

Estimulación de raíces sacras para el dolor anal intratable

Sacral root stimulation for untreatable anal pain

El dolor anal crónico es una patología común que incluye entidades variadas, desde la proctalgia fúgax a la coccigodinia o el anismo. Su presentación suele provocar alteraciones psicosociales en las personas que lo presentan, lo que les condiciona una baja calidad de vida. La etiología sigue siendo desconocida, aunque se han descrito alteraciones que se asocian a algún grupo de pacientes como el aumento de la presión del canal anal¹, la miopatía del esfínter anal interno² o la neuropatía del nervio pudiendo causado por atrapamiento del mismo o por descenso perineal³. Los factores psicológicos también se han considerado como posible factor etiológico de estos síntomas, aunque en la mayoría de los pacientes se ha demostrado la asociación de síntomas de depresión como consecuencia de varios meses de dolor anal intratable.

Hasta la fecha, ningún tratamiento se ha mostrado efectivo para el dolor anal o perianal crónico; así, se han descrito: esfínterotomía lateral interna⁴, nitroglicerina⁵ o inyección de toxina botulínica sin encontrar mejoras significativas o reproducibles por otros autores.

La estimulación de raíces sacras (ERS) ha sido utilizada por primera vez en 2007 para tratar un caso de dolor anal crónico de origen idiopático⁶ y se ha publicado posteriormente otro estudio⁷, que demuestra su utilidad. Presentamos 3 casos de pacientes con dolor anal crónico idiopático rebelde a tratamiento que han sido tratados con estimulación de raíces sacras.

Los 3 pacientes (tabla 1) fueron valorados mediante ecografía endoanal y rectoscopia para descartar patología orgánica responsable del cuadro. Se descartó enfermedad supurativa, fisura anal o hemorroides u otra patología que pudiera justificar los síntomas. Los pacientes fueron valorados y tratados por la unidad del dolor y fueron nuevamente remitidos a nuestra unidad por no responder al tratamiento médico y precisar dosis altas de analgésicos opiáceos que no conseguían controlar los síntomas.

La técnica quirúrgica ERS utilizada ha sido publicada previamente por los autores⁸ y consta de una primera etapa de estimulación aguda que se realiza bajo anestesia local y la colocación de un electrodo tetrapolar (R 3889-28, Medtronic, Minneapolis, EE. UU.), se valoran las respuestas a la estimulación según distintos voltajes, dejando el electrodo de estimulación en el foramen sacro de aquella raíz en la que se ha obtenido la mejor respuesta sensitiva-motora,

que se conecta a un dispositivo externo generador de corriente. La segunda etapa o de estimulación subcrónica durante la cual el paciente evalúa la efectividad de la corriente de estimulación mediante el EQ-5D y la EVA. La tercera etapa o de estimulación permanente se realiza solo si los resultados obtenidos han sido satisfactorios y consiste en la colocación de una batería interna en un espacio subcutáneo a nivel glúteo, lo que se realiza también bajo anestesia local. Se decidió la colocación del neuromodulador definitivo cuando se producía una mejoría superior al 50% en la percepción de calidad de vida y en la escala EVA de dolor.

La amplitud del estímulo varió entre 0,5 y 1,5 voltios, y la anchura de pulso y la frecuencia fueron constantes (210 microsegundos y 25 hercios, respectivamente). La estimulación se realizó primeramente en modo continuo y, en ocasiones, en modo discontinuo si no se encontraba suficiente respuesta.

Para medir la efectividad del tratamiento, a los 3 pacientes se les entregó la escala autoadministrable analógico-visual de dolor (1 sin dolor, 10 máximo dolor) y el cuestionario también autoadministrable EuroQol-5D (EQ-5D)⁹, antes de la intervención, al mes y 6 meses de la misma (en los 2 pacientes con implante definitivo). El cuestionario EQ-5D consta de 2 partes: la primera permite al paciente definir el estado de salud según el sistema de clasificación multiatributo EQ-5D, compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión); la segunda parte es una escala visual analógica (EVA), graduada de 0, «peor estado de salud imaginable», a 100 «mejor estado de salud imaginable». A partir de aquí se obtiene un número de un dígito (1, 2 o 3) que expresa el nivel seleccionado para cada dimensión.

Dos de los 3 pacientes (tabla 2) obtuvieron mejoría en la percepción de la EVA del dolor, superior al 50%, así como una mejoría superior al 50% en la percepción del estado de salud que se ha mantenido hasta la actualidad con un seguimiento de 24 meses en el primer paciente implantado y 18 meses en el segundo paciente. El tercer paciente no obtuvo ninguna mejoría en estos ni en los demás parámetros, por lo que fue reprogramado cambiando los parámetros de intensidad, frecuencia y amplitud sin obtener respuesta en la percepción del dolor por lo que se desestimó la colocación del estimulador definitivo.

