

Palabras clave: *síndrome postherniorrafia inguinal, dolor crónico postoperatorio.*

Introducción: La herniorrafia inguinal (HI) se asocia hasta en un 50 % de los casos con dolor crónico postoperatorio (DCPO), definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP en inglés) como aquel de duración superior a dos meses tras la cirugía, habiendo excluido otras causas del mismo, aunque algunos autores postulan que sería más correcto ampliar el intervalo de tiempo a tres meses.

El dolor crónico postherniorrafia inguinal (DCPHI) es una situación clínica caracterizada por dolor neuropático en ingle, muslo y genitales, incapacitante y de difícil control farmacológico. Con incidencia del 23-63 % (1) en pacientes con DCPO, prevalencia variable en función de la técnica quirúrgica, 7,3 % en abordaje laparoscópico *versus* 5 % en técnica abierta (2).

Material y métodos: Estudio observacional, muestra de 6 pacientes de la Unidad de Tratamiento del Dolor de Valladolid (UDOVA) de DCPHI refractario a tratamiento médico e intervencionista, entre enero de 2016 y diciembre de 2018, tomando como variables edad, género, puntuación de escala analógica visual (EVA) máxima, mínima y en reposo, cuestionario de dolor neuropático (DN4), cuestionario de calidad de vida (SF-12) y situación laboral, en la primera consulta. Tras tratamiento neuromodulador con estimulador de ganglio de la raíz dorsal (EGRD), se les volvió a entrevistar valorando EVA, SF-12 y situación laboral.

Resultados: Cinco pacientes de muestra final, edad media $54,8 \pm 12$, edad máxima 73, mínima 41. Tres hombres y 2 mujeres, puntuación DN4 > 4 en 4 pacientes, situación. Respecto a las puntuaciones EVA máximo (EVA_{máx}) previo a implante, todos presentaron puntuaciones superiores a 6, EVA mínimo (EVA_{mín}) > 6 en 1 paciente, 4-6 en 2 y < 4 en 2, EVA en reposo (EVA_{rep}) > 6 en 2 y entre 4-6 en 3. En las puntuaciones del SF12, ítems físico (SF12 F pre) y mental (SF12 M pre), todos estaban por debajo de la media para la muestra de referencia.

Tras el implante de EGRD, mejoría en puntuaciones EVA_{máx}, con 3 pacientes entre 4-6, y 2 < 4. EVA_{mín} y EVA_{rep} < 4 en todos los pacientes. En el ítem físico del SF12 (SF12 F post) todos mejoraron su puntuación y un paciente estuvo por encima de la media. En el ítem mental (SF12 M post), 3 mejoraron respecto a la media de la población de referencia; se observa la comparación previa y posterior del SF-12 respecto a la media de la población española.

Ningún paciente, en el momento de la entrevista consiguió la reinsertión laboral.

Discusión: La HI es una cirugía frecuente y se ha asociado a DCPO, que puede afectar a la calidad de vida e incluso incapacitar al paciente. Para el tratamiento existen opciones farmacológicas como paracetamol, antiinflamato-

rios no esteroideos, gapapentinoides, antiepilépticos, antidepresivos y opioides, con respuesta variable en cada paciente. El siguiente escalón consiste en tratamiento intervencionista como bloqueos nerviosos y neulolisis por radiofrecuencia (1).

Según los resultados aportados en el presente estudio, el tratamiento neuromodulador con EGRD podría ser una alternativa en pacientes con DCPHI refractario al resto de tratamientos.

Conclusiones: En relación con el tiempo y muestra estudiados, la mejora en las puntuaciones de EVA y SF-12 muestran resultados prometedores en implante EGRD en DCPHI, a la espera de estudios más concluyentes.

Bibliografía recomendada:

1. Castañeda Olano MI, et al. Radiofrecuencia pulsada para el tratamiento del dolor crónico postherniorrafia inguinal. Reporte de caso. Rev Soc Esp Dolor. 2014;21(3):182-4.
2. Chinchilla Hermida PA, et al. Incidencia y factores asociados al dolor crónico postoperatorio en pacientes llevados a herniorrafia inguinal. Rev Colomb Anestesiol. 2017;45(4):291-9.

P-119 ESTIMULACIÓN DEL GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL EN PACIENTE CON ANGINA PECTORIS REFRACTARIA

I. Peña, G. Casado, P. Jiménez, L. Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Palabras clave: *angina pectoris, DRG.*

Introducción: La angina pectoris refractaria (APR) ha sido tratada con éxito con estimulación medular eléctrica (EME) desde principios de los años 90 y ha probado su eficacia y coste-eficacia en estos pacientes severamente discapacitados. Aunque un único electrodo implantado a nivel epidural T3 generalmente es suficiente para cubrir el área torácica dolorosa con parestesia, algunos pacientes pueden precisar patrones de estimulación más estables y específicos para controlar el dolor anginoso.

Material y métodos: Mujer con cardiopatía isquémica microvascular no revascularizable y altamente debilitante (múltiples episodios de angina bilateral que se dispara al mínimo ejercicio), con coronarias normales, agravada por alergia al Adalat (nifedipina) y escasa tolerancia a los AINE. En 2001, a la edad de 53 años, recibió el implante de un sistema de EME que disminuyó significativamente el número y severidad de los episodios anginosos. Sin embargo, la cobertura derecha fue difícil desde el principio, requiriendo niveles de energía altos que llevaron al desgaste del generador en 18 meses. La paciente también se quejaba de parestesias inestables con frecuentes saltos de

intensidad dolorosa. Los dos electrodos tetrapolares inicialmente implantados fueron sustituidos por octopolares pero la cobertura del lado derecho siguió siendo difícil y se perdió totalmente en 2017. El sistema fue sustituido en enero de 2018 por uno de estimulación bilateral de ganglios de la raíz dorsal (GRD) a nivel T3.

