

L3-S1 con hernias discales en L3-L4 con extrusión y migración caudal posterolateral derecha del disco intervertebral que condiciona estenosis del canal, en L4-L5 con moderada estenosis y en L5-S1 con estenosis leve del canal, todas ellas diagnosticadas por resonancia magnética nuclear en noviembre de 2015. Nunca ha sido intervenido de su patología discal. Acude a la unidad del dolor de nuestro hospital ya que, a raíz de un accidente laboral, presenta un dolor inicialmente lumbar que al cabo de meses se irradia por la superficie anteromedial del miembro inferior izquierdo y se acompaña de parestesias. Ha estado en tratamiento farmacológico con analgesia de primer, segundo (tramadol) y tercer (buprenorfina) escalón, sin mejoría significativa.

A la exploración física presenta un dolor EVA 3/10 en reposo y 7/10 en movimiento, apofisalgia lumbar clara. Aunque presenta dudosos signos de disfunción neurológica en miembros inferiores, la prueba de Lasègue es negativa. Se pauta tratamiento con paracetamol/tramadol, celecoxib, tapentadol 300 mg/día y gabapentina 900 mg/día sin resultados satisfactorios, por lo que al cabo de seis meses se realiza bloqueo diagnóstico del ramo medial con ropivacaína 0,1 % que resulta positivo. Un mes después se programa radiofrecuencia con DenerveX™ de facetas lumbares derechas L3, L4 y L5 con mejoría significativa de su sintomatología.

Discusión: La sintomatología inespecífica del dolor facetario y la ausencia de hallazgos concluyentes en las técnicas de imagen convencionales dificultan el diagnóstico, por lo que el bloqueo anestésico del ramo medial se presenta como la única opción diagnóstica en el SFL. La mejoría del dolor confirma el diagnóstico y el paciente es candidato a la ablación por radiofrecuencia (RF) del ramo medial. La RF supone actualmente la mejor opción terapéutica en el SFL refractario al tratamiento médico convencional. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes precisan nuevas reintervenciones debido al empeoramiento clínico causado por la regeneración del ramo medial en la cápsula articular enferma. El sistema DenerveX™ se presenta como una opción novedosa en el tratamiento del SFL. Combina la energía térmica empleada en RF con la destrucción del tejido pericapsular y coagulación de pequeñas terminaciones nerviosas del ramo medial, por lo que minimiza la posibilidad de regeneración del nervio.

Conclusiones: El sistema DenerveX™ permite una RF controlada y localizada sobre el nervio y sus terminaciones nerviosas. La ventaja adicional consiste en el desbridamiento del tejido pericapsular, el cual va a ser cubierto por tejido cicatricial que impide la posibilidad de unión del terminal nervioso en caso de regeneración, lo cual se traduce en unos resultados más duraderos. Aunque son necesarios estudios aleatorizados y comparativos, análisis previos ya han demostrado un alivio del dolor superior al 50 % y durante un mayor periodo de tiempo, por lo que estamos ante un importante avance en el manejo del dolor facetario.

Agradecimientos: Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Cano- Gómez C, Rodríguez de la Rúa J, García- Guerrero G, Julía-Bueno J, Marante-Fuertes J. Fisiopatología de la degeneración y del dolor de la columna lumbar. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2008;52(1):37-46.

P-070 RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO IMPAR EN UN CASO DE CISTITIS INTERSTICIAL

L. Forés Lisbona, M. Lahoz Montañés, S. Gil Clavero, M. Carbonell Romero, B. Albericio Gil, L. Pradal Jarne
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Palabras clave: radiofrecuencia, ganglio impar, cistitis intersticial.

Introducción: El control del dolor pélvico a través de procedimientos realizados a nivel del ganglio impar (GI) ha demostrado la reducción del dolor en pacientes con un amplio espectro de patologías. Entre las técnicas descritas, encontramos el bloqueo con anestésico local, la neurolisis, la crioterapia y la radiofrecuencia térmica. También se ha descrito el empleo de toxina botulínica.

El dolor simpático mantenido a nivel pélvico puede ocasionar tenesmo doloroso, urgencia miccional, polaquiuria y nicturia, siendo el GI el responsable de la aferencia simpática a este nivel.

La cistitis intersticial no se encuentra entre las indicaciones de procedimientos a nivel del GI. Sin embargo, el difícil control de los síntomas y la mala calidad de vida que esta patología puede ocasionar han conducido a su empleo.

Caso clínico: Mujer de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial y carcinoma de mama, es remitida a la Unidad del Dolor Crónico por el Servicio de Urología en 2011 por diagnóstico de cistitis intersticial crónica refractaria a diversos tratamientos. La paciente presenta un cuadro de dolor neuropático, con localización en hipogastrio e irradiación hacia zona uretral de 12 años de evolución en el momento de la primera visita. El dolor es de predominio vespertino y se acompaña de importante hinchazón abdominal. La paciente realiza hasta 35 micciones diarias, tiene una Intensidad EVA de 10 y un estado emocional deprimido. Sin tratamiento al comienzo de la visita. Desde 2011 hasta el momento actual se han llevado a cabo diversos procedimientos para el control del dolor: infiltraciones epidurales caudales con triamcinolona y posteriormente con bupivacaína debido a episodio de hipertensión arterial, cefalea y rubefacción facial, infiltraciones del GI

con triamcinolona, y por último, radiofrecuencias del GI, resultando esta la técnica más efectiva, con una reducción de la frecuencia urinaria a 10 micciones diarias y un EVA casi de 0.

Discusión: La cistitis intersticial es una entidad de complejo manejo clínico que puede ocasionar importante alteración en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Esto se debe a las aferencias sensitivas simpáticas a nivel pélvico, de las cuales el GI es el principal responsable. A pesar de que la cistitis intersticial no sea una indicación definida de tratamiento mediante radiofrecuencia del GI, se podrían abrir nuevas líneas de investigación para estudiar sus posibles beneficios en estos pacientes.

Conclusión: En esta paciente la realización de técnicas a nivel del GI ha reportado beneficio sintomático y en la calidad de vida, reduciendo tanto la EVA como el número de micciones diarias. Dichas técnicas no han presentado siempre la misma eficacia y han sido acompañadas de otros procedimientos. El beneficio reportado podría conllevar su futuro empleo en otros pacientes que padezcan la misma patología.

Bibliografía recomendada:

1. Cortiñas M, Muñoz- Martín T, Varab C, et al. Eficacia del bloqueo del ganglio impar en dolor pélvico y perineal de etiología ginecológica rebelde a tratamiento médico-quirúrgico. *Clin Invest Gin Obst.* 2011;38(3):95-9.
2. Restrepo-Garces CE, Gomez Bermudez CM, Jaramillo Escobar S, et al. Procedimientos a nivel de ganglio impar. *Rev Soc Esp Dolor.* 2013;20(3):150-4.

INTERVENCIONISMO

P-074 EFECTIVIDAD DE LA EPIDURAL CAUDAL EN NUESTRO MEDIO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO IRRADIADO

B. Navarro Vicente de Vera, M. Pedraz Natalias, M. Badel Rubio, P. García Consuegra Tirado, A. Callau Calvo, T. Rivero Salvador

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción: A pesar de que la epidural caudal es una técnica ampliamente extendida y aplicada en las unidades del dolor, existe una elevada controversia en la literatura sobre su eficacia y una amplia variabilidad de resultados. Además, entre los pocos estudios encontrados la gran mayoría corresponden a estudios realizados en EE. UU., donde es posible que los factores sociodemográficos y sanitarios difieran mucho con los nuestros.

Objetivo: Estimar la efectividad, en la mejora del dolor y la funcionalidad, de la epidural caudal en nuestro medio, durante un periodo de seguimiento de 6 meses.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional, prospectivo, de tipo serie de casos. Criterios de inclusión, los de la práctica clínica habitual: pacientes con dolor lumbar crónico, irradiado o no a extremidades, refractario a otros tratamientos. Seleccionados consecutivamente 35 pacientes. Seguimiento en periodos: basal, 1 semana, 1 mes, 3 meses y 6 meses posttécnica, utilizando escalas: EVA, reposo (EVA_r), y movimiento (EVA_m) y test de Oswestry (funcionalidad). Valoramos significación clínica, con criterios de Parr y cols. (1): descenso de al menos 3 puntos o al menos un 50 % de reducción sobre los valores basales de EVA y en Oswestry reducción de al menos un 40 % sobre valor basal. Para evaluar la tendencia y si existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas a lo largo de los periodos se ha utilizado tanto el coeficiente de correlación de Pearson como el test ANOVA para datos no paramétricos de tipo longitudinal, asumiendo como significativos aquellos valores de $p < 0,05$.

Resultados: En las tres escalas (EVA_r, EVA_m y Oswestry), se observa un apreciable descenso del dolor a partir de la primera semana, que suele mantenerse en el primer mes, pero que vuelve a valores similares al basal a los 6 meses. Los valores medios de EVA_m son ligeramente superiores a los de EVA_r. El análisis de la varianza para cada una de las escalas demuestra que es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) la disminución del dolor y la mejora funcional a lo largo del periodo, sobre todo cuando se compara el nivel basal con la primera semana y primer mes. Sin embargo, se aprecia nuevamente un claro ascenso de los valores de EVA y Oswestry hasta los 6 meses, con una correlación directa (medida por el coeficiente de Pearson) entre el periodo de tiempo en el seguimiento y unos progresivos mayores valores del dolor. Si consideramos también los decrementos o disminuciones netas (con relación al valor basal) de la escala de dolor, comprobamos asimismo que la tendencia es claramente descendente, con una excelente correlación (coeficiente R de Pearson) entre menor decremento del dolor y el paso del tiempo. Atendiendo a criterios de significación clínica como los de Parr y cols., observamos que son una minoría los pacientes que han experimentado una mejoría clínicamente valorable, ya que la técnica solo consigue una mejoría clínicamente significativa en el 34 % de los pacientes y solo el 5,7 % de ellos alcanza una mejoría funcional clínicamente significativa. Esta limitada mejoría se observa además solo en la semana y el mes posterior al tratamiento en las escalas de EVA, siendo prácticamente inapreciable en la escala funcional de Oswestry.

Discusión: Aunque la mejora en el dolor es evidente y significativa desde el punto de vista estadístico, podría calificarse como de media-baja intensidad, ya que apenas llegan los decrementos a los 2 puntos netos en las escalas de EVA en reposo y movimiento, siendo, además, muy poco duradera más allá de 1-3 meses tras la realización de la técnica. Lo mismo sucede con la mejora de la funcionalidad. Nuestros resultados concuerdan con los observados