

activa de 5 mm, adyacente al paquete vasculonervioso del pudendo.

Se genera una estimulación sensorial a 50 Hz con una tensión de 0,1-0,5 V, produciendo parestesias en el área sensitiva del nervio pudendo para confirmar que la aguja está correctamente posicionada. La paciente se encuentra consciente y refiere que se desencadena el mismo patrón de su dolor pélvico.

Una vez comprobada la correcta ubicación de la punta de la aguja, se realiza la radiofrecuencia pulsada bipolar utilizando 1.200 pulsos a un voltaje de 45 V durante 4 min en cada aguja, total 8 min.

La paciente es dada de alta sin ninguna incidencia.

En visita a consultas externas a las 2 semanas refiere mejoría del dolor además de recuperación funcional sexual que se mantiene en las visitas de seguimiento al mes y a los tres meses.

Discusión: Hay múltiples zonas anatómicas donde existe potencial probabilidad de compresión nerviosa del nervio pudendo (2): en la región glútea, a su paso por la espina isquiática, puede quedar atrapado entre la inserción del ligamento sacroespinoso y el ligamento sacrotuberoso. En el trayecto perineal del nervio, a la altura del canal de Alcock. El engrosamiento de la fascia aponeurótica del músculo obturador interno puede contribuir a esta compresión.

Una vez atravesado el canal de Alcock se ramifica en 3 ramas terminales (nervio rectal inferior, nervio perineal y nervio dorsal del clítoris, pudiendo dar lugar su compresión una sintomatología clínica). La causa más habitual de daño nervioso es de origen traumático al originar estiramiento, compresión o fibrosis secundaria del nervio (1). En nuestro caso clínico el antecedente de cirugía de fisura anal se correlaciona cronológicamente con el inicio de la clínica dolorosa.

Entre las opciones de tratamiento de la neuropatía del nervio pudendo se dispone de tratamiento médico, rehabilitación pélvico-perineal y abordaje quirúrgico. Las infiltraciones perineurales con corticoides y anestésicos locales mejoran los síntomas de forma notable en muchos casos, relajan los esfínteres hipertónicos, suprimen síntomas vesicales y normalizan la disfunción sexual.

El dolor crónico perineal causado por neuralgia del nervio pudendo es una patología incapacitante de difícil diagnóstico. Mediante técnicas percutáneas mínimamente invasivas se puede llegar tanto al diagnóstico como al tratamiento.

Conclusión: La radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo es una opción terapéutica para el manejo de la neuralgia del nervio pudendo.

Bibliografía:

1. Hongwei Fang, et al. Clinical effect and safety of pulsed radiofrequency treatment for pudendal neuralgia: A pros-

pective, randomized controlled clinical trial. *J Pain Res.* 2018;11 2367-74.

2. Rojas-Gómez MF, Blanco R, et al. Regional anesthesia guided by ultrasound in the pudendal nerve territory. *Rev Colomb Anesthesiol.* 2017;45(3):200-9.

P-057 PROPUESTA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RÁPIDOS PARA SÍNDROME FACETARIO LUMBAR CLÍNICO PURO EN CUALQUIER CONSULTA

R. Rubio-Haro, C. de Andrés-Serrano, G. Fabregat Cid, J. de Andrés

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

Palabras clave: síndrome facetario, diagnóstico, clínica, lumbalgia.

Introducción: El diagnóstico de dolor lumbar de origen facetario es complejo y en numerosas ocasiones se asocia a otros orígenes de dolor, de manera que tratando exclusivamente el origen facetario no conseguimos el alivio del dolor deseado. Hay gran variabilidad entre distintos profesionales en cuanto a los criterios clínicos que emplean a la hora de diagnosticar un síndrome facetario lumbar. Una revisión con análisis Delphi concluye las 12 maniobras diagnósticas más útiles para identificar el dolor de origen facetario (1).

Objetivos: El objetivo de este trabajo (incluido dentro de un proyecto de tesis doctoral más amplio) consiste en establecer unos criterios diagnósticos rápidos para diagnosticar de síndrome facetario lumbar puro en cualquier consulta sin necesidad de llevar a cabo bloqueos diagnósticos.

Material y método: Es un estudio observacional prospectivo. Para realizar la base de datos, se llevó a cabo un muestreo de casos consecutivos. Se visitó a todos los pacientes diagnosticados de síndrome facetario en consulta y propuestos para técnica de radiofrecuencia de raquis lumbar, se exploró y se valoró si cumplían los criterios diagnósticos propuestos, que son:

- Replicación o empeoramiento del dolor a la palpación de la articulación zigoapofisaria o de la transversa.
- Ausencia de síntomas radiculares por debajo de la rodilla.
- Mejoría con la flexión del tronco desde sentado.
- Test de balanceo positivo con aumento de dolor con el movimiento de extensión desde la flexión (también suelen empeorar con la flexión lateral y la rotación) a en bipedestación con los pies juntos, se realiza una flexión completa del cuerpo hacia delante (intentándose tocar con los dedos de la mano los pies), y luego a la subida, ponemos la espalda recta (haciendo un ángulo de 90 grados entre las piernas y la espalda), de manera

que dejamos de tener una posición de flexión en la espalda, y subimos la espalda en esta posición hasta una posición neutra.

