

Coccigodinia tras amputación abdominoperineal: intervención sobre el ganglio impar y alteraciones en su anatomía

CLARA BORDES GARCÍA*, XAVIER MORALES GARCÍA, MARINA ALCOBERRO GONZALEZ, JOAQUÍN MAYORAL RIPAMONTI Y ZIORTZA LANDALUZE BUENO

RESUMEN

La coccigodinia, o dolor en la región coccígea, suele ser de tipo somático y asociado habitualmente a traumatismo previo, pudiendo tener múltiples causas e incluso ser multifactorial. Presentamos un caso de dolor pélvico, diagnóstico de coccigodinia, en una paciente de 55 años intervenida de amputación abdominoperineal por un adenocarcinoma de recto a la que se trató mediante bloqueo y radiofrecuencia del ganglio impar. Hacemos hincapié en las alteraciones anatómicas que pueden darse tras este tipo de cirugías y la importancia de un tratamiento individualizado según cada paciente y sus características.

Palabras clave: Ganglio impar. Radiofrecuencia. Dolor pélvico.

ABSTRACT

Coccygodynia or pain in the coccygeal region is often somatic and in a great percentage associated with a traumatic injury. It has multiple origins and may be multifactorial. We present a case of pelvic pain. A 55-year-old with a diagnosis of coccygodynia, who underwent abdominoperineal resection due to a rectal adenocarcinoma. The patient was treated by blockade and radiofrequency of the impar ganglion. We emphasize the anatomical alterations that can occur after this kind of surgery and the importance of a treatment tailored to each patient and their characteristics. (DOLOR. 2021;36:109-12)

Key words: Impar ganglion. Radiofrequency. Pelvic pain.

Corresponding author: Clara Bordes García, clarabordes@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, sin alergias, administrativa de profesión, con el antecedente de un adenocarcinoma de recto, T4N1M0. Tratada con quimioterapia, radioterapia y amputación de recto abdominoperineal y colostomía terminal en flanco izquierdo en marzo del 2019, sin recidiva de la enfermedad en la actualidad. Acude a la consulta en la unidad del dolor por coccigodinia de un año y medio de evolución tras la cirugía. En tratamiento por síndrome ansioso depresivo con escitalopram 20 mg y mirtazapina 7,5 mg. Analgesia con dexketoprofeno 25 mg si precisa. En el momento de la visita sigue de baja laboral. Los estudios previos no evidencian recidiva de la enfermedad. Consulta por dolor perineal generalizado con predominio a nivel del cóccix desencadenado al sentarse y que cede en bipedestación. Limitación importante para las actividades de la vida diaria. A la exploración física, coccigodinia intensa a la palpación en punta de dedo; dolor de tipo somático a nivel del hueso sacro a la presión, sin irradiación a otras estructuras. Intensidad de dolor variable, según la escala visual analógica (EVA) 6-8. Además, presenta palpación sacroilíaca bilateral dolorosa, de menor intensidad. Sin mejoría tras ejercicios de fisioterapia, cambios posturales y medidas higiénico-dietéticas. Dolor no controlado con antiinflamatorios vía oral. En la tomografía computarizada abdominoperineal reciente se observan cambios posquirúrgicos sin otras alteraciones. Se orienta como coccigodinia de posible origen traumático, dado el antecedente de cirugía pélvica y su coincidencia temporal con el inicio del dolor. Se decide intervenir sobre el ganglio impar.

En octubre de 2020 se practica infiltración diagnóstico-terapéutica del ganglio de Walther. Bajo visión escópica directa, medidas de antisepsia e infiltración subcutánea con anestesia local, se avanza una aguja de 22 G hasta alcanzar el espacio presacro, alterado en esta paciente. La administración de contraste obtiene una imagen desdibujada de la cavidad con un patrón errático de la distribución de este, debido a la ausencia de fascia presacra, que impide la visualización del patrón habitual, descrito como «signo de la coma». Se administra triamcinolona 40 mg y ropivacaína al 0,2%, 5 ml de volumen total sin incidencias. Se evidencia una mejoría notable durante las primeras 24 h, con EVA 0, aunque con rápida recidiva posterior.

