



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



## COMUNICACIONES

### X Reunión Anual de la Sociedad Española del Dolor

#### PROFILAXIS CON NEUROMODULADORES DEL DOLOR POSTOPERATORIO A CORTO Y MEDIO PLAZO

M.P. Acín Lázaro, M.C. Bono Ariño, R. Martínez Bazán,  
E. Facorro Gaspar, A. Faci Boutheliey y E.M. Pastor Tomás

*Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Royo Villanova.  
Zaragoza. España.*

**Objetivos:** La profilaxis con neuromoduladores puede reducir el dolor postoperatorio y los requerimientos analgésicos en este período. El objetivo de este estudio es evaluar el resultado analgésico postoperatorio de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, a los que se les administró pregabalina antes de la intervención.

**Material y método:** Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado que incluyó 32 pacientes, 20 mujeres (62,5%) y 12 hombres (37,5%), intervenidos de colecistectomía laparoscópica divididos en 2 grupos: Grupo I, 16 pacientes que se les administró pregabalina 300 mg en dosis única 1-2 horas antes de la intervención. Grupo II, 16 pacientes sin pregabalina. Edad media  $55,96 \pm 12,38$  años (28-75), ASA I-III para ambos grupos. La evaluación del dolor se basó en la EAV y consumo de pirazolonas a demanda durante la primera semana tras la intervención. Se registraron los efectos adversos y la satisfacción del paciente. El análisis estadístico se realizó con el test de Kolmogorov-Smirnov del programa Statgraphics. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Las puntuaciones EAV y el consumo de analgésicos fueron inferiores en el grupo I (resultado analgésico en el grupo I: bueno 13 pacientes, regular 3 y malo ninguno. Grupo II: bueno 9, regular 6 y malo 1). Debido a que P-valor es menor que 0,05 hay una diferencia estadísticamente significativa entre las dos distribuciones, con un nivel de confianza del 95%. La satisfacción fue buena en ambos grupos. Los efectos adversos aparecieron en 2 pacientes (12,50%) del grupo I, que estuvieron menos reactivos en el postoperatorio inmediato, aunque no precisaron ninguna medida especial.

**Conclusiones:** La profilaxis con pregabalina reduce la aparición de dolor postoperatorio y del consumo de analgésicos, sin que se hayan observado efectos adversos de relevancia.

#### RADIOFRECUENCIA CONVENCIONAL PARA EL FENÓMENO DE RAYNAUD EN EL SÍNDROME DE CREST. CASO CLÍNICO

M.Z. Arcas Molina, S. Uña Orejón, J.F. Sánchez Gallardo  
y E. Martínez González

*FEA de Anestesia. Unidad del Dolor. Complejo Hospitalario  
Universitario de Albacete. Albacete. España.*

**Introducción:** El Síndrome de CREST es un tipo de esclerodermia que engloba cinco manifestaciones diferentes que por sus siglas significa C (Calcinosis, depósitos nodulares de calcio bajo la piel), R (fenómeno de Raynaud), E (disfunción Esofágica), S (esclerodactilia, endurecimiento de la piel en los dedos de manos y piel) y T (telangiectasias). El fenómeno de Raynaud es la manifestación más dolorosa de este síndrome.

**Historia clínica:** Mujer de 56 años remitida por el servicio de Reumatología, con Síndrome de CREST e isquemia digital severa de la 1ª falange del dedo índice de la mano izquierda (fig. 1) La paciente presentaba una úlcera con costra necrótica progresiva y dolor incoercible que no respondía a analgesia de tercer escalón (oxicodona), ni a fármacos vasodilatadores (prostaciclina), específicos para el fenómeno de Raynaud severo.

**Tratamiento:** Se planteó a la paciente inicialmente la realización de un bloqueo simpático diagnóstico del ganglio estrellado con anestésicos locales y posteriormente realización con radiofrecuencia en caso de ser positivo el bloqueo diagnóstico; pero el día de la intervención se decidió directamente la realización de radiofrecuencia convencional ante la rápida progresión de la isquemia digital. La técnica se realizó con el paciente en decúbito supino, abordaje paratraqueal (anterior) y localización mediante fluoroscopia y contraste a nivel de la 7ª vértebra cervical izquierda (figs. 2 y 3). Se aplicó radiofrecuencia convencional (80°, 80 segundos), en tres puntos de la apófisis transversa de C7.

**Evolución:** La paciente manifestó desaparición del dolor desde el mismo momento de realización de la técnica, con signos evidentes de aumento de la temperatura cutánea y mejoría de la circulación. En revisión a los 45 días la paciente continuaba sin dolor y con regresión casi total de la costra necrótica (fig. 4).



Figura 1.

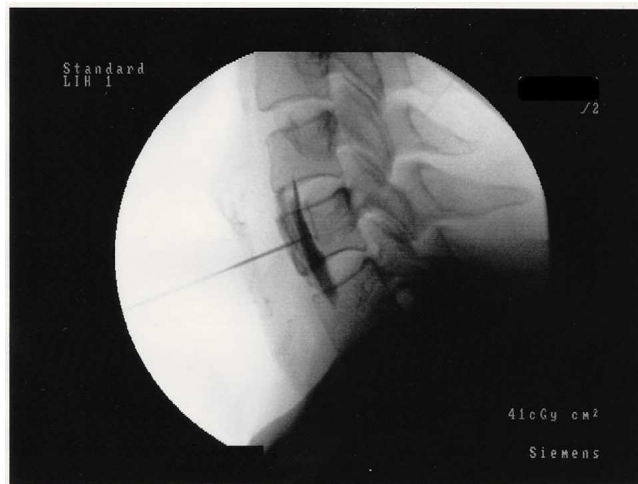


Figura 3.



Figura 2.



Figura 4.

**Conclusiones:** El bloqueo del sistema simpático a nivel del ganglio estrellado para tratar fenómenos isquémicos de los miembros superiores es una técnica utilizada y validada desde hace tiempo con buenos resultados. La radiofrecuencia convencional es una alternativa a la realización de varios bloqueos seriados con anestésicos locales, necesarios para la eficacia del bloqueo simpático. En nuestro caso decidimos la realización de radiofrecuencia lesiva en un primer tiempo sin realización de los bloqueos diagnósticos previos con anestésicos locales, debido a la gravedad del cuadro y a la imposibilidad de realizar bloqueos seriados por saturación de la lista de espera para técnicas intervencionistas, consiguiéndose con una sola sesión de radiofrecuencia la mejoría del cuadro clínico.

#### Bibliografía

1. Freire E, Camba MA. Técnicas e indicaciones del bloqueo del ganglio estrellado para el tratamiento del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:328-37.
2. Herrera Silva J. Isquemia arterial aguda de miembros superiores. Papel del bloqueo simpático del ganglio estrellado. Caso clínico. IV Congreso de la SED, Málaga, 1999.
3. Forouzanfar T, van Kleef M, Weber WE. Radiofrequency lesions of the stellate ganglion in chronic pain syndromes: retrospective analysis of clinical efficacy in 86 patients. *Clin J Pain*. 2000;16:164-8.

#### ANALGESIA POSTOPERATORIA CON CATÉTER SUBAPONEURÓTICO EN HISTERECTOMÍAS ABDOMINALES

E. Barceló, D. Sintés, M. Pijoan, R. Mansilla, C. Giralt y P. Deulofeu

*Badalona Serveis Assistencials. Badalona. Barcelona. España.*

**Objetivo:** Valorar la eficacia analgésica y seguridad de la infiltración continua con A.L. de la herida quirúrgica mediante un catéter subaponeurótico en el postoperatorio de pacientes intervenidas de histerectomía abdominal.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo, aleatorio y a doble ciego de 30 pacientes intervenidas de histerectomía abdominal con anestesia general. Todas han dado su consentimiento por escrito. Las pacientes han sido aleatorizadas en 3 grupos (A: bupivacaína S/A 0,375%; B: levobupivacaína S/A 0,375% y C: suero fisiológico). Al finalizar la intervención quirúrgica se administra un bolo subaponeurótico de 20 ml de bupivacaína 0,375% S/A y se coloca un catéter multiperforado subfascial, iniciándose la perfusión correspondiente mediante bomba elastomérica. Se pauta analgesia endovenosa con metamizol 2 g/8h + paracetamol 1 g/8h (alternos) y se registra el consumo de analgesia de rescate (meperidina sc/6h).

**Resultados:** Hasta el momento, como resultado preliminar, se han recogido 22 casos, siendo el consumo de meperidina en planta del 29% en el Grupo A, del 57% en el Grupo B y del 14% en el Grupo C. El EVA en Reanimación ha sido estadísticamente inferior en el Grupo C, pero no el EVA de las 24 y 48h. Respecto al grado de satisfacción, ha sido “bueno” o “muy bueno” en la gran mayoría de casos.

**Conclusiones:** Sistema de analgesia eficaz, de fácil realización y sin complicaciones ni efectos secundarios que precisa de la colaboración del equipo quirúrgico al completo. Grado de satisfacción “bueno” o “muy bueno” para la mayoría de pacientes. En los resultados preliminares el Grupo C es el que menos consumo de analgesia de rescate ha precisado.

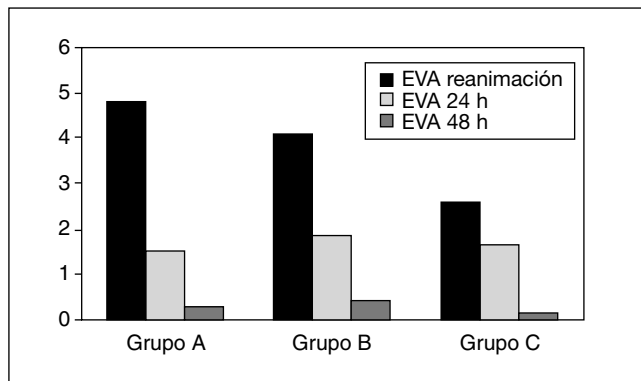


Figura 1.

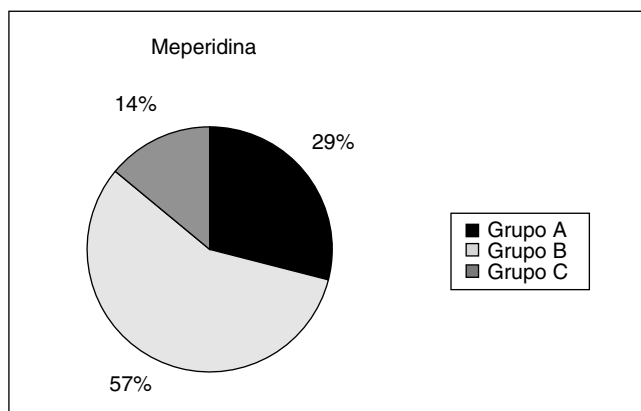


Figura 2.

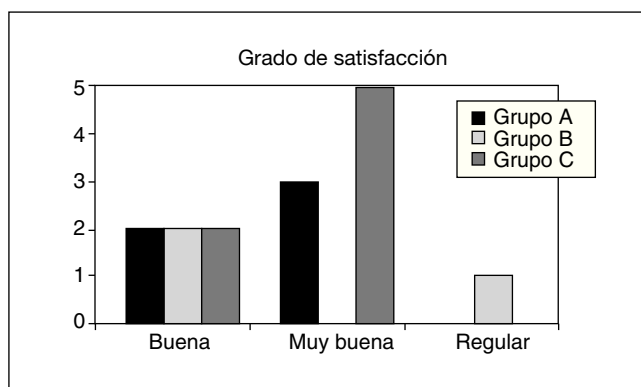


Figura 3.

## DOLOR POST ICTUS: CASO CLÍNICO

J. Barrena Sotés, M. Mozas Calabaza, S. Hernández García, G. Achuri Abelló, A. Amat Remírez y M.J. Salvador Bravo

*Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra. España.*

**Introducción:** El dolor central se define como el dolor asociado a una lesión traumática o patológica del sistema nervioso central. Su incidencia es del 8% durante el primer año tras un ictus, llegando hasta el 25% en infartos bulbares.

**Caso clínico:** Varón de 56 años con antecedente de ACV en hemisferio derecho hace un mes, que evoluciona con discreta hemiparesia de predominio en EI y dolor de características neuropáticas en hemisferio izquierdo, descrito como quemante de forma continua (EVA de 3) y crisis fulgurantes (10-14 crisis diarias, de 20-30 minutos de duración) de EVA 9, con afectación severa del sueño. Los tratamientos previos con gabapentina (1.800 mg/día), tramadol, benzodiacepinas, corticoides e incluso Actiq® resultaron ineficaces. Se decide ingreso hospitalario para continuar tratamiento rehabilitador y ajuste del tratamiento analgésico con pregabalina en ascenso rápido y lidocaína iv (hasta 5 mg/kg), clomipramina 75 mg, fentanilo TTS 12 µg/h y Actiq 200 µg. Pasados 26 días, al alta presenta alivio completo del dolor basal (EVA de 0) con disminución del número de crisis diarias (4-5) así como de su intensidad (EVA de 4) y duración (5-10 min), de predominio hemifacial izquierdo y EI.

**Conclusión:** El tratamiento del dolor neuropático post ictus constituye un reto para el médico. No existe un tratamiento definitivo, dada la complejidad y la variabilidad en la localización de los síntomas expresados, debido al tipo de estructuras dañadas involucradas. Las indicaciones en el tratamiento médico, con antidepresivos, anticonvulsivos (de elección en episodios paroxísticos), amitriptilina, doxepina, AINES, opioides, métodos neuroestimuladores, sistemas de administración sostenida de fármacos, aporte psicológico e incluso técnicas ablativas, deben intentar personalizarse, teniendo en cuenta la idiosincrasia de cada paciente y la forma en que exterioriza los síntomas de esta compleja patología.

## ESTIMULACIÓN DE LOS CORDONES POSTERIORES (SCS) COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN LA SIRINGOMIELIA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

V. Blázquez Calvo, G. Márquez Garrido, P. Lloreda Herradón, F. Herva Pintor, E. Uriarte Brizuela y J. Insausti Valdivia

*Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.*

**Historia clínica:** Varón de 29 años que comienza de modo abrupto y rápida evolución con pérdida de fuerza y dolor de características neuropáticas en miembros superior e inferior izquierdos tras traumatismo en miembro superior izquierdo.

**Exploración física:** Hipoestesia e hipoalgesia sin alodinia en dermatomas de C4-T1 y L3-S1 izquierdos y disminución de fuerza (3/5) asociado a espasmos musculares involuntarios en MSI y MII. Disminución de los reflejos osteotendinosos en hemisferio izquierdo. Lasegue negativo bilateral. No amiotrofias en extremidades. No otra focalidad neurológica. **Exámenes complementarios:** RMN: sistema ventricular simétrico y no dilatado. A nivel medular se observa dilatación quística a tensión que comprende C5 hasta D2 que se extiende de manera submilimétrica hasta el cono medular. No descenso amigdalario claro. Potenciales evocados somatosensoriales y acústicos de tronco cerebral dentro de la normalidad.

**Juicio clínico:** Siringomielia. Probable Arnold Chiari tipo I.

**Tratamiento:** Tras intentar terapia farmacológica con neuromoduladores (pregabalina, gabapentina) y AINES asociada a rehabilitación con escasa respuesta se plantea colocación SCS a nivel cervical. Tras una semana de prueba se procede al implante de SCS octopolar definitivo que cubría por completo área cervico-braquial izquierda.

**Resultado:** Se obtuvo disminución de puntuación en diferentes test de evaluación del dolor: VAS de 6 a 3/10; Latinen de 11 a 4; Mc Gill abreviado de 25 a 9/45.

### EFICACIA DE LA OXICODONA EN LA PAUTA ANALGÉSICA POSTOPERATORIA PARA PROCESOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA ABDOMINAL AMBULATORIA

S. Botella, R. Burrueco, M. Echeverri, J. García, A. Gilabert y F. Pérez de la Romana

*Instituto de Cirugía Plástica Dr. Pérez de la Romana. Alicante. España.*

**Objetivos:** El dolor postoperatorio en procesos plásticos abdominales contraindicaba en muchos casos su realización de forma ambulatoria. Presentamos los resultados obtenidos en dichos procesos tras la inclusión de oxicodona en el tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo aleatorizado en pacientes sometidas a abdominoplastia estética y liposucción extensa que pueden ser incluidas en el protocolo de Cirugía Mayor Ambulatoria. Se establecen dos grupos. Grupo 1: pauta analgésica postoperatoria con dexketoprofeno 50 mg/8h y tramadol 100 mg/12h. Grupo 2: dexketoprofeno 50 mg/8h y oxicodona 5 mg/12h. Se recogen datos demográficos, técnica quirúrgica, técnica anestésica, intensidad del dolor medida con la escala visual analógica a las 0, 2, 6, 24 y 36 h, necesidad de uso de rescate analgésico u otros fármacos adyuvantes, aparición de efectos indeseados y grado de satisfacción general.

**Resultados:** Se han estudiado 18 pacientes sometidas a abdominoplastia estética (9 en el grupo 1 y 9 en el grupo 2) y 25 pacientes en las que se ha realizado liposucción mayor de 1.500 cc (13 en el grupo 1, 12 en el grupo 2). No se obtienen diferencias significativas entre las pacientes de un mismo grupo según la técnica realizada. No se observan diferencias en la intensidad del dolor de base. Se observa reducción significativa del dolor a las 6, 24 y 36 horas en el grupo 2. Las dosis analgésicas de rescate son más numerosas en el grupo 1. La aparición de efectos adversos (náuseas) es más frecuente en el grupo 1. El grado de satisfacción es significativamente mayor en el grupo 2.

**Conclusiones:** El uso de oxicodona en el postoperatorio de los procesos descritos mejora los resultados obtenidos respecto al uso de los otros fármacos.

### Bibliografía

- Wirz S, Wartenberg H, Wittmann M, Nadstawek J. Post-operative pain therapy with controlled release Oxycodone or controlled release tramadol following orthopedic surgery. *The Pain Clinic*. 2005;17(4):367-76.
- Curtis G, Johnson G, Clark P, Taylor R, Brown J. Relative potency of controlled-release oxycodone and controlled-release morphine in a postoperative pain model. *Eur J Clin Pharmacol*. 1999;55:425-29.

### NEURALGIA DEL TRIGÉMINO. EFICACIA Y DIFERENCIAS ENTRE RADIOFRECUENCIA PULSADA Y CONVENCIONAL

M. Calderón, B. Aranda, J.C. Fernández Domínguez, R. González, C. Nieto y S. García del Valle

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

**Objetivos:** Valorar la eficacia del tratamiento con Radiofrecuencia (RF) sobre el Ganglio de Gasser en pacientes con Neuralgia del Trigémino (NT). A la Vez comparamos si existen diferencia entre RF de tipo pulsado (RFp) y RF de tipo convencional.

**Material y métodos:** Fueron tratados un total de 27 pacientes (20 mujeres y 7 hombres) diagnosticados de NT idiopática de forma consecutiva. 4 de ellos sufrieron una cirugía previa de descompresión. La edad media fue de 62 años con un tiempo desde el diagnós-

tico medio de 40. Si la NT afectaba a la 2ª rama se realizaba una RFc a 67 °C durante 1 minuto. Cuando afectaba a la 1ª o 3ª se realizó una RFp durante 120 seg. En todos los casos con lesión única. Se comprobó la correcta localización de la punta activa con estimulación sensitiva (50 Hz) y motora (2 Hz) bajo control fluoroscópico, en quirófano y ambiente estéril con preoperatorio completo. Se valoró el nivel de dolor mediante Escala Analógico Visual (EVA) basal a los 30, 60 y 90 días, en cada una de las ramas por separado, agrupándose según el tipo de RF utilizada. También se valoró en número de fármacos consumidos por paciente. La técnica se realizó con anestesia local, bajo sedación profunda durante la progresión de la aguja y la administración de hielo en la cara y corticoides al final de la intervención (1 mg/kg metilprednisolona IV).

