

637

**BLOQUEO DEL
GANGLIO DE WALTHER
BAJO TC EN EL
TRATAMIENTO DEL
DOLOR COCCIGEO
CRONICO**



**DR. SEBASTIAN GAMBRA
HOSPITAL ESPAÑOL
DE ROSARIO**

INTRODUCCION:

- **La coccigodinia** o dolor crónico en la zona del coxis es un trastorno que puede llegar a ser **incapacitante y es de difícil manejo médico**. Se caracteriza por ser constante, intenso, difuso y algunos pacientes lo refieren como un dolor con sensación de quemazón mal localizado, agravándose con la sedestación, la micción o defecación y las relaciones sexuales. **El dolor habitualmente no calma con AINES ni opiáceos.**

INTRODUCCION:

- **La causa clave** (1) por la que se puede producir este tipo de dolor crónico reside casi siempre en **una inestabilidad excesiva de este hueso** desencadenada por un traumatismo previo sobre la zona (caída de nalgas, **puntapié, etc**) u otras causas locales (neuritis, compresión de nervio, fractura ósea, luxación, enfermedad ano rectal o perineal, etc) o sistémicas (origen vascular, diabetes, etc) (1-4); **también puede asociarse a partos previos, antecedente quirúrgico o patología oncológica.**

ANATOMIA:

- El sistema nervioso simpático tiene dos funciones básicas: la inervación vegetativa simpática de las estructuras corporales y la recogida del dolor visceral del organismo.

ANATOMIA:

Las cadenas simpáticas paravertebrales convergen en una única estructura ganglionar, el ganglio de Walther (10) o ganglio Impar, de localización retroperitoneal, situado anterior a la unión sacrococígea o en la primera articulación coccígea y en posición medial aunque su localización, forma y tamaño es variable (Fig. 1 y 2).

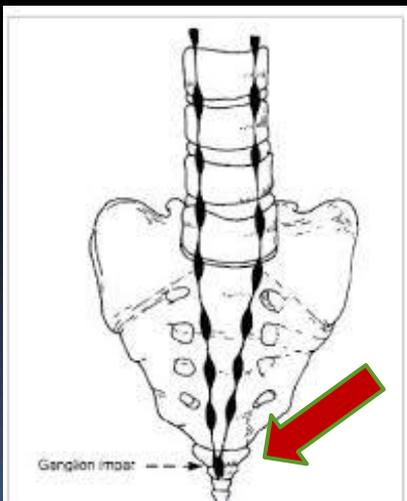


Fig 1. Esquema anatómico. Ganglio de Wather (flecha)

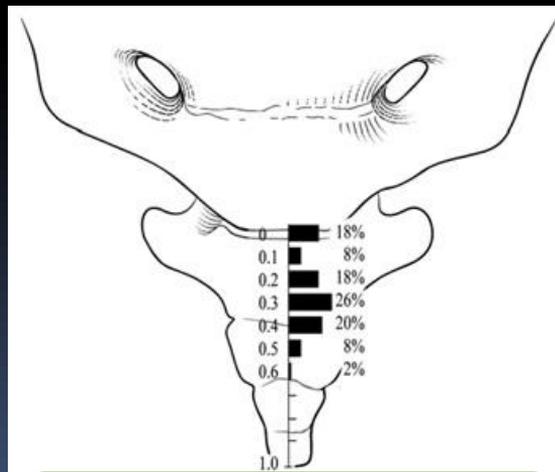


Fig 2. Esquema anatómico. Localización variable del ganglio de Wather .

ANATOMIA:

- Este ganglio impar actúa como estación de paso que participa en la recogida de las aferencias viscerales de distintas estructuras pélvicas las cuales se encuentran ricamente inervadas. Inerva periné, porción distal del recto, ano, uretra terminal, vulva y tercio distal de la vagina.

TECNICA:

- La Tc permite una excelente guía para la inyección de anestésico local (5cc lidocaína al 2%) y de corticoide de depósito (2cc de triamcinolona 40 mg) con abordaje a través de la articulación sacrococcigea o transglútea.

