



# RADIOFRECUENCIA TÉRMICA DEL PLEXO HIPOGÁSTRICO EN EL DOLOR PÉLVICO A PRÓPOSITO DE UN CASO

Boquera Albert, David; Coret Moya, Miriam; Kaplan Rubinstein, Romina Laura; Cuñat Montesinos, Samanta; Martínez Navarrete, M.<sup>a</sup> Ángeles  
S<sup>o</sup> ARTD Fundación Instituto Valenciano de Oncología



## INTRODUCCIÓN

El dolor crónico oncológico y el dolor abdomino-pélvico crónico son entidades de difícil diagnóstico y manejo. Éste debe ser multidisciplinar. Muchas veces el tratamiento conservador es insuficiente y el farmacológico puede provocar efectos adversos indeseables. Por ello se deben valorar las técnicas intervencionistas en el manejo de estos pacientes.

## MOTIVO DE CONSULTA

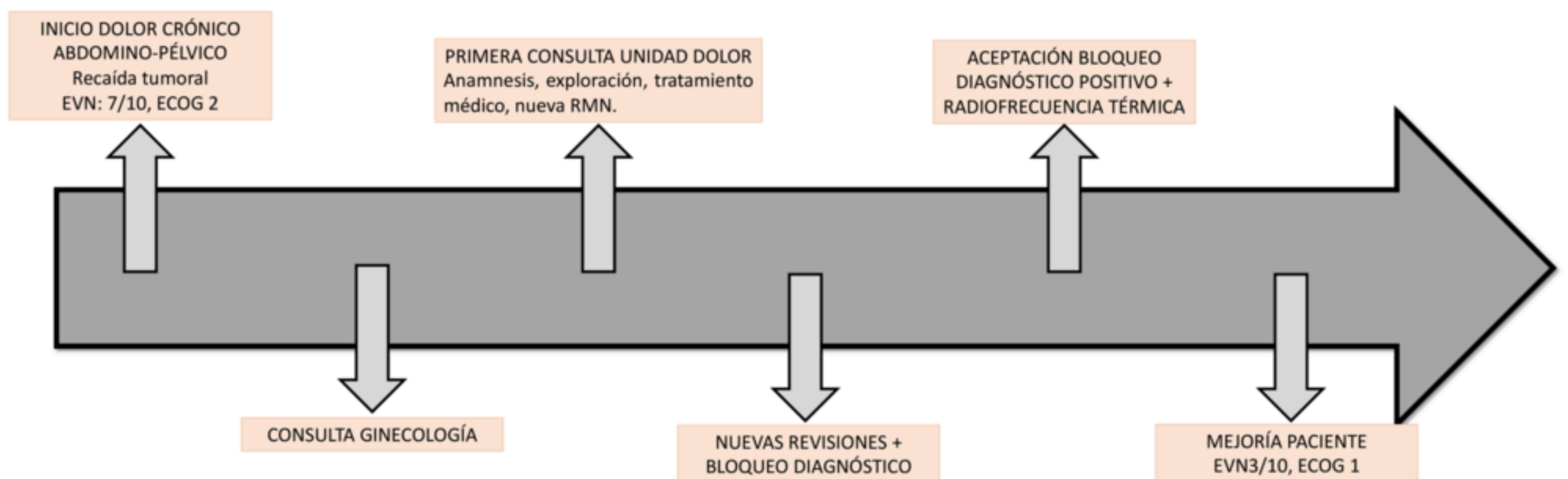
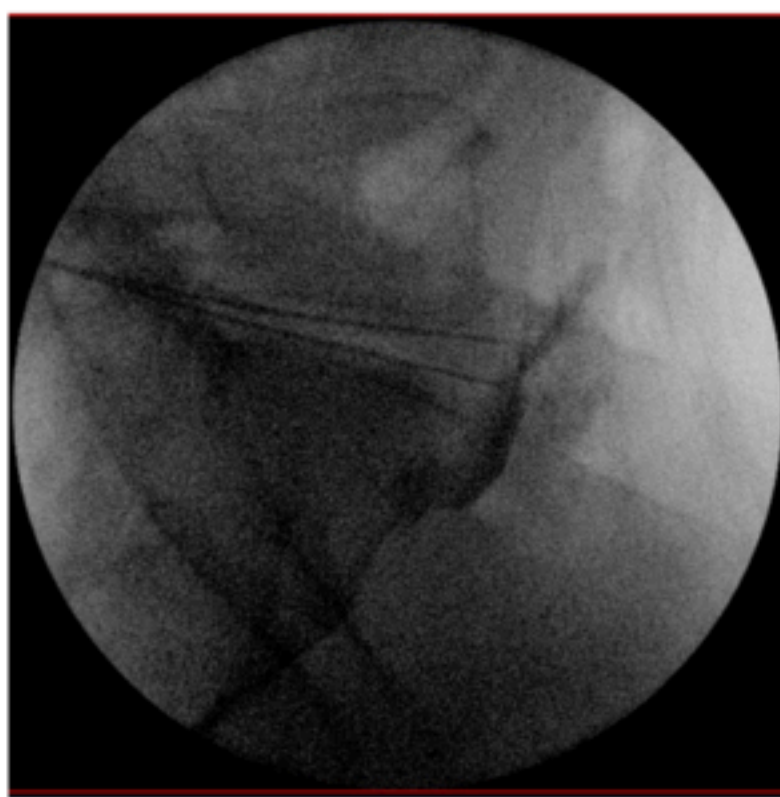
Paciente de 70 años remitida desde el servicio de Ginecología por dolor abdomino-pélvico en contexto de recaída tumoral.