**Resultados:** EVA basal global presentó una mediana 8 con rango IC 7-9. La evolución del EVA de la 2ª rama fue de mediana 2 (RIC 0-4), 2 (RIC 0,5-3,5), 1 (RIC 0-2,5) a los 30, 60 y 90 días respectivamente. La evolución del EVA de la 1ª y 3ª rama fue de mediana 2 (RIC 0,5-3,5), 2 (RIC 0,5-3,5), 3 (RIC 1,5-4) a los 30, 60 y 90 días respectivamente. Con la RFc, test no paramétrico de Friedman, con respecto al basal  $p < 0,0001$ , con la RFp, test de Friedman, con respecto al basal  $p < 0,0001$ . Comparando ambas técnicas la  $p$  fue  $> 0,30$ . El consumo de fármacos descendió desde 3,77 fármacos por paciente a 2,1 a 1 y a 1,1 a los 30, 60 y 90 días respectivamente ( $p < 0,01$  Kruskal-Wallis).

**Conclusiones:** Tanto la aplicación de RF convencional (2ª rama) como la pulsada (1ª y 3ª rama) disminuyen de forma significativa el dolor con respecto al EVA basal de forma precoz y mantenida. El consumo de fármacos disminuye de forma muy importante junto con sus efectos secundarios. No encontramos diferencias entre la RFp y la RFc.

### CIÁTICA: TRATAMIENTO CON OZONO INTRADISCAL Y RADIOFRECUENCIA DEL GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL FRENTE A CADA UNA DE ESTA DOS TÉCNICAS

M.L. Cánovas Martínez, M. Castro Bande, J. Martínez Salgado, S. Vila Granja, J. Centeno García y F. Rocha García

*Servicio de Anestesia y Reanimación. Complejo Hospitalario Ourense. Ourense. España.*

**Objetivo:** Estudio prospectivo y comparativo que compara la eficacia de la administración intradiscal de ozono asociada a radiofrecuencia pulsada de la raíz lumbar comprometida, con cada una de estas dos técnicas, de forma aislada, en el manejo del dolor radicular secundario a hernia discal.

**Material y método:** Se incluyeron en el estudio 30 pacientes con clínica de dolor lumbar severo, EVA  $> 6$ , de más de 3 meses de duración, resistente a tratamiento conservador (medicación oral y fármacos epidurales), con signos de afectación radicular con o sin parestesia e hipoestesia y con distribución correspondiente al dermatoma afecto. Los criterios radiológicos de inclusión fueron: evidencia en la RM de hernia discal contenida con o sin degeneración discal. Se distribuyeron aleatoriamente en tres grupos: Grupo A (5-15 ml de ozono intradiscal a 27 mg/ml de concentración y radiofrecuencia pulsada del ganglio de la raíz dorsal correspondiente); Grupo B (5-15 ml de ozono intradiscal a 27 mg/ml de concentración) y Grupo C (radiofrecuencia pulsada del ganglio de la raíz dorsal al nivel comprometido). La eficacia analgésica se valoró a los 15, al mes, 3 y 6 meses de la técnica, mediante el EVA y se llevó a cabo una valoración radiológica con RM a los 3 meses. El estudio estadístico se realizó mediante el programa SPSS 14.0 para Windows. Se consideró significativo una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Los niveles afectados, por orden de frecuencia, fueron L4-L5 (16/53,3%), L5-S1 (10/33,3%) y L3-L4 (4/13,33%). El volumen medio de ozono administrado fue en el Grupo A  $8 \pm 2,5$  ml y en el B  $6,5 \pm 2,4$  ml. El 90% de los pacientes del Grupo A presentaron

mejoría significativa  $p < 0,05$  en todas las revisiones, en el 80% de los pacientes del grupo B la mejoría se produjo más tardíamente, pero se mantuvo a los 6 meses de la técnica y en el 90% de los pacientes del C, la mejoría se inició de forma precoz, pero su duración fue significativamente más corta que la de los otros 2 grupos. La RM mostró una reducción significativa del volumen herniario en los grupos A y B (65% y 70% respectivamente). No se observó ningún tipo de complicación asociada a las técnicas.

**Conclusiones:** La radiofrecuencia pulsada, de la raíz afecta, mejoró los resultados de la administración de ozono intradiscal, con un inicio precoz de la reducción del dolor, posteriormente mantenida por la reducción tardía del tamaño de la hernia producida por el ozono.

## SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO TIPO II

B. Cañas Ortega, J. Ceballos López, J.L. Martín Romero y D. Contreras de la Fuente

*Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.*

**Caso clínico:** Paciente de 49 años de edad intervenida de la mano derecha por una tenosinovitis estenosante de DeQuervain, con antecedentes de síndrome depresivo y alergia a fosfomicina-trometamol. A la exploración destaca mano derecha edematosa y con piel brillante, sin alteraciones de la sudoración y dolor intenso a la movilización tanto activa como pasiva. El dolor ha ido ascendiendo hasta el hombro. Los exámenes complementarios han sido: radiografía de mano y muñeca derechas; electromiografía: sin patrón neurogénico ni miopático, y electroneuronograma: neuropatía sensitivomotora del nervio mediano derecho con un grado de afectación moderado. Se han realizado múltiples tratamientos sin buenos resultados: farmacológico; bloqueos simpáticos con guanetidina; electroestimulación medular; iontoforesis con dexametasona y bloqueo del ganglio estrellado con lidocaína.

**Conclusión:** Es muy importante el tratamiento precoz de este síndrome para obtener buenos resultados. Existen varios estudios en los que se cuestiona la eficacia de la guanetidina frente al placebo, sin embargo, hemos obtenido resultados satisfactorios en otros pacientes.

## MEJORÍA DEL TEST DE LATTINEN EN PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO TRAS TRATAMIENTO CON DULOXETINA

P. Cía Blasco, M.D. Rodrigo Royo, J.C. Quero López, A. Lucas Hernández y P. Baltanás Rubio

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.*

**Objetivo:** Valorar los cambios que se producen en el test de Lattinen en pacientes con dolor neuropático tras 2 meses de tratamiento con 60 mg de duloxetina. El test de Lattinen es propuesto por diversos autores como reflejo de la calidad de vida del paciente con dolor crónico.

**Material y métodos:** Fueron estudiados 50 pacientes (36 mujeres y 14 hombres), con una media de edad de  $53,1 (\pm 13,19)$  años. Todos tenían dolor neuropático de diferentes orígenes con mal control del dolor a pesar de llevar tratamientos indicados para este tipo de dolor (media del EVA inicial:  $7,24 \pm 1,06$ ). A todos se les añadió duloxetina 60 mg. Se realizó el test de Lattinen al comenzar el tratamiento con duloxetina y 2 meses después. Abandonaron el tratamiento por efectos secundarios 5 pacientes antes de completar los 2 meses.

**Resultados:** La media de las puntuaciones del test de Lattinen antes de comenzar el tratamiento con duloxetina era de  $12,6 \pm 2,1$  y tras los 2 meses de tratamiento fue de  $8,2 \pm 3,23$ , resultando esta diferencia estadísticamente significativa  $p < 0,0001$ . El número de horas de

sueño aumentó de  $4,76 \pm 1,49$  a  $6,64 \pm 1,49$ , siendo esta diferencia estadísticamente significativa  $p < 0,0001$ . La media en la escala visual analógica (EVA) disminuyó de un  $7,24 \pm 1,06$  inicial a  $3,53 \pm 2,12$ .

**Conclusiones:** La media de la puntuación del test de Lattinen en los 45 pacientes que completaron los 2 meses de tratamiento con duloxetina 60 mg disminuyó de forma significativa. Asimismo, se produjo un aumento significativo del número de horas de sueño. Así se manifiesta la repercusión de duloxetina no sólo sobre el dolor en los pacientes con dolor neuropático sino también en la calidad de vida en general, reflejado en la mejoría del test de Lattinen. Además, hay que destacar que la mejoría tanto de EVA como en el test de Lattinen se produjo en un grupo de pacientes que ya habían llevado otros tratamientos farmacológicos para el dolor neuropático sin resultado positivo.

## INYECCIÓN INTRAARTICULAR ÚNICA DE ÁCIDO HIALURÓNICO COMO TRATAMIENTO DE LA GONARTROSIS

M.I. Díaz Ganado, F. Torre, A. Callejo, C. Gómez, S. Latorre y A. Arizaga

*Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital de Galdakao-Usansolo. Vizcaya. España.*

**Introducción:** Numerosos trabajos avalan el uso de ácido hialurónico intraarticular como tratamiento de la gonartrosis. El ácido hialurónico es componente importante del espacio extracelular. Entre sus funciones se encuentran la creación de volumen, la lubricación tisular, así como la protección, movilidad y proliferación celular. Existen diferentes presentaciones de 5 o 3 inyecciones intraarticulares de administración semanal.

**Material y métodos:** Presentamos un estudio descriptivo de 47 pacientes a los cuales se administró una única dosis, 20 mg, intraarticular de ácido hialurónico (Durolane®). Se aplicó la escala EVA pretratamiento así como al mes, a los tres y seis meses postratamiento y el grado de satisfacción del paciente.

**Resultados y conclusiones:** Los resultados obtenidos no muestran diferencias en cuanto al dolor, rigidez, alteración funcional y EVA entre sexos. El 46% de los pacientes tenía un dolor moderado-severo al inicio del tratamiento, siendo percibido como dolor leve en el 31% y moderado en el resto al mes del tratamiento, manteniéndose dicha tendencia en la escala EVA a los seis meses postratamiento. Así mismo un 48,89% de los pacientes ha referido estar satisfecho o muy satisfecho con el resultado del tratamiento. Con nuestro estudio concluimos que con la inyección intraarticular única de ácido hialurónico se observa la mejoría de los síntomas producidos por la gonartrosis, manteniéndose dicha tendencia al cabo de seis meses, evitando por otro lado los posibles efectos no deseados de las punciones múltiples.

## UNIDADES DE DOLOR DE EXTREMADURA: ASESORÍA TELEFÓNICA A PROFESIONALES SANITARIOS

M.D. Domínguez Lavado, R.M. Martín Villarreal, A. González Curado, J. Costillo Rodríguez, M. Jiménez Rodríguez y S. Hueros Ayuso

*Unidad de Dolor de Badajoz. Badajoz. España.*

**Introducción:** El Servicio Extremeño de Salud puso en funcionamiento dos Unidades del Dolor en el año 2003, con la orientación específica de mejorar el abordaje del dolor, especialmente el dolor crónico. Se determinó que el 50% de su actividad fuera de apoyo docente formativo a los EAP, mediante cursos, talleres y sesiones clínicas en todos los centros de salud de la Comunidad de Extremadura, de forma presencial y a través de Telemedicina. La Asesoría Telefónica a profesionales sanitarios se realiza como método de apoyo a la mejora del abordaje del dolor crónico.

**Objetivos:** Proporcionar a los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes de dolor crónico el apoyo en la gestión de sus pacientes de forma rápida y cómoda y evitar desplazamientos innecesarios.

**Metodología:** Disponibilidad de línea telefónica abierta. Difusión de la utilidad del servicio y del modo de acceder a él. Respuesta inmediata de un médico/enfermera de la Unidad del Dolor ante la demanda relacionada con dolor de un sanitario.

**Resultados:** La utilización de la asesoría aumenta la resolución de casos.

**Conclusiones:** La asesoría telefónica puede ser una buena opción de apoyo a los E.A.P saturados por la presión asistencial y por los pluritratamientos no siempre coordinados de diferentes especialistas que atienden a los pacientes con dolor crónico.

## ANALGESIA MULTIMODAL CON CATÉTER INCISIONAL MULTIPERFORADO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA POR TORACOTOMÍA

F.J. Escribá<sup>a</sup>, J.M. Loro<sup>a</sup>, A. Tur<sup>a</sup>, M. Peláez<sup>a</sup>, E. Pastor<sup>b</sup> y J. Pallares<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Dolor Agudo. Servicio de Anestesiología. Hospital La Fe. Valencia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital La Fe. Valencia. España.

**Objetivos:** Valorar la eficacia del catéter subincisional multiperforado con perfusión continua de anestésico local (CSM-AL) para disminuir los requerimientos de morfina en pacientes sometidos a toracotomía y comparar la incidencia de efectos secundarios.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en pacientes programados para toracotomía: en el Grupo 1 el control del dolor postoperatorio se consiguió mediante PCA de morfina (DELTEC CADD-Legacy de Smiths-Medical) con perfusión continua de 1 mg/hora y bolos a demanda de 1 mg para pacientes con peso > 70 kg. En el Grupo 2 el control del dolor se realizó mediante implantación de catéter Baxter Painfusor multiperforado conectado a un infusor Baxter elastomérico con perfusión continua de ropivacaína 0,2% a 7 ml/h más el apoyo de una PCA de morfina (DELTEC CADD-Legacy de Smiths-Medical) con perfusión continua de 0,5 mg/h y bolos a demanda de 0,5 mg para pacientes con peso > 70 kg. Se incluyeron pacientes a los que se realiza toracotomía, con peso = 70 Kg. Se excluyeron pacientes con tratamiento con opioides previo a la intervención, historia de dolor crónico, menores de 18 años, incapacidad para utilizar la PCA, alcoholismo, consumo habitual de drogas psicoactivas, antecedentes de patología psiquiátrica.

**Resultados:** Control dolor con una EVA similar en ambos grupos sin apreciarse diferencias significativas (tabla 1).

En cuanto a los efectos secundarios (tabla 2) se apreciaron diferencias estadísticamente significativas para las náuseas y/o vómitos (con  $p < 0,01$ ) y las alteraciones neurológicas (con  $p < 0,05$ . RR = 5,84 con IC 95% [1,4-24,2]).

**Conclusiones:** El uso de catéter subincisional multiperforado junto con perfusión de bomba de morfina PCA permite disminuir los requerimientos de morfina en los pacientes post toracotomía presentando menor incidencia de náuseas y/o vómitos y alteraciones neurológicas.

## Bibliografía

1. Wheatley GH 3rd, Rosenbaum DH, Paul MC, Dine AP, Wait MA, Meyer DM, Jessen ME, Ring WS, DiMaio JM. Improved pain management outcomes with continuous infusion of a local anesthetic after thoracotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;130(2):464-8.
2. Forastiere E, Sofra M, Giannarelli D, Fabrizi L, Simone G. Effectiveness of continuous wound infusion of 0.5% ropivacaine by On-Q pain relief system for postoperative pain management after open nephrectomy. *Br J Anaesth.* 2008;101(6):841-7.
3. White PF, Rawal S, Latham P, Markowitz S, Issioui T, Chi L, Dellaria S, Shi C, Morse L, Ing C. Use of a continuous local anesthetic infusion for pain management after median sternotomy. *Anesthesiology.* 2003;99(4):918-23.

## ANALGESIA EN CISTITIS ULCERATIVA POR KETAMINA

L. Ferreira Laso, L. Pérez de Albéniz Vesga, M. López-Tafall Cáceres, B. Pérez de San Román Basabe, E. Báez Hernández y C.A. Valero Martínez

Servicio de Anestesia. Hospital de San Txagorritxu. Vitoria. España.

**Objetivo:** Analizar la eficacia de la PCEA para tratamiento del dolor secundario a la instilación vesical de ácido hialurónico en cistitis ulcerativa por KETAMINA

**Material y métodos:** Paciente de 23 años con antecedente de consumo crónico de ketamina, que desarrolla un cuadro de cistopatía crónica. **Clinica:** síndrome miccional irritativo con intensa poliuria y sensación de pinchazo con la micción. Recibió tratamiento antiinflamatorio y anticolinérgico con escasa mejoría. Pruebas complementarias: Cistoscopia y RTU vesical: Vejiga de escasa capacidad (100-120 cc) con paredes friables. Neoformación vascular vesical. Biopsia vesical: infiltrado inflamatorio crónico inespecífico y difuso. Urografía intravenosa: Déficit de relleno a nivel vesical. Tratamiento: se realizaron instilaciones vesicales de ácido hialurónico. Durante las primeras, la paciente refirió un dolor que obligó a suspender la técnica por lo que se realizó epidural lumbar y colocación de catéter epidural tunelizado conectado a una bomba de infusión controlada por la paciente. (sistema PCEA) Se programó la

Tabla 1. Escala visual analógica en ambos grupos

		EVA basal	EVA 6 h	EVA 12 h	EVA 24 h	EVA 48 h
Grupo morfina	Mediana	6	5	3	2	2
	Rango	[5-8]	[3-6]	[2-5]	[0,25-3]	[1,5-3]
Grupo catéter	Mediana	6	4	3	2	2
	Rango	[4-8]	[2-6,75]	[2-4,75]	[2-2,75]	[0-2]

Tabla 2. Efectos secundarios en ambos grupos

	Náuseas y/o vómitos	Retención urinaria	Prurito	Íleo paralítico	Alteraciones neurológicas	Somnolencia
Grupo morfina	n = 26 (70,3%)	n = 3 (8,1%)	n = 1 (2,7%)	n = 3 (8,1%)	n = 12 (32,4%)	n = 0 (0%)
Grupo catéter	n = 0 (0%)	n = 0 (0%)	n = 1 (2,8%)	n = 0 (0%)	n = 2 (5,6%)	n = 1 (2,8%)



bomba mediante bolos de 6 ml de l-bupivacaína 0,25%, con un intervalo de cierre de 10 minutos. Treinta minutos antes de las instilaciones la paciente se administraba 2 bolos. El tratamiento se mantuvo durante una semana.

**Resultados:** La técnica analgésica fue valorada por la paciente como muy satisfactoria. Refirió parestesias bien toleradas tras bolos epidurales, sin presentar bloqueo motor franco. Posteriormente se realizaron inyecciones de toxina botulinica vesicales, objetivándose mejoría clínica evidente.

**Conclusiones:** La ketamina es un antagonista de los receptores NMDA, utilizándose sin control en la actualidad como droga de abuso. Su uso continuado se ha asociado con graves casos de cistitis ulcerativa, en adultos jóvenes, como una entidad de reciente diagnóstico, cuya prevalencia está en aumento. La PCEA puede ser una alternativa eficaz para el alivio del dolor secundario a instilaciones y dilataciones vesicales en esta patología.

### ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA DEL FENTANILO TTS 12 µg (DUROGESIC MATRIX12) EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO SIN TRATAMIENTO PREVIO CON OPIÁCEOS

J. Folch Ibáñez<sup>a</sup>, J. Guitart Vela<sup>a</sup>, J. Fuentes Bellido<sup>b</sup>, M. Casals Merchan<sup>c</sup>, V. Mayoral Rojals<sup>c</sup> y A. Tomàs Torrelles<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Anestesia, Reanimación y Patología del Dolor. Hospital Plató. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Unidad del Dolor. Servicio de Anestesiología.

Pius Hospital de Valls. Tarragona. España.

<sup>c</sup>Servicio de Anestesiología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España.

<sup>d</sup>Unidad del Dolor. Servicio de Anestesiología. Hospital Sant Bernabé. Berga. Barcelona. España.

**Objetivos:** Valorar la eficacia analgésica y seguridad clínica de fentanilo Tts 12 µg/h (Durogesic Matrix 12 µg/h) como pauta inicial en pacientes que no han tomado opioides previos y con indicación de tratamiento opioide por dolor crónico no oncológico (DCNO).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de un mes de seguimiento, de 98 pacientes afectados de DCNO, en el que se incluyeron todos los pacientes con indicación al fármaco y sin tratamiento opioide previo. Se inició tratamiento con fentanilo Tts a una dosis inicial de 12 µg/h (Durogesic Matrix 12 µg/h). Se realizaron controles a los 15 y 30 días de evolución. Como medicación de base para el dolor se añadió paracetamol 500 mg cada 8 horas, junto con fentanilo Tts 12 µg. No se prescribió ninguna medicación concomitante para el dolor, y como medicación de rescate se pautó (metamizol 1.150 mg/8h v.o). Se valoraron las siguientes variables: intensidad del dolor: ninguno (7%), leve (50%), moderado (40%), severo (3%); alivio del dolor: ninguno (1), ligero (2), moderado (3), bueno (4), completo (5); número de rescates día: ninguno (0), 1 comp (1), 2 comp (2), 3 comp (3), 4 comp (4), 5 comp (5); grado de satisfacción: muy bueno (0), bueno (1), regular (2), malo (3).