TECNICA:

- Con el paciente en **decúbito ventral** se realizan cortes axiales de TC de 2 mm de espesor a nivel de la región sacrococcígea y **se coloca una marca en la línea media a nivel de la línea interglútea (Fig. 3).**



Fig 3. Tc axial de pelvis sin contraste a nivel sacro-coccígeo con el paciente en decúbito ventral se observa la marca para planificación del procedimiento en la línea interglútea (flecha blanca).

TECNICA:

Para el abordaje

transglúteo : utilizamos una aguja tipo espinal 23 G. La aguja ingresa por vía posteroanterior y oblicua desde la región glútea localizándose la punta por delante del coxis o de la unión sacroccigea. (Fig.4).

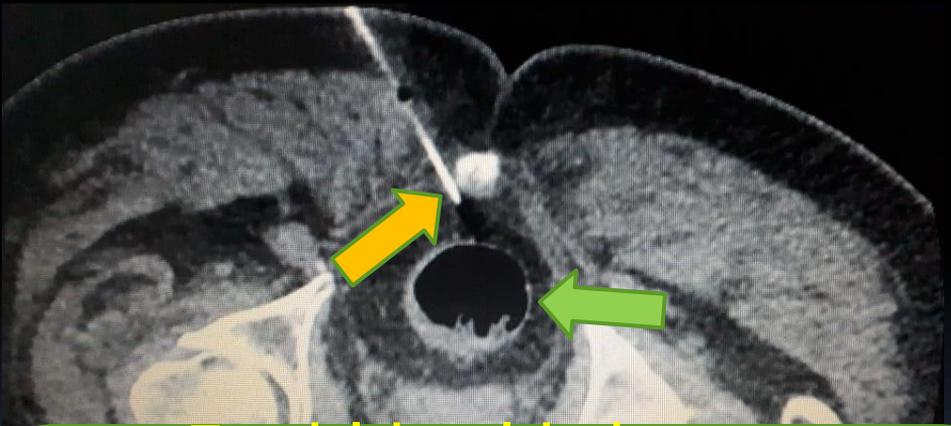


Fig 4. Tc axial de pelvis sin contraste a nivel sacro-coccígeo con el paciente en decúbito ventral. Se observa la aguja ingresando por vía transglútea hasta inmediatamente por delante del coxis (flecha naranja). Nótese la cercanía del recto (flecha verde).

TECNICA:

- Para el abordaje a través de la articulación sacro-coccígea : utilizamos una aguja intramuscular ingresando la aguja por vía postero anterior y en forma recta.
- Una vez confirmada la posición correcta de la aguja se administra anestésico local (5 cc de lidocaína al 2 %) y corticoide de depósito (2cc triamcinolona 40 mg) junto con 2cc de contraste iodado para graficar y documentar la difusión de la medicación (Fig. 5, 6 ,7 y 8).

TECNICA:

- Luego del procedimiento se espera unos minutos. Primero se indica al paciente que pase a la posición de sedestación y tras unos minutos a la posición de bipedestación. Si no refiere ninguna molestia es dado de alta y puede retirarse por sus propios medios. Se realiza control por consultorio externo a la semana.

TECNICA:

- *Tips:* En los casos donde existe osteoartrosis sacrococcigea o dolor evidente en esta localización, también infiltramos dicha articulación o los tejidos blandos periarticulares, lo cual en nuestra experiencia mejora el resultado a largo plazo. Con la infiltración única de la articulación sacrococcigea hemos conseguido mejora parcial a corto y mediano plazo .

TECNICA:



Fig. 5 Paciente de 70 años veterinario que sufre caída de su propia altura con diagnóstico de fractura sacro coccígea. Presenta coccigodinea de 24 meses de evolución y signos de osteoartrosis en la unión sacro-coccígea visualizada en Tc previa. Tc de control intraprocedimiento en el plano axial. Se observa la aguja ingresando por vía transglútea izquierda. El contraste iodado grafica la difusión de la medicación (flechas).

