

el impacto sobre la actividad asistencial es limitado, dado que la gran mayoría de los cuadros se han podido seguir manejando ambulatoriamente.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Montejo M, Sánchez A, Paniagua N, Saiz-Hernando CC, Benito J. Reduction in the incidence of acute bronchiolitis and related hospital admissions during the COVID-19 pandemic. *An Pediatr.* 2022;96:537–9.
2. Pérez Suárez E, Paniagua Calzón N, Pavlovic Nestic S, Claret Teruel G, Lera Carvallo G, en representación del Grupo de trabajo respiratorio de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). SARS-CoV-2 pandemic impact in asthmatic exacerbations emergency visits in Spain. *An Pediatr.* 2023;98:384–7.
3. Calvo C. Changes in the epidemiology of infections in children. Is there an immune debt? Only for respiratory viruses? *An Pediatr.* 2023;98:155–6.
4. Woods CR. Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis. UpToDate. 2023 [consultado 5 May 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>

5. Lefchak B, Nickel A, Lammers S, Watson D, Hester GZ, Bergmann KR. Analysis of COVID-19-related croup and SARS-CoV-2 variant predominance in the US. *JAMA Netw Open.* 2022;5:e2220060.
6. Scribner C, Patel KI, Tunik M. Pediatric croup due to omicron infection is more severe than non-COVID croup. *Pediatr Emerg Care.* 2022, <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0000000000002887>. PMID: 36729063.

Juan Añón-Hidalgo^{a,*}, Rocío Trincado-Lamuño^a, Elena Esparza-Isasa^a, José Antonio Alonso-Cadenas^{b,c} y David Andina-Martínez^{b,c}

^a Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria Hospital La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Juanjesus.anon@salud.madrid.org (J. Añón-Hidalgo).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.08.001>
1695-4033/ © 2023 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tratamiento con radiofrecuencia del ganglio impar en la proctalga incapacitante y multirrefractaria[☆]



Radiofrequency treatment of the ganglion impar in incapacitating and multirefractory proctalga

Sra. Editora,

La proctalga se manifiesta como un dolor en la región anal de etiología múltiple. Las causas más frecuentes son^{1,2}: fisura anal, síndrome del elevador del ano, coccigodinia, neuralgia del nervio pudendo, proctalga fugax, hipertrofia del esfínter anal interno, hipersensibilidad visceral, ansiedad y disinergia anorrectal. En el caso de los niños, el dolor es intermitente y transitorio y suele responder a tratamientos habituales, como baños de asiento o tratamientos tópicos, requiriendo en algunas ocasiones tratamientos más específicos e invasivos³⁻⁶.

Presentamos el caso de un niño de 8 años, sin antecedentes de interés, valorado en consultas de gastroenterología infantil por dolor en la región anal de varias semanas de evolución.

El paciente refiere episodios de dolor anal intensos (10/10 puntos) de periodicidad intermitente (en algunas

ocasiones de forma diaria durante toda la semana), duros (varias horas seguidas) y sumamente incapacitantes, con gran afectación de su calidad de vida. No se asociaban a ningún desencadenante y le ocurrían incluso en situaciones de descanso. Durante 5 años, los dolores persistieron a pesar de tratamientos múltiples, como baños de asiento, salbutamol inhalado, nitroglicerina tópica, diltiazem tópico, corticoide tópico, lorazepam oral, metamizol oral e intravenoso, mebendazol oral, ciproheptadina oral, oxcarbamacepina oral, psicoterapia y tratamiento rehabilitador del suelo pélvico (estimulación del nervio tibial posterior, *biofeedback* y radiofrecuencia a nivel anal). La infiltración de nervios pudendos guiados por TAC dio lugar a una mejoría temporal, con recidiva posterior. No se realizó infiltración con toxina botulínica por rechazo de los padres.

Entre las exploraciones complementarias realizadas, presentaba una analítica sin parámetros de inflamación alterados, y rectosigmoidoscopia, resonancia magnética y ecografía anal sin hallazgos patológicos. La manometría mostró una presión anal muy elevada con reflejo anal inibidor normal.