**Resultados:** Se revisaron los datos de 98 pacientes 28 hombres (28,5%) y 70 mujeres (71,5%); con una edad media de 67 años (25-90). con DCNO y tratados con fentanilo Tts a una dosis inicial de 12 µg/h (Durogesic Matrix 12 µg/h). El tipo de dolor predominante fue el mixto somático y neuropático (60%), seguido del somático en el 40 % de los pacientes. La localización más frecuente fue el dolor lumbar (57%). Se produjeron 11 abandonos (10%) por sumación de efectos indeseables entre leves y moderados que no cedieron con el tratamiento. De los 98 pacientes que iniciaron el estudio, finalizaron el estudio 87 pacientes. La intensidad del dolor al inicio del estudio fue moderado en 59 (60,2%) Intenso en 39 (39,8%) de los pacientes. A los 15 días de tratamiento con Durogesic Matrix12: la intensidad del dolor disminuyó en un grado en el 58 % de los casos y sólo fue parcialmente efectivo en el 42% de los casos. El alivio del

dolor fue entre moderado y ligero en el 65,5% de los casos entre bueno y completo en el 8,9% de los casos y ninguno en 25,6% de los casos. El número de rescates medio fue de 1,5 comp. de metamizol por paciente. El grado medio de satisfacción del paciente fue de 1,9. *Al mes de tratamiento con Durogesic Matrix 12 (21 pacientes):* la intensidad del dolor fue: ninguno 9,5%, leve 42,8%, moderado 47,7%, severo 0%. El alivio del dolor fue entre moderado y ligero en el 57,3% de los casos, entre bueno y completo en el 23,7% de los casos y ninguno en 19% de los casos. El número de rescates medio fue de 1,6 comp. metamizol por paciente. El grado medio de satisfacción del paciente fue de 1,7. *Al mes de tratamiento con Durogesic Matrix 25:* hubo 3 abandonos por sumación de efectos indeseables, quedaron en estudio 66 pacientes. La intensidad del dolor fue: ninguno (10%), ligero (32%), moderado (29%), bueno (23%) y completo (6%). El alivio del dolor fue entre moderado y ligero en el 63% de los casos entre bueno y completo en el 23,2% de los casos y ninguno en 13,8% de los casos. El número de rescates medio era de 1,4 comp. metamizol por paciente. El grado medio de satisfacción del enfermo fue de 1,6.

**Conclusiones:** El inicio del tratamiento del dolor crónico no oncológico con fentanilo Tts 12 µg/h (Durogesic Matrix 12 µg/h), en pacientes que nunca han tomado anteriormente opiáceos, produce alivio del dolor en el 88% de los pacientes siendo entre moderado y ligero en el 57,3% de los casos y entre bueno completo en 23,7% de los pacientes, favoreciendo la titulación e impregnación del fármaco al resto de los pacientes, y su tolerabilidad al fármaco al resto de los pacientes, así como minimiza la aparición de efectos indeseables al aumentar la dosis a 25 µg/h (Durogesic Matrix 25), con la que se produce un alivio del dolor entre moderado y ligero en el 63% y entre bueno y completo en el 23,28% de los casos, teniendo que subir la dosis a 50 en el 13,8 de los casos y con una tasa de abandonos del 8,1% con Durogesic 12 µg y del 4,5 % al aumentar dosis a 25%.

### Bibliografía

- Rodríguez MJ, Aldaya C, de la Torre MR. Fentanilo transdérmico en el tratamiento a largo plazo del dolor crónico no oncológico. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8:569-74.
- Rodrigo MD, Perena MJ, Sola JL, Guillén J, Pastor E, Serrano P. Aplicación clínica del fentanilo transdérmico en dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2001;4:260-4.
- Folch J, Mayoral V, Torrelles AT, Guitart J, Fuentes J, Casals M, Bilbao A, Sinche M. Estudio sobre la eficacia de (Durogesic Matrix 12) Fentanilo tts 12 ugr en pacientes con dolor crónico no oncológico. Rev Soc Esp Dolor. 2007;14(Supl I):204-5.

### SÍNDROME DE RETT: DOBLE CATÉTER EPIDURAL PARA CONTROL DEL DOLOR

E. Freire Vila, A. De la Iglesia, B. Nistal, C. Del Corral, M. López y A. Pensado

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). A Coruña. España.

**Introducción:** El síndrome de Rett (SR) una grave enfermedad neurológica congénita que afecta únicamente al sexo femenino. Tiene una incidencia de 1:10-22.000. Se manifiesta entre el segundo y los cuatro años de vida, y provoca importantes discapacidades que en general son persistentes y progresivas, con retraso mental profundo. Se han descrito una serie de alteraciones fisiopatológicas en estos sujetos: irregularidades en la respiración, anormalidades en el patrón EEG, epilepsia (> 50%), mioclonías, rigidez muscular, trastornos en la deambulación (± 80%); escoliosis (≥ 50%), retraso en el crecimiento e incluso alteraciones del EKG, muerte súbita (22%) y alteración en el umbral de percepción del dolor.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 16 años, 75 Kg de peso, talla 163 cm, diagnosticada desde primeros años de

un SR con antecedentes de importante retraso psicomotriz, estrabismo endotrópico y crisis comiciales a tratamiento desde los 4 años. Debido a una importante escoliosis tóraco-lumbar fue programada para realización de una corrección y artrodesis vertebral mediante instrumentación bajo anestesia general. Tras un período intraoperatorio de 6 horas que transcurrió sin incidencias, se colocaron dos catéteres epidurales a cielo abierto (T5-6 y T9-10) por los que se administraron sendos bolos de levobupivacaína (Chirocane® 0,25% de 7 ml/cu) para inicio del control postoperatorio del dolor junto con una perfusión de levobupivacaína 0,125% a 5 ml/h/cu y bolus de 3 ml/15 min.

**Discusión:** En estos pacientes, el estrés perioperatorio de cualquier índole puede precipitar alteraciones de comportamiento, pautas respiratorias irregulares y episodios de desaturación de oxígeno. Una potente sedación preoperatoria podría controlar estos comportamientos pero implicaría un mayor riesgo de efectos indeseables como un despertar prolongado. Debemos de valorar la pérdida de masa y tono muscular, y el desencadenamiento de crisis epilépticas, entre otras. Un factor importante es el alterado umbral al dolor que parece relacionado con un anormal procesamiento a nivel central de la interpretación del estímulo doloroso. Algunos autores proponen pautas analgésicas con morfina i.v. observando un alto nivel de demanda para alivio del dolor.

**Conclusiones:** La analgesia conseguida (vía epidural) fue excelente lo que permitió la extubación precoz y un comportamiento estable por lo que consideramos una opción a tener en cuenta para este tipo de pacientes en futuras ocasiones.

### ZICONOTIDE INTRATECAL EN UN CASO DE DOLOR REFRACTARIO POSTAMPUTACIÓN

R. Gálvez Mateos, S. Ruiz Ortiz, J. Romero Coteló, F. López Tapia, J. Martín de Rosales y Y. Romero Rodríguez

*Unidad del Dolor y Paliativos. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Introducción:** El dolor postamputación, puede ser intenso, capaz de mermar la calidad de vida y obligar al consumo elevado de analgésicos.

**Caso clínico:** Mujer de 29 años, que tras un accidente laboral en mayo 2000, con fractura tibial derecha y osteosíntesis posterior, fue seguida al año de una amputación a nivel del tercio medio de la pierna. Intenso dolor residual en muñón y muslo. Terapia previa. Infiltraciones y diferentes bloqueos nerviosos y neurales, junto al uso de AINE, corticoides, antiepilépticos, antidepresivos y el uso abundante de opioides, persistiendo el dolor. Fue remitida a la Unidad del Dolor, donde refería dolor urente (EVA 7), parestesias, hiperalgesia mecánica (EVA 8), alodinia insoportable (EVA 9) y crisis lancinantes, que le impedía conciliar el sueño e implantar la prótesis en muñón. **Evolución:** ante la falta de control del dolor, de gran componente neuropático, se implantó un catéter intratecal y bomba de infusión subcutánea en el 2008, iniciando una perfusión intratecal de ziconotide, a dosis de 2,2 µg diarios, sin efectos adversos aparentes. Tras incremento lento de la dosis, hubo mejoría analgésica, del sueño y estado emocional, a partir de 4,2 µg diarios, retirándose progresivamente los analgésicos. Posterior aumento a 6,3, 7,2 y 7,8 µg diarios de ziconotide a los 14 meses de la infusión, obteniendo alivio del dolor urente superior al 50% y alodinia del 65%, junto a una retirada del 80% de los analgésicos previos. Como efectos adversos preferentes: pérdida de concentración, leve cefalea y dificultad para la micción.

**Conclusiones:** El ziconotide intratecal puede ser una opción analgésica en el muñón doloroso de componente neuropático incoercible, aliviando el dolor, hiperalgesia y alodinia, e incluso la comorbilidad y autonomía del paciente, a costa de efectos adversos tolerables.

### REALIDAD VIRTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

A. García Palacios, C. Botella, R.M. Baños, R. Herrero, Y. Vizcaino y M. Belmonte

*Universitat Jaume I. Universidad de Valencia. Hospital General de Castellón. Castellón. España.*

**Introducción:** La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico que causa un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, lo que hace necesario el desarrollo de programas de intervención desde una perspectiva multidimensional. Uno de los factores que ha cobrado gran importancia en el abordaje del dolor crónico lo constituyen los aspectos psicológicos.

**Material y métodos:** En los últimos años se han desarrollado programas de intervención cognitivo-comportamental que han mostrado eficacia en el tratamiento de la fibromialgia. Estos programas incluyen distintos componentes como la relajación, mindfulness, programación de actividades, y terapia cognitiva. Pese a la utilidad de estos programas la eficacia conseguida todavía es limitada y es necesario seguir investigando para dar una respuesta más adecuada a las personas que sufren fibromialgia. Las nuevas tecnologías pueden ayudar a potenciar la eficacia de algunos componentes de tratamiento. Nuestro grupo de investigación ha llevado a cabo un estudio en el que se pone a prueba la utilidad y eficacia preliminar de la realidad virtual para la aplicación de dos técnicas psicológicas, la relajación y las tácticas de mindfulness o atención plena. La muestra está compuesta por siete mujeres con una media de edad de 48 años y diagnosticadas de fibromialgia (criterios ACR, 1990). El programa de tratamiento consistió en 10 sesiones de terapia grupal.

**Resultados:** Los resultados indicaron una reducción significativa en medidas de dolor, en aspectos emocionales y en medidas de depresión (BDI-II, Vázquez y Sanz, 1997; BPI, Badia et al, 2002; FIQ, Bennet, 2005). Asimismo, las pacientes informaron de una alta aceptación y satisfacción con el uso de la RV.

### NEUROESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS PARA TRATAMIENTO DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO CON DISFUNCIÓN MICCIONAL

A.M. García Pérez, J.M. González Mesa, M. Del Valle, A. Flórez Vela y F. Linares Del Río

*Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.*

**Introducción:** La neuromodulación de las raíces sacras es una alternativa terapéutica reversible indicada en pacientes con disfunción miccional crónica en los casos en los que el tratamiento conservador no ha sido eficaz o no ha sido tolerado.

**Caso clínico:** Mujer de 48 años remitida a la Unidad del Dolor para control y tratamiento de dolor pélvico crónico acompañado de disfunción miccional. Antecedentes personales: espondilitis anquilosante, fibroadenoma de mama intervenido, hernia discal C5-C6, trigonitis y estenosis uretral. Enfermedad actual: cuadro de dificultad miccional y dolor pélvico de 18 años de duración con episodios iniciales de retención urinaria que progresivamente aumentan en frecuencia de forma que desde hace dos años precisa dos o tres sondajes diarios con espasmos pélvicos ocasionales. En la actualidad, necesidad de seis sondajes diarios y dolor espasmódico que interfiere con la actividad diaria e interrumpe el sueño; EVA: 8-9; IL: 15. En cistoscopia se observa trigono edematizado, sin micción en flujometría, electromiograma miccional sin relajación esfinteriana. Mala respuesta a tratamiento con baclofeno, duloxetina, bromacepan y tramadol. Se plantea tratamiento alternativo con neuromodulación de las raíces sacras. **Técnica:** la neuromodulación sacra se realiza en dos etapas. Primera etapa: se coloca por punción percutánea un electrodo cuatripolares en las raíces sacras S2, S3



y/o S4, confirmando su correcta colocación por la obtención de la respuesta motora-sensitiva de cada raíz nerviosa tras la neuroestimulación, que se efectúa mediante generador externo transitorio temporal (15 días), evaluando la respuesta al tratamiento a través del diario de continencia. Segunda etapa: La evaluación clínica indicó mejoría superior al 50% con respecto al diario de continencia previo, por lo que se procedió a la colocación del neuroestimulador definitivo en bolsillo subcutáneo de pared abdominal. Se ajustaron los parámetros de voltaje, anchura de pulso y frecuencia antes de colocar el generador definitivo. Posteriormente, y de acuerdo al resultado funcional obtenido los parámetros se ajustaron mediante un regulador externo.

**Conclusiones:** El procedimiento se realizó con éxito en la fase de prueba de modo que se decidió la colocación de neuroestimulador definitivo, encontrándose la paciente en la actualidad sin dolor y sin necesidad de sondajes intermitentes.

## COMPARACIÓN DEL EFECTO DE LOS CANNABINOIDES EN DOS MODELOS ANIMALES DE DOLOR NEUROPÁTICO

C. Goicoechea, E. Burgos, D. Pascual y M.I. Martín Fontelles

*Área de Farmacología. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. España.*

**Objetivo:** Comparar el efecto de los fármacos cannabinoides en las neuropatías periféricas inducidas por paclitaxel y cisplatino, en rata.

**Material y métodos:** 1) Modelo del paclitaxel (PCT): La administración intraperitoneal (i.p.) de PCT (1 mg/kg), en 4 días alternos provoca una neuropatía que se manifiesta como hiperalgesia (35% de disminución del umbral de respuesta a la temperatura) y alodinia (30% disminución del umbral de respuesta a la presión). 2) Modelo del cisplatino (CIS): La administración i.p. de CIS (1 mg/kg, 5 semanas, 1 vez/semana) provoca neuropatía periférica (alodinia: -34% vs basal, hiperalgesia: -30% vs basal).

**Resultados:** Modelo de PCT: la administración aguda del agonista cannabinoide WIN55,212-2 (WIN) revierte tanto la hiperalgesia (recuperación del 110% de la respuesta basal) como la alodinia (recuperación del 70% de la respuesta basal). Este efecto fue revertido tras la administración de un antagonista selectivo de receptor CB1. Por otro lado, la administración crónica de WIN conjuntamente con PCT previno el desarrollo de la hiperalgesia (116% de respuesta vs basal) y la alodinia (94% de respuesta vs basal). Modelo de CIS: La administración aguda del agonista CB1 ACEA revierte tanto la hiperalgesia (recuperación del 110% de la respuesta basal) como la alodinia (recuperación del 110% de la respuesta basal). Por otro lado, la administración crónica de ACEA (CB1) y CIS previno el desarrollo de la hiperalgesia (115% de respuesta vs basal) y la alodinia (113% de respuesta vs basal). La administración crónica de JWH 015 (agonista CB2) y CIS previno el desarrollo de la hiperalgesia (95% de respuesta vs basal) y la alodinia (90% de respuesta vs basal).

**Conclusión:** Estos resultados demuestran que el sistema cannabinoide participa en la neuropatía inducida por antineoplásicos y su modulación es una interesante diana farmacológica.

## TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA CRÓNICA CON PREGABALINA

J. Gómez Sánchez, M.M. Santana Pineda, F. Rodríguez Huertas, J.M. Fernández Carrión, J.D. Leal del Ojo y E. García Gómez

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera. España.*

**Introducción:** Este trabajo pretende valorar el efecto benéfico que hemos notado en pacientes aquejadas de migraña crónica que

han comenzado a tomar pregabalina en principio por otra patología concomitante (dolor neuropático) y viendo en las visitas posteriores que los pacientes referían una disminución de las crisis migrañosas. Con posterioridad se ha iniciado tratamiento de forma expresa con pregabalina.

**Material y método:** Se ha iniciado tratamiento en todos los pacientes que han acudido a consulta con un diagnóstico de migraña crónica casi todos de más de 2 años de evolución y que presenta de 3 a 6 crisis mensuales y un paciente con cefalea de origen central que han probado múltiples tratamientos analgésicos con escaso resultado. Se inicia tratamiento con pregabalina 75 mg al acostarse de 5 a 7 días, continuando después con 75 mg/12h. Los pacientes presentaban cefalea que en las crisis refieren como EVA 8 a 10 y el que presentaba cefalea crónica sin crisis refería EVA 6-7. De un total de 12 pacientes: 10 mujeres y 2 hombres los resultados obtenidos son los siguientes 9 han mejorado con disminución de las crisis y la intensidad del dolor y 3 pacientes no, abandonando el tratamiento 2 por escasa mejoría y uno por presentar efectos secundarios (somnolencia). Estos 3 después de 2 meses de tratamiento. Todos los pacientes se encuentran en tratamiento con dosis que van de 150 a 300 mg/24 h, salvo uno que está con dosis de 600 mg/24 h (dosis media 187,5/24 h).

**Conclusiones:** 1. A pesar de lo reducido de la muestra por el momento parece ser una vía a tener en cuenta en el tratamiento profiláctico de la migraña. 2. En la actualidad tenemos 9 pacientes que han mejorado la calidad del sueño, han disminuido el nº de crisis/mes y ha disminuido el EVA de 8-10 a 3-5 en las crisis. 3. Los tratamientos médicos habituales para la migraña han resultado más eficaces. 4. El paciente con dolor central a dosis de 600 mg/24 h se encuentra en la actualidad asintomático.

## Bibliografía

1. Herrera Silva J. Gabapentine for the management of other types of neuropathic pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002;9:37-42.
2. Mathew NT, Lucker C. Gabapentin in migraine prophylaxis: a preliminary open label study [abstract]. *Neurology*. 1996;50:A169.

## PREDICTORES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

P. Gómez-Carretero, J. Soriano, V. Monsalve, V. Villanueva, J. Asensio, G. Fabregat, M.D. López y J. de Andrés

*Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Objetivo:** Valoración de la relación entre el afrontamiento al dolor, el estrés percibido, los síntomas de la enfermedad, la personalidad y la valoración del dolor, tomadas como variables predictoras, y la calidad de vida (CV), tomada como variable criterio, mediante análisis de regresión, en pacientes con fibromialgia.

**Material y métodos:** Se evaluó una serie consecutiva de 43 pacientes diagnosticados con Fibromialgia que acudieron al servicio de Psicología de la Unidad del Dolor del CHGUV, previa exploración médica. Se recogieron sus datos sociodemográficos y completaron los siguientes cuestionarios: SF-36 (CV), Lattinen (síntomas), CAD-R (afrontamiento al dolor), PSQ (Estrés Percibido General y Reciente), NEO-FFI (personalidad) y Valoración del dolor.

