

**Objetivo:** Evaluar la eficacia analgésica de la radiofrecuencia (pulsada y convencional) sobre el nervio safeno a nivel subsartorial y los nervios geniculares de la rodilla, mediante la localización por ultrasonografía.

**Materiales y métodos:** Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, doble ciego. G1 (RDF1): sujetos sometidos a radiofrecuencia; G2 (PLCB): sujetos sometidos a placebo. Se consideró clínicamente relevante una disminución  $\geq 30\%$  del dolor, según escala visual numérica (EVN) y en el Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), cuestionario de impresión global del paciente (PGIC) y cuestionario de estado de salud (SF-12) en la evaluación al mes, a los tres meses y a los seis meses de la realización de la técnica.

**Resultados:** Veintiocho pacientes (G1: 12, G2: 16). El 72 % mujeres, edad: 75,2 (9,1) años, índice de masa corporal: 29,9 (4,64). El análisis no mostró una reducción del dolor, ni estadísticamente significativa, ni clínicamente relevante, al mes, tres, o seis meses respecto al inicio del tratamiento, en el cuestionario WOMAC y en la EVN (reposo, movimiento). Respecto al PGIC y al cuestionario SF-12, tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas entre G1 y G2 antes ni después del tratamiento.

**Discusión:** La ausencia de eficacia analgésica, tanto en el grupo RDF1, como en el grupo RDF2, frente a todos los estudios publicados que muestran eficacia analgésica podría explicarse por la técnica utilizada. El conocimiento de la anatomía es crucial para el éxito de las técnicas de denervación; no obstante, la inervación anterior de la cápsula articular ha sido motivo de controversia hasta la reciente publicación del estudio anatómico sobre esta, en la mayor muestra de cadáveres diseccionados hasta la fecha. En este estudio queda demostrada invariablemente la inervación de la cápsula anterior en cada uno de los cuadrantes y, por tanto, las consecuencias que se derivan de obviar alguno de ellos.

**Conclusiones:** La combinación de dos técnicas de radiofrecuencia bajo visión ecográfica con colocación de la punta activa perpendicular a las dianas terapéuticas no provoca una reducción en la intensidad de la gonalgia, al mes, tres, ni a los seis meses después de su realización.

#### Bibliografía recomendada:

1. Choi WJ, Hwang SJ, Song JG, Leem JG, Kang YU, Park PH, et al. Radiofrequency treatment relieves chronic knee osteoarthritis pain: A double-blind randomized controlled trial. *Pain*. 2011;152(3):481-7.
2. Tran J, Peng PWH, Lam K, Baig E, Agur AMR, Gofeld M. Anatomical study of the innervation of anterior knee joint capsule. Implication for image-guided intervention- *Reg Anesth Pain Med*. 2018;43(4):407-14.
3. Wong J, Bremer N, Weyker PD, Webb CA. Ultrasound-guided genicular nerve thermal radiofrequency ablation for chronic knee pain. *Case Rep Anesthesiol*. 2016.

## P-052 REACCIÓN CUTÁNEA LOCAL TRAS TÉCNICA DE RADIOFRECUENCIA

**J. Mula Leal, A. B. Alcaraz Martínez, M. Benítez Jiménez, C. Díaz Fuentes, J. Cartagena Sevilla, M. R. García Fernández**

*Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia*

**Palabras clave:** radiofrecuencia, síndrome facetario, dermatitis alérgica de contacto.

**Introducción:** La lesión por radiofrecuencia de ramos nerviosos, comúnmente utilizada en las Unidades de Dolor con fines analgésicos, es una técnica mínimamente invasiva que, aplicada de manera adecuada, presenta un índice muy bajo de complicaciones. Entre estas, se han descrito dolor localizado durante los primeros días o semanas o, de manera excepcional, infección o hematoma local e incluso lesión de las raíces nerviosas próximas por desplazamiento inadvertido del electrodo de radiofrecuencia. En este trabajo queremos comunicar la aparición de una complicación que, si bien poco importante, consideramos interesante que sea conocida para que pueda ser evitada o, en caso de presentarse, enfocada adecuadamente.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 55 años, sin alergias conocidas y con antecedentes de intolerancia a los hidratos de carbono y síndrome depresivo, que presenta una listesis de L4 sobre L5 y ligera inestabilidad (desplazamiento anterior en la flexión ventral). Acude a nuestra Unidad por dolor lumbar crónico de más de 10 años y evolución a crisis, con irradiación a la región glútea y miembro inferior derechos hasta región gemelar. Había sido previamente tratada con paracetamol/tramadol y metamizol a dosis plenas durante las crisis; así como con rehabilitación, fisioterapia, pilates y acupuntura en múltiples ocasiones, sin éxito.

Ante una clínica y exploración compatibles con un síndrome facetario lumbar derecho, se le realiza inicialmente un bloqueo de ramos medios de raíces lumbares L3, L4 y L5 derechas. Posteriormente, tras ser este efectivo durante 3 o 4 días, se realiza radiofrecuencia convencional de dichos ramos que son infiltrados al finalizar con 40 mg de triamcinolona distribuidos entre los tres. El procedimiento se desarrolla sin incidencias.

A los 7 días de la radiofrecuencia la paciente nos consulta porque, tras haberse curado completamente los puntos de entrada de las agujas y estando ya la piel completamente bien, le han aparecido sobre los mismos unas lesiones eritematosas muy pruriginosas. Refiere además continuar con molestias en la región lumbar derecha. La exploración de la zona no muestra calor local ni otros signos inflamatorios más que las pequeñas placas de eritema, que no

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.