

con triamcinolona, y por último, radiofrecuencias del GI, resultando esta la técnica más efectiva, con una reducción de la frecuencia urinaria a 10 micciones diarias y un EVA casi de 0.

Discusión: La cistitis intersticial es una entidad de complejo manejo clínico que puede ocasionar importante alteración en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Esto se debe a las aferencias sensitivas simpáticas a nivel pélvico, de las cuales el GI es el principal responsable. A pesar de que la cistitis intersticial no sea una indicación definida de tratamiento mediante radiofrecuencia del GI, se podrían abrir nuevas líneas de investigación para estudiar sus posibles beneficios en estos pacientes.

Conclusión: En esta paciente la realización de técnicas a nivel del GI ha reportado beneficio sintomático y en la calidad de vida, reduciendo tanto la EVA como el número de micciones diarias. Dichas técnicas no han presentado siempre la misma eficacia y han sido acompañadas de otros procedimientos. El beneficio reportado podría conllevar su futuro empleo en otros pacientes que padezcan la misma patología.

Bibliografía recomendada:

1. Cortiñas M, Muñoz- Martín T, Varab C, et al. Eficacia del bloqueo del ganglio impar en dolor pélvico y perineal de etiología ginecológica rebelde a tratamiento médico-quirúrgico. *Clin Invest Gin Obst.* 2011;38(3):95-9.
2. Restrepo-Garces CE, Gomez Bermudez CM, Jaramillo Escobar S, et al. Procedimientos a nivel de ganglio impar. *Rev Soc Esp Dolor.* 2013;20(3):150-4.

INTERVENCIONISMO

P-074 EFECTIVIDAD DE LA EPIDURAL CAUDAL EN NUESTRO MEDIO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR CRÓNICO IRRADIADO

B. Navarro Vicente de Vera, M. Pedraz Natalias, M. Badel Rubio, P. García Consuegra Tirado, A. Callau Calvo, T. Rivero Salvador

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción: A pesar de que la epidural caudal es una técnica ampliamente extendida y aplicada en las unidades del dolor, existe una elevada controversia en la literatura sobre su eficacia y una amplia variabilidad de resultados. Además, entre los pocos estudios encontrados la gran mayoría corresponden a estudios realizados en EE. UU., donde es posible que los factores sociodemográficos y sanitarios difieran mucho con los nuestros.

Objetivo: Estimar la efectividad, en la mejora del dolor y la funcionalidad, de la epidural caudal en nuestro medio, durante un periodo de seguimiento de 6 meses.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional, prospectivo, de tipo serie de casos. Criterios de inclusión, los de la práctica clínica habitual: pacientes con dolor lumbar crónico, irradiado o no a extremidades, refractario a otros tratamientos. Seleccionados consecutivamente 35 pacientes. Seguimiento en periodos: basal, 1 semana, 1 mes, 3 meses y 6 meses posttécnica, utilizando escalas: EVA, reposo (EVA_r), y movimiento (EVA_m) y test de Oswestry (funcionalidad). Valoramos significación clínica, con criterios de Parr y cols. (1): descenso de al menos 3 puntos o al menos un 50 % de reducción sobre los valores basales de EVA y en Oswestry reducción de al menos un 40 % sobre valor basal. Para evaluar la tendencia y si existen diferencias estadísticamente significativas en las escalas a lo largo de los periodos se ha utilizado tanto el coeficiente de correlación de Pearson como el test ANOVA para datos no paramétricos de tipo longitudinal, asumiendo como significativos aquellos valores de $p < 0,05$.

Resultados: En las tres escalas (EVA_r, EVA_m y Oswestry), se observa un apreciable descenso del dolor a partir de la primera semana, que suele mantenerse en el primer mes, pero que vuelve a valores similares al basal a los 6 meses. Los valores medios de EVA_m son ligeramente superiores a los de EVA_r. El análisis de la varianza para cada una de las escalas demuestra que es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) la disminución del dolor y la mejora funcional a lo largo del periodo, sobre todo cuando se compara el nivel basal con la primera semana y primer mes. Sin embargo, se aprecia nuevamente un claro ascenso de los valores de EVA y Oswestry hasta los 6 meses, con una correlación directa (medida por el coeficiente de Pearson) entre el periodo de tiempo en el seguimiento y unos progresivos mayores valores del dolor. Si consideramos también los decrementos o disminuciones netas (con relación al valor basal) de la escala de dolor, comprobamos asimismo que la tendencia es claramente descendente, con una excelente correlación (coeficiente R de Pearson) entre menor decremento del dolor y el paso del tiempo. Atendiendo a criterios de significación clínica como los de Parr y cols., observamos que son una minoría los pacientes que han experimentado una mejoría clínicamente valorable, ya que la técnica solo consigue una mejoría clínicamente significativa en el 34 % de los pacientes y solo el 5,7 % de ellos alcanza una mejoría funcional clínicamente significativa. Esta limitada mejoría se observa además solo en la semana y el mes posterior al tratamiento en las escalas de EVA, siendo prácticamente inapreciable en la escala funcional de Oswestry.

