

están sobreelevadas y parecen coincidir con los accesos de las agujas para la radiofrecuencia. No presenta alodinia ni dolor a la palpación.

Ante la posibilidad de que se tratase de una reacción local al corticoide empleado se le indicó una crema antihistamínica, presentando a los 6 días mejoría de las lesiones cutáneas, así como desaparición del picor y del dolor.

**Discusión:** El dolor lumbar crónico es un importante problema de salud pública en la sociedad actual siendo el síndrome facetario lumbar una de las principales causas del mismo. Entre los tratamientos específicos disponibles destacan la infiltración de las articulaciones zigoapofisarias o de los ramos medios con anestésicos locales y/o corticoides, así como la denervación de tales articulaciones mediante neurectomía química (con fenol) o por calor (generado por una corriente de radiofrecuencia) de dichos ramos (1).

La aparición de lesiones locales tras una técnica infiltrativa puede hacernos pensar inicialmente en un proceso infeccioso local o una reacción local a los corticoides empleados, de tipo atrofia grasa, necrosis cutánea o incluso una alergia a los mismos. Es por ello por lo que, a pesar de no ser lo más conveniente, en nuestro caso indicamos tratamiento con crema antihistamínica en vez de corticoides por la posibilidad de que el cuadro hubiese sido desencadenado por estos.

Las cánulas para realizar la técnica de radiofrecuencia están fabricadas de acero inoxidable 304 de grado quirúrgico, el cual puede contener hasta un 10,5 % de níquel, que podría liberarse en forma de micropartículas, generando una reacción alérgica tardía incluso varios días después de la infiltración.

El níquel puede ser causa de dermatitis alérgica de contacto (DAC). La DAC es una enfermedad inflamatoria de la piel frecuente que se presenta con lesiones pruriginosas y eczematosas. Es el resultado de una reacción de hipersensibilidad de tipo retardada mediada por células T provocada por el contacto de la piel con la sustancia causante en individuos que previamente han sido sensibilizados a la misma (2).

El níquel es un alérgeno ubicuo, que se encuentra en algunos materiales médicos. El níquel y otros metales liberados por tales dispositivos pueden causar una DAC en el lugar de aplicación o una reacción sistémica. El contacto externo con el níquel puede ocurrir a través de instrumentos de acero inoxidable (2).

**Conclusiones:** La realización de técnicas analgésicas invasivas puede desencadenar la aparición de reacciones alérgicas. En nuestra paciente creemos que el material desencadenante fueron las cánulas usadas para la técnica de radiofrecuencia. Consideramos que en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a metales debe informarse de la posibilidad de aparición de este tipo de reacciones.

#### **Bibliografía:**

1. Chou, R. Subacute and chronic low back pain: Nonsurgical interventional treatment. UpToDate. 2019.
2. Gaspari, A. Basic mechanisms and pathophysiology of allergic contact dermatitis. UpToDate. 2019.

### **P-053 RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL VÍA INTRACANAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA DEL PUDENDO**

**J. J. Amate Pena, G. Ilodo Miramontes, M. Mayo Moldes, A. Carregal Raño, A. García Muñoz, M. Vieito Amor**  
*Hospital do Meixoeiro, Vigo*

**Palabras clave:** *puendo, radiofrecuencia, ganglio raíz dorsal.*

**Introducción:** La neuralgia del pudendo constituye una de las causas más habituales de dolor perineal en las unidades de dolor, cuyo tratamiento puede resultar complejo. Planteamos el abordaje intracanal para el tratamiento con radiofrecuencia pulsada (RFP) del ganglio de la raíz dorsal (GRD) para el manejo de los casos refractarios a tratamientos habituales.

**Objetivos:** El dolor perineal constituye un reto diagnóstico y terapéutico para múltiples especialidades, siendo derivados a las unidades de dolor los casos más severos y difíciles de tratar. Muchas de estas algias podrían estar en relación con una neuralgia del pudendo, cuya clínica típica es dolor perineal, más frecuentemente unilateral, y generalmente en un área específica de una de las tres ramas terminales del nervio (1). El tratamiento intervencionista clásico consiste en el bloqueo del nervio pudendo, RFP sobre el mismo o RFP de los GRD sacros por vía transforaminal.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo en 22 pacientes evaluando el efecto de la RFP de los GRD sacros por vía intracanal para el tratamiento de la neuralgia del pudendo refractaria a la RFP del nervio pudendo en el canal de Alcock o sobre los GRD sacros por vía transforaminal. La media de edad de los pacientes seleccionados fue de 53,1 años y el sexo predominante el femenino (80 %). Mediante acceso caudal se realiza RFP intracanal durante 240 seg a 45 V y 42 °C de los GRD S2 y S3 previa comprobación sensitiva a 50 Hz y 0,35 V en territorio doloroso y prueba motora negativa a 2 Hz y 1 V.

**Resultados:** El 52 % de los pacientes mejoraron según la escala de impresión de mejoría global del paciente (PGI-I). El porcentaje de mejoría en las distintas técnicas respectivamente fue: RFP del nervio pudendo: 25 %, RFP transforaminal de GRD S2 y S3: 35 % y RFP de GRD S2 y S3 vía intracanal: 52 %. No se describieron complicaciones.

**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 Pedrosa<sup>1</sup>, J. García Carrasco<sup>1</sup>, J. J. Pérez Cajaraville<sup>2</sup>, I. Caballero Lázaro<sup>3</sup>, D. Robador Martínez<sup>1</sup>, F. J. Mediavilla Herrera<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Universitario, Burgos; <sup>2</sup>Madrid HM, Madrid; <sup>3</sup>Nuestra 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 %