

El paciente es dado de alta para tratamiento quimioterápico ambulatorio con fentanilo parches 50 mcg/72 h, pregabalina 75 mg/12 h y paracetamol 1 g/8 h alterno con metamizol de rescate.

Discusión: El fenol se metaboliza fundamentalmente en pulmones, tracto gastrointestinal, hígado y riñones. La rapidez de la aparición y desaparición de los síntomas puede deberse a este hecho. El que solo tuviéramos toxicidad neurológica es inexplicable.

El fenol está presente en muchos productos de consumo habitual, en pastillas bucofaríngeas, colutorios etc., sin embargo, como se ve en este caso, su toxicidad potencial es alta.

La urgencia del tratamiento, en el caso presentado, hizo que el procedimiento fuera realizado en un quirófano no habitual, con personal de enfermería no habituado al procedimiento, con solo un especialista en dolor. No se realizó el protocolo adecuado de seguridad, recomendado en los procedimientos analgésicos mínimamente invasivos (2), los protocolos de seguridad tipo *check-list* solo se han implementado de forma obligatoria en procedimientos quirúrgicos.

Conclusiones: Presentamos un caso de daño neurológico transitorio tras exposición a sobredosis accidental de fenol en ganglio celiaco.

La seguridad del paciente debe primar sobre la urgencia del procedimiento.

Deberían realizarse medidas de seguridad tipo *check-list* en todos los procedimientos de terapia del dolor (2) de forma protocolizada.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Este estudio no está financiado.

Bibliografía:

1. Gupta S, et al. Acute phenol poisoning. A life-threatening hazard of chronic pain relief. *Clin Toxicol.* 2009;46(3):250-3. DOI: 10.1080/15563650701438888.
2. Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

P-079 BLOQUEO DEL PLEXO CELÍACO POR VÍA ANTERIOR ¿REGRESA, UN SIGLO DESPUÉS?

A. Álvarez Fernández, I. Fernández Villa, I. Solera Ruiz, A. Gutiérrez Fernández, A. Alonso Cardaño, F. de María Sánchez Díaz

Complejo Asistencial de León, León

Palabras clave: *neurolisis, celíaco, ecoguiado, dolor visceral, páncreas.*

Introducción: El dolor visceral que caracteriza a la pancreatitis y que se manifiesta, también, en múltiples procesos oncológicos, continúa representando un desafío clínico. Las neuronas de la vía aferente o “detectora” (sistema sensitivo visceral general simpático), tienen su soma en el ganglio raquídeo T7-T9 y proyectan sobre el asta dorsal del correspondiente nivel, donde convergen con fibras sensitivas somáticas generales, lo que justifica el patrón de dolor torácico “referido” típico. Las neuronas de la vía eferente o “ejecutora” (motor visceral general simpático preganglionar), responsables del “cortejo vegetativo” acompañante, tienen su soma en el asta intermediolateral T5-T9, acceden a la cadena simpática como ramos comunicantes blancos, atraviesan el diafragma, como nervios espláncnicos mayores, sinaptan en los ganglios celíacos y alcanzan las vísceras (sistema motor visceral general postganglionar) acompañando a los vasos sanguíneos. El plexo celíaco se localiza en las inmediaciones del tronco celíaco, en el retroperitoneo, y por él discurren las referidas fibras, tanto motoras, como sensitivas.

Kappis, en 1914, fue el primero en describir el bloqueo de este plexo, mediante el clásico abordaje posterior, por todos conocido. Curiosamente, al mismo tiempo, Wendling describió el abordaje anterior, a través del hígado, pero la técnica se consideró temeraria y rápidamente cayó en desuso, hasta que, 70 años después, resucitó, con el desarrollo de la tomografía y la ultrasonografía.

Caso clínico: Varón de 39 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor sordo, intenso y difuso en región toracolumbar, acompañado de síndrome constitucional. Especifica que “ese dolor” es diferente a “su dolor neuropático habitual”.

- Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Intervenido de hernia discal T6-T7.
- Exploración física: ictericia cutaneomucosa. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, hipocondrio y flanco derecho. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Resto anodino.
- Anamnesis: dolor de un mes de evolución, cólico, refractario a AINE.
- Evolución: se decide ingreso para estudio y tratamiento.
- Pruebas complementarias: ecoendoscopia, ecodoppler de vena esplénica, TC y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con colocación de prótesis biliar.
- Juicio clínico: adenocarcinoma de páncreas irresecable.
- Tratamiento: citostático.

Desde el Servicio de Medicina Interna, se cursó una interconsulta a la Unidad del Dolor. Esta pautó tratamiento con fentanilo transdérmico para el dolor basal y transmucoso para el dolor irruptivo, al tiempo que programó al paciente para realizar un bloqueo neurolítico del plexo celíaco al día siguiente. Antes de realizar la técnica se administró: profilaxis antibiótica (cefazolina 2 g), analge-

sia (400 mcg de fentanilo transmucoso), precarga hídrica (500 ml SSF) y sedación (3 mg de midazolam i.v.).

