



Nueva Perspectiva en la Denervación Sacroilíaca: Menos es más

Mansilla Gervilla, Gonzalo; Cañas Perea, Javier; Diaz Meco, Xavier; Fernandez Orraca Urides; Mora Yélamos, Josep. *Unidad de Dolor; Hospital Sant Joan de Déu, Fundación Althaia*

Introducción

La sacroileítis es una causa frecuente de dolor lumbar, representando hasta el 30% de los casos. Se ha asociado con factores ocupacionales, como estrés laboral y manipulación de cargas. Además, la sacroileítis es común tras cirugía de fusión lumbar, con prevalencia de hasta 47%. En la actualidad, la denervación sacroilíaca demanda múltiples agujas o sondas multipolares, lo que puede incrementar la complejidad y el costo de la técnica.

Caso Clínico

Antecedentes personales Paciente femenina de 34 años, sin antecedentes clínicos, intervenida de hemilaminectomía y discectomía L5-S1, con recidiva herniaria al año y reintervención con artrodesis.

Cuadro clínico consulta por lumbalgia izquierda de 2 años de evolución, inicio a las dos semanas de la cirugía, irradiada al glúteo izquierdo, EVN de 8/10, empeora con sedestación prolongada y carga de peso. Tratamiento analgésico con ibuprofeno 600mg/8hs, paracetamol 1g/8hs, tramadol 50mg/8hs, pregabalina 75mg/12hs. Presenta maniobras de provocación sacroilíaca izquierda positivas y **TAC** con discopatía L5-S1 y tornillo izquierdo de S1 con ocupación preforaminal L5-S1. Presenta **Electromiograma** que confirma radiculopatía S1 crónica-secuelar.

Con **diagnóstico presuntivo** de dolor sacroilíaco e infiltración sacroilíaca positiva, se procede con denervación siguiendo el abordaje descrito por Silva-Ortiz et al. ⁽¹⁾

Técnica: Iniciamos alineando el borde superior del promontorio con tilteo radioscópico cefálico de 25º visualizando forámenes posteriores de

S1 y S2, colocando lateral a los mismos 2 agujas guía 22 G en visión túnel. Posteriormente se adopta inclinación caudal de 40º hasta lograr alineación de las agujas guía, representando esto el borde medial del trayecto de nuestra aguja y sus puntas el borde posterior del sacro.

Se avanza aguja de radiofrecuencia 18 G curva, con punta activa de 10 mm en visión túnel hasta el borde superior del sacro, en el ramo dorsal de L5, corroborado en la proyección inicial (AP con tilteo craneal a 25º) y en visión lateral. Previa estimulación motora negativa, se inicia serie de 6 lesiones a 85ºC, durante 90 segundos con retiro de aguja de 1 cm entre cada una. El control a los 2 meses muestra una disminución del dolor superior al 50% (EVN 3/10), con suspensión de los analgésicos pautados

Conclusiones Este caso resulta interesante por la aplicación de una nueva técnica para la denervación sacroilíaca, ágil, menos invasiva, costo-efectiva y con potencial de ser utilizada en centros con acceso limitado a agujas de radiofrecuencia.

(1) Silva-Ortiz VM, Chapman KB, Chang Chien GC, Diwan S, Abd-Elseyed A. Sacroiliac Joint Denervation-A Novel Approach to Target Sacral Lateral Branches: A Practical Approach. Pain Ther. 2024 Apr;13(2):281-286.