Resultados: Inmediatamente se consiguió cobertura completa a bajos niveles de energía tanto en el lado izquierdo como en el derecho. La frecuencia típica de 60 Hz empleada hasta entonces se reprogramó a 20 Hz en ambos GRD. La paciente refiere una estimulación estable y específica que cubre por completo su dolor anginoso. Estos resultados permanecen 12 meses después del implante.

La paciente considera que su dolor está controlado, con unas 3 crisis de angina al mes que responden positivamente a la cafinitrina. La ergometría ha determinado un tiempo de ejercicio de 7 min antes de la aparición de la angina y la depresión del segmento ST, así como recuperación normal con reposo.

Discusión y conclusión: Aunque sus mecanismos de acción para el control del dolor neuropático podrían diferir de los de la EME, la capacidad de la estimulación del GRD de producir parestesias muy estables y precisas en la zona tratada podría ser beneficiosa para algunos pacientes con APR cuyo tratamiento a largo plazo con estimulación convencional de cordones posteriores es difícil o imposible.

P-120 Pioderma gangrenoso, complicación infrecuente en la neuroestimulación medular

M. A. Ramírez Huaranga, M. García Arpa, D. Bellido Pastana, C. C. Ramos Rodríguez, I. V. de la Rocha Vedia, C. A. Jaramillo Tascon

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Palabras clave: *pioderma gangrenoso, neuroestimulación, complicaciones quirúrgicas.*

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad inflamatoria rara, dolorosa, de difícil diagnóstico y con una respuesta impredecible al tratamiento. Se caracteriza por la presencia de pústulas eritematosas simples o múltiples que progresan rápidamente a úlceras necróticas con un borde violeta deprimido. Las lesiones típicas son recurrentes y en el 50 % de los casos ocurren en áreas que han sufrido traumas previos, proceso conocido como fenómeno de patergia, histológicamente es una dermatosis neutrofílica (1).

Caso clínico:

Motivo de atención en Unidad del dolor: dolor neuropático postquirúrgico en ambos pies.

Antecedentes: hipotiroidismo autoinmune. Múltiples intervenciones quirúrgicas y artrodesis en ambos pies por pie cavo y dedos en martillo, posterior retirada de material por aparente sobreinfección y/o rechazo.

Cuadro clínico del dolor: Mujer de 48 años con un síndrome de dolor regional complejo postquirúrgico en ambos pies, con una EVA entre 8-9/10 y una limitación funcional secundaria al dolor y múltiples cicatrices quirúrgicas. Se pautó secuencialmente pregabalina, opioides a dosis medias-altas sin control analgésico, por lo que se realizó radiofrecuencia pulsada del nervio ciático con un alivio del 80 % (EVA 1-2/10) de 3-4 meses de duración. Finalmente se implantó un sistema de neuroestimulación medular, consiguiendo una mejoría clínica muy significativa y mantenida (EVA 1/10). Sin embargo, 4 días después del implante, desarrolló una lesión necrótica, pustulosa, eritematosa y dolorosa en el área quirúrgica lumbar con elevación de reactantes de fase aguda. Se trató inicialmente como una infección quirúrgica, se tomaron varias muestras para el cultivo y biopsia, se realizó una limpieza quirúrgica y se estableció ATB de amplio espectro, pero a pesar de esto, las lesiones progresaron. Por lo tanto, ante la mala respuesta, los resultados negativos de los cultivos, el infiltrado inflamatorio neutrofílico y la necrosis observada en las biopsias de piel, se consideró la posibilidad de PG. En consenso multidisciplinario se decidió interrumpir el ATB e iniciar corticoides (prednisona) a 0,5 mg/kg/día con una rápida mejora analítica y clínica de la lesión (Figura 1). Se realizó un estudio completo, excluyendo la presencia de enfermedades inflamatorias sistémicas, vasculitis o procesos linfoproliferativos. Al iniciar con la reducción de corticoides (< 20 mg prednisona/día), aparecieron nuevas lesiones en diferentes áreas con dolor intenso (EVA 9/10) (Figura 2), por lo que se asoció al tratamiento del PG varios tipos de inmunosupresores de forma secuencial (metotrexato, ciclosporina, infliximab, adalimumab, ustekinumab, gammaglobulinas y finalmente anakinra). Con este último y la retirada del sistema de neuroestimulación se consiguió la desaparición progresiva de todas las lesiones inflamatorias de la piel.

Actualmente, la paciente se mantiene estable con tratamiento inmunosupresor, tramadol/paracetamol y radiofrecuencia pulsada del nervio ciático periódicamente cada 4 meses.

Discusión y conclusiones: Las complicaciones inflamatorias no infecciosas descritas después de la implantación de un sistema de neuroestimulación están infra-diagnosticadas. Las más habituales son las reacciones de hipersensibilidad (dermatitis de contacto, reacciones granulomatosas y reacciones a cuerpos extraños con formación de células gigantes). En estos casos, el estudio histológico será esencial para diferenciar una respuesta inflamatoria de un proceso infeccioso (2). Hasta la fecha de la revisión, no hay nada publicado sobre la aparición