**Resultados:** La gran mayoría de la muestra estuvo formada por mujeres (95,3%), con edades entre los 29 y 78 años (M=51; DT = 11,36), que estaban casadas/en pareja (79,1%), y vivían acompañadas (93%). El nivel cultural fue medio (estudios primarios: 57,1%). El 59,6% de los participantes se encontraban laboralmente inactivos (jubilación, invalidez, baja laboral, etc.). El análisis de regresión Stepwise realizado, mostró que las diferentes dimensiones de CV del cuestionario SF-36, podían ser explicadas por el resto de variables evaluadas en el estudio.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio muestran las variables que actúan como predictores de cada una de las dimensiones de la CV evaluadas, lo que permitiría conocer sobre qué aspectos concretos sería necesario intervenir con el objetivo de mejorar la CV de los pacientes. No obstante, debería realizarse estudios más amplios que permitieran definir de un modo más claro la relación existente entre estas variables y cómo se influyen entre sí.

*Los resultados de este trabajo son parte de los proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Educación y Ciencia REF: SEJ2004-05439/PSIC, y SEJ2007-61288/PSIC. Trabajo realizado con la colaboración de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (FUNDOLOR).*

## NEUROESTIMULACIÓN MEDULAR EN LA ENFERMEDAD DE RAYNAUD: IMPLANTACIÓN DE CUATRO ELECTRODOS

T. Gómez-Pineda, A. Suárez de la Rica, B. Ledesma Muñoz, G. Llauredó Paz, C. del Pozo y A.E. López Pérez

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción:** La neuroestimulación medular es utilizada frecuentemente con éxito en patología vascular refractaria a tratamiento médico y no susceptible de cirugía. A pesar de esto, existe una experiencia muy limitada en el fenómeno de Raynaud. Esta técnica se puede plantear en casos refractarios a medidas de protección local y tratamiento farmacológico.

**Historia clínica:** Una mujer de 44 años es derivada a la Unidad de Dolor Crónico de nuestro hospital por presentar enfermedad de Raynaud grave refractaria a tratamiento médico. No presenta ninguna otra enfermedad concomitante. Refiere fenómeno de Raynaud trifásico típico en los cuatro miembros muy extremo a pesar de medidas de protección local. Presenta dolor intenso fundamentalmente en los pies (dolor 8 de 10). A la exploración no presenta lesiones tróficas.

**Tratamiento:** Se procedió a la colocación de dos electrodos epidurales a nivel de C6 con punción en T4, y otros dos a nivel de L3, con punción en L4. Presenta buena evolución, sin ninguna complicación, y a los 3 meses es vista en consulta refiriendo una disminución significativa del dolor relacionado con su patología (dolor 3/10) y de los síntomas acompañantes.

**Discusión:** Ha habido mucha controversia alrededor de la utilización de neuroestimuladores en la enfermedad vascular periférica. A pesar de que no existan ensayos clínicos existe evidencia con suficientes series de casos de la eficacia de la neuroestimulación medular en la enfermedad de Raynaud. Este caso demuestra la eficacia de la neuroestimulación cervical y lumbar para el tratamiento de esta enfermedad en casos refractarios al manejo conservador.

## EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON OZONO EN ARTROSIS DE RODILLA

R. González Jiménez, C. Nieto, S. Ortiz, P. Benito, A. Smits y S. García del Valle

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

**Objetivos:** La artrosis de rodilla es el proceso doloroso no oncológico de mayor prevalencia en la población española (11%). En este trabajo intentamos valorar la eficacia del tratamiento con ozono intradiscal.

**Conclusiones:** Fueron tratados 63 pacientes consecutivos (55 mujeres y 8 hombres), diagnosticados de artrosis de rodilla clínica y radiológicamente (Rx simple y/o TAC y/o RMN), con una edad media de 67 años (DE 11,8) y un rango intercuartil 60,5 - 77,5. El tiempo de evolución fue de 11 años (DE 13,2) y rango intercuartil

3-19. En todos los pacientes se midió la evolución del dolor mediante Escala Analógico Visual (EVA) basal (previo al tratamiento) y a los 30 y 90 días. Se valoró la calidad de vida mediante el Índice de Lattinen (IL) basal y a los 90 días, y el consumo de morfínicos, valorando el abandono de dicho consumo. A todos los pacientes se les inyectó 10 mililitros de ozono intrarticular al 30% bajo condiciones estériles y 4 inyecciones periarticulares de ozono al 10% (10 ml en cada punto), en régimen ambulatorio.

**Resultados:** La evolución del EVA se redujo desde un valor basal de 7,2 a 5,3 a los 30 días y a 3,2 a los 90 días, lo que significó una reducción del dolor significativa ( $p < 0,01$  test Friedman). El IL se redujo de 13 a 12 (mediana y rango intercuartil 25-75) lo que no resultó ser estadísticamente significativo ( $p > 0,05$  test de Mann Whitney). Se valoró el porcentaje de pacientes que consumían opiáceos, siendo el valor basal de un 80%, reduciéndose a los 90 días a un 72%, lo que no resultó ser significativo ( $p > 0,05$ ).

**Discusión y conclusiones:** A pesar de la eficacia de la utilización del ozono intrarticular para los procesos artrósicos (rodilla en este caso) con una mejora muy importante del nivel de dolor, no hemos podido encontrar mejoras en otros parámetros como la calidad de vida (IL) o el consumo de opiáceos, si bien, creemos que estos pacientes son de edad avanzada, con procesos degenerativos que afectan al resto de la economía articular, por lo que los resultados no se reflejan en la valoración de estos parámetros. Por otro lado, es posible que el IL no sea un índice correcto para valorar la calidad de vida, aunque su utilización está muy extendida en las unidades de dolor por su facilidad de aplicación y rapidez de ejecución.

## IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACIÓN SUBCUTÁNEOS EN DOLOR NEUROPÁTICO POSTHERNIOGRAFÍA

P.G. González Manzanero, M. Luque Huertado, J. Gómez Rodríguez, G. Llauredó Paz y López A.E. Pérez

*Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.*

**Introducción:** Una de las principales indicaciones de neuroestimulación es el dolor neuropático, el mecanismo de acción no es del todo conocido hasta la fecha. Consiste en la implantación de uno o dos electrodos de manera que las parestesias generadas por la estimulación abarquen al menos un 80% del territorio afectado por el dolor.

**Historia clínica:** Presentamos el caso de una paciente de 60 años, sin antecedentes médicos de interés, intervenida de hernioplastia derecha que a los pocos días del postoperatorio debuta con un cuadro de dolor en la zona de cicatriz de herniorrafia, no irradiado, de características neuropáticas, continuo, que aumenta con la deambulación y la palpación. VAS de 9.

**Tratamiento:** Tras fracaso de tratamiento médico neuromodulador y analgésico inicial se reinterviene para realización de transposición de nervios abdominogenitales, con malos resultados, por lo cual se decide la colocación de electrodos subcutáneos en la zona cicatricial sin incidencias, con posterior recolocación de electrodos y aplicación de radiofrecuencia pulsada debido a cuadro doloroso en cicatriz.

**Discusión:** La estimulación con electrodos subcutáneos parece ser una técnica efectiva en dolor neuropático refractario. Hasta el momento hemos conseguido buenos resultados en control del dolor y nivel de calidad de vida sin efectos secundarios, aunque es necesaria una mayor experiencia e investigación para poder establecer conclusiones definitivas.

## Bibliografía

1. Cruccu G, Aziz TZ, García-Larrea L. EFNS Guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain. Eur J Neurol. 2007;14(9):92-7.

2. Slavin KV, Colpan ME. Trigeminal and occipital nerve stimulation for craniofacial pain. *Neurosurg.* 2006;15;21(6).
3. Slavin KV. Peripheral nerve stimulation for the treatment of neurophatic craniofacial pain. *Acta Neurochir. Suppl* 2007;97(pt1):115-20.

## TRATAMIENTO DE LA GONARTROSIS CON INFILTRACIONES INTRAARTICULARES DE ÁCIDO HIALURÓNICO

J. Guitart Vela, J.A. Mani Ibáñez, R. Vidal Sicart, O. Carreras Salcedo, J.M. Vázquez Ignacio y J. Folch Ibáñez

*Servicio de Anestesiología Reanimación y Patología del dolor. Hospital Plató Barcelona. España.*

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de las infiltraciones intraarticulares de ácido hialurónico en los distintos tipos de dolor en la gonartrosis sintomática.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de 2 años de duración durante los cuales se realizaron infiltraciones de rodilla (5 en cada rodilla afectada) con ác. hialurónico en 162 pacientes afectados de gonartrosis sintomática.

**Resultados:** Se revisaron los datos de 162 pacientes, 146 mujeres y 16 hombres. Edad media de 75 años (rango 44-91). Se registraron los datos de los distintos tipos de dolor, EVA y presencia o no de derrame articular al inicio y al final del tratamiento, y a los 6 meses de la finalización, así como el grado de satisfacción del paciente con el tratamiento. Al inicio del tratamiento presentaban derrame articular 58 pac (35,8%), dolor en reposo 49 pacientes (30,2%), nocturno 48 pac. (29,6%), al tacto 160 pac. (98,7%). La totalidad de los pacientes presentaba dolor en carga con un EVA medio de 6,91 y dolor al deambular con un EVA medio de 7,1. Al final del tratamiento presentaban derrame articular 19 pac. (11,7%), dolor en reposo 36 pac. (22,2%), nocturno 38 pac. (23,4%), al tacto 150 pac. (92,5%), en carga 160 pac. (98,7%) con un EVA medio de 3,53 y todos permanecían con dolor a la deambulación con una disminución del EVA medio a 3,09. A los 6 meses de finalizar el tratamiento 157 pacientes realizaron la visita de seguimiento. De estos, 32 pac. Presentaban dolor en reposo (20,3%), 35 pac. Dolor nocturno (22,2%), 145 pac, dolor al tacto (92,3%), 155 pac. Dolor en carga (98,7%) con un EVA medio de 3,09 y 156 pac. Dolor en deambulación (99,3%) con un EVA medio de 3,33. La valoración del tratamiento fue muy buena en 5 pacientes (3,1%), buena en 119 pacientes (75,8%), regular en 25 pac. (15,9%) y mala en 8 pac. (5,1%).

**Conclusiones:** El tratamiento con ácido hialurónico en pacientes con gonartrosis sintomática produce una disminución del dolor en tres puntos, EVA de 6 a 3, y mejora de manera importante del dolor en carga y a la deambulación, persistiendo su eficacia a los 6 meses.

## ANÁLISIS DE EFECTIVIDAD DEL PARCHÉ MATRICIAL DE FENTANILO DE ÚLTIMA GENERACIÓN EN PACIENTES SIN ANALGESIA CONTINUA CON PARCHÉ MATRICIAL DE FENTANILO DE PRIMERA GENERACIÓN

J. Herrera Silva<sup>a</sup>, M.J. Rodríguez López<sup>b</sup> y D. Contreras de la Fuente García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Nuestra Sra. de Valme. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

<sup>c</sup>Hospital General de Jaén. Jaén. España.

**Introducción:** Este estudio epidemiológico que busca conocer la eficacia del parche matricial de última generación de fentanilo en aquellos pacientes tratados previamente por dolor crónico (oncológico y no oncológico) con parches matriciales de fentanilo (PMF) de

primera generación que no consiguen analgesia continuada durante 72 horas.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en adultos (> 18 años) con dolor crónico (oncológico y no oncológico), contó con la participación de 8 centros Españoles. Se realizaron evaluaciones descriptivas de las características de pacientes, intensidad del dolor evaluado por escala visual analógica (EVA), pautas de tratamiento, efectos secundarios y medicación de rescate.

**Resultados:** Se incluyeron 91 pacientes en el estudio; edad media de 61,5 años (DE  $\pm$  12,4), 48 hombres (52,7%), 53  $\pm$  65 años (58,2%), dolor oncológico en 35 (38,5%) pacientes y no oncológico en 55 (60,4%) pacientes. Las dosis iniciales y finales de PMF más utilizadas fueron de 25  $\mu$ g/h y de 50  $\mu$ g/h respectivamente. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la evaluación del dolor mediante la escala EVA entre la evaluación basal (media 6,6  $\pm$  1,6), a los 9 días (media 4,5  $\pm$  1,5) y a los 30 días (media 3,4  $\pm$  1,5)  $p < 0,005$ . Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron: estreñimiento (41,8%), náusea (5,5%), somnolencia (5,5%) y vómito (1,1%) a los 30 días. Se observó una disminución del uso de la medicación de rescate entre el registro basal (90,1%) y el registro final a los 30 días (50,5%). El análisis de subgrupos pacientes con dolor crónico oncológico vs no oncológico no encontró diferencias significativas entre los grupos en disminución del dolor (EVA) o efectos secundarios.

**Conclusiones:** Se observa que el parche matricial de fentanilo de última generación es efectivo en la disminución del dolor en pacientes (con dolor crónico, oncológico y no-oncológico) que no consiguen analgesia continua durante 72 horas con parche matricial de fentanilo de primera generación.

## EXPERIENCIA CON ZICONOTIDA EN LA UNIDAD DEL DOLOR DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

M.D. López Alarcón, V.L. Villanueva Pérez, J. Asensio Samper, G. Fabregat Cid, V. Monsalve Dolz y J. De Andrés Ibáñez

*Hospital: Unidad del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Introducción:** La utilización de la ziconotida en el tratamiento del dolor crónico grave está todavía arrancando en España. Aunque se considera por los expertos tratamiento de primera línea como morfina o hidromorfona, en general se emplea como segunda línea aunque la experiencia acumulada anima cada vez más a utilizarla desde el principio. A continuación exponemos la experiencia en nuestro centro

**Casos clínicos:** El caso que presentó una meningitis bacteriana por contaminación en el cebado de la bomba, se le retiró el fármaco durante un año, y tras valorar que el LCR estuviera aséptico se reimplantó una bomba para infundir de nuevo ziconotida ya que le producía una mejoría no comparable a otras terapias. Además se tuvo que reducir dosis a la 4ª parte ya que no toleraba la previa. Este dato abre la puerta a nuevas investigaciones en reducciones de dosis en casos prolongados bien controlados. El resto de pacientes, salvo uno, mostraron una mejoría importante, que no habían obtenido con otros fármacos, con un nivel de efectos secundarios importantes pero que no obligaron a retirar el tratamiento sino a seguir ascensos y controles más frecuentes, siendo más cuidadosos en el manejo de este fármaco.

## Bibliografía

1. Valía-Vera JC, Villanueva VL, Asensio-Samper JM, López-Alarcón MD, de Andrés JA. Ziconotide: una alternativa innovadora en el dolor crónico neuropático intenso. *Rev Neurol.* 2007;45(11):665-9.

- Deer T, Krames ES, Hassenbruch SJ, Burton A, et al. Conferencia de Consenso sobre Polianalgésia 2007: Recomendaciones para el tratamiento del dolor por administración intratecal (intraespinal) de fármacos: informe de un panel interdisciplinario de expertos. *Neuromodulation*. 2007;10(4): 300-328

## ESPONDILODISCITIS CERVICAL COMO COMPLICACIÓN INFECCIOSA DE UN RESERVORIO VENOSO PARA NUTRICIÓN PARENTERAL

M. López Rodríguez, A. Pérez, M. González Cabano y A. Camba Rodríguez

*Hospital Universitario Arquitecto Marcide. El Ferrol. A Coruña. España.*

**Caso clínico:** Mujer de 44 años de edad con antecedentes de pancreatitis crónica de origen enólico de 10 años de evolución. Colectomía. Esplenectomía por trombosis de la vena esplénica y hematoma subcapsular de bazo. Derivación de quiste pancreático con quistoyeyunostomía en Y de Roux. Dolor crónico en relación con pancreatitis que precisó seguimiento por la unidad del dolor realizándose bloqueo del plexo celiaco con fenol y posteriormente tratamiento con fentanilo transdérmico. Ingresada en psiquiatría en el 2005 por síndrome ansioso depresivo. Síndrome de intestino corto secundario a isquemia intestinal masiva en el contexto de torsión de meso. Pérdida de peso progresiva desde agosto de 2008 pasando de un peso habitual de 65 Kg a un peso de 42 Kg (talla 160 cm) IMC 16,41 Kg/m<sup>2</sup>. Debido a grave desnutrición de predominio calórico se decide implante de reservorio venoso (NuPort® 9.6 F (sil.)) para nutrición parenteral domiciliar el 2-12-08. El cual se realiza en quirófano bajo estrictas condiciones de asepsia con anestesia local y sedación, administrándose profilaxis antibiótica con 2 g de cefazolina endovenosa. El 26 de diciembre comienza con fiebre y escalofríos, se solicitan hemocultivos que resultan positivos a *Staphylococcus epidermidis*, procediéndose al sellado del reservorio. Cinco días después presenta dolor y contractura cervical siendo valorada por servicio de traumatología. Se solicitó RNM cervical: Alteración en la intensidad de la señal con irregularidad en los bordes anteriores de las vértebras C6 y C7, las cuales muestran un pequeño abombamiento posterior entrando en íntimo contacto con el saco tecal. Existe realce del disco intervertebral tras la inyección de gadolinio intravenoso. Hallazgos que son compatibles con espondilodiscitis. Con el diagnóstico de espondilodiscitis infecciosa se colocó collarín tipo Philadelphia y se administró tratamiento antibiótico parenteral con Teicoplanina 400 mg/12h ev. Así mismo, se procedió a retirar el reservorio venoso en quirófano.

**Discusión:** La paciente se recuperó sin secuelas neurológicas y se procedió a la colocación de nuevo reservorio venoso el 10-2-08 con vistas a reiniciar la nutrición parenteral. Las espondilodiscitis tienen una incidencia difícil de precisar, con una tendencia a su aumento debido a la cantidad creciente de formas iatrogénicas por nuevas prácticas médicas y quirúrgicas, así como al incremento de la población con inmunosupresión. La localización cervical es rara, aunque es un cuadro a tener en cuenta ante todo dolor cervical de características inflamatorias y alteraciones analíticas compatibles con infección. El diagnóstico temprano se debe basar en la historia clínica mediante una anamnesis exhaustiva con una cuidadosa exploración física y pruebas de diagnóstico por imagen. De todas ellas, la RNM es la que presenta una mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de infección en la columna vertebral.

## Bibliografía

- Barrecheguren EG, Barriga A, Barroso JL, Villas C. *Rev Med Univ Navarra*. 2001;45:175-80.
- Malawski SK, Luwaski S. Pyogenic infection of the spine. *Clin Orthop*. 1991;272: 58-66.

## CALIDAD DE VIDA Y ALTERACIONES EMOCIONALES EN DOLOR POSTLAMINECTOMÍA

F. López Tapia, J. Martín de Rosales, Y. Romero Rodríguez, S. Ruiz Ortiz, M.A. Martín Sánchez y R. Gálvez

*Unidad del Dolor y Paliativos. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Introducción:** Los pacientes con dolor postlaminectomía sufren discapacidad en mayor o menor medida para realizar su actividad habitual, y su funcionalidad a menudo se ve limitada por el impacto negativo que pueden ocasionar los trastornos de la esfera emocional, como ansiedad y depresión.

**Objetivos:** Identificar las posibles relaciones entre dolor postlaminectomía, calidad de vida y alteraciones emocionales de ansiedad y depresión.

**Material y métodos:** Estudio transversal de una muestra aleatoria de 31 pacientes atendidos en dicha Unidad del Dolor, donde se les evaluó mediante diferentes cuestionarios: de calidad de vida SF36, escala de dolor MPQ, de dolor neuropático DN4, escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS, escala de intensidad de dolor EVA, y datos clínicos recogidos de sus historias.

**Resultados:** 71% varones, con edad media de 48,81 y una EVA media de 6,6; el 87,1% su dolor corresponde con dolor neuropático, media de SF-36: 46,48. Los resultados apuntan una correlación entre la alodinia y el empeoramiento de la calidad de vida ( $p = 0,013$ ). Igualmente, la mayor intensidad de dolor parece relacionarse significativamente con depresión, ( $p = 0,14$ ).

