

Discusión: La pelvis es una estructura anatómicamente compleja, por lo que el diagnóstico diferencial del dolor pélvico es un proceso difícil en muchas ocasiones. La neuralgia del pudendo representa un porcentaje significativo de los pacientes con dolor perineal atendidos en las unidades de dolor. El nervio pudendo es un nervio mixto que se origina de las raíces S2, S3 y S4. La neuralgia del pudendo se caracteriza por clínica de dolor perineal, más frecuentemente unilateral, y generalmente en un área específica de una de las tres ramas terminales del nervio: rectales inferiores, perineal, y dorsal del clítoris/pene. La mayoría de las neuralgias son inducidas por daño sobre el nervio en algún punto de su recorrido. Además del tratamiento médico, entre las opciones de tratamiento intervencionista encontramos el bloqueo del nervio en el canal de Alcock, la cirugía de liberación del pudendo y la neuromodulación, sin que se haya conseguido establecer cuál es el tratamiento ideal. La punción del nervio guiada por ecografía es una técnica relativamente segura. El tratamiento con anestésico local produce un alivio inmediato en más de la mitad de los pacientes, pero limitado en el tiempo. En nuestra unidad, a los 3-6 meses el alivio solo se mantiene en un 17 % de los pacientes. La radiofrecuencia aplicada sobre el nervio o sobre los GRD es la siguiente opción de tratamiento intervencionista. En cuanto a la radiofrecuencia, hay dos alternativas, continua (que alcanza temperaturas mayores con lo que aunque puede aliviar los síntomas, aumenta el riesgo de lesión de intestino, vejiga y disfunción sexual), y la pulsada, una modalidad neuroablative no destructiva y segura, que evita las complicaciones de la lesión por calor, y que ha demostrado ser beneficiosa para el tratamiento del dolor neuropático (2). Comparamos los resultados de la RFP en nuestra unidad sobre las distintas localizaciones y accesos: nervio pudendo, GRD sacros vía transforaminal y GRD sacros vía intracanal. Observamos que el porcentaje de mejoría a los 3-6 meses fue respectivamente del 24, 36 y 52 %. Por tanto, a pesar de que el abordaje epidural presenta más complicaciones potenciales que el transforaminal (lesión nerviosa, punción vascular, punción dural accidental), sigue siendo una opción segura. En nuestros casos, no se han descrito complicaciones. Por ello, consideramos la RFP sobre el GRD vía intracanal como la mejor opción de tratamiento para la neuralgia del pudendo refractaria.

Conclusiones: La RFP de los GRD a nivel sacro por vía intracanal puede ser una alternativa para el manejo de los casos de neuralgia del pudendo refractaria a tratamientos intervencionistas clásicos, con un buen perfil de seguridad y mejores resultados que las técnicas clásicas.

Bibliografía:

1. Avellanal, et al. Prog Ostet Ginecol. 2015;58(3):144-9.
2. Honwei Fang, et al. J Pain. 2018;11:2367-74.

P-054 DOCTOR, ME DUELE LA CABEZA Y YA NO SÉ QUÉ HACER

M. Andrés Pedrosa¹, J. García Carrasco¹, J. J. Pérez Cajaraville², I. Caballero Lázaro³, D. Robador Martínez¹, F. J. Mediavilla Herrera¹

¹Hospital Universitario, Burgos; ²Madrid HM, Madrid; ³Nuestra señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

Palabras clave: migraña, radiofrecuencia, superciliar, occipitales, toxina botulínica.

Introducción: El 50 % de la población sufre dolores de cabeza durante un año cualquiera y más del 90 % presenta antecedentes de haber sufrido dolor de cabeza en algún momento de la vida.

Caso clínico: Paciente mujer de 57 años de edad que consulta a la UDO por migrañas refractarias a tratamiento médico.

Presenta como antecedentes personales de interés encefalitis en la infancia, sin secuelas. Sin alergias a medicaciones, aunque alergología desaconseja el uso de betalactámicos. Fumadora de 10 cigarrillos al día. Operada de apendicectomía y amigdalectomía.

En seguimiento por neurología por cefalea migrañosa sin aura refractaria a tratamiento e inicio a los 11 años de vida. Las crisis se iniciaron con una frecuencia mensual. En general cedían bien con dexketoprofeno, pero actualmente ya no responde, y le llegan a durar hasta tres días.

Consiste en una cefalea intensa hemicraneal acompañada de náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia. Durante los últimos 5 años, en control por neurología, ha seguido varios tratamientos sin mejoría; AINE, triptanes, infiltraciones con toxina botulínica... Se realiza prueba de imagen para descartar patología subyacente en la que se objetivan focos milimétricos de leucopatía frontoparietal bilateral asociados a migrañas crónica.

Es derivada por neurología a la unidad del dolor y tras una exhaustiva anamnesis y exploración física se propone a la paciente técnicas intervencionistas. Se realiza bajo condiciones de asepsia y antisepsia el bloqueo con anestésico local y corticoide y radiofrecuencia de nervios supraorbitarios bilaterales a 42° 45 V durante 5 min y RF pulsada de nervios occipitales bilaterales a 42° 45 V durante 4 min. Además se infiltra con toxina botulínica según ficha técnica: superciliar 5 unidades, frontal 10 unidades, occipital 15 unidades y temporal 20 unidades, occipital y trapecio 15 unidades; en cada lado. La paciente responde muy bien al tratamiento y permanece sin clínica durante un año, necesitando solamente un rescate con un triptán una o dos veces al mes.

