

las expectativas previas del paciente antes del tratamiento. Recogidas todas las variables, se realiza el análisis estadístico mediante el programa "R estudio".

Para evaluar la relación de los factores asociados con la variable respuesta se diseñaron modelos de regresión lineal multivariante para cada una de las tomas temporales del EVA, EVAm y de la escala Oswestry, buscando correlación factorial con las distintas variables: edad, sexo, diagnóstico previo, dosis de opioide y expectativas. Describimos los modelos como factor de correlación (desviación típica), considerando como estadísticamente significativas aquellos valores cuya $p < 0,05$.

Resultados: Al relacionar las distintas variables demográficas y de comorbilidad con las escalas de dolor y funcionalidad, no se ha hallado ninguna correlación clara que permita relacionar al sexo, edad y diagnóstico previo con una mayor efectividad de la epidural caudal. Sin embargo, sí que se encuentra una relación inversa entre mayores dosis previas de consumo de opioides y menor dolor en movimiento (EVAm a 1, 3 y 6 meses) y mejor capacidad funcional (Oswestry a los 1,3 y 6 meses). También se encuentra una relación inversa entre mayores expectativas de los pacientes y una menor valoración en la escala funcional de Oswestry.

Discusión: Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Gregory y cols., en el que no se encuentra asociación entre factores demográficos como edad y sexo y el porcentaje de alivio del dolor (1). No obstante, a diferencia de nuestro estudio, en otros (2), sí que se halla una correlación entre la patología que produce el dolor lumbar y la efectividad de la técnica, detectándose mejores resultados cuando se usa la epidural caudal en pacientes con dolor discogénico o hernia discal con radiculitis, frente a los pacientes con estenosis de canal y síndrome posquirugía, que obtienen peores resultados. La asociación encontrada entre mayores dosis previas de opioides y una mejoría del dolor en movimiento y de la capacidad funcional se explicaría por abordar, la anestesia epidural caudal, un mecanismo diferente de control del dolor al farmacológico, de tal forma que responderían mejor los pacientes en los que el mecanismo farmacológico de la analgesia está saturado. De esta forma, los pacientes que han necesitado mayor consumo de opioides, y que por tanto tienen mayor severidad de síntomas, responderían mejor a un tratamiento alternativo de tipo locorregional, como la epidural caudal.

La asociación inversa observada entre una mayor expectativa de curación y una mejor capacidad funcional previa de los pacientes se explicaría por factores psicológicos, que hacen ser más optimistas ante el tratamiento a los pacientes que todavía conservan una aceptable capacidad funcional. Una mejor identificación de los factores clínicos asociados a una mejor respuesta nos hubiera permitido una mejor selección de los pacientes a los que se aplica la técnica. Es posible que el escaso tamaño muestral de nuestro estudio

nos haya impedido encontrar diferencias estadísticamente significativas en la efectividad por patologías previas.

Conclusión: Solamente hemos podido detectar una asociación con la dosis previa de opioides, aunque este hallazgo habría que relacionarlo coherentemente con el conocimiento actual de la fisiopatología del dolor.

Bibliografía:

1. Billy CG, Lin J, Gao M, Chow MX. predictive factors of the effectiveness of caudal epidural steroid injections in managing patients with chronic low back pain and radiculopathy. *Clin Spine Surg.* 2017;30(6):833-8.
2. T. Parr A, 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.

P-105 SÍNDROME DE LA COSTILLA DESLIZANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICA

M. T. Palomino Jiménez, M. Fernández Baena, L. Delange Segura, M. L. Rodríguez Padilla, J. A. Yáñez Santos, M. J. Rodríguez López

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Palabras clave: costilla deslizante, bloqueo ecoguiado, intercostal.

Introducción: El síndrome de costilla deslizante (SCD) es una entidad poco conocida, difícil de diagnosticar y muy poco frecuente en niños (1). Produce un dolor a nivel costal que puede irradiarse al abdomen e iniciarse tras la realización de determinados movimientos. Parece estar causado por una hiperlaxitud de los ligamentos costales que permite una hipermovilidad de las costillas, pinzando estructuras intercostales y puede producir un dolor incapacitante que limita la actividad. Habitualmente el diagnóstico es tardío porque se investigan múltiples causas de origen visceral, cronificando así el dolor.

Motivo de derivación a unidad del dolor: Nos derivan a una paciente de trece años con dolor intenso en reborde costal izquierdo a nivel de la unión costocondral, de más de dos meses de evolución y que apareció a raíz de esfuerzos con el vómito tras un episodio de cinco días de hiperémesis. La paciente ha requerido ingreso hospitalario por dolor incapacitante.

Antecedentes personales: Médicos: esferocitosis diagnosticada hace un año. En tratamiento con ácido fólico.

Quirúrgicos: malrotación intestinal y vólvulo y colecistectomía por cálculos biliares hace un año.

Cuadro clínico del dolor: Desde hace dos meses tras episodio de hiperémesis que duró cinco días y en relación con esfuerzos al vomitar, aparece dolor en reborde costal

izquierdo intenso, de carácter punzante que aumenta con los movimientos, no se irradia y no interfiere con el sueño.