Dada la persistencia del cuadro con afectación diaria de la calidad de vida, y ante la ausencia de respuesta a múltiples tratamientos, se derivó a la unidad del dolor del servicio de anestesia, donde se realizó, a los 14 años, radiofrecuencia pulsada bilateral de ganglio impar de Walter (fig. 1). Se realizaron dos sesiones, una guiada por ecografía y otra por escopia, con los siguientes parámetros: 42 °C, 6 minutos, 0,5 V + infiltración con triamcinolona y bupivacaína al 0,5%. Tras las sesiones recibidas, presentó un dolor local transitorio, sin efectos secundarios de forma posterior, desapareciendo por completo la proc-

[☆] Presentación previa en reuniones: Comunicación póster en el XXVIII Congreso de la SEGHNP, junio de 2022.

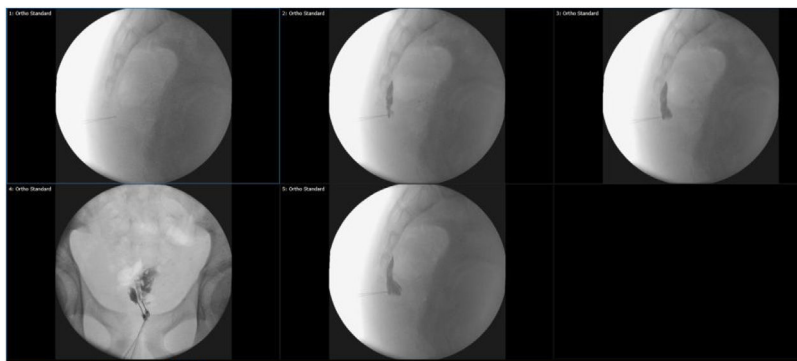


Figura 1 Radiofrecuencia pulsada de ganglio impar de Walter guiado por escopia. Estimulación sensitiva a 0,5 mV. Parámetros de lesión: 42 °C, 6 minutos + infiltración con triamcinolona y bupivacaína al 0,5%.

algia de forma progresiva. En la actualidad, el paciente se encuentra totalmente asintomático y no ha presentado recidivas tras dos años postratamiento. En el caso de que el dolor reaparezca, se planificarán nuevas sesiones de radiofrecuencia.

Concluimos que el dolor anal puede ser en ocasiones duradero e incapacitante, afectando seriamente la calidad de vida de algunos niños. En casos refractarios a tratamientos convencionales se debe considerar la radiofrecuencia pulsada del ganglio impar, ya que se trata de un tratamiento seguro y eficaz.

Bibliografía

1. Bharucha AE, Lee TH. Anorectal and pelvic pain. *Mayo Clin Proc.* 2016;91:1471–86.
2. Carrington EV, Popa SL, Chiarioni G. Proctalgia syndromes: Update in diagnosis and management. *Curr Gastroenterol Rep.* 2020;22:35.
3. Wald A, Bharucha AE, Limketkai B, Malcolm A, Remes-Troche JM, Whitehead WE, et al. ACG Clinical Guidelines: Management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol.* 2021;116:1987–2008.
4. Jeyarajah S, Chow A, Ziprin P, Tilney H, Purkayastha S. Proctalgia fugax, an evidence-based management pathway. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25:1037–46.
5. Atkin GK, Suliman A, Vaizey CJ. Patient characteristics and treatment outcome in functional anorectal pain. *Dis Colon Rectum.* 2011;54:870–5.
6. Restrepo-Garces CE, Gomez Bermudez CM, Jaramillo Escobar S, Jazmin Ramirez L, Vargas JF. Procedimientos a nivel de ganglio impar. *Rev Soc Esp Dolor.* 2013;20:150–4.

Pablo Oliver Goicolea^{a,*}, Maria Pilar Plou Garcia^b, Ana Belen Adell Pérez^b, Ane Etxart Lopetegi^c y Estibaliz Achurra Adán^d

^a Servicio de Pediatría, Hospital de Mendara, OSI Debarrena, Mendara, Gipuzkoa, España

^b Unidad del Dolor, Servicio de Anestesia y Reanimación, HU Donostia, Donostia, Gipuzkoa, España

^c Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General, HU Donostia, Donostia, Gipuzkoa, España

^d Unidad de Suelo Pélvico, Centro Quironsalud Plaza Euskadi, Bilbao, Bizkaia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablo.oliver2@gmail.com (P. Oliver Goicolea).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.08.007>
1695-4033/ © 2023 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).