TECNICA:

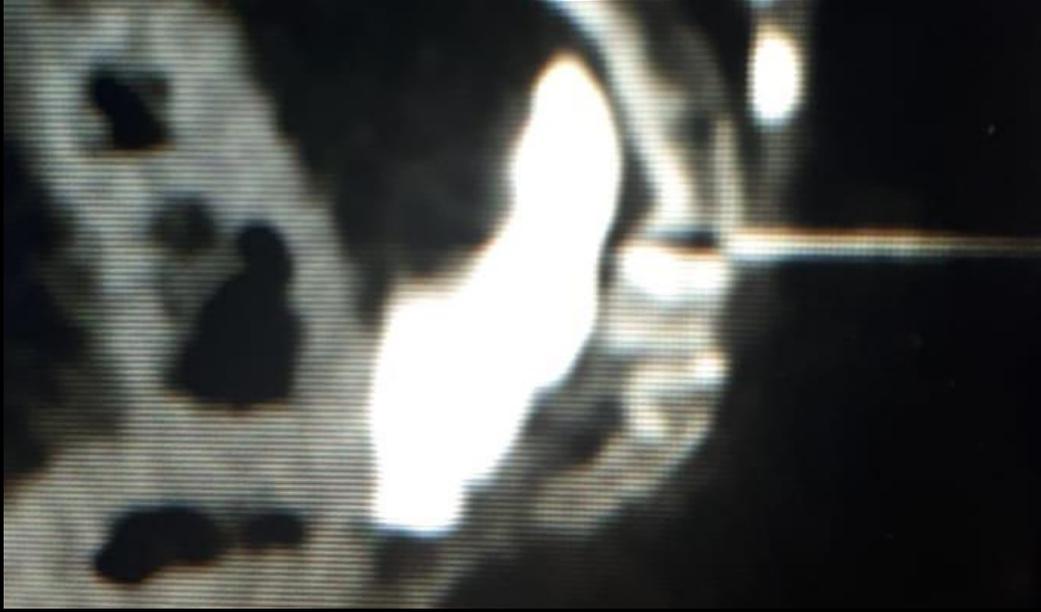


Fig.6. Mismo paciente que la figura 5. Tc en el plano sagital. Se observa el contraste iodado difundiendo por delante de la unión sacro-coccígea. De esta manera nos aseguramos el bloqueo del ganglio impar, el cual presenta localización variable. Se visualiza además esclerosis osteocondral de la primera vertebra coccígea y una aguja posicionada para infiltrar la articulación sacro-coccígea.

TECNICA:

