

# IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2014;29:134-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ<sup>1</sup>  
M.<sup>a</sup> VICTORIA RIBERA CANUDAS<sup>2</sup>

## CASO 1

Paciente, varón de 55 años, derivado a la Unidad de Dolor por el Servicio de Urología por presentar dolor en zona perineal y testicular de cuatro años de evolución.

Como antecedentes personales destacaba una intervención de hernia inguinal bilateral; posteriormente, apareció dolor de gran intensidad en periné y región anal.

En la anamnesis realizada en nuestra unidad, el paciente refería dolor en la región perineal, sobre todo al sentarse. Se había comprado distintos cojines ortopédicos, pero no conseguía mejorar la sintomatología. Este dolor no estaba relacionado con la defecación ni con la micción.

También refería trastornos del sueño y estaba muy ansioso, ya que el dolor le limitaba mucho para poder realizar sus actividades laborales y sociales. Presentaba una escala visual analógica (EVA) de 6-7.

Como exploraciones complementarias, el paciente aportaba una resonancia magnética (RM) de pelvis, donde destacaba una alteración difusa de la señal en ambos lóbulos periféricos de la glándula prostática, en relación a un probable antecedente de prostatitis. El resto de las estructuras pélvicas eran normales.

Se le instauró tratamiento con amitriptilina 10 mg, gabapentina 400 mg, a dosis crecientes de hasta 1.600 mg/día y tramadol 50 mg/8 h, pero no se obtuvo un resultado efectivo.

Ante la posible clínica de afectación de nervios pudendos, se realizó un bloqueo diagnóstico de pudendos, bajo control de escopia, administrando ropivacaína al 0,2% y triamcinolona 20 mg.

Este bloqueo fue inefectivo, y dada la persistencia de la sintomatología y la limitación para realizar



**Figura 1.** Proyección lateral. Abordaje de la aguja a nivel del disco intercoccígeo.

sus actividades diarias, se planteó realizar un bloqueo del ganglio impar bajo control de escopia, administrando ropivacaína al 0,2% y triamcinolona 20 mg (Figs. 1 y 2).

En la valoración realizada a los cinco meses, el paciente refería que había obtenido una mejoría del 50%, podía sentarse mejor y presentaba una EVA de 3.

En la actualidad, sigue controles periódicos en nuestra unidad.

## CASO 2

Paciente, mujer de 73 años, derivada a la Unidad de Dolor por el Servicio de Cirugía General por presentar proctalgia de cinco años de evolución.

Clínica del Dolor

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

<sup>2</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron  
Barcelona



**Figura 2.** Proyección lateral. Administración de contraste entre el cóccix y el recto, dibujando la curvatura de la columna sacrococcígea.

Como antecedentes patológicos destacaba hepatitis C, sarcoidosis, histerectomía y anexectomía, y una intervención de pólipos intestinales hacía seis años, de la cual tuvo que ser reintervenida en varias ocasiones por presentar dehiscencias y sangrado.

Desde entonces presentaba incontinencia esfinteriana y dolor anal de tipo mixto, neuropático y visceral, sobre todo con las maniobras de defecación y al sentarse. Se le colocó un estimulador de raíces sacras por la incontinencia.

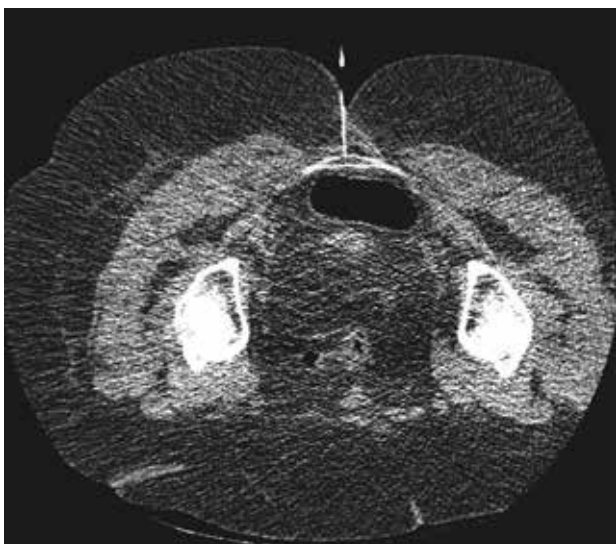
La paciente aportaba una RM perineal (cambios posquirúrgicos en relación a histerectomía y doble anexectomía), en la que no se identificaron trayectos fistulosos pélvicos perianales ni colecciones en la región estudiada.