Además eran rechazados del estudio todos aquellos pacientes que tuvieran otra causa de dolor que les afectara en la calidad de vida en un grado superior al síndrome facetario.

Resultados: De los 68 pacientes visitados en consulta hasta ahora, 36 cumplieron los criterios diagnósticos clínicos establecidos y 32 no pudieron ser incluidos en el estudio. A continuación se realiza un análisis de las causas de no inclusión en el estudio:

- 20 de estos 32 pacientes tenían otra causa de dolor de raquis predominante y no cumplían criterios de síndrome facetario puro:
 - 8 tenían maniobras positivas a la exploración de dolor en articulaciones sacroilíacas.
 - 9 presentaban radiculopatía confirmada con electromiograma.
 - 3 presentaban dolores musculares no compatibles con síndrome facetario.
- 12 de estos 32 pacientes tenían probable síndrome facetario puro pero tenían otras causas de dolor invalidante que les afectaba de manera predominante a su calidad de vida:
 - 1 tenía una debilidad muscular severa por una distrofia miotónica de Steinert.
 - 6 tenían gonalgia severa por gonartrosis con dificultad para la deambulación, 5 de los cuales estaban en lista de espera para prótesis de rodilla.
 - 2 tenían coxalgia severa por coxartrosis con dificultad para la deambulación.
 - 2 referían que la cervicalgia era la que les limitaba principalmente su calidad de vida.
 - 1 refirió estar en lista de espera de cirugía de hombro por omalgia intensa que le afectaba mucho en su calidad de vida.

Discusión: En ocasiones no se obtienen los resultados clínicos esperados tras la realización de técnicas de radiofrecuencia a nivel lumbar. Las causas de estos fracasos son múltiples. La primera de ellas es la falta de unos criterios diagnósticos establecidos para el diagnóstico de síndrome facetario. Otra causa es la presencia en el mismo paciente de 2 o más causas de dolor lumbar que hace que al tratar una de ellas el paciente no mejore como se espera. La presencia de otros dolores invalidantes también hace que la evaluación de estas técnicas sea dificultosa ya que es muy difícil diferenciar en los cuestionarios de calidad de vida cómo afecta a su calidad de vida una lumbalgia, una gonalgia o una coxalgia en un paciente que tiene 2 o 3 orígenes de dolor a distintos niveles.

Conclusiones: Llevar a cabo un diagnóstico etiológico del dolor crónico de raquis lumbar es muy importante pero de gran dificultad. Además, los pacientes suelen tener

diversas causas de dolor crónico, de manera que evaluar la mejoría en la calidad de vida tras una técnica es muy complejo. La limitación principal del estudio es que son criterios diagnósticos establecidos por el autor y que lo ideal será analizar después a todos los pacientes tras la radiofrecuencia y ver si realmente aquellos diagnosticados de síndrome facetario puro con estos criterios diagnósticos mejoraron más que aquellos 12 pacientes que tenían otras causas de dolor a nivel lumbar.

Agradecimientos: A mis directores de tesis por la oportunidad y ayuda para realizar este proyecto de investigación.

Bibliografía:

1. Wilde VE, et al. Phys Ther. 2007;87(10):1348-61.

P-060 RADIOFRECUENCIA PERIFÉRICA PULSADA VS. GASSER CONVENCIONAL EN NEURALGIA DEL TRIGÉMINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Andrés Pedrosa, J. García Carrasco, M. A. Gutiérrez Gómez, R. Avello Taboada, I. Gómez Santamaría
Hospital universitario, Burgos

Palabras clave: neuralgia, trigémino, radiofrecuencia, periférica, eficacia.

Introducción: El dolor o algia facial constituye un síndrome doloroso de las estructuras craneofaciales bajo el cual se agrupan un gran número de enfermedades.

Caso clínico: Paciente de 91 años que consulta a la UDO por dolor facial de más de 15 años de evolución, refractaria a medicación. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial en tratamiento con furosemida y amlodipino, entre sus intervenciones quirúrgicas previas destaca tumorectomía de quiste mandibular óseo solitario, prótesis total de ambas rodillas, recambio de la rodilla derecha y fractura periprotésica de fémur derecho.

La paciente presenta dolor facial derecho desde el año 2002, que asocia a la extracción de quiste mandibular. El dolor es descrito como paroxístico, lancinante afectando, según la descripción, al territorio correspondiente a la 3.^a división del nervio trigémino. El dolor se desencadena con movimientos cotidianos como la masticación, bostezo, estornudo o simplemente con el habla, incluso aparece durante el descanso nocturno. Dolor de unos 2-5 min de duración, intensidad EVA de 10/10, con un remanente doloroso (un EVA en torno a 6-9 tras el periodo pico de hasta 2-3 h incluso en alguna ocasión hasta 24 h), siendo la frecuencia de crisis de 1-4 al día. La paciente refiere disminuir la ingesta y la comunicación por miedo a nuevas crisis.