**Conclusiones:** Puede observarse una clara relación entre alodinia y calidad de vida, así como la intensidad del dolor neuropático y los síntomas depresivos de dichos pacientes. Sin embargo, no existen correlaciones significativas entre los síntomas de ansiedad con la calidad de vida o la intensidad de dolor.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA RECARGA DE LAS BOMBAS INTERNAS DE INFUSIÓN CONTINUA

M. Lorite Godoy, R. Vasallo Solís, G. Márquez Garrido, V. Blázquez Calvo, J. Insausti Valdivia y E. Uriarte Brizuela

*Clínica del Dolor. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.*

**Introducción:** La infusión intratecal de drogas, especialmente opioides, anestésicos locales, baclofeno y ziconotida, es una alternativa bastante eficaz en el control del dolor crónico. El cuidado de la terapia de infusión espinal no acaba con el implante del sistema, sino que requiere un relleno periódico de la bomba según las necesidades de cada paciente.

**Objetivo:** Definir las actividades de enfermería durante todo el proceso, desde que se prescribe la nueva recarga, pasando por la realización de la misma y facilitando la nueva cita. Enumeraremos las tareas correspondientes a cada actividad, así como el material necesario para llevarla a cabo.

**Material y métodos:** Incluyen la identificación y valoración del paciente, preparación del material necesario y coordinación con los demás componentes del equipo. Preparación del paciente, del campo estéril, manejo de la bomba de infusión (fija o programable), anotación de los parámetros y apoyo al facultativo. Facilitar nueva cita para la siguiente recarga.

**Resultados:** Técnica con escasas complicaciones debido a la gran asepsia y máximo cuidado con la que se realiza por parte de todo el equipo.

**Conclusiones:** La utilización de estos sistemas requiere de una adecuada formación por parte de la enfermería, tanto por las complicaciones que pueden surgir por el mismo proceso, como por el tipo de medicación que se utiliza.

## ESTUDIO RETROSPECTIVO DE INCIDENCIAS Y COMPLICACIONES DE LOS IMPLANTES REALIZADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN. PERÍODO 1998-2008

A.C. Madrid Latorre, M.J. Blanco y C. Nieto Iglesias

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

**Objetivos:** Analizar los datos de los pacientes con implantes: electrodos de estimulación (ECP) y bombas de infusión (BIC), para objetivar el porcentaje de incidencias/complicaciones de estas técnicas utilizadas en el tratamiento del dolor crónico.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias de 45 pacientes durante el periodo comprendido entre los años 1998 a 2008, encontrando: 12 BIC y 33 ECP. En el grupo de las BIC (7 hombres y 5 mujeres) los diagnósticos más frecuentes fueron: SCFE (nº 3), aplastamientos vertebrales (nº 2), espasticidad (nº 2), otros (nº 5). Todas las bombas implantadas fueron programables de la compañía Medtronic. En el grupo de ECP (18 hombres y 15 mujeres) los diagnósticos fueron: SCFE (nº 11), angor (nº 6), SDRC (nº 5), insuficiencia vascular periférica (nº 4), neuralgia periférica (nº 3), otros (nº 4). Los electrodos implantados fueron de las compañías Medtronic y Boston. Se realizó un registro de los implantes analizando los resultados totales.

**Resultados:** Dentro del grupo de las BIC programables (nº 12), no se detectó ninguna complicación en el postoperatorio inmediato, ni en las recargas posteriores. En el grupo de ECP (nº 33) se registraron: Falta de efectividad durante el periodo de prueba 15,15%, Rechazo de implante 3,03%, Fractura de electrodo 12,12%, Migración de electrodo 15,15%, Recambio de generador 12,12%.

**Conclusiones:** La frecuencia de las complicaciones dentro de la técnica de estimulación oscila en torno al 10,1% y la frecuencia de complicaciones de las bombas implantables es nula. Estos porcentajes son equiparables a los resultados obtenidos en otras revisiones, con lo que consideramos que los protocolos de actuación son adecuados.

## BLOQUEO TRICOMPARTIMENTAL. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

A. de Martín<sup>d</sup>, M.T. Parras Maldonado<sup>a</sup>, M. Madariaga de Martín<sup>b</sup>, J. del Saz<sup>c</sup>, B. Alonso<sup>d</sup> y D. Abejón<sup>c</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.*

<sup>b</sup>*Unidad de Dolor. Hospital Infanta Sofía. Madrid. España.*

<sup>c</sup>*Unidad de Dolor. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.*

<sup>d</sup>*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.*

**Objetivo:** El hombro doloroso constituye una de las consultas más frecuentes en atención primaria, hasta un 1,2% del total según distintas series (1,2), y la tercera causa de consulta por trastornos osteomusculares, sólo por detrás de las de espalda y cuello (2). Afecta entre un 7-34% de la población general adulta, siendo más prevalente en ancianos, con un 21% (3) y hasta un 20% de pacientes diabéticos (4). Aunque en muchas ocasiones la respuesta a diferentes terapias es satisfactoria en otras no se consigue obtener los resultados deseados. Se describe la técnica de un bloqueo relativamente novedoso.

**Técnica:** El bloqueo tricompartimental de hombro consiste en realizar una infiltración en los tres compartimentos del hombro. En la cavi-

dad glenohumeral, el espacio subacromial y la articulación acromioclavicular. El bloqueo se debe de realizar en quirófano bajo condiciones de asepsia y monitorización estándar según la SEDAR. Para realizar este procedimiento el paciente se coloca en decúbito supino y con control radiológico se localiza la articulación acromioclavicular. El punto de entrada es esta articulación o bien 1-2 cm por delante de la misma. Con visión directa de fluoroscopia se introduce la aguja hasta alcanzar la cavidad glenohumeral. En ésta se inyectan 5 cc de contraste de manera que se pueda visualizar la cavidad y realizar una artrografía de la misma. Tras comprobar la correcta localización en la articulación se realiza bien la infiltración con anestésicos locales y corticoides o ácido hialurónico, bien una distensión con volumen. Desde este punto se retira la aguja con visión directa de rayos hasta alcanzar la cavidad subacromial donde se realizará la misma maniobra. Se realiza una infiltración de contraste para poder dibujar el espacio y posteriormente infiltrar con el producto deseado. Para terminar la técnica se introduce la aguja en la articulación acromioclavicular y dentro de la articulación se realiza la misma acción que en los casos anteriores.

**Material y métodos:** En todos nuestros pacientes se realizó una infiltración de anestésicos locales de larga duración (bupivacaína 0,25%) y corticoides de depósito (triamcinolona) en un total de 10 cc dividido en los 3 compartimentos. El volumen que se inyecta es de 5 cc en la cavidad glenohumeral, 3 cc en el espacio subacromial, y 2 cc en la articulación acromioclavicular. En ocasiones el bloqueo se puede acompañar de una radiofrecuencia pulsada del nervio supraescapular, realizando un abordaje completo a la anatomía del hombro con la excepción del nervio axilar.

**Conclusiones:** Se trata de un bloqueo que nos permite realizar un abordaje completo del hombro y poder aliviar el dolor cuando otras técnicas no funcionan. Parece que la mejor indicación sería un problema de índole artrósico ya que se realiza un abordaje de todas las cavidades que se pueden afectar con dicha patología.

## MÁSTER OFICIAL DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR. RESULTADOS TRAS TRES CURSOS ACADÉMICOS

M.I. Martín Fontelles<sup>a</sup>, M. Amor Hurlé<sup>b</sup> y C. Goicoechea<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Área de Farmacología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Alcorcón. Madrid. España.*

<sup>b</sup>*Departamento de Farmacología y Fisiología. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España.*

**Introducción:** La Universidad Rey Juan Carlos y la Universidad de Cantabria imparten conjuntamente el Programa Oficial de Postgrado "Estudio del Dolor", que incluye el Máster Oficial "Estudio y Tratamiento del Dolor" de 120 créditos (2 cursos académicos) y el Doctorado correspondiente en Dolor, adaptado al Espacio Europeo de Educación. Este Programa Oficial de Postgrado está apoyado por la SMD y la SED.

**Objetivo:** Presentar los resultados obtenidos hasta el momento actual en cuanto a alumnos matriculados y resultados académicos del Máster Oficial.

**Material y métodos:** Se estudiaron el número de solicitudes, la formación previa de los alumnos, y el nivel de éxitos alcanzados por los alumnos admitidos entre el curso académico 2006-07 y 2008-09.

**Resultados:** Se admiten 50 nuevas matrículas por curso académico. Curso 2006-07: 80 solicitudes, 41 matriculados, curso 2007-08, 81 solicitudes, 61 matriculados, curso 2008-09: 101 solicitudes, 88 matriculados. (Ver tabla a pie de página).

% de alumnos por procedencia	Medicina	Fisioterapia	Enfermería	Otras licenciaturas	Otras diplomaturas
Curso 2006/07	22,5	40	20	7,5	10
Curso 2006/08	28,5	47,7	9,5	14,3	0
Curso 2006/09	46,7	22,2	15,6	13,3	2,2

**Conclusiones:** La demanda de plazas superó a la oferta todos los cursos, por lo que se realiza una selección en función del C.V. de los solicitantes, que proceden de todos los ámbitos de las ciencias de la salud, y despierta cada vez más interés entre los profesionales de la medicina.

## GRUPOS PSICOEDUCATIVOS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

R.M. Martín Villarroel, M.D. Domínguez Lavado,  
A. González Curado, S. Hueros Ayuso, J. Costillo Rodríguez  
y M. Jiménez Rodríguez

*Unidad de Evaluación y Tratamiento del Dolor. Badajoz. España.*

**Introducción:** El dolor es uno de los síntomas más frecuentes, con mayor impacto emocional y repercusión en la calidad de vida del paciente. Ante la mala respuesta al tratamiento de muchos pacientes con dolor crónico, las Unidades del Dolor de Extremadura han puesto en funcionamiento Grupos Psicoeducativos para completar el abordaje multidisciplinar de estos pacientes.

**Objetivos:** 1. Promover cambios cognitivos, emocionales, conductuales y del entorno que provean al paciente de un mejor manejo de la enfermedad que padece. 2. Evaluar la eficacia para su posterior aplicación en Atención Primaria.

**Metodología:** Selección de pacientes de acuerdo con protocolo escrito común de las Unidades del Dolor. Los pacientes asisten acompañados de un familiar. Se realizan sesiones quincenales de dos horas de duración realizadas por, una enfermera, un médico y la psicóloga clínica de la unidad. Las sesiones abordan el área biológica, el área psicológica y el área social. Los cuestionarios, escalas y auto informes se administran antes de la intervención y el último día. Posteriormente se les evalúa por correo a los 3 y 6 meses.

**Resultados:** En el momento actual disponemos de evaluaciones no determinantes, ya que los cambios esperados en dolor crónico deseables han de mantenerse pasados los seis meses.

**Conclusiones:** Se pueden abrir oportunidades a los pacientes con dolor crónico, refractario a tratamientos clásicos a través de la psicoeducación.

## USO DEL FENTANILO TRANSDÉRMICO EN DAP

I. Mata, I. Herrador, J. Real, F. Aguilera, J.M. Gallardo,  
R. Calvo y F. Gómez Armenta

*Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. España.*

*Complejo Hospitalario Reina Sofía. Córdoba. España.*

**Objetivos:** Evaluar la eficacia, seguridad y efectos adversos tras la administración de fentanilo transdérmico (TTS) en cirugía proctológica.

**Material y métodos:** Se han evaluado 35 pacientes sometidos a cirugía proctológica bajo la misma técnica anestésica; a los que se les prescribió fentanilo TTS 12 mcg las 12 horas previas a la intervención, junto con paracetamol, dexketoprofeno y ondansetrón. Evaluamos EVA, efectos secundarios, calidad y horas de sueño, y satisfacción del paciente.

**Resultados:** De los 35 pacientes 3 fueron excluidos. La media de edad fue de 55 años y el ASA fue II-III en el 89%. La EVA a las 6 horas postintervención fue de  $0,22 \pm 0,71$ , siendo similar para las primeras 72 horas. Al 4º día apareció un pico de dolor con una EVA de  $1,53 \pm 2,147$ . El tratamiento fue bien tolerado en el 70% de los casos, siendo el mareo el efecto adverso más frecuente. El porcentaje de pacientes que durmieron más de 6 horas fue superior al 90% y la satisfacción de los pacientes con el tratamiento administrado fue calificada como excelente en el 85% de los casos.

**Conclusiones:** La analgesia multimodal para cirugía proctológica proporciona un control adecuado del DAP, siendo el fentanilo TTS una alternativa al tramadol, presentando mayor estabilidad de niveles plasmáticos y un elevado grado de aceptación y satisfacción por parte de los pacientes.

## PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A SIMPATECTOMÍA QUÍMICA LUMBAR

M.N. Miguel Martín, A.B. Mangas Ortigosa, G. Bonilla Zafra  
y C. Nieto Iglesias

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.*

**Introducción:** La simpatectomía es la interrupción de la transmisión nerviosa por un periodo más o menos largo de tiempo y en ocasiones permanente (simpatectomía química). Una de las técnicas empleadas en nuestras Unidades de Dolor a pacientes de C. vascular específicos es la simpatectomía química. Los efectos de la inervación simpática sobre el tono vascular se conocen desde 1852 gracias a los trabajos de Claude Bernard.

**Objetivos:** Establecer un Plan de cuidados en pacientes sometidos a simpatectomía química lumbar.

**Material y métodos:** NANDA. NIC. NOC. EVA (Escala visual analógica), pre y post-prueba. Tª de termómetros anexos en MI afecto.

**Resultados:** Plan de cuidados de pacientes sometidos a simpatectomía química lumbar.

**Conclusiones:** 1) Estandarización de los cuidados a pacientes sometidos a simpatectomía química lumbar. 2) Unificación de registros enfermeros. 3) Se habrá establecido un patrón de actuación de Enfermería frente a un grupo de pacientes/clientes, que responde de manera similar a situaciones de salud.

## PRESIÓN DE INYECCIÓN A TRES VELOCIDADES DIFERENTES DURANTE EL BLOQUEO DEL NERVIO FEMORAL. ¿CUÁN RÁPIDO DEBERÍAMOS INYECTAR?

A. Missair

*University of Miami. Estados Unidos.*

**Introducción:** Altas presiones ejercidas durante la inyección de anestésicos locales (AL) pueden contribuir potencialmente a que se produzcan lesiones neurológicas (1). El tejido perineural del nervio ciático en los conejos se desgarró si se aplican presiones >20 PSI (1.034 mmHg) mientras que inyecciones intraneurales con presiones > 25 PSI en perros resultaron en la destrucción permanente de la arquitectura neurológica (2). Medir y controlar las presiones de inyección podrían reducir el riesgo de ocasionar lesiones a los nervios. Sin embargo, el poder medir correctamente la presión de las inyecciones depende de múltiples parámetros físicos, y consecuentemente dicha tecnología no está a nuestra disposición rutinariamente. Aunque "inyectar lentamente" se enfatiza frecuentemente en la comunidad de la anestesia regional, no existe una definición exacta para lo que constituye una "velocidad segura". Esta investigación prospectiva aleatorizada comparó las presiones generadas por 3 diferentes velocidades de inyección de AL utilizando la tecnología de la bomba inyectora CompuFlo®, que ofrece el software para medir, visualizar gráficamente la presión de la inyección y controlarla.

**Materiales y métodos:** Con la aprobación de la Junta Institucional de Revisión (conocida también como "IRB" por "Institutional Review Board"), un total de 53 pacientes, a quienes se les hizo un bloqueo del nervio femoral con estimulación nerviosa, se inscribieron en este estudio prospectivo aleatorizado. A los pacientes se les asignó al azar bien al Grupo de Baja Velocidad (BV - inyección de 30 ml de ropivacaína al 0,5% a una velocidad de 10 ml/



min), al Grupo de Moderada Velocidad (MV - velocidad de inyección de 15 ml/min) o al Grupo de Alta Velocidad (AV - velocidad de inyección de 20 ml/min). Se programó la bomba CompuFlo® para limitar la presión máxima a 1.000 mmHg y para demorar la inyección correspondientemente de ser necesario (inyección con presión controlada). Se llevó constancia de las presiones máximas, la incidencia de demoras en las inyecciones, la tasa de éxito del bloqueo y la incidencia de complicaciones neurológicas. Las presiones se expresaron en términos de la media  $\pm$  DE (desviación estándar). Las presiones se evaluaron con un análisis de la varianza en mediciones repetidas. De detectarse diferencias significativas, se aplicaría una prueba Student-Newman-Keuls. La incidencia de retrasos en las inyecciones y de lesiones neurológicas se presenta en términos de porcentajes.

**Resultados:** Los grupos fueron similares con respecto a su composición demográfica. En el Grupo BV, las presiones máximas de inyección fueron significativamente más bajas que en los Grupos MV y AV ( $667 \pm 142$  mmHg comparado con  $904 \pm 96$  mmHg y  $928 \pm 88$  mmHg, respectivamente,  $p < 0,05$ ). Además, se observó una demora en la inyección realizada por la bomba CompuFlo® debido a que se alcanzó la presión crítica de 1.000 mmHg sólo en 1 paciente (6%) del Grupo BV en comparación con 6 pacientes (35%) en el Grupo MV y 8 pacientes (44%) en el Grupo AV ( $p < 0,05$ ). No se observaron complicaciones neurológicas en ninguno de los grupos.

**Discusión:** Nuestros datos indican que solamente la inyección de anestésicos locales para bloquear el nervio femoral a una velocidad de 10 ml/min resultó en presiones "seguras" de inyección. Consecuentemente, los profesionales deben considerar no excederse de esta velocidad de inyección al bloquear el nervio femoral, sobre todo si no tienen a su disposición tecnología para medir la presión y controlarla. Sin embargo, el hecho que la presión crítica también se alcanzó en 1 paciente en el Grupo BV tal vez indique que no sólo la velocidad de inyección sino otros factores, tales como la posición de la aguja, influyen en la presión de inyección. En este respecto, la tecnología para medir la presión de inyección puede alertar al operador de que se ha colocado la aguja intraneural o incluso intrafascicularmente.

#### Bibliografía

1. Selander D. Local anesthetics: importance of mode of application, concentration and adrenaline for the appearance of nerve lesions. *Acta Anaesthesiol Scand* 1979;23:127-36.
2. Hadzic A, Dilberovic F, Shah S, et al. Combination of intraneural injection and high injection pressure leads to severe fascicular injury and neurologic deficits in dogs. *Reg Anesth Pain Med* 2004;29:417-23.

#### AFRONTAMIENTO AL DOLOR COMO VARIABLE DIFERENCIADORA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

V. Monsalve Dolz, J. Soriano, P. Gómez-Carretero, G. Cerdá, A. Mínguez, M.D. López y J. de Andrés

*Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital General Universitario. Valencia. España.*

**Objetivo:** Valoración del afrontamiento al dolor en pacientes con fibromialgia y su papel como variable diferenciadora en cuanto a Calidad de Vida (CV), personalidad y valoración del dolor.

**Material y métodos:** Se evaluó una serie de 43 pacientes con Fibromialgia que acudieron al servicio de Psicología de la Unidad del Dolor del CHGUV, previa exploración médica. Se recogieron datos sociodemográficos y completaron los cuestionarios: CAD-R (Afrontamiento al dolor), SF-36 (CV), NEO-FFI (Personalidad) y Valoración del dolor.