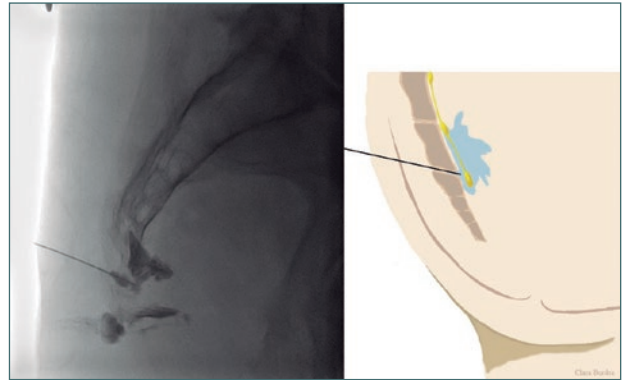


Figura 1. Instilación de contraste que evidencia las alteraciones anatómicas por escopia. No pudiendo evidenciarse el «signo de la coma» al carecer de fascia.

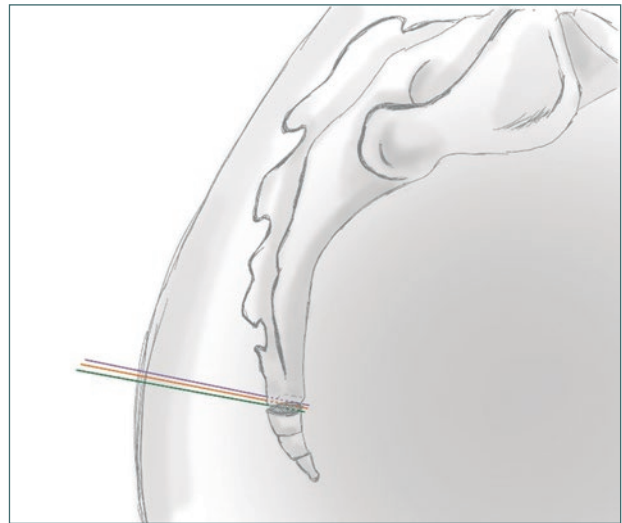


Figura 2. Técnica de radiofrecuencia con tres agujas.

En noviembre de ese mismo año se realiza radiofrecuencia convencional bipolar del ganglio impar. Como se ha comentado, al carecer de fascia presacra que delimite el contraste, no se cuenta con las referencias anatómicas habituales (Fig. 1), pudiendo ser una de las causas de la corta duración o del fracaso del bloqueo. Para la realización de la radiofrecuencia, bajo visión escópica directa y medidas antisépticas, por vía transacrocóccigea se colocan tres agujas de radiofrecuencia paralelas a la zona en la que su localización es más probable. Se administra contraste para evidenciar la localización de la punta de dichas agujas y se realiza un estímulo, previo a la técnica, para evitar la lesión de estructuras adyacentes (Fig. 2). Posteriormente se realizan tres tandas de radiofrecuencia bipolar a 80° durante 90 segundos en las tres combinaciones posibles entre agujas. Con esto se buscó

