

A la exploración no presenta hipoestesis ni alodinia e hiperalgesia 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 hipoalgesia 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.

Bajo técnica aséptica y control ecográfico se identifica el nervio ciático y tras obtener respuesta adecuada tanto motora como sensitiva se aplicó RFP a 45 V durante 4 min. Se midió la escala EVA en cada consulta y se interrogó sobre el tiempo de mejoría y efectos secundarios.

Resultados: Se estudiaron 115 pacientes (63 mujeres y 52 varones) a los que se realizó la RFP de nervio ciático durante el año 2017, y una media de edad de 68,98 años con una EVA (escala visual analógica) media pretratamiento de 6,57. El diagnóstico más prevalente fue el de gonartrosis en el 51,3 % (59), seguido de la radiculopatía L5-S1 y el dolor neuropático distal en un 11,3 % cada uno (13), el dolor postraumático 7 % (8), artroplastia de rodilla dolorosa en un 6,1 % (7), síndrome de dolor regional complejo (SDRC) y dolor vascular en un 5,2 % (6), y como menos frecuentes la claudicación por estenosis de canal lumbar en 1,7 % (2), la artrosis de tobillo 0,9 % (1). La EVA de medio tras la técnica fue de 3,30, ($p < 0,001$); de los cuales un 53,1 % de presentaron una EVA ≤ 3 ; 35,7 % entre 4 y 6 y tan solo el 8,7 % de los pacientes presentaron una EVA ≥ 7 .

Con respecto al diagnóstico y a la respuesta al tratamiento, los pacientes con una EVA ≤ 3 fueron el 100 % de artrosis de tobillo, 75 % de dolor postraumático, 56,1 % en gonartrosis, en radiculopatía L5-S1 el 53,9 %, en pacientes con claudicación por estenosis de canal un 50 %, en patología vascular un 49 % en los que presentaban dolor neuropático distal 46,2 %. Como menos respondedores encontramos a los pacientes con SDRC con un 33,3 % y los de artroplastia dolorosa de rodilla en los que solo un 28,6 % presentaron alivio.

La media de tiempo de alivio fue de 3,3 meses, de los cuales 59,1 % tuvieron un alivio mayor a 3 meses.

Ninguno de los pacientes presentó reacciones adversas a la técnica.

Conclusiones: La radiofrecuencia pulsada del nervio ciático parece ser un tratamiento eficaz no solo para el dolor neuropático periférico, sino también para dolor musculoesquelético e incluso radiculalgias de origen raquídeo.

Discusión: Dentro de una gama amplia de patología dolorosa de los miembros inferiores y en busca de técnicas menos agresivas y más cómodas para el paciente se justifican alternativas como la RFP de nervio ciático, siendo además un procedimiento ecoguiado poco invasivo y que se realiza en régimen ambulatorio, con una técnica sencilla y con una mínima curva de aprendizaje, por lo que podría aplicarse en pacientes con respuesta ineficaz a tratamientos convencionales y con comorbilidad que no permitan otro tipo de manejo convencional.

Bibliografía:

1. Lee DG, et al. Management of refractory sciatic neuropathic pain using ultrasound-guided pulsed radiofrequency, *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2017;30(5):1141-5.

2. Ren H, et al. Pulsed radiofrequency applied to the sciatic nerve improves neuropathic pain by down-regulating the expression of calcitonin gene-related peptide in the dorsal root ganglion. *Int J Med Sci.* 2018;15(2):153-60. doi: 10.7150/ijms.20501.

P-066 REGISTRO DE RADIOFRECUENCIAS DE ONDA PULSADA POR RADIOSCOPIA EN UNA UNIDAD DE DOLOR

P. Oliver Forniés, C. Aragón Benedí, Y. Durán Luis, J. A. Sánchez Tirado, F. J. Martínez Andreu, C. Garcés San José

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: radiofrecuencia, onda pulsada, nervio pudendo, neuralgia.

Introducción: La neuralgia del nervio pudendo (S2-4) (NNP) tiene una incidencia del 1:100.000 y está causada por inflamación, tracción o compresión nerviosa (1). Provoca un dolor neuropático, perineal, quemante, con parestesias, crónico con empeoramiento en sedestación, alteraciones sexuales y de esfínteres (1,2). Su diagnóstico es clínico aunque las pruebas complementarias son esenciales como diagnóstico de exclusión (2). Su tratamiento comprende desde tratamiento oral hasta intervencionista mediante bloqueo con anestésico local (BAL) o radiofrecuencia (1,2).

Objetivos: Revisar todos los casos de radiofrecuencia de onda pulsada (ROP) terapéutica realizados en la Unidad del Dolor de un hospital de tercer nivel en España.

Material y método: Esto es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y unicéntrico donde reclutamos 15 casos donde realizamos una ROP en quirófano. Reclutamos 15 pacientes desde febrero 2017 hasta la actualidad.

Resultados: Un total de 15 pacientes con una edad mediana de 63 años (rango: 36-74 años), 11 mujeres y 4 hombres y ASA I-III fueron incluidos. Cinco (33 %) presentaban antecedentes cardiovasculares, 6 (40 %) psiquiátricos en tratamiento, 3 cistitis intersticial y 1 (6 %) vejiga neurógena. Ocho (53 %) tenían antecedentes quirúrgicos pélvicos.

Los servicios de derivación más frecuentes fueron Rehabilitación y Atención Primaria con 3 pacientes. Igualmente, fueron derivados desde Traumatología, Urología, Ginecología y Obstetricia y otros servicios médicos. Cinco pacientes (33 %) referían síntomas urológicos o perineales. Nueve pacientes (58 %) consumían antiepilépticos con opioides, 5 (33 %) antidepresivos tricíclicos y 1 (6 %) AINE. Tres casos (20 %) fueron refractarios a un bloqueo del ganglio impar previo.