



Encontrando en la neuroestimulación de alta frecuencia una respuesta para el dolor neuropático postquirúrgico con amplia distribución

Ángela V. Bautista Cañas¹, Miguel Divasson Carribero¹, Silvia Pico Brezmes¹, David Hernández Martín¹, Teresa Villán González¹, Beatriz Francisco Sánchez¹, Enrique Ortega Ladrón de Cegama¹.

1. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. UDOVA. Hospital Universitario Río Hortega Valladolid (HURH).

El dolor neuropático postquirúrgico es una condición dolorosa crónica que se manifiesta después de intervenciones quirúrgicas y está asociada con **disfunciones del sistema nervioso**.

Caracterizado por sensaciones anormales como ardor, picazón o descargas eléctricas; este dolor persistente se localiza típicamente en el área de la cirugía, extendiéndose ocasionalmente a regiones adyacentes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Dolor postquirúrgico de características neuropáticas.

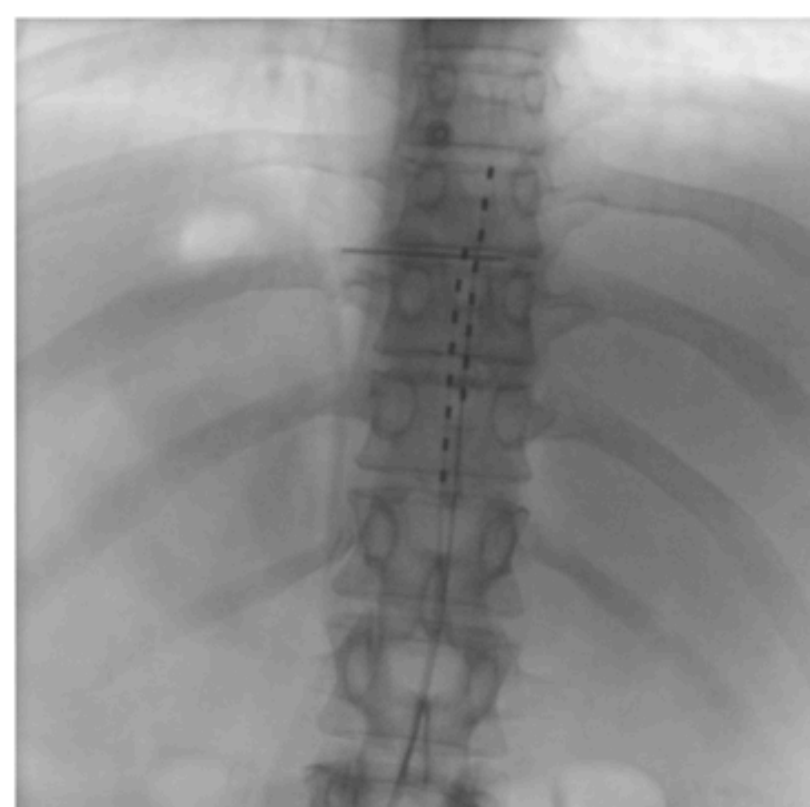
- Mujer de 53 años.
- Alergia a AINES y metamizol.
- Antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y hemicolectomía derecha por tumor neuroendocrino.

Cuadro clínico de dolor:

- ✓ Infección postoperatoria en herida quirúrgica tratado con ATB.
- ✓ Aparición del dolor inmediatamente después de la cirugía.
- ✓ Reintervenida tras AP: hemicolectomía dcha. No empeora el dolor.
- ✓ **Dolor:**
 - EVA 10/4/10.
 - Constante, flujo eléctrico y punzante.
 - Zona subcostal, abdominal, lumbar, EEII (predominio EID), pubis y cóccigeo
 - Anestesia hasta Von Frey 3.61-0.4g con alodinia (borde interno EID) a Von Frey 5.46-26g.
 - Frío y calor sin alteración de la percepción, pero con alodinia a frío/calor en abdomen y borde interno EID.
 - Hiperalgnesia a aguja fina en borde interno del muslo.
- ✓ Pruebas complementarias (RM lumbar y estudio neurofisiológico) sin hallazgos significativos.

¿Cuál fue nuestro plan terapéutico?

- 1ª línea: duloxetina hasta 60 c/24h, pregabalina hasta 150 c/12h y lacosamida hasta 200 c/12h.
- 2ª línea: Qutenza (capsaicina 8%).
- 3ª línea: RF pulsada de GRD T12, L1 y S1 dchos.
- 4ª línea: neuroestimulador medular percutáneo de alta frecuencia con punta activa en T8 y T9 con cobertura intraoperatoria óptima.
- Evolución postimplante favorable, con notable mejoría de los síntomas en ambas localizaciones: abdomen y EEII.



CONCLUSIONES

- La estimulación medular de alta frecuencia (HF-SCS, *high frequency spinal cord stimulation*) ha surgido como una estrategia terapéutica innovadora para abordar el dolor neuropático crónico, una condición clínica desafiante con limitadas opciones de tratamiento efectivas.
- Ha demostrado eficacia en pacientes con dolor neuropático resistente a tratamientos convencionales, ofreciendo alivio significativo y mejorando la calidad de vida.
- La selección cuidadosa de pacientes y la consideración de posibles variaciones en los resultados son aspectos cruciales en la implementación exitosa de esta terapia.



Bibliografía



avbautista@saludcastillayleon.es