

alivio completo del dolor, un 41 % alivio parcial y un 32 % ausencia de efecto. Nuestros datos pueden ser superponibles a estas cifras, pese a que actualmente la aportación de la ecografía mejora claramente la precisión de la técnica.

No existe consenso sobre el número de bloqueos a realizar, ni la dosis de corticoides que debemos utilizar. Consideramos que la realización de 3 bloqueos seriados prolongaba al menos durante 2 meses la intensificación de la terapia rehabilitadora, que podría ser determinante en la evolución del cuadro.

Conclusiones: Los bloqueos de ganglio estrellado seriados ecoguiados son un tratamiento eficaz y seguro en los pacientes con SDRC de miembro superior con predominio de síntomas vasomotores. Aunque su evidencia es empírica, mejoran el dolor y la funcionalidad, y pueden dar una ventana de mejoría para incrementar la terapia de rehabilitación.

Bibliografía recomendada:

1. Cepeda MS, Lau J, Carr DB. Defining the therapeutic role of local anesthetic sympathetic blockade in complex regional pain syndrome: A narrative and systematic review. *Clin J Pain.* 2002;18:216-33.
2. Datta R, Agrawal J, Sharma A, et al. A study on the efficacy of stellate ganglion blocks in CPRS of the upper body. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2017;33(4):534-40.
3. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, et al. Complex regional pain syndrome: Practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain Med.* 2013;14:180-229.

P-090 COMPLICACIÓN EN INFILTRACIÓN MÚSCULO PIRAMIDAL

A. Callau Calvo¹, P. García Consuegra Tirado¹, M. Badel Rubio¹, M. Pedraz Natalias¹, B. Navarro Vicente de Vera¹, M. Peiro Chamorro²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;

²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: síndrome piramidal, infiltración, complicaciones.

Introducción: El músculo piramidal (o piriforme) es un pequeño músculo situado bajo el glúteo mayor. Se origina en la cara anterior del sacro y se inserta en el borde superior del trocánter mayor del fémur. Cualquier problema en este músculo puede ocasionar una irritación del nervio ciático que lo cruza inmediatamente por abajo, así como dolores que bajan desde la espalda hasta la parte posterior y lateral del muslo.

Motivo de atención a la unidad del dolor: Mujer de 31 años, alérgica a AINE. Acude por dolor lumbar derecho que irradia a glúteo y cara posterolateral del muslo de 3 meses de evolución.

Antecedentes personales:

- Antecedentes médicos: asma en infancia.
- Antecedentes quirúrgicos: embarazo ectópico, artroscopia de rodilla.

Cuadro clínico del dolor: Refiere dolor de tipo mecánico con componente neuropático asociado en forma de calambres, hormigueo y adormecimiento de la zona. El dolor tiene una intensidad EVA de 7 y persiste a lo largo de todo el día. Empeora al estar sentada y con la actividad. Ha tratado en su domicilio con naproxeno y ketorolaco con discreta mejoría.

Exploración física; Lasegue+ a 45°, disminución de la sensibilidad en la zona tibial externa. Barre+. No asocia parestias.

- RMN lumbar: No discopatías ni otra patología que justifique el dolor.
- EMG: déficit de reclutamiento en músculo tibial anterior y pedio derechos. En este último, actividad de denervación, con leve polifasia. Afectación de raíces L5 y S1 derechas, actividad de denervación en territorio S1.

Es diagnosticada de posible síndrome piramidal derecho y radiculopatía L5, por lo que se realiza una infiltración del músculo piriforme ecoguiada con anestésico local y corticoide. Tras la técnica, la paciente refirió una importante mejoría del dolor (paso de EVA 7 a EVA 3), pero limitada en el tiempo, ya que 1 mes después vuelve a la consulta refiriendo dolor de características similares al previo. Se decide repetir la técnica una segunda vez, esta vez inyectando toxina botulínica. A las 48 h de esta segunda punción, acude a urgencias por aumento desmesurado del dolor glúteo hasta hacerse de EVA 9, con sensación de “pesadez y aumento de tamaño” que le impide la sedestación.

- A la exploración física: dolor a la palpación y se observó un ligero aumento de tamaño del glúteo derecho respecto al contralateral.

Se programa una nueva infiltración de dicho músculo pero guiada por TAC. Durante la técnica se observa en las imágenes un aumento real del volumen del músculo piriforme derecho, por lo que, ante la sospecha de hematoma intramuscular, se decide no introducir el tratamiento y realizar pruebas complementarias.

Se comenta el caso con radiología intervencionista que decide realizar una arteriografía en la que observan un aneurisma de arteria glútea inferior. Se procede posteriormente a la embolización de varices pélvicas como tratamiento definitivo del aneurisma para evitar nuevas complicaciones derivadas del mismo.

Discusión: El síndrome piriforme es una causa infrecuente de neuropatía por atrapamiento. Suele ser una patología diagnosticada ante la exclusión de otras causas más frecuentes de un dolor de similares características. Es producido por compresión secundaria o atrapamiento del nervio ciático a su paso bajo el músculo piriforme, razón

por la cual el dolor se vio exacerbado en nuestra paciente al desarrollarse el hematoma intramuscular tras la punción. A pesar de ello, las complicaciones de estas técnicas, son raras, y cuando aparecen, suelen ser autolimitadas (1).