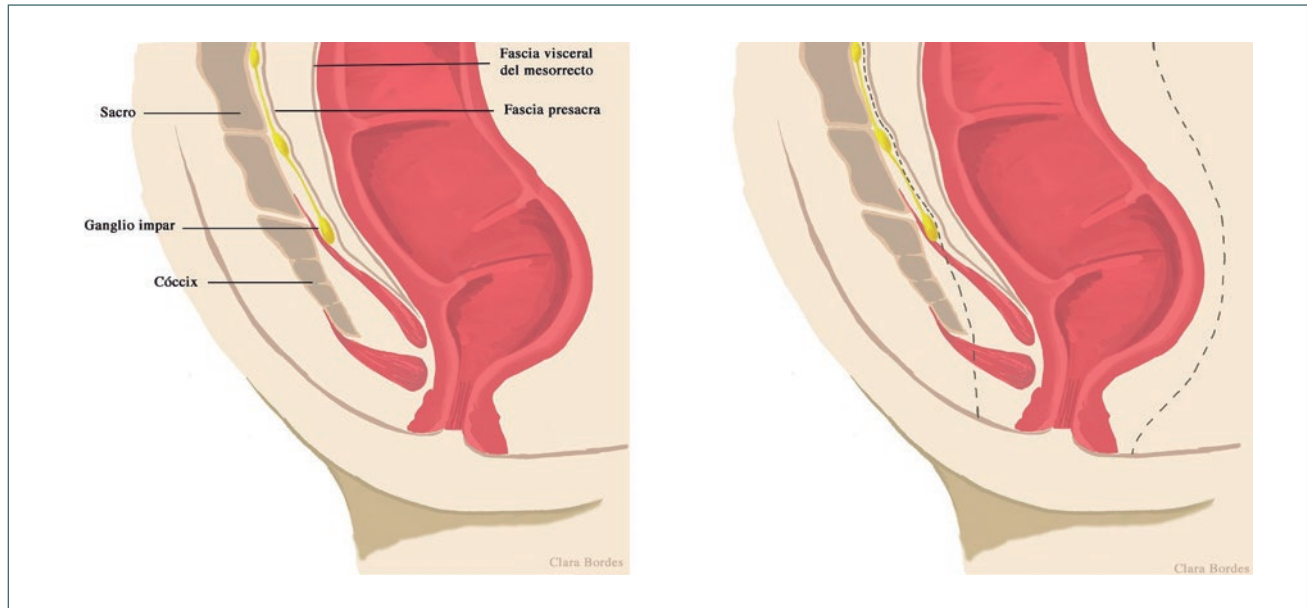


Figura 3. Planos de disección y relación con el ganglio impar.

aumentar el área de lesión, aumentando la probabilidad de estimular el ganglio de Walther en una anatomía distorsionada. No se observaron incidencias durante el procedimiento, el postoperatorio cursó sin complicaciones, con mejoría del dolor, EVA 0, durante un mes y medio y leve recidiva, hasta EVA 3, después de este tiempo. La paciente se mantiene estable, sin requerir nuevas intervenciones por el momento.

DISCUSIÓN

El ganglio impar se describe como responsable de la aferencia simpática de las estructuras pélvicas, además de una posible implicación en las vías nociceptivas¹. Última estructura de la cadena simpática paravertebral. Se encuentra, solitario, a nivel retroperitoneal, con una localización variable entre la articulación sacrococcígea y la punta distal del cóccix, normalmente medial, pero pudiendo encontrarse lateralizado. Alojado anterior al sacro o cóccix y posterior a la fascia presacra^{2,3}.

Desde su descripción en el 1990 se han realizado procedimientos sobre el ganglio impar para el manejo del dolor pélvico-perineal. El abordaje más común es el transacrococcígeo bajo visión escópica directa. La visualización del patrón descrito como «signo de la coma» evidencia que nos encontramos a nivel presacro posterior a la fascia presacra, donde se aloja el ganglio^{1,4,5}.

La realización de esta técnica percutánea, sobre todo si se utiliza el abordaje transacrococcígeo, se considera de baja complejidad y con escasos efectos secundarios. Las complicaciones más frecuentes son la perforación del recto, la inyección epidural, la inyección intraperiostio o intravascular y el reflujo del fármaco administrado por los forámenes sacros^{6,7}.

Aunque su eficacia pueda no ser absoluta, el bloqueo del ganglio impar se ha descrito como un tratamiento efectivo, disminuyendo en consumo de analgésicos y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Las modificaciones anatómicas que pueden darse tras intervenciones quirúrgicas como la cirugía de Miles pueden suponer un reto para el éxito del procedimiento. Cuando se realiza una cirugía oncológica con amputación abdominoperineal, el plano de resección se localiza a nivel de la fascia visceral del mesorrecto y el sacro o cóccix (Fig. 3); anterior a la fascia presacra, por lo que no afectaría teóricamente el ganglio, siempre que se respete el plano de disección. Si el ganglio, en sus variantes anatómicas, se sitúa cefálico, más próximo a la articulación sacrococcígea, es más probable que sea respetado, siendo más probable dañarlo si se sitúa caudal, en la punta del cóccix. Además, las distintas presentaciones del tumor, el volumen de este a nivel posterior, una técnica que requiera exéresis del cóccix o el riesgo de margen circunferencial afecto pueden suponer factores que disminuyan las probabilidades de respetar las estructuras nerviosas⁸.

