

que dejamos de tener una posición de flexión en la espalda, y subimos la espalda en esta posición hasta una posición neutra.

Además eran rechazados del estudio todos aquellos pacientes que tuvieran otra causa de dolor que les afectara en la calidad de vida en un grado superior al síndrome facetario.

**Resultados:** De los 68 pacientes visitados en consulta hasta ahora, 36 cumplieron los criterios diagnósticos clínicos establecidos y 32 no pudieron ser incluidos en el estudio. A continuación se realiza un análisis de las causas de no inclusión en el estudio:

- 20 de estos 32 pacientes tenían otra causa de dolor de raquis predominante y no cumplían criterios de síndrome facetario puro:
  - 8 tenían maniobras positivas a la exploración de dolor en articulaciones sacroilíacas.
  - 9 presentaban radiculopatía confirmada con electromiograma.
  - 3 presentaban dolores musculares no compatibles con síndrome facetario.
- 12 de estos 32 pacientes tenían probable síndrome facetario puro pero tenían otras causas de dolor invalidante que les afectaba de manera predominante a su calidad de vida:
  - 1 tenía una debilidad muscular severa por una distrofia miotónica de Steinert.
  - 6 tenían gonalgia severa por gonartrosis con dificultad para la deambulación, 5 de los cuales estaban en lista de espera para prótesis de rodilla.
  - 2 tenían coxalgia severa por coxartrosis con dificultad para la deambulación.
  - 2 referían que la cervicalgia era la que les limitaba principalmente su calidad de vida.
  - 1 refirió estar en lista de espera de cirugía de hombro por omalgia intensa que le afectaba mucho en su calidad de vida.

**Discusión:** En ocasiones no se obtienen los resultados clínicos esperados tras la realización de técnicas de radiofrecuencia a nivel lumbar. Las causas de estos fracasos son múltiples. La primera de ellas es la falta de unos criterios diagnósticos establecidos para el diagnóstico de síndrome facetario. Otra causa es la presencia en el mismo paciente de 2 o más causas de dolor lumbar que hace que al tratar una de ellas el paciente no mejore como se espera. La presencia de otros dolores invalidantes también hace que la evaluación de estas técnicas sea dificultosa ya que es muy difícil diferenciar en los cuestionarios de calidad de vida cómo afecta a su calidad de vida una lumbalgia, una gonalgia o una coxalgia en un paciente que tiene 2 o 3 orígenes de dolor a distintos niveles.

**Conclusiones:** Llevar a cabo un diagnóstico etiológico del dolor crónico de raquis lumbar es muy importante pero de gran dificultad. Además, los pacientes suelen tener

diversas causas de dolor crónico, de manera que evaluar la mejoría en la calidad de vida tras una técnica es muy complejo. La limitación principal del estudio es que son criterios diagnósticos establecidos por el autor y que lo ideal será analizar después a todos los pacientes tras la radiofrecuencia y ver si realmente aquellos diagnosticados de síndrome facetario puro con estos criterios diagnósticos mejoraron más que aquellos 12 pacientes que tenían otras causas de dolor a nivel lumbar.

**Agradecimientos:** A mis directores de tesis por la oportunidad y ayuda para realizar este proyecto de investigación.

#### **Bibliografía:**

1. Wilde VE, et al. Phys Ther. 2007;87(10):1348-61.

### **P-060 RADIOFRECUENCIA PERIFÉRICA PULSADA VS. GASSER CONVENCIONAL EN NEURALGIA DEL TRIGÉMINO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**M. Andrés Pedrosa, J. García Carrasco, M. A. Gutiérrez Gómez, R. Avello Taboada, I. Gómez Santamaría**  
*Hospital universitario, Burgos*

**Palabras clave:** neuralgia, trigémino, radiofrecuencia, periférica, eficacia.

**Introducción:** El dolor o algia facial constituye un síndrome doloroso de las estructuras craneofaciales bajo el cual se agrupan un gran número de enfermedades.

**Caso clínico:** Paciente de 91 años que consulta a la UDO por dolor facial de más de 15 años de evolución, refractaria a medicación. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial en tratamiento con furosemida y amlodipino, entre sus intervenciones quirúrgicas previas destaca tumorectomía de quiste mandibular óseo solitario, prótesis total de ambas rodillas, recambio de la rodilla derecha y fractura periprotésica de fémur derecho.

La paciente presenta dolor facial derecho desde el año 2002, que asocia a la extracción de quiste mandibular. El dolor es descrito como paroxístico, lancinante afectando, según la descripción, al territorio correspondiente a la 3.<sup>a</sup> división del nervio trigémino. El dolor se desencadena con movimientos cotidianos como la masticación, bostezo, estornudo o simplemente con el habla, incluso aparece durante el descanso nocturno. Dolor de unos 2-5 min de duración, intensidad EVA de 10/10, con un remanente doloroso (un EVA en torno a 6-9 tras el periodo pico de hasta 2-3 h incluso en alguna ocasión hasta 24 h), siendo la frecuencia de crisis de 1-4 al día. La paciente refiere disminuir la ingesta y la comunicación por miedo a nuevas crisis.

A la exploración no presenta hipoestesis ni alodinia e hiperalgnesia en dicha región. No alteración de la movilidad mandibular.

