



COCCIGODINIA REBELDE A TRATAMIENTO: IMPLANTE DE NEUROESTIMULADOR DE RAÍCES SACRAS MEDIANTE TÉCNICA RETRÓGRADA

M. Cases Sánchez | M.L. Padilla Del Rey | J.F. Mulero Cervantes | M. Sánchez Nicolás
| O.K. Benavides Castañeda | A. Alcázar Urrea | N. Domínguez Serrano

INTRODUCCIÓN

La coccigodinia refractaria es una afección infrecuente en la que el plexo coccígeo, tiene un papel fundamental en la aferencia sensorial nociceptiva al SNC. La estimulación de raíces sacras tiene como objetivo modular la aferencia nociceptiva. Según los casos reportados, esta técnica, parece tener resultados prometedores.

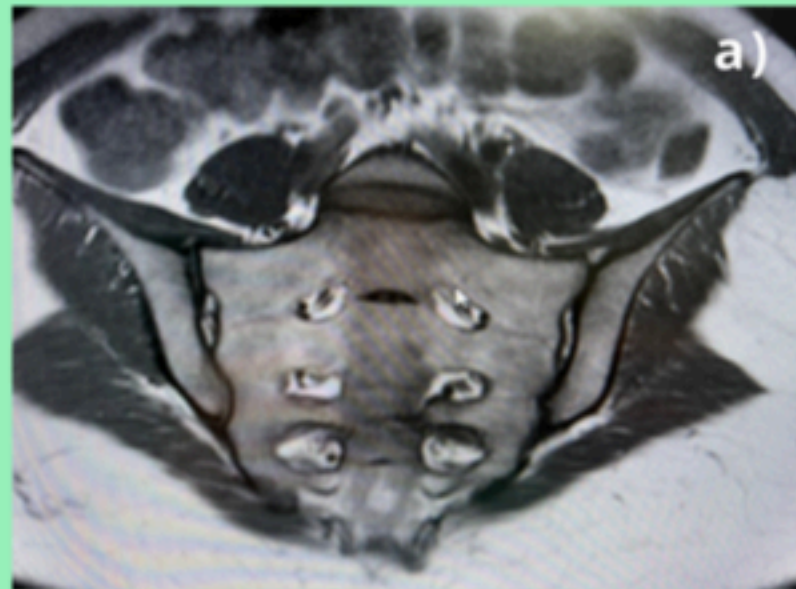
En el caso presentado a continuación, la implantación de los electrodos se realiza vía epidural retrógrada. Lo que facilita una colocación del electrodo más cercano a las raíces sacras a tratar.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 24 años que consulta por coccigodinia. Antecedentes de fractura-luxación traumática de coxis. Intervenido de coccigectomía y mamoplastia de aumento.

CUADRO CLÍNICO DE DOLOR

Paciente con episodios de coccigodinia aguda cada 6 meses, tras fractura-luxación de cóccix en 2010, que cedían con fármacos habituales. Tras 5 años, el dolor se vuelve cada vez más frecuente hasta hacerse persistente. Es de características sordas y se exacerba con la actividad y el reposo sobre la zona. Su intensidad es moderada. Tras infiltraciones locales por Traumatología no exitosas,



a) Imagen del sacro de la paciente en RMN, b) Rx lumbo-sacra durante la colocación del electrodo de neuroestimulación, c) Rx lumbo-sacra con resultado final del implante de neuroestimulador.

Neurocirugía realiza coccigectomía en 2016 con herida quirúrgica de evolución tórpida, que requirió VAC durante 40 días. Posteriormente el dolor es de las mismas características que tras el traumatismo pero de intensidad severa y que no se controla a pesar de tratamiento farmacológico. En los 6 años posteriores a la cirugía se realiza infiltración de sacroiliacas, bloqueo de ganglio impar, infiltración epidural caudal y RFP de GRDs S3 y S4 bilateral por parte de distintas Unidades de Dolor, todas ellas de efectividad limitada y/o insuficiente.

En la exploración destaca dolor a la palpación de apófisis espinosas de L5 a S3. En RMN: edema de tejidos blandos posterior al sacro de 40 mm de extensión.

Finalmente, se implanta electrodo para estimulación de raíces sacras vía retrograda consiguiendo un alivio significativo del dolor de entorno al 80%.

CONCLUSIONES

La coccigodinia refractaria se presenta como un reto de tratamiento por parte de las Unidades de Dolor. Es importante continuar en este sentido y tener en cuenta que esta herramienta tiene potencial para desplazar tratamientos más agresivos como la coccigectomía, que tal vez se debería aplicar en última instancia, y que en ocasiones no resulta efectiva e incluso empeora el dolor