Tabla 1 – Características de los pacientes

	Sexo (M/F)	Edad (años)	Antecedentes	Tiempo síntomas (años)	Tiempo estimulación aguda	N.º electrodos	Localización electrodos
Paciente 1	M	54	Prostatectomía	2	40	1	S3
Paciente 2	M	47	Cirugía de columna	3,5	30	2	S4
Paciente 3	M	65	Prostatectomía Fistulectomía, esfínterotomía, hemorroidectomía	4	58	2	S4

Tabla 2 – Resultados antes (pre) y después (post) de la estimulación subcrónica medidos por Euroqol 5D y escala de dolor EVA

	Movilidad		Cuidado personal		Act. cotidianas		Dolor/ malestar		Ansiedad/ depresión		Estado salud		Dolor (EVA 1-10)	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Paciente 1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	1	40	70	10	5
Paciente 2	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	32	55	9	4
Paciente 3	1	1	1	1	2	2	3	3	3	3	30	30	9	9

El tratamiento con ERS es un tratamiento eficaz en algunos pacientes con dolor anal crónico severo. Hay autores que han demostrado su coste-efectividad al reducir el número de tratamientos, visitas médicas y bajas laborales que precisan estos enfermos¹⁰. Consideramos que los pacientes deben ser estudiados de forma exhaustiva para descartar patologías que puedan tratarse solucionando la causa del dolor. En aquellos pacientes sin etiología clara en los que han fracasado los tratamientos médicos puede utilizarse la ERS de forma empírica y, si se demuestra su efectividad mediante el uso de escalas de dolor y estudios de calidad de vida, proceder a la implantación del estimulador definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimaud J-C, Bouvier M, Naudy B, Guien C, Salducci J. Manometric and radiologic investigations and biofeed-back treatment of chronic idiopathic anal pain. *Dis Colon Rectum*. 1991;34:690-5.
2. Kamm MA, Hoyle CH, Burleigh DE, Law PJ, Swash M, Martin JE, et al. Hereditary internal anal sphincter myopathy causing proctalgia fugax and constipation. *Gastroenterology*. 1991;100:805-10.
3. Ger GC, Wexner SD, Jorge JM, Lee E, Amaranath LA, Heymen S, et al. Evaluation and treatment of chronic intractable rectal pain: a frustrating endeavor. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:139-45.
4. Pedersen IK, Christiansen J. A study of the physiological variation in anal manometry. *Br J Surg*. 1989;76:69-70.
5. Gorfine SR. Treatment of benign anal disease with topical nitroglycerine. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:453-7.
6. Dudding TC, Vaizey CJ, Jarrett ME, Cohen RG, Kamm MA. Permanent sacral nerve stimulation for treatment of functional anorectal pain: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2007;50:1275-8.
7. Falletto E, Masin A, Lolli P, Villani R, Ganio E, Ripetti V, et al. GINS (Italian Group for Sacral Neuromodulation). Is sacral nerve stimulation an effective treatment for chronic idiopathic anal pain? *Dis Colon Rectum*. 2009;52:456-62.
8. Soria-Aledo V, Mengual-Ballester M, Pellicer-Franco E, Aguayo-Albasini JL. Improvement in the quality of life of faecal incontinent patients after sacral root stimulation treatment. *Cir Esp*. 2011;89:581-7.
9. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, et al. Using the EuroQol 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res*. 1998;7:311-22.
10. Mekhail NA, Aeschbach A, Stanton-Hicks M. Cost benefit analysis of neurostimulation for chronic pain. *Clin J Pain*. 2004;20:462-8.

Víctor Soria-Aledo^{a,*}, Enrique Pellicer-Franco^a,
Mónica Mengual-Ballester^a, Graciela Valero-Navarro^a
y José Luis Aguayo-Albasini^b

^aUnidad de Coloproctología, Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia, España

^bServicio Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victoriano.soria@carm.es (V. Soria-Aledo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.02.032>

Neumatosis portal-hepática-mesentérica, ¿es siempre un diagnóstico ominoso?

Mesenteric hepatic portal pneumatosis: is it always an ominous diagnosis?

La neumatosis portal es un signo radiológico que hasta hace pocos años se asociaba a estadios evolucionados de isquemia intestinal con un pronóstico infausto. Sin embargo, cada vez

son más los autores que describen casos de neumatosis portal asociada a procesos inflamatorios agudos con una supervivencia del 70-80%^{1,2}.