Es derivada por su MAP a neurología quien administra durante años dosis crecientes de medicación, pregabalina 75 mg/12 h hasta 150 mg/12 h y carbamacepina a dosis plenas, sin respuesta.

Debido al intenso dolor, consulta a un odontólogo quien realiza extracción de la totalidad de las piezas dentarias de mandíbula inferior sin mejoría del cuadro.

Tras la ineficacia del tratamiento es derivada a la UDO para manejo intervencionista. Dada la complejidad anatómica de la paciente se realiza manejo multidisciplinar con neurocirugía.

Primero se descarta patología vascular que pueda ser la causante del cuadro mediante técnicas de imagen; en RM se objetiva atrofia cortical frontotemporal, con leucopatía isquémica crónica de pequeño vaso y un bucle vascular que contacta con el segmento cisternal del V par izquierdo. Asimismo se realiza un TAC facial donde solo destacan áreas de osteopenia focal en ambas ramas horizontales mandibulares.

Tras el estudio, en quirófano, se realiza por neurocirugía y bajo sedación, radiofrecuencia convencional del ganglio de Gasser. Debido a la complejidad anatómica son necesarios múltiples intentos con varias trayectorias hasta llegar al foramen oval, donde se percibe salida de LCR. Obtienen estímulo sensitivo en barbilla, sin estímulo motor y se realiza lesión durante 60 seg a 60°, nota hipoestesia e hipoalgnesia en barbilla y se repite lesión 60 seg 60°. Como complicación la paciente presenta importante hematoma facial.

Tras el procedimiento permanece sin clínica durante 9 meses, apareciendo después dolor subjetivamente más intenso. La paciente rehúsa repetir la técnica y se le ofrece radiofrecuencia a nivel periférico. Tras obtener consentimiento y bajo condiciones de asepsia se realiza radiofrecuencia pulsada 45 V 42° durante 6 min a nivel de V3 antes a su salida a través del orificio dentario inferior derecho.

Actualmente tras 18 meses la paciente sigue sin recidiva del dolor, con una mejor tolerancia de la técnica.

**Discusión:** La neuralgia del trigémino continúa siendo un reto para las Unidades de Dolor. El tratamiento farmacológico inicial muchas veces no es efectivo o los efectos secundarios obligan a su retirada. Debemos entonces plantearnos el uso de técnicas intervencionistas. Dentro de su variabilidad, hoy en día la de elección es la termocoagulación percutánea por radiofrecuencia del ganglio de Gasser ideada en 1974 por Sweet.

Es una técnica con una mortalidad que varía entre un 0-1 % y una morbilidad entre un 0-40 %, siendo las complicaciones más frecuentes la paresia de los maseteros (1-40 %), la anestesia (2,8-35 %) y úlcera corneal (0,01-2,46 %), la anestesia dolorosa o disestesia (2-25 %), la

aparición de tinnitus o sensación de plenitud en el oído (9 %), parálisis de pares craneales (0,2-6,5 %), parálisis facial (0-0,4 %) y otras mucho menos frecuentes. La complicación más molesta es la anestesia dolorosa o disestesia, que consiste en dolor en la zona facial insensible asociada con rubor y endurecimiento de la piel.

La radiofrecuencia pulsada es una modalidad de radiofrecuencia, alternativa válida a la radiofrecuencia convencional en el tratamiento de síndromes dolorosos crónicos. Por ejemplo, en pacientes que no deseen quedar con la hipoestesia facial típica tras la técnica convencional.

**Conclusión:** Debemos pensar en la posibilidad de abordajes periféricos siempre que se identifique bien el área afectada, así como la posibilidad de realización de radiofrecuencia pulsada para evitar efectos secundarios en pacientes seleccionados. Entre las ventajas de ambos encontramos la rapidez de realización de la técnica, menor complejidad, posibilidad de repetición, menor gasto económico, recuperación postoperatoria más corta y menos tasa de complicaciones mayores.

**Agradecimientos:** Sin conflicto de intereses.

## P-064 USO CLÍNICO Y EXPERIENCIA DE LA RADIOFRECUENCIA PULSADA DE NERVIPO CIÁTICO GUIADO POR ECOGRAFÍA EN EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO Y NEUROPÁTICO

**I. Violeta de la Rocha Vedia, M. A. Ramírez Huaranga, A. Estuardo Plasencia Ezaine, R. Arenal López, J. Hernán Calle Ochoa, C. A. Jaramillo Tascón**  
*Hospital General, Ciudad Real*

**Palabras clave:** dolor neuropático, dolor musculoesquelético, radiofrecuencia, nervio ciático.

**Introducción:** Hoy en día, la radiofrecuencia pulsada (RFP) del nervio ciático se está utilizando para controlar varios tipos de dolor musculoesquelético y neuropático, a pesar de que tiene un mecanismo analgésico poco claro (1). Se ha encontrado en ratas que, especialmente en el dolor neuropático, existe una sobre expresión del péptido relacionado con el gen de la calcitonina en el ganglio de la raíz dorsal y que la radiofrecuencia pulsada parece disminuir sus niveles (2).

**Objetivos:** Comunicar nuestra experiencia y usos clínicos de la RFP de nervio (N) ciático en dolor musculoesquelético y neuropático.

**Material y método:** Estudio retrospectivo longitudinal de cohorte, en todos los pacientes en los que se realizó la RFP de nervio ciático el año 2017 en nuestra Unidad.