**Resultados:** La muestra estuvo formada mayoritariamente por mujeres (95,3%), con edad en torno a 51 años (DT = 11,36), casa-

das/en pareja (79,1%). El nivel cultural fue medio (Estudios Primarios: 57,1%). El 59,6% de los participantes se encontraban laboralmente inactivos (jubilación, invalidez, baja laboral, etc.). Con la finalidad de trabajar con las dimensiones de afrontamiento al dolor aportadas por el CAD-R (Estrategias activas: distracción, búsqueda información, autocontrol mental y autoafirmación; Estrategias pasivas: religión y catarsis) se realizó un análisis cluster con dos grupos, el cual mostró que únicamente las estrategias activas pueden actuar como elementos de clasificación. El Grupo 1 se caracterizó por una alta utilización de estas estrategias, mientras que el Grupo 2 mostró una baja utilización de las mismas. La prueba no paramétrica de U de Mann Whitney empleada para comparar ambos grupos respecto a las variables de estudio, mostró que el Grupo 1 obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas en cuanto a la Salud General y Mental (SF-36), algunas de las variables de valoración ("Puedo cambiar mi dolor", "Tengo que aceptar el dolor", "vivo el dolor como un reto"), así como en las dimensiones de personalidad Apertura y Responsabilidad (NEO-FFI).

**Conclusiones:** Estos resultados ponen de manifiesto el papel del afrontamiento al dolor como variable diferenciadora entre distintos grupos de pacientes en cuanto a su personalidad, valoración del dolor y CV, lo cual proporciona información relevante en cuanto a la intervención, ya que permite definir las características de las personas que presentan una participación más activa en cuanto al control de su dolor y la repercusión sobre su CV. No obstante, sería necesario realizar estudios más amplios para poder generalizar estos resultados.

*Los resultados de este trabajo son parte de los proyectos de investigación financiados por el Ministerio de Educación y Ciencia REF: SEJ2004-05439/PSIC, y SEJ2007-61288/PSIC Trabajo realizado con la colaboración de la Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (FUNDOLOR).*

#### SÍNDROME FACETARIO: REVISIÓN DE 33 CASOS

R. Moreno Rodríguez, J.M. Pérez Moreno, J.F. Rodríguez Staff, E. Vargas-Machuca, C. Aldaya y M.J. Rodríguez

*Unidad del Dolor. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.*

**Introducción:** El dolor lumbar es una patología común, cuyo origen multifactorial hace participar a las estructuras articulares que son sometidas a procesos degenerativos, a un acto quirúrgico o a movimientos bruscos. Es lo que llamamos Síndrome facetario y podemos definirlo como dolor o disfunción proveniente de las articulaciones facetarias o articulaciones interapofisarias y tejidos adyacentes.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es presentar el síndrome facetario como causa de dolor lumbar y cervical que puede ser diagnosticado y tratado con bloqueos articulares selectivos como alternativa y/o complemento al tratamiento médico.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo revisando 33 historias clínicas de la Unidad del dolor del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de pacientes diagnosticados de síndrome facetario a los que se les realizan bloqueos de carillas articulares con anestésico local y corticoides y musculares con anestésico local y toxina botulínica, comprobando si el resultado de dicho procedimiento es efectivo.

**Resultados:** Pendiente de resultados estadísticos.

**Conclusiones:** El bloqueo de las facetas articulares es una técnica mínimamente invasiva que puede ser una alternativa o complemento al tratamiento médico, que puede reducir el consumo de analgésicos y mejorar la calidad de vida en este tipo de pacientes.

## CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANALGÉSICO POR DOLOR MODERADO PRODUCIDO POR PATOLOGÍAS REUMÁTICAS O TRAUMATOLÓGICAS: ESTUDIO SLEEP

C.L. Nebreda Clavo<sup>a</sup>, L. Aliaga<sup>a</sup>, J. Galván<sup>b</sup>, M. Alirangues<sup>b</sup> y M. García-García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Clinica del Dolor Teknon. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Departamento Médico. Laboratorios Gebro Pharma. S.A. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Departamento de Operaciones. Biometría Clínica CRO. Barcelona. España.

**Objetivo:** Determinar la calidad del sueño en pacientes en tratamiento analgésico por dolor moderado producido por patologías reumáticas o traumatológicas.

**Material y métodos:** Estudio transversal y multicéntrico. 281 médicos reumatólogos, traumatólogos, rehabilitadores y de unidades del dolor reclutaron pacientes ambulatorios, con dolor moderado (equivalente a 4-6 puntos en escala visual analógica (EVA)) por patologías musculoesqueléticas (incluyendo las traumáticas o cirugía previa), tratados por vía oral con una combinación en dosis fijas de tramadol 37,5 mg/paracetamol 325 mg o paracetamol 1 g o metamizol 575 mg durante 4 semanas como mínimo. La calidad del sueño se determinó mediante el cuestionario MOS-SLEEP-6. Además, se evaluó el impacto del dolor sobre el sueño mediante EVA de intensidad del dolor nocturno y EVA de interferencia del dolor sobre el sueño.

**Resultados:** De 1.671 pacientes reclutados, se analizaron 1.650 pacientes evaluables tratados con tramadol/paracetamol (n = 633) o paracetamol (n = 519) o metamizol (n = 498). N° de dosis/día (media  $\pm$  DE): 3,1  $\pm$  1,0, 3,0  $\pm$  0,7 y 3,2  $\pm$  1,0 respectivamente. Los pacientes tratados con tramadol/paracetamol mostraron mejor puntuación en el índice global SPI-I del cuestionario MOS-SLEEP-6 (32,3  $\pm$  19,2 puntos vs 37,4  $\pm$  18,1 con paracetamol y 39,5  $\pm$  18,5 con metamizol)\* y también en las dimensiones del cuestionario que evaluaban alteraciones del sueño (36,6  $\pm$  23,7 vs 40,8  $\pm$  22,1 y 44,3  $\pm$  23,0)\*, somnolencia durante el día (20,3  $\pm$  22,5 vs 24,3  $\pm$  21,9 y 24,5  $\pm$  20,6)\* y adecuación del sueño (59,2  $\pm$  26,0 vs 50,7  $\pm$  25,0 y 49,1  $\pm$  26,3)\*. Asimismo, en los pacientes tratados con tramadol/paracetamol se observó menor intensidad del dolor nocturno (EVA: 3,4  $\pm$  2,5 vs 4,1  $\pm$  2,4 y 4,  $\pm$  2,4)\* y menor interferencia del dolor sobre el sueño (EVA: 3,4  $\pm$  2,5 vs 4,1  $\pm$  2,5 y 4,5  $\pm$  2,3)\*. \*Media  $\pm$  DE; Test de Kruskal-Wallis, p < 0,0001.

**Conclusiones:** Los pacientes con dolor moderado por patologías reumáticas o traumatológicas tratados con la combinación en dosis fijas de tramadol 37,5 mg/paracetamol 325 mg mostraron mejor calidad del sueño y menor impacto del dolor sobre el sueño que los pacientes tratados con paracetamol 1 g o metamizol 575 mg.

## ESTUDIO COMPARATIVO DE EFECTIVIDAD EN LUMBOCIATALGIAS TRATADAS CON OZONOLISIS INTRADISCAL U OZONOLISIS ASOCIADA A RADIOFRECUENCIA DE LOS GANGLIOS DE LA RAÍZ DORSAL

C. Nieto Iglesias, S. Ortiz, R. González, B. Aranda, S. García del Valle y J.I. Gómez-Arnau

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

**Objetivo:** Valorar la eficacia del tratamiento con ozono intradiscal y de los ganglios de la raíz dorsal (GRD), comparando los resultados con un tratamiento de ozonolisis intradiscal y de los GRD asociado a radiofrecuencia de los GRD, en pacientes diagnosticados de lumbociatalgia.

**Material y métodos:** Se trataron 79 pacientes consecutivos diagnosticados de lumbociatalgia secundaria a hernia discal o

protrusión evidenciada mediante resonancia magnética nuclear. Los pacientes fueron divididos en dos grupos. El grupo I (GI): a los primeros 45 pacientes (62% hombres/38% mujeres) con una edad media de 50,7 años (DE 16,1) se les realizó ozonolisis intradiscal (10 ml de ozono al 30%) + ozonolisis de los GRD (10 ml de ozono al 10% bilateral en el nivel del disco tratado) y el grupo II (GII) formado por los 34 pacientes siguientes (41% hombres/59% mujeres) con una edad media de 53,5 años (DE 16,1), fueron tratados con ozono en las mismas condiciones que GI, asociándose radiofrecuencia de tipo pulsado durante 120 sg en los GRD previo a la administración de ozono. En ambos grupos se valoró la evolución del dolor mediante Escala Analógico Visual (EVA) basal (previo al tratamiento), al mes y a los 3 meses tanto del dolor lumbar como del dolor radicular.

**Resultados:** No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a la edad y al sexo con p > 0,05 en ambos parámetros (test t de Student). En el GI la evolución del EVA (mediana) de la lumbalgia fue de 7 (DE 1,7), 5 (DE 2) y 5 (DE 2,7), basal, al mes y 3 meses. El dolor radicular evolucionó desde un EVA (mediana) de 7 (DE 2), 4,5 (DE 2,8) y 4 (DE 3,3) basal, al mes y 3 meses respectivamente. En el GI la evolución del dolor lumbar fue EVA (mediana) de 6 (DE 1,1), 4 (DE 2,2) y 3 (DE 2,4) basal, al mes y 3 meses. El dolor radicular descendió desde un EVA basal (mediana) de 7 (DE 1,1) a 3,5 (DE 2,4) al mes y a 4 (DE 2,5) a los 3 meses. En ambos grupos se observó un descenso significativo del dolor al mes y a los 3 meses tanto en la lumbalgia como en la radiculopatía con respecto al valor de EVA basal (p < 0,05 test Kruskal Wallis y test Friedman), aunque comparando los dos grupos, no encontramos diferencias significativas tanto para la lumbalgia como para la radiculopatía (p > 0,05 test Kruskal Wallis y test Jonckheere-Terpstra).

**Conclusiones:** La aplicación del ozono intradiscal (técnica mínimamente invasiva) como alternativa al tratamiento de la lumbociatalgia ha demostrado ser exitosa, sin embargo no podemos afirmar que la asociación con radiofrecuencia mejore los resultados. Concluimos que se deben realizar más estudios al respecto.

## EFICACIA DE LA INFILTRACIÓN CON ANESTÉSICOS LOCALES EN PACIENTES CON SÍNDROME MIOFASCIAL DE LOS MÚSCULOS CUADRADO LUMBAR, PSOAS Y PIRAMIDAL EN LA LUMBALGIA CRÓNICA

J.L. Ortega García, F. Neira Reina, R. Fernández Prieto, R. Sánchez de las Matas y D. Ventura

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

**Objetivo:** Valorar la eficacia de la infiltración con anestésicos locales en pacientes con síndrome miofascial de los músculos (mús.) cuadrado lumbar (CL), psoas (Ps) y piramidal (Pi) en la lumbalgia crónica refractaria a otros tratamientos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Estudiamos 20 pacientes (P) con una edad media; error estándar de 51,9; 2,6 años, siendo 8 P varones. Estaban diagnosticados de: protrusión discal (7 P), síndrome postlaminectomía (5 P), listesis (3 P), hernia discal (3 P) y otros (3 P). Los pacientes acudieron a la clínica del dolor con el diagnóstico de lumbalgia crónica. La duración media previa del dolor antes de iniciar el tratamiento fue de 52; 14,2 meses. Los pacientes estaban en tratamiento con: tramadol (10 P), fentanilo TTS (5 P), buprenorfina transdérmica (3 P), pregabalina (9 P), gabapentina (3 P), AINE (11 P) y duloxetina (3 P), siendo ineficaz en todos los casos. Tras la anamnesis y la exploración se realizó el diagnóstico de presunción de síndrome miofascial y se realizó la infiltración con bupivacaína 0,25% de los mús. Pi, CL y/o Ps, según cada caso, bajo visión fluoroscópica. Se ha valorado la intensidad del dolor inicial (1) y al finalizar el tratamiento (2), según la Escala Analógica Visual (EVA.); la duración de la mejoría del

dolor; los tratamientos previos y la aparición de efectos secundarios. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 12 para una significación estadística de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** En 14 pacientes se realizó infiltración simultánea de los mús. Pi, CL y Ps, en 4 P del mús. Pi, en 3 P los músculos CL y Ps, en 2 P los mús. Pi y CL y en 1 P el mús. Ps. La EVA (1) media fue de  $7,1 \pm 0,4$  y la EVA (2)  $3,8 \pm 0,4$ , con un descenso estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ), que se mantuvo durante una media de  $40,8 \pm 10$  días. No se presentó ninguna complicación derivada de la técnica de infiltración.

**Conclusiones:** La infiltración con bupivacaína 0,25% se ha mostrado eficaz no sólo para el diagnóstico de confirmación, sino para el tratamiento inicial de este tipo de pacientes.

## CEFALEA SECUNDARIA A TUMOR ESFENOIDAL

A.L. Ortega Granados, N. Cárdenas Quesada, R. Carmona Vigo, M.J. Caballero Aceituno, R. Collado Martín e I. González Cebrián

*Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.*

**Caso clínico:** Paciente de 48 años con antecedentes personales de tabaquismo, hipercolesterolemia e hiperuricemia. Presenta tumoración laterocervical derecha. Se realiza PAAF, compatible con carcinoma epidermoide. Se interviene (parotidectomía y linfadenectomía cervical derecha); en el resultado histológico, parótida normal y en 5/13 ganglios, carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Recibe tratamiento con RT locorregional adyuvante, con una DT de 68 Gy. Durante el tratamiento con radioterapia, comienza con cefalea intensa, diplopía, fotofobia y acúfenos, por lo que se solicita RM craneal, en la que se objetiva lesión en clivus, con afectación ósea y extensión paracavernosa bilateral, que se extiende hasta la hendidura esfenoidal izquierda, de unos  $25 \times 22$  mm, compatible con lesión metastásica o lesión tumoral primaria. Ingresa, por la intensidad de su cefalea (EVA 9), a cargo de la Unidad del Dolor, requiriendo analgesia de tercer nivel y tratamiento analgésico coadyuvante con corticoides y antihistamínicos, con lo que se consigue el control parcial del dolor (EVA 5). Se considera como metástasis esfenoidal de carcinoma epidermoide de primario no conocido vs carcinoma epidermoide primario esfenoidal con mts. laterocervicales, y se decide comenzar tratamiento con quimioterapia de inducción según esquema TPF. Tras este primer ciclo, presenta mejoría del dolor (EVA 3) y disminución de la clínica de diplopía y estrabismo.

**Conclusión:** La lesión descrita provocaba dolor por compresión tumoral, y respondió a tratamiento combinado con analgesia de tercer nivel, adyuvantes y quimioterapia.

## ESTIMULACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA REFRACTARIA

M.T. Parras Maldonado<sup>a</sup>, J. del Saz<sup>b</sup>, B. Alonso<sup>c</sup>, A. de Martín<sup>c</sup> y D. Abejón<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.*

<sup>b</sup>*Unidad de Dolor. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.*

<sup>c</sup>*Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.*

**Objetivo:** Cerca del 50% de la población mundial se ve afectada de cefalea, considerándose una de las 10 enfermedades más importantes a nivel mundial, con un gran impacto tanto a nivel económico como en su relevancia en la calidad de vida de los enfermos. Alrededor del 11% de la población adulta total, padece migraña; aunque la cefalea más frecuente, llamada en ocasiones, cefalea tensional, afecta a casi la mitad de la población representando el

42% de la población mundial. El objetivo del trabajo es presentar los casos en los que se ha realizado estimulación de nervio periférico en esta patología.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo desde 2005 hasta 2009 en el que se valoró a los pacientes con cefalea que acudieron a la Unidad y eran tratados con neuroestimulación a nivel del nervio auriculotemporal. Todos los pacientes incluidos sufrían de cefalea de más de 6 meses y en todos los casos la intensidad del dolor medida mediante una escala numérica simple (ENS), fue mayor de 6, todos los pacientes fueron refractarios al tratamiento habitual. Se realizó un screening psicológico a todos ellos. Antes del implante definitivo se realizó una fase de prueba en el que se emplearon electrodos que posteriormente serían retirados. Se analizó el porcentaje de test positivos y negativos tras esta fase. Se valoró la eficacia mediante el análisis del porcentaje de mejoría subjetiva de los pacientes al mes, 3, 6 y 12 meses, y mediante la disminución, de la ENS en los mismos periodos. Se analizó la cobertura, en forma del porcentaje del área dolorosa, que se lograba capturar en la muestra con el sistema implantado. Se valoró el grado de satisfacción mediante una escala propia de 4 puntos (1 no satisfacción-4 muy satisfecho), así como las complicaciones si existieran.

**Resultados:** La muestra la componen 5 pacientes, 2 varones y 3 mujeres, que padecían cefalea en el área inervada por el nervio auriculotemporal, con una edad media de 40,6 años. Los diagnósticos de neurología fueron dos cefaleas en racimo, 3 cefaleas crónicas diarias. En tres pacientes se empleó un electrodo occipital y otro en el nervio auriculotemporal. La ENS disminuyó de una media de 8,9 a una media de 1 en los primeros instantes del estudio y de 2 en el último momento. La cobertura fue mayor del 85% en todos los casos y momentos. La satisfacción de los pacientes fue en todos los momentos y casos mayor de 3. No se observaron ninguna complicación derivada de la técnica.

**Conclusiones:** La estimulación de nervio periférico para este tipo de dolencia debería tenerse en cuenta dados los resultados de la misma y la ausencia de complicaciones. Parece una técnica relativamente sencilla y segura a tener en cuenta en este tipo de enfermos.

## DURACIÓN DEL EFECTO ANALGÉSICO DE LOS PARCHES MATRICIALES DE MEMBRANA CONTROLADA DE FENTANILO

A. Pereira Roibal y E. Peleteiro Antas

*Hospital Meixoeiro. Vigo. España.*

**Objetivos:** Valorar la duración del efecto analgésico de los parches matriciales de membrana controlada de fentanilo (Fendivia® y Matrifen®) en pacientes con dolor crónico oncológico. Estos parches permiten un alto grado de utilización del fármaco y una velocidad de liberación constante.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de las dosis y de la duración del efecto analgésico de los parches matriciales de membrana controlada de fentanilo en 75 pacientes oncológicos avanzados; edad media: 71 (36-93) años. Se analizaron dosis necesarias para el control del dolor y duración del efecto analgésico (48/72h) de fentanilo transdérmico en relación con el sexo y la localización tumoral.

**Resultados:** Dosis media de fentanilo: 82 µg/h (12-400 µg/h); si cambio cada 72h: 40 µg/h y si cambio cada 48h: 125 µg/h. Duración efecto analgésico fue de 48 h (49%) y de 72h (51%). Dosis media cambio de 72 a 48 h: 101 µg/h. El 64% eran hombres (48 h: 62%; 72h: 66%) y el 36% eran mujeres (48h: 38%; 72h: 34%). Localizaciones tumorales: cabeza y cuello (4%): 108 µg/h (48h: 67%; 72h: 33%); digestivo (24%): 65 µg/h (48h: 33%; 72h: 67%); páncreas e hígado (17%): 73 µg/h (48h: 54%; 72h: 46%); Pulmón (36%): 72 µg/h (48h: 44%; 72h: 56%); mama (2,6%): 50 µg/h (48h: 0%; 72h: 100%); ginecológico (5,3%): 112 µg/h (48h: 100%; 72h: 0%); urológico (6,6%):

225 µg/h (48h: 80%; 72h: 20%); desconocido (4%): 58 µg/h (48h: 33%; 72h: 67%);

**Conclusiones:** El 49% de los pacientes necesitaron cambiar el parche de fentanilo cada 48 horas para conseguir un buen control analgésico; no apreciamos diferencias en cuanto al sexo. El 100% de los tumores ginecológicos y el 80% de tumores urológicos precisaron cambio cada 48 horas y en estos últimos encontramos las dosis medias más altas de fentanilo (225 µg/h). En el 100% de los tumores de mama se cambió el parche cada 72 h.

