

Durante la anamnesis y la exploración física la paciente presenta dolor a la palpación y elongación del cuádriceps derecho, así como calambres en musculatura distal de esa misma pierna. La paciente refiere el dolor de características mixtas, tanto nociceptivo como neuropático. Debido a la fibrosis y rigidez también presenta limitada la movilidad. Como pruebas complementarias se le realizó una resonancia magnética nuclear que fue informada como libre de recidiva, con cambios poscirugía/radiación en vasto interno y en fémur.

Inicialmente se trató con paracetamol, pregabalina y tramadol, pero debido a la ineficacia del tratamiento, sumado a los efectos secundarios, se opta por radiofrecuencia pulsada en nervio femoral y ciático poplíteo derechos. Tras la primera sesión la paciente presenta un gran alivio del dolor. Desde 2014 hasta la actualidad en 2019 la paciente acude a demanda a las consultas para repetir el procedimiento, siendo necesario este cada 10-12 meses. Se comenzó dando pulsaciones durante 8 min, disminuyendo a 6 min en terapias posteriores sin cambios en los resultados.

**Discusión:** La radiofrecuencia es una técnica mínimamente invasiva que se usa cada vez más en las Unidades de Dolor, tanto para dolor agudo como crónico (1). A partir de la radiofrecuencia convencional surgió la radiofrecuencia pulsada, mucho menos destructiva, de la que hablaremos en nuestro trabajo a propósito del caso antes descrito.

La radiofrecuencia pulsada usa la radiofrecuencia en forma de pulsos de 20 milisegundos de duración a una frecuencia de 2 Hz y duración entre 4 y 12 min (2). Se hacen pausas de microsegundos que ayudan a disipar el calor, evitando así que se superen los 45 °C. Esto produce un campo electromagnético que da lugar a un efecto neuromodulador sobre el tejido nervioso. Su principal ventaja es que no produce daño tisular, por lo que se puede usar en nervios sensitivos, motores y mixtos.

La radiofrecuencia se utiliza sobre todo para dolor de facetas lumbares y nervios periféricos, aunque tiene muchas otras aplicaciones, como tratar el dolor oncológico, el producido por el esófago de Barret o el dolor postquirúrgico, como es en nuestro caso.

El tratamiento del mixofibrosarcoma es muy agresivo ya que necesita una cirugía con exéresis amplia de la lesión con tratamiento adicional con radioterapia. Esto puede dar lugar a dolor crónico posterior difícil de tratar. Debido a la no respuesta al tratamiento médico de nuestra paciente pensamos que podría serle beneficiosa la radiofrecuencia pulsada. A pesar de que este tratamiento depende mucho de las características del paciente y del tipo de dolor, en este caso obtuvo buenos resultados.

Actualmente no se sabe con exactitud cuánto tiempo tiene que durar una sesión de radioterapia pulsada. En el supuesto de nuestro caso clínico se empezó a tratar durante 8 min y después, pensando que la terapia sería igualmente efectiva, se redujo el tiempo a 6 min, consiguiendo el

mismo resultado. Creemos que aún sería posible seguir bajando el tiempo de terapia pero, a causa de la ausencia de estudios sobre ello, no hay ninguna evidencia.

**Conclusiones:** La radiofrecuencia pulsada es una técnica segura y eficaz en el tratamiento del dolor que no produce lesión de tejidos, por lo que se puede usar en nervios sensitivos, motores y mixtos.

Debido al aumento de la utilización de esta técnica y a sus buenos resultados, sería interesante realizar estudios bien desarrollados y ejecutados para demostrar con un alto nivel de evidencia cómo debería realizarse la técnica para conseguir el mayor beneficio.

#### Bibliografía:

1. De Andrés J, Roca G, Perucho A, et al. Situación actual de la radiofrecuencia en España. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011;18(6):351-60.
2. Cartagena Sevilla J, Padilla del Rey ML, Vicente Villena JP, et al. Nueva técnica de radiofrecuencia pulsada en el tratamiento del dolor pélvico crónico. Presentación de dos casos. *Rev Soc Esp Dolor.* 2017;24(6):304-08.

### P-069 DENERVEX: UNA NUEVA OPCIÓN EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME FACETARIO LUMBAR

C. Cuesta González-Tascón, M. Solís González, A. Maestro Borbolla, A. Rubio Sánchez, J. de Andrés Ares, F. Gilsanz Rodríguez

*Hospital Universitario La Paz, Madrid*

**Palabras clave:** dolor crónico, lumbalgia, radiofrecuencia, facetas lumbares.

**Introducción:** La prevalencia estimada de dolor lumbar crónico es del 15 % en adultos y se incrementa con la edad, constituyendo una causa importante de discapacidad e incapacidad laboral. El síndrome facetario lumbar (SFL) supone hasta el 30 % de los casos de lumbalgia crónica y aparece como consecuencia de la degeneración de la articulación facetaria. La inflamación de la articulación causa distensión sinovial que comprime la raíz nerviosa y genera un dolor lumbar irradiado de características inflamatorias, con limitación de la movilidad lumbar, especialmente en hiperextensión, y exploración neurológica y maniobra de Valsalva negativos. Al ser un dolor inespecífico, el diagnóstico clínico se realiza por exclusión.

**Caso clínico:** Paciente varón de 62 años sin alergias medicamentosas, exfumador y con antecedentes de tuberculosis resuelta, neumonía e inflamación crónica de orofaringe en relación con la manipulación de productor tóxicos en su entorno laboral. Presenta cambios degenerativos en

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