## ANTECEDENTES PERSONALES

Alergia a AINE y betalactámicos.  
Antecedente de condrosarcoma mixoide de vulva, que ha recibido múltiples cirugías hasta la realización de una vulvotomía radical con posteriores recaídas de enfermedad. Además, hipertensión arterial, EPOC, SAOS, fibrilación auricular, un ictus del que no le ha quedado ninguna secuela y una trombosis crónica de la vena subclavia derecha. Tratamiento crónico con rivaroxabán, bisoprolol, amiodarona, fosinopril, hidroclorotiazida, simvastatina, furosemida y morfina 30mg/día vía oral. A nivel sociofamiliar, vive sola y presenta poco apoyo.

## CUADRO CLÍNICO

Paciente de 70 años que presenta dolor abdomino-pélvico resistente a tratamiento médico que define como sensación de peso, irradiado hacia zona vulvar y rectal, tras nueva recaída. Intensidad EVN: 7/10. Empeora con la defecación y no asocia mejoría con ninguna maniobra. No clínica neuropática asociada. ECOG 2. A la exploración física ninguna lesión salvo herida quirúrgica secundaria a la vulvotomía radical y a nivel ginecológico no se refiere ningún hallazgo patológico. En RMN se evidenciaron implantes tumorales en cara interna del muslo izquierdo, región perineal, así como en rama isquiopubiana izquierda. En la primera consulta con la Unidad del Dolor se realizó una primera anamnesis y exploración física, se ajustó el tratamiento médico y se solicitó nueva RMN pélvica. En posteriores revisiones se objetiva una mala tolerancia a fármacos y se le propone posibilidad de realizar un bloqueo diagnóstico del plexo hipogástrico superior que inicialmente rechaza. Ante mala respuesta al tratamiento conservador, la paciente acepta, resultando éste positivo. Posteriormente se realiza una radiofrecuencia térmica del mismo. En consultas sucesivas, la paciente presenta franca mejoría. Refiere EVN 3/10 y ECOG 1 permitiendo disminuir notablemente el tratamiento médico.



## CONCLUSIONES

El tratamiento intervencionista no debe ser considerado un tratamiento de último escalón sino que debe ser tenido en cuenta en cualquier momento de la evolución del dolor. Es imprescindible realizar una adecuada anamnesis y estudio del cuadro doloroso. Con ello podemos lograr disminuir el consumo de fármacos y los potenciales efectos secundarios asociados. La radiofrecuencia térmica tiene su papel en el tratamiento del dolor visceral como técnica neurolítica que es.

## BIBLIOGRAFÍA

- Plancarte R, Amescua C, Patt RB, Aldrete JA. Superior hypogastric plexus block for pelvic cancer pain. *Anesthesiology*. 1990;73(2):236–9.
- Punj J, Srivastava M. Prolonged relief of chronic pelvic pain by pulsed radiofrequency ablation of superior hypogastric plexus performed under ultrasound guidance: A case report. Vol. 64, *Indian Journal of Anaesthesia*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2020. p. 816–7.
- Kim JH, Kim E, Kim B II. Pulsed radiofrequency treatment of the superior hypogastric plexus in an interstitial cystitis patient with chronic pain and symptoms refractory to oral and intravesical medications and bladder hydrodistension: A case report. *Medicine (United States)*. 2016;95(49):e5549.