

Rev. Soc. Esp. Dolor  
5: 369-370; 2007

## ***Bloqueo del cordón espermático como tratamiento del dolor crónico testicular***

A. Gonzalo-González<sup>1</sup>, J. Longás<sup>1</sup>, P. Pérez-Barrero<sup>1</sup>, M. Infantes<sup>1</sup>, C. Pérez-Alfranca<sup>1</sup>, R. Ruiz-Pérez<sup>2</sup>

Gonzalo-González A., Longás J., Pérez-Barrero P., Infantes M., Pérez-Alfranca C., Ruiz-Pérez R.

### **Bloqueo del cordón espermático como tratamiento del dolor crónico testicular**

Sr. Director

Se define el dolor crónico testicular como aquel dolor intermitente o constante, unilateral o bilateral de tres o más meses de duración que interfiere de forma importante con la vida diaria del paciente. Las causas más importantes de orquialgia crónica incluyen entre otras: infección, tumor, hernia inguinal, torsión testicular intermitente, hidrocele, espermatocele, varicocele, trauma y cirugía previa como herniorrafia, vasectomía y otros procedimientos quirúrgicos (1, 2). Una de las alternativas en el tratamiento del dolor crónico testicular así como en la analgesia coadyuvante perioperatoria de la cirugía escrotal es el bloqueo del cordón espermático, estructura que recoge entre otros la inervación de los testículos (3).

Los casos que presentamos se trataban de dos pacientes de 35 y 37 años, que refieren dolor crónico testicular de más de 3 meses de evolución, con antecedentes de vasectomía previa. Tras consentimiento informado se sometieron a bloqueo del cordón esper-

mático. Previamente a la anestesia regional se procedió a la canalización de acceso venoso y monitorización básica de los pacientes que incluía electrocardiograma de cinco derivaciones, presión arterial no invasiva y pulsioximetría. Se administró midazolam a dosis de 0.02 mg kg<sup>-1</sup> i.v. La técnica anestésica fue la siguiente: se palpó el tubérculo púbico, introduciendo la aguja de calibre 22 a un centímetro del mismo, siguiendo dirección caudal y vertical hacia la cara anterior del hueso púbico. En su trayecto, la aguja, una vez atravesado el cordón espermático, contacta con el hueso. Previa aspiración para evitar la inyección intravascular del anestésico local, se procedió a la inyección de 8 ml de bupivacaína 0.5% + 40 mg de triamcinolona a lo largo del trayecto de retirada hacia la piel. Para asegurarnos de la calidad anestésica, nosotros administramos la solución atravesando dos veces el cordón espermático, en diferentes ángulos sin llegar a retirar la aguja de la piel. Como tratamiento médico coadyuvante se empleó topiramato 50 mg cada 24 h. En sucesivas consultas realizadas a los 15, 30 y 60 días del bloqueo los pacientes mostraron un alivio satisfactorio de dolor con puntuación en la Escala Visual Analógica por debajo de (2) en ambos casos.

El tratamiento inicial del paciente con orquialgia se basa en el empleo de antibióticos asociando AINES. Si el tratamiento inicial fracasa se ha de valorar por la Unidad del Dolor decidiendo el tratamiento específico en cada caso. En los dos casos que presentamos, se decidió por el bloqueo del cordón espermático. Anatómicamente, el nervio ileoinguinal procede de la primera rama lumbar y duodécima rama torácica, siendo responsable de la inervación del músculo cremastérico y dirige la sensibilidad al contenido escrotal así como la piel de la base del escroto. Un grupo de fibras simpáticas siguen el recorrido del cordón espermático y recogen sensibilidad conte-

<sup>1</sup> Médico Adjunto

<sup>2</sup> Jefe de Servicio

Hospital Universitario Miguel Servet  
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia

Recibido: 25/03/2007

Aceptado: 30/03/2007

nido escrotal. El nervio ileoescrotal penetra en el escroto a través del borde anterolateral del cordón espermático, como emerge de su raíz externa es accesible al bloqueo anestésico farmacológico. Es importante recalcar que el bloqueo del nervio ileoinguinal y las fibras simpáticas no proporcionan bloqueo sensitivo de la piel escrotal (1-3).

Cuando el primer bloqueo no es eficaz puede recurrirse a una segunda infiltración del mismo. Aquellos pacientes que presentan un alivio temporal después del bloqueo del cordón espermático serán valorados por la Unidad para la realización de sucesivos bloqueos o iniciar otras terapias de dolor como por ejemplo la aplicación de estimulación eléctrica nerviosa transcutánea. Por otro lado los fármacos anti-depresivos y anticomociales como tratamiento coadyuvante proporcionan una terapia exitosa en pacientes con dolor crónico testicular. Como último escalón, si las terapias médicas fallan puede plantearse el tratamiento quirúrgico. En este caso, es fundamental, por razones médico-legales, la evaluación psicopatológica antes la cirugía. Diversos estudios consideran que la epididimectomía sólo consigue un alivio temporal en el 10% de los pacientes. Los protocolos de consenso proponen la orquiectomía vía escrotal, la cual presenta un 73% de efectividad, frente a la orquiectomía inguinal la cual mejora la clínica algica en un 55% de los casos (4). Nuevos procedimientos mínimamente invasivos como la denervación testicular laparoscópica se están empezando a emplear en el dolor crónico refractario con una reducción significativa del dolor hasta en 71 % de los casos presentando una escasa morbimortalidad (5).

En resumen, es importante realizar un examen y anamnesis meticolosos iniciando lo antes posible un tratamiento conservador que incluya inicialmente antibióticos y AINES. La Unidad del Dolor valorará las posibles terapias a aplicar incluyendo el bloqueo del cordón espermático. Como terapias coadyuvantes se pueden utilizar fármacos antidepresivos y anticomociales. Si estas medidas fracasan, se planteará el tratamiento quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bradley E, Mark J, Jhon W, Weie I, Foret J. Analysis and management of chronic testicular pain. *The Journal of Urology* 1990; 143: 936-939.
2. Burden RJ, Okelly SW, Sutton D, Curnming. Spermatic cord block improves analgesia for day-case testicular surgery *J.Br J Urol* 1997; 80; 472-475.
3. Wnkefield S, Elva A. Ann. Spermatic cord block: a safe technique for intrascrotal surgery. *R Coll Surg Eng* 1994; 76: 401-402.
4. Magoha GA. Local infiltration and spermatic cord block for inguinal, scrotal and testicular surgery. *East Aft Med* 1998; 75: 579-581.
5. Jeffrey A, Caddeu J, Moore R, Kavoussi L. Laparoscopic testicular denervation for chronic orchalgia. *The Journal of Urology* 1999; 162: 733-736.

### CORRESPONDENCIA

Dr. Javier Longas

jalonva@yahoo.com

Financiación: Ninguna

Conflictos de interes: No declarados