Con el paciente en decúbito supino, empleando una sonda curva de baja frecuencia colocada transversalmente bajo el apéndice xifoides y una vez localizado el tronco celíaco y sus ramas esplénica y hepática (imagen “en gaviota”), se infiltraron con anestésico local, tanto la piel como el plexo y se efectuó el bloqueo neurolítico, con aguja espinal 22 G-90 mm y una mezcla de alcohol/levobupivacaína 1.500 mg/150 mg (volumen 30 ml). Posteriormente se mantuvo al paciente en vigilancia durante 2 h, apreciándose únicamente una discreta hipotensión, que respondió a volumen, como efecto adverso.

En el seguimiento se observó una disminución del número de rescates y mejoría del estado general. Se derivó a otro centro para el tratamiento oncológico.

Discusión: El bloqueo del plexo celíaco permite controlar el dolor abdominal superior y debería ofrecerse de forma sistemática como parte del tratamiento multidisciplinar en este grupo de pacientes. Sin embargo, resulta excepcional que, en la práctica clínica, estos pacientes sean derivados a la Unidad del Dolor.

Ninguna de las técnicas desarrolladas hasta la fecha ha demostrado superioridad en cuanto a seguridad y/o éxito, por lo que se recomienda realizar el procedimiento que más convenga según la experiencia del operador, la localización del tumor y las peculiaridades del caso. En general, se consigue un 70-90 % de mejoría del dolor. En la mayoría, el alivio es inmediato y completo.

Las complicaciones no deben abrumar, pero tampoco caer en el olvido: dolor (durante y después del procedimiento), hipotensión, diarrea, inyección intravascular, lesión renal o nerviosa, perforación visceral, neumotórax, quilotórax, trombosis, embolismo, infección, hematoma retroperitoneal, inyección subaracnoidea o epidural, lesión del tracto urinario, discitis, paraplejía, etc.

La neurólisis del plexo celiaco consigue mejorar la supervivencia y la calidad de vida, por una parte, como resultado de la disminución en los requerimientos de opiáceos, y por otra, por la denervación simpática resultante del tracto gastrointestinal, que permite una actividad parasimpática sin oposición, fomentando la peristalsis y disminuyendo las náuseas y vómitos.

En cuanto al futuro, la ecoendoscopia parece ser la técnica más prometedora.

Bibliografía recomendada:

1. Cornman-Homonoff J, Holzwanger DJ, Lee KS, et al. Celiac plexus block and neurolysis in the management of chronic upper abdominal pain. *Semin Intervent Radiol.* 2017;34:376-86.
2. Yasuda I, Wang HP. Endoscopic ultrasound-guided celiac plexus block and neurolysis. *Dig Endosc.* 2017;29:455-62.

P-085 ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LAS INFILTRACIONES MIOFASCIALES REALIZADAS PARA LA CERVICALGIA CRÓNICA

M. J. Groizard Botella, L. Carvalheiro Fagulha, M. Palumbo, D. Sánchez Posada, M. Matute Crespo
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

Palabras clave: *cervicalgia, infiltración, miofascial, puntos trigger.*

Introducción: La infiltración miofascial es una técnica realizada de manera rutinaria en las unidades de dolor, sin embargo la variabilidad de los estudios debido entre otras cosas a la falta de homogeneidad de la muestra de pacientes seleccionados, la multidisciplinariedad de los profesionales que se dedican a tratar la dolencia miofascial (anestesiólogos, reumatólogos, fisioterapeutas, rehabilitadores, traumatólogos, médicos de familia...) y como consecuencia de todo lo anterior, la disparidad en la aplicación tanto de la técnica como de las sustancias utilizadas, justifican la realización de un estudio retrospectivo en nuestra unidad sobre las infiltraciones miofasciales realizadas durante el año 2018, con el objetivo de definir las variables modificables para poder optimizar el diseño de un posterior estudio prospectivo sistematizado, cumpliendo los estándares de alta calidad de evidencia.

Objetivos: Realizar una valoración sobre la recogida de datos y seguimiento rutinario realizado de las técnicas denominadas por nuestro sistema como “miofasciales”.

Hacer un análisis estadístico y objetivo de la mejora percibida por el paciente (PGI) y estimar uso actual sistemático en nuestra unidad de otros métodos de valoración como balance articular, algometría o cuestionario Lattinen.

Analizar los criterios de indicación médica y los de exclusión que se siguen actualmente por nuestros profesionales de la unidad del dolor para intentar aunar dichos criterios en el futuro.

Registrar el número de complicaciones acontecidas, gravedad y seguimiento.

Optimizar las indicaciones de la técnica en función de los resultados encontrados.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo sobre las 411 técnicas miofasciales registradas en el sistema durante el 2018. Se excluyeron 14 por falta de información en la historia clínica.

Se separaron a los que la técnica miofascial se les realizó sobre la cintura escapular (incluye infiltraciones de puntos trigger de trapecio, romboides y elevador de la escápula y en el ligamento interespinoso). Se registró si la técnica fue ecoguiada. Se definieron como variables: