

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

activa de 5 mm, adyacente al paquete vasculonervioso del pudendo.

Se genera una estimulación sensorial a 50 Hz con una tensión de 0,1-0,5 V, produciendo parestesias en el área sensitiva del nervio pudendo para confirmar que la aguja está correctamente posicionada. La paciente se encuentra consciente y refiere que se desencadena el mismo patrón de su dolor pélvico.

Una vez comprobada la correcta ubicación de la punta de la aguja, se realiza la radiofrecuencia pulsada bipolar utilizando 1.200 pulsos a un voltaje de 45 V durante 4 min en cada aguja, total 8 min.

La paciente es dada de alta sin ninguna incidencia.

En visita a consultas externas a las 2 semanas refiere mejoría del dolor además de recuperación funcional sexual que se mantiene en las visitas de seguimiento al mes y a los tres meses.

Discusión: Hay múltiples zonas anatómicas donde existe potencial probabilidad de compresión nerviosa del nervio pudendo (2): en la región glútea, a su paso por la espina isquiática, puede quedar atrapado entre la inserción del ligamento sacroespinoso y el ligamento sacrotuberoso. En el trayecto perineal del nervio, a la altura del canal de Alcock. El engrosamiento de la fascia aponeurótica del músculo obturador interno puede contribuir a esta compresión.

Una vez atravesado el canal de Alcock se ramifica en 3 ramas terminales (nervio rectal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del clítoris, pudiendo dar lugar su compresión una sintomatología clínica). La causa más habitual de daño nervioso es de origen traumático al originar estiramiento, compresión o fibrosis secundaria del nervio (1). En nuestro caso clínico el antecedente de cirugía de fisura anal se correlaciona cronológicamente con el inicio de la clínica dolorosa.

Entre las opciones de tratamiento de la neuropatía del nervio pudendo se dispone de tratamiento médico, rehabilitación pélvico-perineal y abordaje quirúrgico. Las infiltraciones perineurales con corticoides y anestésicos locales mejoran los síntomas de forma notable en muchos casos, relajan los esfínteres hipertónicos, suprimen síntomas vesicales y normalizan la disfunción sexual.

El dolor crónico perineal causado por neuralgia del nervio pudendo es una patología incapacitante de difícil diagnóstico. Mediante técnicas percutáneas mínimamente invasivas se puede llegar tanto al diagnóstico como al tratamiento.

Conclusión: La radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo es una opción terapéutica para el manejo de la neuralgia del nervio pudendo.

Bibliografía:

1. Hongwei Fang, et al. Clinical effect and safety of pulsed radiofrequency treatment for pudendal neuralgia: A pros-

pective, randomized controlled clinical trial. *J Pain Res.* 2018;11 2367-74.

2. Rojas-Gómez MF, Blanco R, et al. Regional anesthesia guided by ultrasound in the pudendal nerve territory. *Rev Colomb Anesthesiol.* 2017;45(3):200-9.

P-057 PROPUESTA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RÁPIDOS PARA SÍNDROME FACETARIO LUMBAR CLÍNICO PURO EN CUALQUIER CONSULTA

R. Rubio-Haro, C. de Andrés-Serrano, G. Fabregat Cid, J. de Andrés

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

Palabras clave: *síndrome facetario, diagnóstico, clínica, lumbalgia.*

Introducción: El diagnóstico de dolor lumbar de origen facetario es complejo y en numerosas ocasiones se asocia a otros orígenes de dolor, de manera que tratando exclusivamente el origen facetario no conseguimos el alivio del dolor deseado. Hay gran variabilidad entre distintos profesionales en cuanto a los criterios clínicos que emplean a la hora de diagnosticar un síndrome facetario lumbar. Una revisión con análisis Delphi concluye las 12 maniobras diagnósticas más útiles para identificar el dolor de origen facetario (1).

Objetivos: El objetivo de este trabajo (incluido dentro de un proyecto de tesis doctoral más amplio) consiste en establecer unos criterios diagnósticos rápidos para diagnosticar de síndrome facetario lumbar puro en cualquier consulta sin necesidad de llevar a cabo bloqueos diagnósticos.

Material y método: Es un estudio observacional prospectivo. Para realizar la base de datos, se llevó a cabo un muestreo de casos consecutivos. Se visitó a todos los pacientes diagnosticados de síndrome facetario en consulta y propuestos para técnica de radiofrecuencia de raquis lumbar, se exploró y se valoró si cumplían los criterios diagnósticos propuestos, que son:

- Replicación o empeoramiento del dolor a la palpación de la articulación zigoapofisaria o de la transversa.
- Ausencia de síntomas radiculares por debajo de la rodilla.
- Mejoría con la flexión del tronco desde sentado.
- Test de balanceo positivo con aumento de dolor con el movimiento de extensión desde la flexión (también suelen empeorar con la flexión lateral y la rotación) a en bipedestación con los pies juntos, se realiza una flexión completa del cuerpo hacia delante (intentándose tocar con los dedos de la mano los pies), y luego a la subida, ponemos la espalda recta (haciendo un ángulo de 90 grados entre las piernas y la espalda), de manera