En esta intervención tendremos alteración del patrón de difusión del contraste anteriormente descrito que debemos reconocer en estos casos, ya que no existirá la estructura que delimita su difusión, la fascia presacra.

En esta paciente es más improbable el daño de estructuras, ya que carece de estas. Sin embargo, sigue siendo esencial la visión directa, la administración de contraste y la estimulación previa para ver la localización de la aguja y evitar daño vascular y/o nervioso. Sería conveniente considerar alguna prueba de imagen previa que nos asegure o nos ayude a la localización del ganglio o de estructuras que puedan haber modificado su localización anatómica³. La facilidad para obtener estas imágenes estará condicionada a los recursos del centro en muchas ocasiones.

Dada la gran variabilidad en la localización anatómica, en la bibliografía se describe el uso de diferentes técnicas combinadas, como radiofrecuencia y uso de agente neurolítico sobre el ganglio impar, para aumentar las posibilidades de éxito⁹.

En este caso, al ampliar el área de lesión de la radiofrecuencia se busca sortear las variedades que se dan *per se*, además de las adquiridas que puedan deberse a la cirugía de la amputación abdominoperineal. Mediante la realización de tres tandas de radiofrecuencia en las tres combinaciones posibles entre las agujas colocadas en paralelo en el abordaje transacroccígeo, las posibilidades de éxito

pueden verse aumentadas, como se observa en este caso.

El abordaje multidisciplinario en esta clase de pacientes es esencial. El conocimiento de la anatomía y las posibles alteraciones derivadas de intervenciones pueden ser la clave en el manejo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Restrepo-Garcés CE, Gómez Bermúdez CM, Jaramillo Escobar S, Jazmín Ramírez L, Vargas JF. Procedimientos a nivel de ganglio impar. *Rev Soc Esp Dolor*. 2013;20(3):150-4.
2. Gürses E. Impar ganglion radiofrequency application in successful management of oncologic perineal pain. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(6):697-9.
3. Datir A, Connell D. CT-guided injection for ganglion impar blockade: a radiological approach to the management of coccydynia. *Clin Radiol*. 2010;65(1):21-5.
4. Adas C, Ozdemir U, Toman H, Luleci N, Luleci E, Adas H. Transsacroccygeal approach to ganglion impar: radiofrequency application for the treatment of chronic intractable coccydynia. *J Pain Res*. 2016;9:1173-7.
5. Oh CS, Chung IH, Ji HJ, Yoon DM. Clinical implications of topographic anatomy on the ganglion impar. *Anesthesiology*. 2004;101(1):249-50.
6. Cortiñas M, Muñoz Martín T, Vara C, García Villalba F. Eficacia del bloqueo del ganglio impar en dolor pélvico y perineal de etiología ginecológica rebelde a tratamiento médico-quirúrgico. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2011;38(3):95-9.
7. Reig E, Abejón D, del Pozo C, Insausti J, Contreras R. Thermocoagulation of the ganglion impar or ganglion of Walther: description of a modified approach. Preliminary results in chronic, nononcological pain. *Pain Pract*. 2005;5(2):103-10.
8. Flor-Lorente B, Frasson M, Montilla E. Amputación abdominoperineal extraelevadora en posición prono. *Cir Esp*. 2014;92:30-9.
9. Turchan A, Fahmi A, Subianto H. Impar ganglion block with combination of neurolysis drugs and radiofrequency thermocoagulation for perineal pain. *Asian J Neurosurg*. 2018;13(3):838.