Discusión: Aunque la mejora en el dolor es evidente y significativa desde el punto de vista estadístico, podría calificarse como de media-baja intensidad, ya que apenas llegan los decrementos a los 2 puntos netos en las escalas de EVA en reposo y movimiento, siendo, además, muy poco duradera más allá de 1-3 meses tras la realización de la técnica. Lo mismo sucede con la mejora de la funcionalidad. Nuestros resultados concuerdan con los observados

por Manchikanti y cols. (2), que sí observan una reducción del dolor y una mejora funcional estadísticamente significativas, aunque en nuestro estudio, la disminución del dolor no es tan prolongada (periodos inferiores a un mes en EVA y apenas nada en Oswestry) y la significación clínica no es tan importante. Es posible que los criterios empleados por Parr y cols. sean excesivamente exigentes, y que mejoras de menor cuantía de 2 puntos en la escala del dolor sean bien percibidas por los pacientes. No encontramos una explicación consistente a la menor efectividad conseguida en nuestro estudio con esta técnica, aunque probablemente se deba al diferente contexto de nuestro estudio, respecto a otros estudios realizados en EE. UU., de los pacientes atendidos, de los recursos empleados y de la atención sanitaria en general.

Bibliografía:

1. Parr AT, Manchikanti L, Hameed H, Conn A, Manchikanti K, Benyamin RM, et al. Caudal epidural injections in the management of chronic low back pain: A systematic appraisal of the literature. *Pain Physician*. 2012;15:159-98.
2. Manchikanti L, Singh V, Cash KA, Pampati V, Damron KS, Boswell MV. A randomized, controlled, double-blind trial of fluoroscopic caudal epidural injections in the treatment of lumbar disc herniation and radiculitis. *Spine*. 2011;36:1897-905.

P-075 FRECUENCIA DE LA CANALIZACIÓN INTRAVASCULAR NO DESEADA EN EL BLOQUEO ECOGUIADO DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA (ASI)

C. A. Jaramillo Tascón, M. A. Puebla Martín, M. A. Ramírez Huranga, A. Estuardo Plasencia Ezaine, J. Hernán Calle Ochoa, I. V. de la Rocha Vedia

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Palabras clave: articulación sacroilíaca, ecografía, eficiencia, intravascular.

Introducción: Tradicionalmente el bloqueo de la articulación sacroilíaca (ASI) se ha realizado guiado por rayos X. Pero, con el auge de la ecografía, actualmente una gran cantidad de autores describen esta como una alternativa eficaz y eficiente, con ventajas como la versatilidad de los equipos, lo dinámico de las imágenes, el control de la aguja en tiempo real y la ausencia de exposición a radiaciones ionizantes para el paciente y el personal sanitario.

Sin embargo, se plantean interrogantes en cuanto a la seguridad en la difusión del medicamento administrado al no contar con un medio de contraste que confirme su administración en el sitio deseado.

Objetivo: Conocer la frecuencia de la canalización intravascular no deseada al realizar un bloqueo de la articulación sacroilíaca guiado por ecografía.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Durante un periodo de 4 meses y mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple (nivel de confianza del 90 % y error muestral del 10 %), se reclutaron un total de 110 ASI, en pacientes de la consulta de dolor, diagnosticados de disfunción de la ASI. A todos ellos se les informó del estudio, firmaron el consentimiento informado y se les programó para la infiltración de la ASI con corticoide y anestésico local. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo facultativo, el mismo equipo de ultrasonido y de fluoroscopia. Se realizó la canalización ecoguiada de la ASI según técnica y protocolo habitual, utilizando una sonda convex y una aguja 22 G (se curvó la punta previamente). Previa comprobación de ausencia de retorno vascular tras aspiración se inyectó 1 ml de medio de contraste yodado y se realizó la comprobación por fluoroscopia.

Resultados: Se infiltró un total de 110 articulaciones sacroilíacas con guía ecográfica (derecha 44 %, izquierda 56 %). Se confirmó la correcta canalización ecoguiada de la ASI en el 98 % de los casos mediante su comprobación fluoroscópica tras la administración de contraste yodado. Se detectó la canalización intravascular no deseada de venas intraarticulares en el 20 % de los casos a pesar de una aspiración previa negativa, sin encontrarse diferencias en cuanto a sexo, edad o lateralidad.

Discusión: La prevalencia de la lumbalgia en la población española adulta es de un 60-80 % (más frecuente en mujeres de más de 60 años). En un tercio de los pacientes puede generar gran limitación funcional con el respectivo impacto negativo en su entorno sociofamiliar y generando aproximadamente 2 millones de consultas/año en atención primaria. Es una de las primeras causas de baja laboral en España y en todo el mundo occidental, siendo un motivo muy frecuente de incapacidad y de dolor crónico.

El dolor lumbar no es una enfermedad simple, sino un conjunto de condiciones patológicas que pueden dar lugar a dolor en esa zona y entre el 16-30 % está en relación con disfunción sacroilíaca y el 5-15 %.

La infiltración de la articulación SI con anestésico local y corticosteroides puede proporcionar un buen alivio del dolor por periodos de hasta 1 año. Con una reducción significativa del dolor en el 86, 62 y 58 % de los casos a 1, 3 y 6 meses, respectivamente.

Soneji y cols. confirmaron que la infiltración ecoguiada de la articulación SI, con confirmación radioscópica posterior tiene una precisión y eficacia similares al uso de la radioscópica únicamente en pacientes con dolor lumbar crónico secundario a la osteoartritis de SI.

En el trabajo que desarrollamos encontramos una alta precisión en la canalización de las ASI (98 %), pero con una