En la anamnesis realizada en nuestra unidad, la paciente refería dolor intenso continuo en la zona perianal, con exacerbaciones, sobre todo al sentarse. Presentaba trastorno del sueño y estaba muy ansiosa. EVA de 7-8.

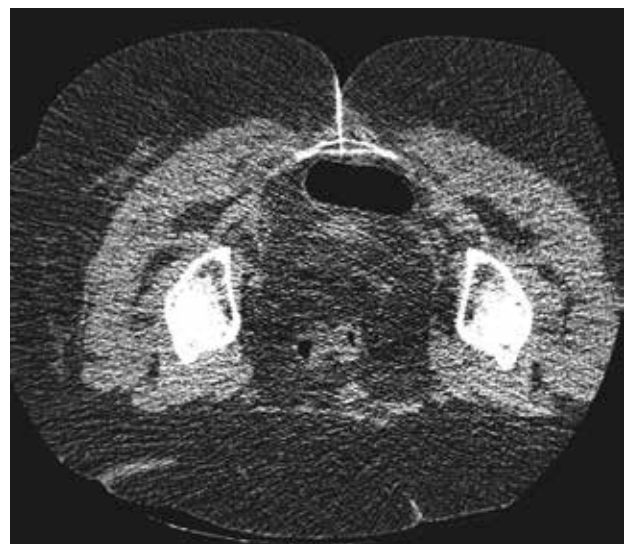
Se le prescribió tratamiento con clonazepam 0,5 mg y amitriptilina y pregabalina a dosis crecientes hasta llegar a 25 mg de amitriptilina y 450 mg de pregabalina.

Dada la poca mejoría obtenida con el tratamiento, se propuso realizar un bloqueo del ganglio impar bajo control de tomografía computarizada, administrando ropivacaína al 0,2% y triamcinolona 20 mg (Figs. 3 y 4).

En la revisión de control realizada a los dos meses, la paciente refirió una gran mejoría, EVA de 3 y dormía mejor, por lo que se pudieron reducir las dosis de los fármacos.



**Figura 3.** Proyección axial por tomografía. Introducción de la aguja a nivel intradiscal en segmento vertebral coccígeo.



**Figura 4.** Proyección axial por tomografía. Comprobación de la aguja entre el cóccix y el recto.

Dado el buen resultado del bloqueo, a los tres meses se programó un nuevo bloqueo, esta vez mediante radiofrecuencia. Con esta técnica, la paciente consiguió una mejoría de seis meses, sin presentar ningún efecto secundario.

En estos momentos, se le han realizado ya cinco técnicas de radiofrecuencia, con una secuencia aproximada de dos por año. La paciente está muy satisfecha con este tratamiento, ha podido suspender los fármacos y presenta una EVA de 3.

### COMENTARIO

El dolor visceral que afecta a estructuras distales de la pelvis es una enfermedad de difícil diagnóstico etiológico y con importantes repercusiones físicas, psicológicas e incluso sociolaborales.

Es un dolor difuso, mal localizado y con frecuencia se acompaña de quemazón y urgencia miccional o rectal. El dolor puede deberse a enfermedad oncológica u originarse por enfermedad no oncológica.

El periné está ubicado en el área inmediatamente debajo de la pelvis y comprende diversas estructuras

anatómicas con inervación somática y simpática entremezcladas.

Aunque se han propuesto varios métodos para el manejo del dolor perineal intratable, su eficacia e indicaciones están limitadas por los mismos factores que complican el manejo del dolor pélvico. El bloqueo del ganglio impar o ganglio de Walter ha sido introducido como una alternativa en el manejo del dolor perineal neoplásico intratable de origen simpático, ampliándose a dolor perineal de origen benigno.

La primera referencia de la interrupción del ganglio impar para el alivio del dolor perineal es de Plancarte, et al., en 1990.

La principal indicación para realizar esta técnica es el dolor visceral o simpático mantenido en la región perineal que no responde al tratamiento convencional.

El ganglio impar es una estructura solitaria retroperitoneal situada cerca de la unión sacrococcígea, sobre la *fascia* pélvica parietal en la superficie ventral del sacro, la cual marca la terminación de las cadenas simpáticas paravertebrales. Su localización es imprecisa y su tamaño variable. Contribuye a la inervación de órganos pélvicos, genitales y región perianal.