## ELECTROESTIMULACIÓN PERIFÉRICA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO MEDIO

J.M. Pérez, R. Moreno, F. Rodríguez, C. Aldaya y M.J. Rodríguez

*Unidad de dolor. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.*

**Objetivos:** En la actualidad existen numerosos tratamientos con mayor o menor eficacia en los casos de dolor neuropático, uno de ellos sería la electroestimulación central; el objetivo de nuestro trabajo es estudiar cómo, del mismo modo, la electroestimulación periférica (EEP), puede ayudar a controlar el dolor de síndromes, que observamos de forma frecuente en la consulta, y que cursan con dolor neuropático rebelde a la terapéutica convencional.

**Material y método:** Se revisaron las historias clínicas de un total de 16 casos de dolor tratado mediante EEP, ésta fue realizada tras fracaso de terapéutica convencional, y tras bloqueos nerviosos con anestésicos locales en los que se observó alivio del dolor, al menos de forma parcial. En primer lugar, se implantó un electrodo conectado a un generador de impulsos programable externo, se comprobó la adecuada posición del electrodo mediante un correcto nivel de parestesias acompañado de un alivio del dolor; si tras 15-21 días se observaba una reducción de al menos el 50% en el nivel de dolor basal, se procedía a la colocación de un generador de impulsos interno definitivo. Se elaboró una hoja de recogida de datos donde se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de dolor, tratamientos previos, tipo de técnica utilizada, tiempo de evolución del dolor y duración de la terapia de EEP hasta el momento actual, resultados y complicaciones. Posteriormente se procedió al tratamiento estadístico de los datos para su análisis descriptivo.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 26 a 69 años (46,2 años de media), 3 casos correspondían a hombres (18,75%) y 13 eran mujeres (81,25%); en cuanto a tratamientos previos, todos recibieron tratamiento médico convencional y bloqueos nerviosos con anestésicos locales ± corticoides, en 4 casos se usó toxina botulínica con anterioridad, y en 2 TENS. Se registraron 5 casos de síndrome postherpiético, 4 de disfunción de la articulación temporomandibular, 3 de neuralgia occipital, 2 de neuralgia intercostal, un caso de coccigodinia postquirúrgica y otro de contractura del músculo trapecio que fueron tratados con un electrodo en región inguinal, región infraauricular, occipital, intercostal, caudal y cervical respectivamente. La reducción del nivel basal de dolor fue observada en todos los casos oscilando entre en 50% y el 100% (72% de media) y el tiempo de evolución del dolor varió de 1 a 10 años (5,4 años de media). La duración de la terapia mediante EEP fue de 2 meses a 7 años (23 meses de media) y las complicaciones más frecuentes fueron la movilización del electrodo (6 casos), rotura de cables (2 casos) y recolocación del IPG (4 casos), no se registró ninguna complicación grave.

**Conclusiones:** La EEP parece ser un tratamiento eficaz para diversos síndromes muy característicos, que observamos diariamente y que se muestran resistentes a otros tratamientos, las complicaciones son poco frecuentes y parecen estar más en relación a pro-

blemas del aparatado, que del acto médico en sí. La movilización de los electrodos, en la mayoría de las ocasiones, obedece a un aumento de la actividad física del paciente debido al alivio del dolor.

## POLIMIALGIA REUMÁTICA, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA EN UNIDAD DEL DOLOR: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M.D. Rodrigo Royo, P. Cía Blasco, J.C. Quero López, A. Lucas Hernández, P. Acín Lázaro y R. Casans Francés

*Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza. España.*

**Introducción:** La polimialgia reumática es un síndrome relativamente frecuente que cursa con dolor y rigidez matinal en cuello, cintura escapular y/o pélvica. En un 75-80% de los casos se eleva significativamente la VSG.

**Casos clínicos:** *Caso 1:* Paciente de 57 años con antecedente de resección de carcinoma microcítico pulmonar intervenido hace 1 año y en remisión completa. Acude a su oncólogo por aparición de dolor y rigidez en el cuello y ambas extremidades superiores, localizado especialmente en los hombros. Se le realizan TAC torácico, gammagrafía ósea y marcadores tumorales que confirman la remisión del cáncer y el origen benigno de sus dolores. En una radiografía cervical se aprecia osteofitosis cervical por lo que se instaura de forma progresiva tratamiento con AINES y buprenorfina que no consiguen disminuir su dolor. Por este motivo fue enviado a la Unidad del Dolor con diagnóstico de artrosis cervical. En la exploración se observa imposibilidad del movimiento normal de ambos hombros debido al dolor y sensibilidad a la palpación en esas zonas. En la anamnesis refería, además, dolor leve en ambas caderas. La nula respuesta al tratamiento y la afectación simétrica de cintura escapular y pelviana hizo sospechar la polimialgia reumática. Se solicitó VSG que resultó ser de 65 mm/h, remitiéndose al paciente a su reumatólogo. Este confirmó el diagnóstico y comenzó tratamiento con prednisona 10 mg/día que produjo una mejoría considerable del dolor y la rigidez del paciente en pocos días. *Caso 2:* Mujer de 44 años con dolor generalizado, depresión reactiva en tratamiento con duloxetine 60 mg. Además estaba siendo tratada con pregabalina 150 mg/12h, tramadol 200 mg/12h e ibuprofeno 600 mg/8h. Ante la sospecha de fibromialgia la paciente fue enviada a las consultas de Reumatología y la Unidad del Dolor. Fue valorada en primer lugar en la Unidad, destacando en la exploración gran sensibilidad a la palpación en la zona cervicobraquial con puntos dolorosos en toda esa zona y ausencia de puntos trigger en otras localizaciones. Aunque la paciente refería sentir dolor en todo el cuerpo, la zona de mayor sensibilidad era la cervicobraquial y ambas caderas donde refería gran rigidez matutina que luego cedía. Ante la duda en el diagnóstico de fibromialgia se esperó a la valoración del reumatólogo para variar el tratamiento analgésico. El reumatólogo descartó la fibromialgia y confirmó el diagnóstico de polimialgia reumática mediante anamnesis, exploración y detección de una VSG de 70. Comenzó tratamiento con prednisona a dosis de 5 mg diarios que consiguieron mejorar el cuadro de forma significativa, pudiéndose retirar definitivamente el resto de medicaciones que la paciente llevaba para el alivio del dolor.

**Discusión:** Se trata de 2 casos que no habían sido valorados en principio por el reumatólogo que es el especialista de referencia para esta enfermedad. Sin embargo, a veces la polimialgia reumática se puede presentar en formas de dolor cervicobraquial o según la percepción del paciente, como dolor generalizado. Esto puede provocar que el paciente sea derivado a una Unidad del dolor sin el diagnóstico correcto e introduzcamos en él múltiples fármacos para el dolor, que en ningún momento serán efectivos.

## ZICONOTIDE INTRATECAL PARA EL DOLOR CRÓNICO REFRACTARIO: NUESTRA EXPERIENCIA

J.F. Rodríguez, R. Moreno, J.M. Pérez, C. Aldaya y M.J. Rodríguez

*Unidad de Dolor. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.*

**Introducción:** El ziconotide es un fármaco derivado del veneno del caracol de la especie *Conus magus* (conotoxina) que actúa bloqueando los canales del calcio tipo N en la médula espinal. Está indicado en el tratamiento del dolor crónico severo en aquellos pacientes para quienes se autoriza la terapia intratecal y que son intolerantes o refractarios a otros tratamientos. Sin embargo no está exento de múltiples efectos adversos, pudiendo aparecer más frecuentemente vértigos, náuseas, confusión y cefalea entre otras más graves.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia sobre el manejo clínico del ziconotide para el tratamiento del dolor crónico refractario, puesto que su procedencia y mecanismo de acción son novedosos y por tanto no es posible trasladar hacia él las experiencias previas con otros analgésicos.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los pacientes tratados en nuestra unidad con ziconotide mediante sistemas de infusión intratecal, un total de 8 casos, siendo excluido uno de estos casos por reacciones adversas no reducibles. Todos presentan dolor crónico severo de etiología variada tales con respuesta inadecuada a distintos regímenes de tratamiento. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de dolor, tiempo de evolución del dolor, tratamientos previos, dosis inicial del tratamiento, dosis de mantenimiento, efectos secundarios, suspensión-reanudación del tratamiento, necesidad de combinación con otros fármacos y eficacia analgésica.

**Resultados:** La edad media es de 40 años y 5 de los casos son mujeres. La dosis inicial utilizada fue de 0,6 a 2,4 µg/día. Los pacientes son valorados periódicamente al inicio cada 48-72 h y posteriormente cada 7-14 días, realizándose el aumento progresivo de dosis en 0,6-1,2 µg, siempre en función de las características individuales. 5 de los casos llevan entre 10-18 meses y en 2 de ellos se han alcanzado dosis de hasta 12-14 µg/día. En uno de los casos se administra conjuntamente baclofeno por espasticidad y en otros 2 Cl mórfo intratecal. En la mayoría de los casos fue necesario disminuir la dosis por la aparición de efectos adversos y en 3 casos se tuvo que interrumpir el tratamiento momentáneamente reiniciándose posteriormente a menor dosis. Un caso de inclusión reciente se ha descartado por el momento por reacciones adversas no reducibles. Entre las RAMs se han identificado principalmente náuseas, vértigos, cefalea, ataxia, alteraciones visuales y malestar general. El 50% de los pacientes parece haber alcanzado niveles analgésicos eficaces sin necesidad de dosis importantes de analgesia suplementaria.

**Conclusiones:** El ziconotide es un fármaco novedoso que ha generado grandes expectativas pero también muchos interrogantes. Los pacientes deben seleccionarse cuidadosamente y se aconseja utilizar un periodo de titulación prolongada, lenta e individualizada con el fin de reducir la aparición de efectos adversos y si estos aparecen es posible detener la infusión hasta que desaparezcan, pudiendo reanudarse el tratamiento siempre a una dosis menor a la recibida.

## HIDROMORFONA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA LUMBOCIÁTICA AGUDA

J. Rotinen<sup>a</sup> y R. Cardona Echeverría<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Unidad de Raquis. Clínica Ubarmin. Elcano/Egüés. Navarra. España.*

*<sup>b</sup>Hospital de Navarra. Pamplona. España.*

**Objetivo:** Plasmar nuestra experiencia con hidromorfona oral como tratamiento analgésico en el manejo del la lumbociática aguda en nuestra unidad de patología de columna.

**Material y método:** Presentamos un grupo de pacientes (n = 20) que acude a consulta por dolor lumbar y ciático agudo. Han sido aleatorizados en dos grupos, uno recibe tratamiento con dexametasona i.m. en pauta descendente y el otro grupo recibe la misma pauta de dexametasona i.m. y además hidromorfona oral como analgesia coadyuvante. Realizamos un estudio descriptivo pasando una EVA para el dolor lumbar y otra para el dolor ciático en las revisiones 0, 1, 2. También hemos registrado si existen diferencias en ambos grupos a la hora de necesitar infiltraciones epidurales.

**Resultados:** Apreciamos una mayor disminución del dolor lumbar y ciático en los pacientes con hidromorfona oral frente a los que sólo recibieron dexametasona. Menor necesidad de realizar infiltración epidural en el grupo de los que recibieron dexametasona y hidromorfona.

**Conclusiones:** En el tratamiento de la lumbociática aguda el tratamiento clásico con dexametasona puede en ocasiones quedarse corto en cuanto a potencia analgésica. La hidromorfona oral de nueva aparición en el mercado puede ser un complemento eficaz y seguro.

## ANALGESIA INTRATECAL EN PACIENTES CON DOLOR INCOERCIBLE NO ONCOLÓGICO

S. Ruíz Ortiz, R. Gálvez, J. Romero, F. López Tapia, M. López y J. Martín de Rosales

*Unidad del Dolor y Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.*

**Introducción:** Entre las técnicas para control del dolor refractario, destaca la analgesia intratecal, constituyendo a veces la única alternativa válida en estos pacientes.

**Objetivos:** Valorar la efectividad clínica y tolerabilidad de la infusión intratecal analgésica en pacientes con dolor intenso de origen no oncológico. **Material y método.** Estudio retrospectivo de 25 pacientes de la Unidad del Dolor del Hospital Virgen de las Nieves (Granada), portadores de catéter intratecal y bomba implantable. Se evaluaron: analgesia, sueño, funcionalidad, tolerabilidad y seguridad de las prótesis implantadas.

**Resultados:** La edad media fue de 49.36 años, con el 68% hombres, y 32 % mujeres. Los principales diagnósticos fueron el dolor postlaminectomía (52%) y la artrodesis vertebral (8%). Hubo reducción significativa del EVA al inicio (EVA reposo = 6,36 y EVAmovimiento = 9), al mes del implante (EVA reposo = 4,92 y EVA movimiento = 7,36) y en la toma actual (EVA reposo = 4,36 y EVA movimiento = 7,08). Mejoría evidente del sueño: un 100% con sueño no reparador al inicio y un 36% al final. Reducción del 52% de las dosis de opioides mayores del inicio, al momento actual. En el 75% de los casos, hubo una media de 5,8 años desde la implantación de la bomba. La puntuación ECOG se ha mantenido en todo este tiempo, si bien el uso de bastones ortopédicos desapareció en un 32% (8) de los enfermos. Entre los fármacos, se usó morfina intratecal en 23 casos, anestésico local en 21 y ziconotide en 3 sujetos. Como efectos adversos destacaron: cefalea (8 casos), prurito (3), dificultad al orinar (4) y rechazo de la bomba (3), que obligó al recambio.

**Conclusiones:** La infusión intratecal es una alternativa para el manejo del dolor incoercible, que mejora el dolor, sueño y la funcionalidad, existiendo una buena tolerancia por parte del paciente.

## CEFALEA POR AUMENTO DE PRESIÓN ABDOMINAL

M.M. Santana Pineda, J. Gómez Sánchez, F. Rodríguez Huertas, J.M. Fernández Carrión, J.D. Leal del Ojo y E. García Gómez

*Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera. España.*

**Caso clínico:** Varón de 71 años con antecedentes personales de FA crónica, Diabetes tipo 2, Herpes zoster, espondiloartrosis, de-

generación macular, remitido por neurología a la Unidad de Dolor por cefalea que no cede a tratamiento farmacológico. La cefalea comenzó hace seis meses, la describe como un dolor intenso EVA (10) en la zona anterior frontal y periocular bilateral de calidad opresiva desencadenada ante esfuerzos como agacharse, toser, estornudar. Respeta el sueño. No responde a tratamiento con fármacos. Se ha realizado diagnóstico diferencial con sinusitis, procesos cerebrales, vasculares, consumo de fármacos. La exploración neurológica incluyó el fondo de ojo y arterias temporales es anodino. El TAC y RMN craneal son normales. Pensando en la posibilidad de que se tratase de una cefalea por aumento de presión intraabdominal se plantea extracción de LCR 20 ml, mediante punción lumbar en quirófano. A las 48 horas se contactó por teléfono y refirió que no había vuelto a tener crisis aunque persistía una cefalea leve.

**Discusión:** La cefalea por aumento de presión intracraneal se incluye dentro de las cefaleas de corta duración en la mayoría de los casos relacionada con la cefalea tusígena, aunque puede relacionarse con tos, estornudos, defecación, risa. Suele ser intensa y de breve duración aunque a veces puede durar hasta 1 hora. No hay signos claros que permitan distinguir las CAPA debidas a lesión estructural de las idiopáticas. Los pacientes deben ser estudiados de forma exhaustiva, puede intentarse tratamiento con indometacina y propanolol y si no son eficaces realizar punción lumbar evacuadora.

#### Bibliografía

1. Calandre L. Cefaleas por aumento de presión abdominal. Rev Soc Esp. Dolor. 1998;5:306-9.

#### TABLA DE CONVERSIÓN DE OPIOIDES

A. Smits, M.V. Avellaneda, M. Calderón, R. Barrantes, R. González y C. Nieto

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

**Objetivos:** Dado el aumento de la disponibilidad de opioides, creemos que resulta necesario encontrar una tabla de conversión sencilla en forma de póster que se encuentre disponible en cualquier centro o servicio médico tanto para atención primaria como especializada. De fácil uso para los profesionales acostumbrados a prescribirlos y a los que no lo están.

**Material y métodos:** Para realizar esta tabla, hemos consultado una extensa bibliografía de encontrar la conversión de los diferentes opioides en sentido bidireccional, refiriéndonos a la morfina (Potencia 1). En la literatura los rangos de potencia son amplios, lo que dificulta la conversión por lo hemos aproximados los resultados a cifras enteras. En general la dosis total diaria de un fármaco multiplicado por su potencia equivale a la dosis de morfina diaria. Todas las conversiones se refieren a la dosis total diaria por lo que habrá que administrarlas en su correcto intervalo. En caso necesario cualquier mórfico puede transformarse en morfina (el más utilizado en nuestro país) y desde aquí al opiáceo elegido y viceversa. Hay que tener en cuenta en todos los casos las diferencias al cambiar de vía de administración.

**Resultados:** Potencias aproximadas: Morfina- Potencia 1 vía oral/3 = VI; Vía IV/10 = vía epidural; vía epidural/10 = vía intratecal. Hodromorfona- Potencia 5. Oxidodona- Potencia 2. Metadona- Potencia 3. Fentanilo- Potencia 100. Morfina diaria oral/2 en mg = Parche de fentanilo transdérmico µg/hora. Fentanilo transmucosa oral/100 en µg = Morfina IV en mg. Codeína- Potencia 0,1. Dihidrocodeína- Potencia 0,1. Tramadol- Potencia 0,1.

**Conclusiones:** Los errores en las transformaciones son inadmisibles e imprescindible evitar los efectos secundarios tanto de infra como de sobredosificación. Resulta necesaria la monitorización de la respuesta de los pacientes.

#### ESTUDIO SOBRE LOS EFECTOS INDESEABLES DEL FENTANILO TTS 12 (DUROGESIC 12 µg/h) EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO SIN TRATAMIENTO PREVIO CON OPIOIDES

A. Tomás Torrelles<sup>a</sup>, J. Folch Ibáñez<sup>d</sup>, M. Casals Merchan<sup>b</sup>, V. Mayoral Rojals<sup>b</sup>, J. Fuentes Bellido<sup>c</sup> y J. Guitart Vela<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hospital Sant Bernabé. Berga. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Hospital Universitari Bellvitge. Barcelona. España.

<sup>c</sup>Pius Hospital de Valls. Tarragona. España.

<sup>d</sup>Hospital Plató. Barcelona. España.

**Objetivos:** Valorar la aparición de efectos indeseables, y seguridad clínica de "Durogesic Matrix 12 µg/h" como pauta inicial en pacientes que nunca han tomado opioides, y con indicación de tratamiento opióide por dolor crónico no oncológico.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de un mes de seguimiento de pacientes afectados de dolor crónico no oncológico, en el que se incluyeron los pacientes con indicación al fármaco y sin tratamiento opióide previo a los que se inició tratamiento con fentanilo TTS a una dosis inicial de 12 µg/h. (Durogesic Matrix 12 µg/h). Se registraron, los datos demográficos, el diagnóstico, tipo de dolor, tratamiento previo, y la aparición de efectos indeseables sin dar tratamiento preventivo para los mismos, pero si tratándolos en el caso de que aparecieran, y clasificándolos como: leves los que no precisaron tratamiento, moderados los que precisaron tratamiento pero siguieron el estudio, relevantes los que no respondieron a tratamiento y obligaron al abandono del estudio. Como tratamiento de base se utilizó paracetamol 500 mg/8h, fentanilo TTS, y como rescate (metamizol 1150 mg/8h v.o). La dosis del opióide se incrementó en las visitas sucesivas (15 días, 1 mes) según las necesidades analgésicas y tolerancia del enfermo.

**Resultados:** Se revisaron los datos de 98 pacientes 28 hombres (28,5%) y 70 mujeres (71,5%); con una edad media de 67 años (25-90), con dolor crónico no oncológico tratados con Fentanilo TTS a una dosis inicial de 12 µg/hora (Durogesic Matrix 12 µg/h). El tipo de dolor predominante fue el mixto somático y neuropático (60%), seguido del somático en el 40 % de los pacientes. La localización más frecuente fue el dolor lumbar (57%). Se produjeron 11 abandonos (10%), por sumaación de efectos indeseables entre leves y moderados que no cedieron con el tratamiento. De los 98 pacientes que iniciaron el estudio, finalizaron el estudio 87 pacientes, de los que 21 se mantuvieron con fentanilo TTS 12 µg/h (24,1%), se aumentó la dosis a 25 µg/h a 66 (75,9%) de los pacientes. A los 15 días de tratamiento con Durogesic Matrix 12: no presentaron ningún efecto indeseable 56 (57,2%) de los pacientes, 34 (34,6%) presentaron uno o más de un efecto indeseable leve. Abandonaron el estudio por sumaación de efectos indeseables 8 (8,2%). Náuseas y vómitos leves 4 (4,2%), mareos leves 14 (3%), estreñimiento leve 19 (19,8%), estreñimiento importante 2 (2%), somnolencia leve 9 (9,1%), desorientación leve 2 (2%), abandonos 8 (8,2%). A los 30 días de tratamiento con Durogesic Matrix 12: de los 21 pacientes que siguieron con Durogesic Matrix 12 (fentanilo TTS12 µg/h), 16 (76,2%), no presentaron efectos indeseables. El estreñimiento considerado leve apareció en 3 (14,2%) y somnolencia leve en 2 (9,6%). A los 30 días de tratamiento con Durogesic Matrix 25: de los 66 pacientes a los que se les aumentó la dosis a 25 µg/h: no presentaron ningún efecto indeseable 41 (62,1%). En 25 pacientes (37,9%) presentaron uno o más de un efecto indeseable de tipo leve: náuseas 3 (4,5%), vómitos 2 (3%), mareos 13 (19,6%), estreñimiento 13 (19,6%), somnolencia 4 (6%). Abandonos por sumaación de efectos indeseables en 3 (4,5%). En un paciente apareció un efecto indeseable considerado importante Mareos (1,5%).

**Conclusión:** El iniciar el tratamiento del dolor crónico no oncológico con dosis bajas de fentanilo TTS 12 µg/h en pacientes que no han tomado analgésicos opiáceos con anterioridad., es seguro respecto a la aparición de efectos secundarios. Estos son leves, y dis-



minuyen con el tiempo, minimizando su aparición en el caso que debamos incrementar la dosis del fentanilo TTS a 25 µg/h.

### Bibliografía

1. Torres LM, Calderón E, Rey RM. Fentanilo transdérmico (Durogesic®): Características farmacológicas y aplicación clínica. *Rev Soc Esp Dolor*. 1999;2:121-30.
2. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio Itaca. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;5:260-69.
3. Estudio sobre los efectos indeseables de (Durogesic Matrix 12) Fentanilo tts 12 µg en pacientes con dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;Supl I:205.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA REALIZACIÓN DEL TEST DIAGNÓSTICO EN LA TERAPIA INTRATECAL

R. Vasallo Solís, M. Lorite Godoy, G. Márquez Garrido, P. Lloreda Herradón, J. Insausti Valdivia y E. Uriarte Brizuela

*Clinica del Dolor. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.*

**Introducción:** Imprescindible realizarlo previo al implante definitivo. Necesario para valorar la eficacia analgésica y la mejora de la capacidad funcional, establecer la dosis eficaz, conocer los posibles efectos secundarios en cada paciente, comprobar por parte del paciente, las expectativas realistas que la infusión intratecal de fármacos puede aportarle.

**Objetivo:** Definir las actividades de enfermería durante todo el proceso, desde que se prescribe la técnica, pasando por su realización y su seguimiento. Para ello hablaremos de las actividades previas, durante y posteriores a la técnica. Enumeraremos las tareas correspondientes a cada actividad, así como el material necesario para llevarla a cabo.

**Material y métodos:** Incluyen la identificación y valoración del paciente, preparación del material necesario y coordinación con los demás componentes del equipo. Preparación del paciente, del campo estéril, manejo de la bomba de infusión, anotación de los parámetros y apoyo al facultativo. Vigilancia del paciente desde su ingreso en planta, control diario para realizar la valoración del paciente y ver resultados.

**Resultados:** Técnica con mínimas complicaciones y en la que el 100% de los pacientes se van de alta en un plazo aproximado entre 3-5 días.

**Conclusiones:** Técnica imprescindible previa al implante de una bomba de infusión interna, que permite hacer un cribado de los pacientes susceptibles de terapia intratecal, en la cual la enfermería tiene un papel fundamental.

## TRATAMIENTO DE LA NEURALGIA OCCIPITAL MAYOR CON LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA A. REVISIÓN DE 5 CASOS

J.M. Vázquez Ignacio, R. Vidal Sicart y J. Guitart Vela

*Unitat de Tractament del Dolor. Servei d'Anestèsia, Reanimació i Tractament del Dolor. Hospital Plató. Barcelona. España.*

**Introducción:** La neuralgia occipital mayor puede provocar una cefalea muy difícil de tratar tanto de forma quirúrgica como farmacológica. Varios estudios han demostrado el efecto analgésico de la toxina botulínica A (TBA) en dolores neuropáticos, más allá de su efecto relajante muscular. Las teorías para explicar este efecto analgésico de la TBA son: acción inhibitoria sobre mediadores sensoriales como la sustancia P, el péptido relacionado con el gen de la calcitonina y el glutamato, o mediante la inhibición directa de la inflamación neurogénica y la sensibilización central por medio de

la disminución de la actividad de las neuronas de rango dinámico amplio. Además la TBA se ha usado con éxito para tratar la cefalea tensional, cefalea cervicogénica, migraña y cefalea crónica diaria.

**Material y métodos:** Se incluyeron de 5 pacientes que cumplían los criterios de la Internacional Classification Headache Disorders para la neuralgia occipital mayor. Todos ellos presentaban dolor urente, punzante, paroxismos e hiperalgesia de la zona de influencia del nervio occipital mayor afectado y refirieron alivio del dolor limitado a unas pocas semanas tras el bloqueo del nervio occipital mayor con lidocaína al 2% + 10 mg de triamcinolona. Los pacientes habían recibido tratamiento previo con AINES, opioides, antiepilépticos, antidepresivos y mio relajantes con escasa respuesta. Tras el bloqueo diagnóstico los pacientes fueron tratados con la inyección de Toxina Botulínica A (50 U) mediante la siguiente técnica: con el paciente en sedestación se localizó el pulso de la arteria occipital mayor, y previa asepsia de la piel se realizó la punción con una aguja STIMUPLEX D BRAUN 15° D25/055 25G × 21/8" medial a la arteria y con ligeros movimientos se localizó el nervio -buscando la reproducción del dolor en el territorio del occipital mayor a una intensidad < 0,5 mA. Posteriormente previa aspiración se inyectaron 50 U de toxina botulínica A en 2 ml de suero fisiológico. Se realizó el seguimiento de los pacientes a la semana, el mes y los 3 meses.

**Resultados:** La edad media de los pacientes era de 54 años (rango: 30-79). Tres mujeres y 2 hombres cuyo EVA inicial medio era 8,7 (rango: 7,5-10). El EVA medio a la semana del tratamiento con toxina botulínica fue de 3,4 (rango: 2-5). El EVA medio al mes del tratamiento fue de 1,4 (rango: 0-3) y 2,4 (rango: 0-5) del tratamiento. No se realizaron variaciones en el tratamiento farmacológico de los pacientes durante el estudio. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con el procedimiento.

**Conclusión:** La inyección de toxina botulínica A puede ser una alternativa a los bloqueos con anestésicos locales y corticoides con una duración mucho mayor en el tiempo, aunque se requieren más estudios para conocer su verdadera utilidad usando anestésicos locales y corticoides.

## EXPERIENCIA DE OXICODONA L.C. EN PACIENTES CON DOLOR POR ARTROSIS DE RODILLA

I. Velázquez

*Grupo Andaluz para el Estudio del Dolor. España.*

**Objetivos:** Evaluar la eficacia analgésica, tolerancia y adherencia de oxicodona de liberación controlada (OLC) en pacientes con dolor por artrosis de rodilla, mal controlado con analgésicos escalón 1º- 2º OMS.

**Material y métodos:** *Diseño:* registro clínico observacional prospectivo de un trimestre de duración, con 5 visitas consecutivas (basal, 1, 2, 4 y 12 semanas), alternando entrevistas presenciales (3), con telefónicas (2). *Ámbito de estudio:* multicéntrico en 15 Unidades del Dolor andaluzas. *Pacientes de estudio:* 181 pacientes con artrosis de rodilla dolorosa pese a tratamiento analgésico 1º-2º escalón OMS (con puntuación ≥ 5 en escala numérica 1-10), sin tratamiento con opioides mayores, ni técnicas complementarias. *Variables de estudio:* Perfil clínico y demográfico basal del paciente, y en cada visita: dolor (escala numérica - E.N.), dosis de oxicodona L.C. y L.I., efectos secundarios, medicación coadyuvante, episodios de dolor irruptivo y actitud terapéutica.

**Resultados:** Muestra mayoritaria de mujeres (77%), con edad media de 68,5 años (33-88 años) y 7,1 años de evolución promedio de la artrosis. 50% de prevalencia de sobrepeso y 33,8% de obesidad. El promedio de flexión conservada en rodilla afectada fue de 82% (entre 30-160°). El 65% de los casos reportaron dolor nociceptivo puro. Los fármacos más empleados como analgésicos antes del

estudio fueron tramadol, AINES, paracetamol y codeína. Un 22% de los pacientes habían recibido una infiltración articular previa. El 81,8% de los pacientes de estudio experimentaron alivio con OLC. Tras iniciar el tratamiento se redujo significativamente la puntuación en la E.N. en todas las visitas (respecto a la previa correspondiente, t test para datos apareados  $p < 0,05$ ), con promedios decrecientes entre 7,2 (basal) y 3,6 (fin de estudio). Las dosis promedio de OLC requeridas ascendieron en las sucesivas visitas en promedios a 8,3, 16,4, 25,2, 31,8 y 33,5 mg/día. El % de pacientes con dolor irruptivo se redujo a lo largo del estudio, desde el 37% al 23%, así como el promedio en el nº de episodios, en los pacientes que los padecieron. Un 80% de los pacientes precisaron alguna medicación coadyuvante, en orden decreciente: paracetamol, laxantes y antieméticos. El 16,6% de los pacientes abandonaron el estudio, en ningún caso por ineficacia. Los efectos adversos más frecuentes percibidos, en alguna ocasión, por los pacientes del estudio fueron: estreñimiento (50%), náuseas (40%), vómitos (12%), irritabilidad (4%) y somnolencia (22%), que coincide con porcentajes descritos en otros fármacos.

**Conclusiones:** El tratamiento con oxycodona logra una excelente eficacia clínica en la mayoría de pacientes tratados, con reducción de la intensidad de dolor y de la prevalencia de episodios irruptivos al aumentar las dosis del fármaco. Sólo el 8% de los pacientes abandonaron el tratamiento por efectos adversos.

## TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA CON ESCITALOPRAM

R. Vidal, J. Guitart y J.M. Vázquez

*Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor.  
Clínica Plató Fundació Privada. Barcelona. España.*

**Objetivos:** Evaluar los efectos del tratamiento con escitalopram en 23 pacientes con fibromialgia.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo de 23 pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos para fibromialgia de la Sociedad Americana de Reumatología y no estuvieran en tratamiento antidepressivo o cumplieran con alguna contraindicación para el uso del fármaco. Los pacientes siguieron con su tratamiento habitual sin variarlo salvo intolerancia, más la dosis recomendada de escitalopram durante 3 meses. Registramos edad, sexo, peso, talla, nivel de instrucción y medicación concomitante al inicio del estudio. Determinamos al inicio, al mes y a los 3 meses el EVA, resultados del cuestionario del dolor de McGill adaptado al español, duración de la rigidez matutina (mayor o menor de 30 min.) y calidad del sueño de acuerdo a la escala de Latinen, dosis de escitalopram y efectos secundarios. Estos últimos también fueron evaluados a la semana.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 23 mujeres entre marzo del 2004 y agosto del 2005. La edad media fue de 52,04 años (rango: 34-64), peso promedio 65,83 Kg, talla media 1,57 m. El 86,95% de los pacientes tenían estudios primarios, 4,35 % universitarios, 4,35% de bachillerato y 1 paciente no tenía ningún nivel de instrucción. Ocurrió una disminución discreta del EVA 19,1% al primer mes y 17,03% a los 3 meses (fig. 1). La variación de la puntuación de McGill fue discreta 8,5 y 8,7% al mes y 3 meses respectivamente, siendo el componente afectivo el que más cambió en el tiempo al desglosar el cuestionario por categorías (fig. 2). La calidad del sueño mejoró de forma leve al mes volviendo al valor inicial a los 3 meses. (fig. 3) y de igual manera la rigidez matutina mejora al mes (diferencia 16,62 %) regresando a valores cercanos al inicial a los 3 meses (diferencia 4,86 %) (fig. 4). Retiramos del estudio a 6 pacientes, 3 de ellos no acudieron a los controles, 1 fue intervenida quirúrgicamente, 1 paciente suspendió el medicamento por su cuenta al no mejorar los síntomas y otra lo retiró la primera semana por nerviosismo y náuseas. Además de este último caso sólo 1 paciente más nos refirió sequedad de boca como efecto secundario.

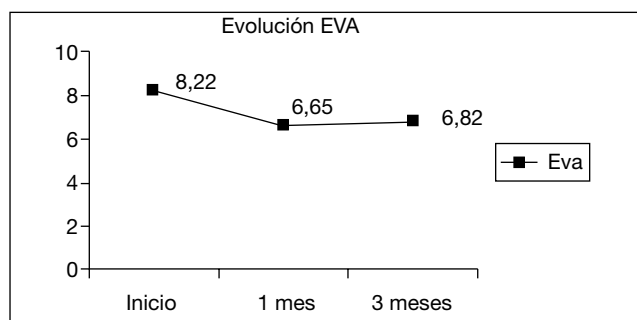


Figura 1.

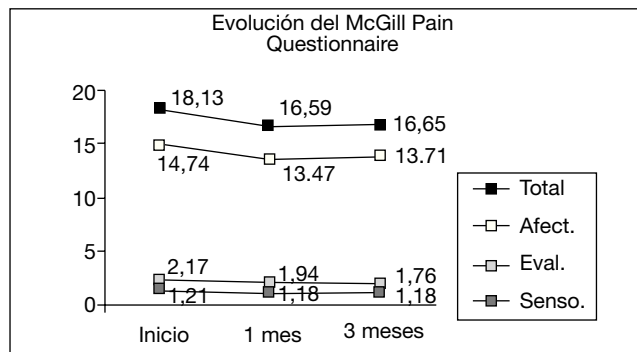


Figura 2.

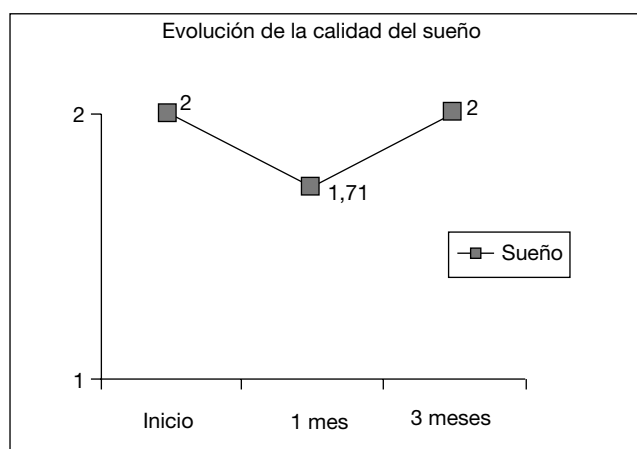


Figura 3.

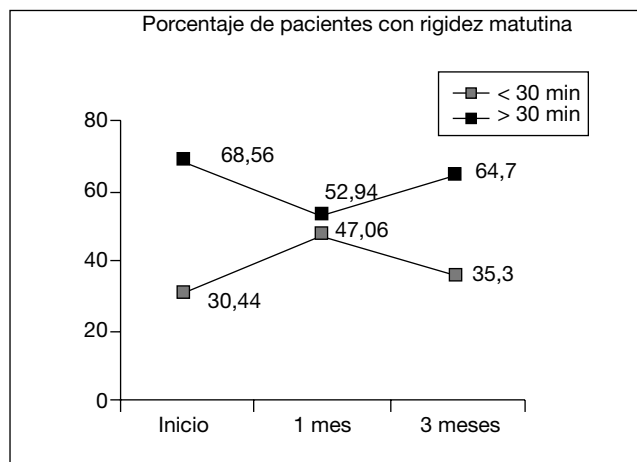


Figura 4.

**Conclusión:** El escitalopram es bien tolerado por los pacientes pero su utilidad en el tratamiento de los síntomas de la fibromialgia es limitada, aunque es necesario muchos más estudios para confirmar este hecho.

### TRATAMIENTO DE LA NEUROPATÍA DIABÉTICA SEVERA MEDIANTE ESTIMULACIÓN MEDULAR

V.L. Villanueva Pérez, J. Asensio Samper, M.D. López Alarcón, G. Fabregat Cid, G. Cerdá Olmedo y J. de Andrés Ibáñez

*Unidad del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Introducción:** La neuropatía diabética es una patología relativamente frecuente en el paciente diabético y con control farmacológico en la mayoría de las ocasiones. Pero en aquellos pacientes rebeldes a tratamiento farmacológico deben emplearse técnicas más agresivas, demostrándose útil la Estimulación Medular (SCS).

**Casos clínicos:** Paciente varón de 52 años de edad con diagnóstico de DMID de más de 20 años de evolución. Refería cuadro de dolor neuropático severo en miembros superiores (MMSS) y en miembros inferiores (MMII) descrito como eléctrico, quemante con trastornos de sensibilidad asociado a nivel de manos y pies de forma bilateral de 3 años aproximadamente de evolución. Presentaba interferencia en el descanso nocturno a causa del dolor. En la exploración presentaba una hipoestesia bilateral en MMSS/MMII, con leves escoriaciones cutáneas y alteración de reflejos osteotendinosos,

disminución de sensibilidad al tacto con monofilamento y a la vibración con diapasón. Electromiografía (EMG) de MMSS/MMII: poli-neuropatía mixta (sensitivo-motora) diabética.

**Evolución:** Se emplearon inicialmente fármacos como: pregabalina, gabapentina, oxcarbazepina o duloxetina, todas ellas hasta dosis máximas, asociado a analgésicos de nivel 2 de la OMS (tramadol, codeína). Ante la escasa respuesta a los tratamientos previos se inició protocolo de estimulación indicándose doble estimulación medular cervical y lumbar, con punta de electrodo alojado entre cuerpo vertebral de C4-C5 para el nivel de MMSS y entre cuerpo vertebral de D10-D11 para el nivel inferior. A los dos meses del implante el paciente reconocía mejoría superior al 80%, percibiendo las parestesias en la zona afectada, volviendo el dolor a niveles basales, si apagaba el estimulador.

**Conclusión:** En casos severos de neuropatía diabética, en la que la respuesta a los fármacos propuestos en las Guías de Consenso es más bien escasa, cabría considerar las técnicas de 4º escalón analgésico como es la estimulación medular (SCS).

### Bibliografía

1. Argoff CE, et al. Consensus Guidelines; Assessment, Diagnosis and Treatment of Diabetic peripheral neuropathic pain. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006;81(4):512-25.
2. Finnerup NB, et al. Algorithm for neuropathic pain treatment: an evidence based proposal. *Pain*. 2005;118(3):289-305.
3. Cruccu G, et al. EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain. *Eur J Neurol*. 2007;14:952-70.
4. Tesfaye S, et al. Electrical spinal-cord stimulation for painful diabetic peripheral neuropathy. *Lancet*. 1996;348(9043):1698-701.

