

Realizar una valoración de los criterios de indicación y de exclusión de la técnica. Aclarar las indicaciones de la técnica según los resultados encontrados.

Material y método: Efectuamos un estudio observacional retrospectivo sobre los 167 bloqueos del ramo medial de facetas lumbares durante el año de 2018 registrados en el sistema informático.

Excluimos 15 por documentación incompleta, 14 por haber recibido otra técnica intervencionista para el tratamiento del dolor crónico además del bloqueo de facetas, 2 por error de registro, 7 por exploración física con afectación sacroilíaca y 9 con síndrome facetario cervical.

Como criterio de exclusión, los que presentaban clínica, exploración física o electromiograma compatible con radiculopatía.

Los pacientes fueron interrogados en consulta de control o controlados telefónicamente entre 1 mes y 6 meses después de la infiltración.

Se definieron como variables: cumplimiento o no de criterios inclusión/exclusión, edad, sexo, tipo de bloqueo y mejora percibida por el paciente en porcentaje (PGI). Las variables se describieron como media \pm DE o como porcentaje. La comparación entre grupos mediante los test estadísticos de chi-cuadrado o Mann-Whitney según tipo de variable. Significación estadística con $p < 0,05$.

Consideramos como mejoría importante un $PGI > 30 \%$.

Resultados: La población estudiada estuvo formada por 120 pacientes en total, entre los 29 y 90 años, con una edad promedio de 58,49 años ($\pm 58,49$). Verificamos que de los 120 pacientes seleccionados, 41 cumplieron los criterios de inclusión (síndrome facetario) con un PGI medio de 48,54 %. Setenta y ocho cumplieron los criterios de exclusión con un PGI medio del 32,53 %. Se comparó mejora en PGI respecto a la variable cumplir o no los criterios de exclusión con radiculopatía, y la mejora en los que no cumplían los criterios de exclusión era mayor con relación al otro y estadísticamente significativa ($p = 0,045$).

No se observaron diferencias en el rango de edades ($59,32 \pm 13,633$ vs. $57,86 \pm 14,285$, $p = 0,682$), respecto al criterio de exclusión ni respecto al PGI y el sexo.

Valorando en cuanto a mejoría de la sintomatología según tipo de bloqueo, el 45,21 % de los pacientes con bloqueo de facetas relataron mejoría significativa (PGI medio de 45,21) con relación a los pacientes con bloqueo foraminal (PGI medio 27,55 %) siendo la diferencia también estadísticamente significativa ($p = 0,021$). No se observaron diferencias en rangos de edades respecto al tipo de bloqueo.

Discusión: En este estudio se encontró que los bloqueos facetarios en pacientes con síndrome facetario obtuvieron una mejoría significativa, con relación a los paciente con síndrome facetario y radiculopatía lo que es compatible con los resultados de varios estudios. Con relación al tipo de bloqueo, podemos constatar que la mejoría significativa en el grupo del bloqueo facetario comparado con el de

bloqueo facetario y foraminal puede ser debida a sintomatología de radiculopatía desarrollada posteriormente y empeoramiento de dolor basal en pacientes con síndrome facetario lo que conlleva a una mejoría significativamente inferior en el grupo del bloqueo facetario y foraminal.

Conclusiones: Verificamos que los criterios de inclusión y exclusión propuestos en este estudio se presentan como acertados visto que el PGI de mejora es superior con diferencias estadísticamente significativas.

Bibliografía recomendada:

1. Jeon YW, Bae YM, Shin YD, Park SH, Choi JH, KH Y. Would facet joint steroid injection be feasible treatment in spinal stenosis? Cases report and review of literature. *Int J Pain*. 2016;7:89-93.

P-107 LUMBALGIA POR SEUDOARTROSIS SACRO-TRANSVERSA IZQUIERDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. J. Guillamón Marín¹, M. L. Padilla del Rey², A. J. Guillamón Marín³, J. F. Mulero Cervantes², N. Domínguez Serrano², M. Salmerón Martín¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia;

²Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena;

³Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia

Palabras clave: Bertolotti syndrome, back pain.

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con dolor lumbar crónico reagudizado en el que las pruebas de imagen complementarias revelan una ampliación anómala de la apófisis transversa izquierda de la quinta vértebra lumbar, originando una pseudoartrosis en la unión de dicha apófisis con el ala adyacente del sacro, siendo esta originaria de dicho dolor.

Caso clínico: Varón de 48 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acude a Unidad de dolor por lumbalgia crónica reagudizada en los últimos 10 días. El dolor es de características mecánicas, sobre todo en región lumbar y de predominio izquierdo. Se pone de manifiesto en sedestación, bipedestación y deambulación. A la inspección no se observan zonas inflamadas o asimétricas. De la exploración neurológica destaca reflejos osteoarticulares conservados sin alteraciones de la fuerza ni de la sensibilidad. Maniobra de Goldthwait bilateralmente positiva y maniobra de Lasègue negativa.

En la resonancia magnética nuclear, se informa cambios por osteocondrosis intervertebral difusa de L2-S1 consistentes en deshidratación discal con pérdida de altura en L4-L5 y L5-S1 con formación de osteofitos tanto anteriores

como posteriores y abombamientos discales, siendo asimétrico paracentral izquierdo a nivel de L5-S1. Este hecho condiciona un roce entre la apófisis transversa izquierda de L5 y el ala sacra que parece haber generado una pseudoartrosis a dicho nivel. Además de artrosis leve-moderada de elementos posteriores con hipertrofia articular facetaria y de ligamentos amarillos que condicionan estenosis moderada del canal medular. En la radiografía de columna anteroposterior se aprecian también dichos signos de pseudoartrosis sacro-transversa izquierda.

Ante estos hallazgos radiológicos sospechamos que la pseudoartrosis generada a ese nivel podría ser la causante de su dolor lumbar, de predominio clínico izquierdo.

Se decide realización de infiltración epidural caudal, con el objetivo de descartar origen radicular o componente de estenosis de canal como causante de su patología. La técnica se realiza con guía ecográfica, infiltrándose a través una aguja de Tuohy 18 G 20 ml de levobupivacaína 0,08 % y 12 mg de dexametasona. Tras la realización de la epidural caudal el paciente refiere mejoría general de la lumbalgia entorno al 10 % manteniéndose el dolor en la región lumbosacra izquierda.

Se decide realizar una segunda técnica guiada por fluoroscopia, consistente en infiltración de pseudoarticulación sacro-transversa izquierda. Se infiltra 5 ml de levobupivacaína 0,125 % y 20 mg de triamcinolona. Tras la realización de la misma el paciente refiere mejoría del 80 %, deambulando sin dolor.

Discusión: Se conoce como “síndrome de Bertolotti” al dolor lumbar crónico secundario a la presencia de un agrandamiento anómalo de la apófisis transversa a nivel de la quinta vértebra lumbar, que puede ser originario de una neoarticulación, fusión o pseudoartrosis con sacro. Esta malformación ocurre en un 4-8 % de la población, siendo la edad media de presentación entre 30-40 años y mayor la prevalencia en el género masculino. Bertolotti, en 1917 relacionó por primera vez el dolor lumbar de estos pacientes con la pseudoartrosis formada por la megaapófisis transversa de una vértebra de transición lumbar y el ala sacra o el hueso iliaco (1).

Castellvi clasificó los criterios radiológicos de hipertrofia de la apófisis transversa en cuatro grupos (2):

- Tipo I: procesos transversos displásicos (miden al menos 19 mm, dimensión craneocaudal).
- Tipo II: lumbarización/sacralización con aumento de apófisis transversa formando una diartrosis con el sacro.
- Tipo III: fusión de apófisis transversa con sacro.
- Tipo IV: unilateral tipo II con tipo III en lado contralateral.

Cada tipo se subdivide en “a” o “b” según sean unilaterales o bilaterales.

El primer escalón terapéutico debe ir orientado al control del dolor con modificación de la actividad, medicación oral

y ejercicios físicos de fortalecimiento. Ante la persistencia de dolor, la inyección de anestésico local y esteroides en la neoarticulación permite determinar si es un generador de dolor importante, habiéndose llegado a conseguir con esta técnica alivio sintomático de hasta dos años de duración. Otros tratamientos descritos en la literatura incluyen la técnica de ablación sensorial por radiofrecuencia intraarticular de la neoarticulación y terapias más agresivas, como la resección o la fusión de la megaapófisis anómala.

Conclusiones: Ante paciente joven con dolor lumbar crónico, la posibilidad de síndrome de Bertolotti con pseudoartrosis sacro-transversa como origen de la patología debe de ser considerado en el diagnóstico diferencial. Es importante la realización de una historia clínica detallada y la complementación con las pruebas de imagen pertinentes, dado que clínicamente se asemeja a lumbalgias de origen facetario, discal o sacroiliaco.

Agradecimientos: No existen de conflictos de interés.

Bibliografía:

1. Cuenca-González C, Cristóbal Durán M, Estay Girardi JA, García Mian L, Garvin Ocampos L. Síndrome de Bertolotti: dolor lumbar crónico de características mecánicas por megaapófisis transversa. *Semergen*. 2016;42(7):429-508.
2. Subinara M, Font G, Ortega M, Martínez H. Mega apófisis transversa (síndrome de Bertolotti) y defecto parcial de fusión posterior sacra como signos con valor identificativo en antropología forense. *Cuad Med Forense*. 2013;19:39-41.

NEUROMODULACIÓN

P-114 ESTIMULACIÓN DEL GANGLIO DE LA RAÍZ DORSAL: EXPERIENCIA A LARGO PLAZO CON 100 PACIENTES

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Palabras clave: DRG, dolor neuropático, ganglio.

Introducción: La estimulación del ganglio de la raíz dorsal (eGRD) se ha utilizado en los últimos años para el tratamiento de los denominados síndromes dolorosos “focales” (1) y ha demostrado superioridad sobre la estimulación tónica tradicional de cordones posteriores en pacientes con SDRC I y II (2). En este trabajo presentamos la experiencia con nuestros primeros 100 pacientes a los que hemos implantado sistemas de eGRD permanente.

Material y métodos: En esta revisión se incluyen todos los pacientes que han recibido en nuestro hospital un implante de eGRD entre 2014 y 2018. Presentamos un análisis de los resultados de la terapia (alivio y satisfacción)