Discusión: Las migrañas o cefaleas son el primer motivo de consulta por causa neurológica. Entre el 50 y 60 %

de la población lo presenta con mayor o menor frecuencia. Entre los factores que pueden influir en su aparición destacan el estrés, causas hormonales, ciertos alimentos y alteraciones del sueño. El 13 % de la población padece migrañas y el 20 % de estas pueden asociar "aura", es decir, alteraciones visuales, sensitivas o del lenguaje que normalmente anteceden a la crisis de dolor. Gran parte de la población combate estos síntomas con el uso indiscriminado de antiinflamatorios; a este respecto, la Agencia Europea del Medicamento ha alertado recientemente sobre los efectos cardiovasculares y digestivos en la toma crónica de estos antiinflamatorios.

En el caso de la migraña, la inyección de toxina botulínica (Botox®) según los protocolos de neurología, infiltrados en unos 30 puntos específicos del cuero cabelludo y cuello puede ayudar a disminuir el número de crisis y su intensidad. En otras ocasiones, el origen del dolor son contracturas musculares en la región del cuello (cefalea cervicogénica); estos pacientes se pueden beneficiar de infiltraciones guiadas con ecografía en dichos músculos.

Ante la refractariedad de estas cefaleas a tratamientos convencionales, las unidades del dolor desempeñan un papel primordial, ya que proponen técnicas mínimamente invasivas con un alto porcentaje de alivio y una baja tasa de complicaciones, como son la radiofrecuencia de nervios, en este caso, los occipitales y los superciliares.

El nervio occipital mayor tiene su origen en las raíces C2, y en menor medida recibe ramos de C3. Estas últimas generan ramos posteriores y anteriores; los anteriores contribuyen a la formación del plexo cervical y los posteriores son los que dan las fibras nerviosas que generarán el nervio occipital. Se forma así un nervio voluminoso que se dirige hacia atrás y arriba, discurriendo a través del músculo trapecio y haciéndose superficial al atravesarlo en su totalidad, llegando al plano subcutáneo en el punto de Arnold, situado 2 cm por fuera y por debajo de la protuberancia occipital externa, donde se encuentra por dentro de la arteria occipital, la cual es su principal relación anatómica. Desde su emergencia genera ramos que se distribuyen en la piel y en el tejido subcutáneo del cuero cabelludo en sus regiones occipitales y parietotemporales. El uso de ultrasonido podría incrementar la eficacia de la técnica, al permitir la visualización en tiempo real de las estructuras nerviosas y vasculares, y observar la distribución adecuada del anestésico local. Los supraciliares se localizan mediante referencias anatómicas y neuroestimulación.

Conclusión: La termocoagulación por radiofrecuencia en la migraña es un método mínimamente invasivo y seguro, ya que en la actualidad se realiza ecoguiado y relativamente fácil de ejecutar. Es una alternativa eficaz cuando el resto de medidas fallan. Es un procedimiento que, por su nula morbimortalidad y su gran efectividad, constituye una de las alternativas terapéuticas en el alivio de este dolor.

Agradecimientos: No existe conflicto de intereses.

P-056 RADIOFRECUENCIA PULSADA BIPOLAR ECOGUIADA DEL NERVIPOUDENDO EN PACIENTE CON DISFUNCIÓN SEXUAL Y DOLOR CRÓNICO EN SUELO PÉLVICO

J. Guitart Vela, C. Congo Silva, J. Folch Ibañez, J. Vazquez Ignacio, C. Gracia Fabre, R. Vidal Sicart
Hospital Plató. Fundació Privada, Barcelona

Palabras clave: radiofrecuencia pulsada bipolar, neuralgia del pudendo.

Introducción: La neuralgia del nervio pudendo cursa con dolor en las zonas inervadas por el mismo o alguna de sus ramas, con una incidencia en la población general del 1/100.000. La radiofrecuencia pulsada ha cobrado un papel importante en el manejo y tratamiento del dolor pélvico crónico que no responde al tratamiento convencional (1).

El nervio pudendo se origina de las raíces S2, S3 y S4 distribuyéndose en ramas motoras y sensitivas hacia la región perineal y a los órganos genitales externos.

Caso clínico: Paciente mujer de 58 años sin alergias a medicamentos conocidas. En tratamiento con bromazepam 1,5 mg si precisa para dormir. Sin más antecedentes médicos de interés. Como antecedente quirúrgico refiere cirugía de fisura anal.

Inicia cuadro de dispareunia y dolor perineal de aproximadamente 4 años de evolución.

La paciente describe el dolor como punzante, hormigueo y quemazón, junto con hipersensibilidad localizada que se intensifica al tacto de la zona, imposibilitando las relaciones sexuales. La paciente niega disfunción esfinteriana ni incontinencia, tanto vesical, como anal.

Tratada con múltiples antidepresivos y anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina), opiáceos, antiinflamatorios no esteroideos sin ninguna mejoría clínica. La paciente ha sido estudiada por ginecólogos y urólogos que descartan lesión orgánica.

A la exploración física, punto doloroso gatillo a la palpación de la espina isquiática (signo de Tinel) y test de la pinza rodada positivo (rolling test) sobre el trayecto de las ramas del nervio pudendo.

Aporta como pruebas complementarias una resonancia lumbar con discopatía degenerativa lumbar.

Ante sospecha de neuropatía del nervio pudendo se decide infiltración con anestésicos locales y corticoides que es efectiva por lo que se programa para radiofrecuencia pulsada bipolar. En quirófano, tras un barrido ecográfico de la zona perineal se localiza punto de entrada y trayecto de la aguja, se desinfecta la piel y se infiltra con 2-3 ml de lidocaína al 2 %. Utilizando técnica de acceso percutáneo guiado por ecografía se introduce la aguja de radiofrecuencia de 10 cm de longitud, con un calibre de 22 G y punta