En una revisión sobre la eficacia de la toxina botulínica en diferentes síndromes de dolor se concluye un nivel de evidencia B para obtener mejoría en el tratamiento del síndrome piramidal, con un porcentaje pequeño de complicaciones (2). Después de realizar la punción del músculo piramidal infiltrando toxina botulínica, la paciente de nuestro caso sufre un empeoramiento de su dolor. En un principio se podría pensar que podría ser derivado de una complicación por la toxina botulínica, sin embargo, con el diagnóstico de hematoma intramuscular a través del TAC parece una complicación derivada de la punción accidental del aneurisma de la arteria glútea hallado de forma incidental.

Conclusiones:

- Como con la realización de cualquier técnica, la punción del músculo piramidal puede presentar complicaciones.
- Las complicaciones suelen ser menores, raras, y en caso de producirse, autolimitadas.
- También podríamos encontrar complicaciones derivadas de los fármacos administrados; anestésicos locales, corticoides o toxina botulínica.

Bibliografía:

1. Insausti, Uriarte, García-Rueda. Tratamiento intervencionista del dolor miofascial. *Rev Soc Esp del Dolor* 2007;14(Suppl II):5-11.
2. Safarpour Y, Jabbari B. Botulinum toxin treatment of pain syndromes -an evidence based review. *Toxicon Off J Int Soc Toxinology*. 2018;147:120-8.

P-091 BLOQUEO TAP EN LA IMPLANTACIÓN DE BOMBA INTRATECAL

S. García-Hernández, F. Higuero-Cantonero, F. A de la Gala García, A. Alonso Chico, I. Fernández-López, A. E. López Pérez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Palabras clave: *bloqueo TAP, analgesia, bomba intratecal, bolsillo.*

Introducción: La administración de opioides por vía intradural es un tratamiento a plantear en casos de dolor crónico refractario con mala respuesta a analgesia opioide oral. El dispositivo consta de un catéter intratecal y dispositivo bomba-reservorio. La implantación requiere la formación de un "bolsillo" en el tejido adiposo subcutáneo, generalmente en la región anterolateral baja del abdomen,

para alojar la bomba-reservorio. Asimismo, el catéter debe tunelizarse para conectarlo con el dispositivo. Estos procedimientos son los pasos más dolorosos del procedimiento.

El bloqueo TAP (transversus abdominis plane) permite brindar analgesia a los nervios intercostales T10-T12, que cubren el área donde suele crearse el bolsillo.

Caso clínico: Paciente mujer de 57 años con linfoma B de células grandes estadio IV con afectación ósea extensa y masa de partes blandas. Es sometida a esquema RCHOP en 2016. Desde el inicio del tratamiento refiere dolor pélvico de alta intensidad, por es derivada a la Unidad del Dolor, donde se inicia farmacoterapia oral. La paciente alcanza remisión completa, pero persiste el dolor pélvico. La resonancia magnética revela una masa residual que compromete el plexo sacro y afecta a la estructura ósea. El electromiograma muestra afectación posganglionar de tipo axonal de grado moderado. Dicha plexopatía condiciona un dolor pélvico crónico incapacitante, con marcado impacto sobre la calidad de vida. La paciente describe un dolor de características neuropáticas y mecánicas, de intensidad EVA 10/10 y continuo.

El Servicio de Cirugía ortopédica recomienda actitud conservadora por elevado riesgo de daño neurológico. En la Unidad del Dolor Crónico se intensifica la farmacoterapia oral, que es ineficaz, por lo que se indica infiltración y posterior radiofrecuencia de raíces S1-S2 derechas, sin mejoría. Debido a los elevados requerimientos de analgesia opioide oral (oxicodona/naloxona 40/20 mg 1-1-1; gabapentina 300 mg 1-1-1), se propone implantación de bomba de morfina epidural como terapia prueba. La paciente experimentó una marcada mejoría con EVA máximos de 7, presentando incluso episodios prolongados libres de dolor. Ante la favorable respuesta, se decide progresar a colocación de bomba de morfina intratecal.

Antes de la implantación del dispositivo, se realizó un bloqueo TAP ecoguiado en lado derecho con ropivacaína 0,2 %, volumen total de 20 ml sin incidencias, previo a la cirugía, que quedó depositado entre músculo oblicuo interno y músculo transversal del abdomen. A continuación se sometió a la paciente a sedación profunda con 2,5 mg midazolam + 150 fentanilo (bolos fraccionados) y perfusión continua de propofol a 30 ml/h (1 %). Se realizó analgesia multimodal con 1 g de paracetamol y 50 mg de dexketoprofeno. Profilaxis de náuseas y vómitos con 0,0625 mg de droperidol y 8 mg de dexametasona. El procedimiento transcurrió sin incidencias quirúrgicas ni anestésicas. La paciente negó dolor en el postoperatorio inmediato en URPA y no requirió analgesia adicional. Se dejó pauta analgesia a intervalos fijos con dexketoprofeno 50 mg/8 h y paracetamol 1 g/8 h. Al día siguiente, la paciente refirió adecuado nivel de bienestar y buen control analgésico sin necesidad de rescates.

Durante los días siguientes de ingreso, se realizó transición progresiva de analgesia epidural a intradural. Final-