refiere el paciente el dolor (articulación sacrococcígea o segmento móvil del cóccix), así como los cambios posicionales que producen mejoría.

Identificar cuando el síntoma se encuentra en etapas crónicas y se asocia con sintomatología del tracto digestivo inferior, así como dolor irradiado a la región lumbar.

Identificar otras enfermedades que puede condicionar coccigodinia, como son:

- ❖ Vaginitis.
- ❖ Incontinencia urinaria.
- ❖ Enfermedad inflamatoria pélvica.

Estreñimiento.

Investigar la presencia de sangre fresca en heces, ante la posibilidad de una tumoración primaria o metástasis.

Durante la exploración física identificar alteraciones de la piel, así como alguna lesión de partes blandas para descartar lesiones asociadas (fístulas o quistes pilonidales).

Realizar palpación externa de la región para identificar la presencia de espículas óseas, inflamación con hipersensibilidad local o alguna neoplasia, así como el sitio específico del dolor.

Evitar el tacto rectal como una maniobra de rutina para el diagnóstico de la coccigodinia, debido a que con la exploración externa, en la mayoría de los casos, es suficiente.

En aquellos casos que a juicio del médico considere necesaria la exploración rectal para identificar dolor a la manipulación del cóccix y el sitio específico; así como detectar la presencia de masas palpables en la superficie anterior del cóccix o sacro, y restos de sangre al término de la exploración.

## AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Solicitar en un paciente con sospecha de coccigodinia proyecciones radiográficas anteroposterior y lateral (perfilografía de cóccix).

Identificar en los estudios radiográficos fusiones sacrococcígeas como causa probable de dolor en pacientes con coccigodinia idiopática.

Identificar en la proyección lateral del cóccix curvaturas muy pronunciadas o evidencia de subluxación como causas de la coccigodinia.

Identificar anomalías anatómicas en las proyecciones radiográficas como probables causas de coccigodinia.

Se recomienda la realización de una radiografía lateral de pie y otra en posición sedente para comparar y

valorar el grado de deslizamiento anterior del cóccix como causa probable de coccigodinia.

Identificar en la proyección lateral espículas óseas en la última vertebra coccígea, lo que se asocia a una alta incidencia de coccigodinia.

Solicitar estudio de Resonancia Magnética Nuclear en los casos en los que los antecedentes personales patológicos del paciente y las imágenes radiológicas no aporten evidencia suficiente para establecer el diagnóstico o en aquellos casos con sospecha clínica de un proceso infeccioso o neoplásico.

### TRATAMIENTO CONSERVADOR

El tratamiento conservador sigue siendo el estándar de oro. En pacientes con coccigodinia el manejo conservador mediante la administración de antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos, combinado con medidas físicas como son: reposo, bolsas con agua caliente, el uso de un cojín neumático para protección coccígea, disminución de tiempo en posición sentado, ajustes posturales y la terapia física.

El empleo de paracetamol 500 mg V.O. cada 6 a 8 hrs por 5 a 7 días, en combinación con diclofenaco 100 mg V.O. cada 12 hrs. En caso de falta de respuesta favorable se utilizara como analgésico Dextropropoxifeno 65 mg V.O. cada 12 a 24 hrs por 10 a 15 días.

El envío a fisioterapia para manejo con diatermia y ultrasonido en aquellos pacientes que no responden al tratamiento inicial con aines.

Como parte del tratamiento inicial de los cuadros agudos de coccigodinia (menos de 2 meses de inicio de la sintomatología) el reposo, medicamentos para disminuir la consistencia de las heces como complemento del manejo con medios físicos y el tratamiento farmacológico.

Si posterior al tratamiento inicial por 15 días el paciente no mejora valorar la fisioterapia y la infiltración local del área del cóccix.

