

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  $\leq 3$ ; 35,7 % entre 4 y 6 y tan solo el 8,7 % de los pacientes presentaron una EVA  $\geq 7$ .

Con respecto al diagnóstico y a la respuesta al tratamiento, los pacientes con una EVA  $\leq 3$  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.

A todos se les realizaron pruebas complementarias de exclusión como electromiograma, TAC o RMN. En 3 (20 %) y 5 (33 %) de ellos presentaron patología concomitante. Igualmente, obtuvimos un BAL diagnóstico positivo previo a la ROP.

Todas nuestras intervenciones se realizaron en decúbito prono, con abordaje transglúteo, tomando como referencia la espina iliaca, con una duración mediana de 6 min, y 10 (66 %) fueron bilaterales. Utilizamos ropivacaína 0,1-0,2 % o levobupivacaína 0,125-0,25 % de 2-2,5 y en 13 casos (86 %) añadimos dexametasona 8 mg o trigón 15 mg.

Repetimos la ROP en 12 pacientes (80 %), en 1 caso hasta en 6 ocasiones, con un intervalo de 6-14 meses. Después de las consultas de revisión, 12 pacientes (79 %) refieren una evolución buena, 1 (6 %) regular y 2 (13 %) mala. No observamos complicaciones en ningún procedimiento.

**Discusión:** La NNP es una entidad de diagnóstico clínico englobada en el síndrome de dolor pélvico. Su causa suele ser de origen traumático o iatrogénico postoperatorio como la mayoría de nuestros pacientes que fueron derivados meses después de una intervención quirúrgica.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial con pruebas complementarias de imagen. Aunque suele ser infrecuente, encontramos una afectación bilateral en más del 50 % de nuestros pacientes.

La localización nerviosa puede hacerse mediante TAC, radioscopia o ecografía. Elegimos la radioscopia porque tenemos mayor práctica clínica y permite una visualización adecuada de las estructuras anatómicas de referencia aunque es una técnica ionizante (2). No hay consenso científico sobre su manejo terapéutico. Las guías recomiendan un abordaje multidisciplinar primero, conservador mediante cambio de estilos de vida, fisioterapia y tratamiento como anticonvulsivantes, opioides, relajantes musculares o anti-depresivos (1). Si es refractario, está indicado el abordaje intervencionista como el BAL o la ROP (1).

La técnica de punción no está estandarizada, en nuestros casos tomamos de referencia la espina iliaca y, posteriormente, buscamos una parestesia perineal (2). La ROP es una técnica novedosa que usa un voltaje alto con temperaturas inferiores a la RO continua, permitiendo una mejor disipación térmica y, así, disminuye el riesgo de destrucción tisular (1,2). Nosotros usamos la ROP por presentar un menor riesgo de complicaciones motoras posteriores.

La ROP ha demostrado una mejor analgesia a medio y largo plazo y menor administración de analgesia oral con respecto al BAL (1). Aquí conseguimos una mejora analgésica durante mínimo 6 meses.

Existen pocos estudios publicados sobre la ROP en la NNP. Únicamente, figuran series de casos de menos de 7 pacientes con resultados analgésicos desde 1 a 10 meses (2).

Una fortaleza de nuestro trabajo es presentar una serie de 15 pacientes consiguiendo un alivio analgésico entre

5-14 meses. Como limitación, es el carácter retrospectivo y una muestra escasa.

#### **Conclusiones:**

1. El dolor crónico perineal por NNP es una patología incapacitante de difícil diagnóstico y tratamiento.
2. La ablación percutánea por ROP es segura, sencilla, rápida y ofrece una mejora funcional y de la calidad de vida en la NNP refractaria.

**Agradecimientos:** No existen conflictos de intereses.

#### **Bibliografía:**

1. Fang H, Zhang J, Yang Y, Ye L, Wang X. Clinical effect and safety of pulsed radiofrequency treatment for pudendal neuralgia: A prospective, randomized controlled clinical trial. *J Pain Res.* 2018;11:2367-74.
2. Hong MJ, Kim YD, Park JK, Hong HJ. Management of pudendal neuralgia using ultrasound-guided pulsed radiofrequency: a report of two cases and discussion of pudendal nerve block techniques. *J Anesth. Springer Japan;* 2016;30(2):356-9.

### **P-067 RADIOFRECUENCIA PULSADA EN UN CASO DE SECUELAS DOLOROSAS POR EL TRATAMIENTO DE UN MIXOFIBROSARCOMA**

**C. Díaz Fuentes, A. B. Alcaraz Martínez, M. Benítez Jiménez, J. Mula Leal, J. P. Vicente Villena, J. Cartagena Sevilla**

*Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia*

**Palabras clave:** radiofrecuencia pulsada, dolor.

**Introducción:** El mixofibrosarcoma es una tumoración maligna del tejido blando que aparece en forma de bulto indoloro en piernas o brazos. Suele presentarse entre los 50 y 70 años. La incidencia de los sarcomas de partes blandas en general es muy baja, de 3/100.000 casos nuevos al año. Su diagnóstico de certeza se realiza con biopsia con aguja gruesa. El tratamiento es una cirugía extensa, a veces con un tratamiento adicional con radioterapia, con o sin quimioterapia. Debido a la cirugía agresiva y al tratamiento adicional con radioterapia, los pacientes que son tratados de mixofibrosarcoma pueden presentar dolor crónico posterior al tratamiento.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 59 años que acude a nuestra Unidad de Dolor por dolor en muslo derecho. Presenta como antecedentes médicos, hipertensión arterial, dislipidemia y síndrome ansiosodepresivo. Como antecedentes quirúrgicos está operada de un mixofibrosarcoma de alto grado en el muslo derecho que además se trató con radioterapia posterior (30 sesiones). Después de esta intervención la paciente comenzó con el dolor.