

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.

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