De no existir mejoría importante de la coccigodinia el realizar infiltración local en la punta del coxis y en los 5 cm del área periférica a este punto, mediante la aplicación de metilprednisolona (40mg) y bupivacaína (10 ml al 0.25%). Teniendo en cuenta que puede existir la recaída y está indicado repetir la infiltración

En los casos de fracaso del tratamiento conservador y mediante infiltración el realizar nuevas radiografías y en algunos casos muy específicos realizar RMN con la finalidad de confirmar el diagnóstico o identificar alguna lesión que se haya pasado por alto y modificar el tratamiento.

En los casos en donde el manejo conservador y las infiltraciones no llevaron a la mejoría optar por el manejo quirúrgico mediante la resección del cóccix

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

El tratamiento quirúrgico mediante la resección completa del cóccix o la resección del segmento móvil en aquellos casos donde haya fracasado el tratamiento conservador.

Como indicación de la resección quirúrgica del cóccix aquellos casos que presentan coccigodinia dolorosa e

incapacitante, con subluxación, inestabilidad o espícula ósea, cóccix inmóvil y sin respuesta favorable a los medicamentos

El manejo quirúrgico en los casos de coccigodinia sin mejoría al tratamiento conservador con inestabilidad o hipermovilidad y se ha observado una tasa variable de éxito.

Tener en cuenta que en los pacientes con coccigodinia con indicación de resección quirúrgica con movilidad normal el resultado del manejo quirúrgico es menos previsible que en los casos con inestabilidad o hipermovilidad coccígea.

Identificar y prevenir los procesos infecciosos como la complicación más frecuente del manejo quirúrgico de la coccigodinia

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico clínico y radiológico de coccigodinia se inicia el tratamiento con un analgésico (paracetamol), y anti-inflamatorio (diclofenaco), medicación para disminuir la consistencia de las heces, más las medidas generales del tratamiento conservador y se da cita en dos semanas. En primer nivel de atención.

Si hay mejoría se continúa por dos semanas más el tratamiento ya establecido y se valora su alta.

Si no hay mejoría se cambiara el AINE por dextropropoxifeno y se realizara el envío a medicina física y rehabilitación (diatermia y ultrasonido). Se valorara la infiltración (metilpredinosolona y bupivacaina) del coccis. Se da cita en dos semanas para valorar la necesidad de realizar una segunda infiltración de acuerdo a evolución (máximo de tres infiltraciones con dos semanas de intervalo).

Si existe mejoría se continúa el tratamiento por dos semanas más y se valora su alta.

Si no hay mejoría se recomienda, suspender los aines y el paracetamol e iniciar con dextropropoxifeno, hasta completar los dos meses del inicio del tratamiento.

Si hay mejoría se valora el retiro del dextroproxifeno y se mantienen las medidas generales, valorando el alta oportuna.

Si no hay mejoría se recomienda efectuar la resonancia magnética de la región sacrococcígea, para descartar una patología agregada (tumor u otras causas).

Si existe mejoría, se valora su alta continuando solo con las medidas generales. Si no existe mejoría se propone el tratamiento quirúrgico.

En los casos que requieran manejo quirúrgico se valorará el alta al término del proceso de cicatrización de la herida

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Enviar a al médico ortopedista (segundo nivel de atención), así como enviar a medicina física y rehabilitación aquellos pacientes que posterior a las 2 semanas de tratamiento conservador no presentan mejoría para valorar la necesidad de tratamiento mediante infiltración. Cuando no se cuente con el servicio

de Ortopedia y Traumatología I, se enviará al paciente al Tercer Nivel de atención.

En los casos donde se presento mejoría posterior al tratamiento mediante infiltración realizar contra referencia al primer nivel de atención para su seguimiento y alta definitiva.

El envío al servicio de Ortopedia y Traumatología en aquellos casos donde el tratamiento conservador ha fracasado y se considera al paciente candidato a la resección quirúrgica.

En los casos que sean manejados quirúrgicamente se realizara la contra referencia al primer nivel de atención posterior a la cicatrización de la herida.

ALGORITMOS

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COCCIGODINIA EN ADULTOS