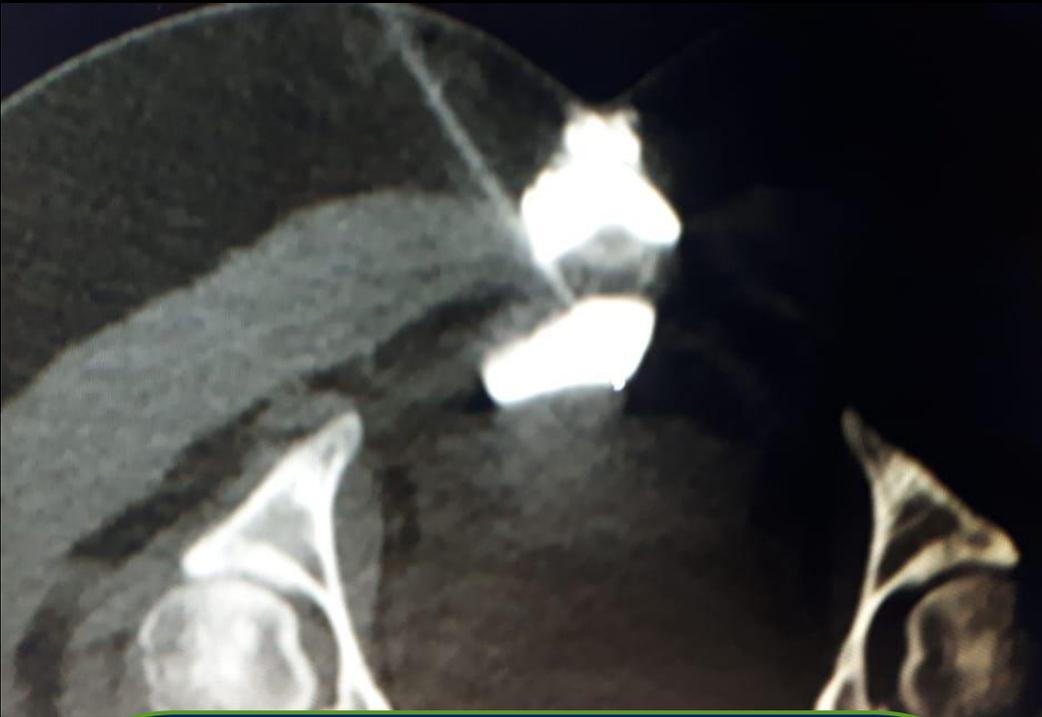


Fig.7. Paciente mujer de 25 años que refiere coccigodinea más acentuada en los últimos 6 meses refractaria al tratamiento médico con antecedente traumático de caída de su propia altura hace varios años. Corte axial de Tc a nivel de la región sacro-coccígea. Tc en el plano axial de control intraprocedimiento. Se observa contraste iodado por delante de la articulación sacro-coccígea (para bloqueo del ganglio impar) y por detrás de dicha articulación para graficar la difusión de la medicación en los tejidos blandos periarticulares.

TECNICA:



Fig.8. Misma paciente que la figura 7. Tc de control en el plano sagital donde se muestra la difusión del contraste iodado y la medicación por delante de la articulación sacro-coccígea (para bloqueo del ganglio impar) y por detrás de dicha articulación para graficar la difusión de la medicación en los tejidos blandos periarticulares.

TECNICA:

- La tasa de complicaciones como la punción del recto es baja, lo cual lo hace un procedimiento seguro.
- **Recordar:** Se debe tener cuidado con la ampolla rectal que habitualmente se encuentra inmediatamente por delante del sacrococixis.
- En los casos de inestabilidad pelviana, para eliminar el factor perpetuante, se indican ejercicios de estabilización supervisados por un médico fisiatra.

CONCLUSION:

El bloqueo del ganglio impar guiado bajo TC es un procedimiento seguro con bajas tasas de complicaciones y altamente efectivo para tratamiento de la coccigodinia de diferentes etiologías como parte de un abordaje multidisciplinario e integral.

BIBLIOGRAFIA:

- Plancarte R, Amescua C, Patt RB. Bloqueo presacral del ganglio de Walther (ganglio impar). Anestesiología. 1990; 73: A751.
- Agarwal-Kosolowski et al. Inyección guiada por TC para bloqueo de implante de ganglio: un enfoque radiológico para el manejo de la coccidinia. Clin J Dolor. 2009.; Volumen 25, Número 7.
- Datir A, Connell D. Inyección guiada por TC para bloqueo de implante de ganglio: un enfoque radiológico para el manejo de a coccidinia. Radiología Clínica 2010; 65:21-25.
- Cortiñas M, Iglesias JA, Vazquez C et al. Infiltración del ganglio impar y caudal en el manejo de la coccigodinia traumática rebelde al tratamiento analgésico convencional. Rev esp cir ortop traumatol. 2011; 55 (5): 340-345.
- Cortiñas M, Muñoz-Martina T, Vara C et al. Eficacia del bloqueo del ganglio impar en dolor pélvico y perineal de etiología ginecológica rebelde a tratamiento médico-quirúrgico. Clin Invest Gin Obst. 2011: 38 (3): 95-99-

BIBLIOGRAFIA:

- Walters A et al. Uno es el número más solitario: una revisión de Ganglio Impar y su relación con los síndromes de dolor pélvico. Anatomía clínica. 26: 855-861 (2013).
- Restrepo-Garcés CE et al. Procedimientos a nivel de ganglio impar. Rev. Soc. Esp. del dolor, Vol. 20, Número 3, mayo-junio 2013.
- Toshniwal GR et al. Enfoque transacrococcígeo al bloqueo de Ganglion Impar para el tratamiento del dolor perineal crónico: un estudio prospectivo observacional. Médico de dolor: Septiembre de 2007: 10: 661-666.
- Abejón D, Pacheco MD, Cortiña I, Romero A, Pozo C, Sanz J. Tratamiento del dolor perineal mediante termocoagulación del ganglio impar. Rev. Soc. Esp. Dolor. 4: 290-295; 2007.
- Plancarte R. Dolor Pélvico. Revista Anestesiología México 1995; 7:1: 42-49.