Las crisis de dolor le impiden su asistencia al colegio con frecuencia. Exploración física: buen estado general, bien hidratada y perfundida. Dolor a la palpación a punta de dedo sobre borde inferior de parrilla costal izquierda que empeora con la maniobra de “gancho” al introducir los dedos bajo el reborde costal y traccionar la parrilla. Empeora con los movimientos de flexión y de rotación torácica. No irradiado y sin lesiones cutáneas asociadas que impresionen de herpes.

Se realizan diferentes pruebas de imagen para descartar patología de origen visceral: Rx tórax, TAC y ecografía sin evidenciar patología alguna. Para descartar proceso inflamatorio a nivel costal se realiza gammagrafía ósea, con resultado de captación normal sin depósitos patológicos y salvo escoliosis dorsal, no hay hallazgos significativos.

Es tratada con AINE, tramadol y gabapentina (que se retira por la aparición de exantema pruriginoso maculopapular habonoso que desaparece a la digitopresión y mejora tras la administración de dexclorfeniramina i.v.), sin mejoría del dolor.

A su llegada a nuestra unidad presenta dolor intenso e incapacitante localizado a punta de dedo como se ha descrito anteriormente. Realizamos un bloqueo intercostal ecoguiado con anestesia local y corticoide, con alivio inmediato del dolor.

La paciente sigue sin dolor los siguientes días, por lo que procede al alta hospitalaria.

A las dos semanas es remitida de nuevo por reaparición del dolor tras otro episodio de vómitos repetidos. Volvemos a realizar un bloqueo ecoguiado intercostal que resulta efectivo de inmediato.

A los dos meses es valorada por cirugía torácica, pero desestiman cualquier intervención quirúrgica por seguir asintomática.

En la actualidad, tras once meses del segundo bloqueo permanece asintomática, sin ningún tratamiento analgésico ni asistencia a urgencias por dicho motivo.

Discusión: Este síndrome, aunque fue descrito por primera vez en 1922, sigue siendo un gran desconocido y su fisiopatología permanece sin esclarecerse. Esto hace que se llegue al diagnóstico por exclusión tras haber realizado múltiples pruebas, ya que es una causa muy poco frecuente de dolor abdominal alto, del flanco o torácico bajo. La maniobra del gancho es patognomónica y debe ser seguida de un bloqueo nervioso por ser muy dolorosa. Es fundamental informar del carácter benigno del cuadro para disminuir la ansiedad del paciente y evita las posturas que desencadenan el dolor. El tratamiento se hará en función de la intensidad del dolor.

Conclusiones: El SCD es una entidad rara con difícil diagnóstico diferencial, que puede producir un dolor muy limitante, sobre todo en niños, afectando incluso al rendi-

miento escolar. Su tratamiento puede ir desde analgésicos a tratamientos intervencionistas como bloqueos, infiltraciones con toxina botulínica, radiofrecuencia, y en algunos casos es necesario realizar resección de cartílago costal. Es importante llegar pronto a un diagnóstico cierto para evitar la cronificación del dolor y la necesidad de emplear tratamientos más agresivos.

Bibliografía:

1. Kingsley RA. A little-known cause of chest pain in a 14-year-old athlete. *J Pediatr Heal Care*. 2014;28:555-8.
2. Bonasso PC, Petrus SN, Smith SD, Jackson RJ. Sternocostal slipping rib syndrome. *Pediatr Surg Int*. 2018;34:331-3.

P-106 VALORACIÓN DEL BLOQUEO FACETARIO LUMBAR, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

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

Palabras clave: *bloqueo, facetario, dolor, lumbar, crónico.*

Introducción: En España el dolor crónico afecta a aproximadamente al 18 % de la población, puede convertirse en discapacitante, afectando la calidad de vida del paciente en el ámbito económico, social y laboral y se estima que el coste económico que supone es de unos 15.000 millones de euros. El dolor lumbar es una de las patologías más prevalentes que cursan con dolor crónico.

Basándose en bloqueos diagnósticos controlados, de acuerdo con los criterios establecidos por la International Association for the Study of Pain, las facetas han sido indicadas como el origen del dolor espinal en un porcentaje de pacientes con dolor lumbar, entre el 15 y el 45 %.

El bloqueo facetario o zigoapofisario es una técnica intervencionista indicada en pacientes con dolor lumbar crónico de origen facetario refractario a terapia médica. Se han demostrado como causas comunes del dolor crónico lumbar el dolor facetario, el dolor discogénico y el dolor de las articulaciones sacroilíacas y con diagnóstico mediante técnicas infiltrativas.

El diagnóstico de síndrome facetario es dado por algunos signos radiológicos, semiología clínica e infiltraciones tanto de la articulación como de los ramos mediales del nervio espinal que inervan las facetas.

Objetivos: Valorar el seguimiento de pacientes y la recogida de datos en nuestra unidad. Efectuar un análisis estadístico de la efectividad del bloqueo facetario a través de la mejora percibida por el paciente (PGI).