

cumplimiento o no de criterios de inclusión/exclusión, edad, sexo y mejora global percibida por el paciente en porcentaje (PGI), se realizó una consulta telefónica para conseguir la valoración.

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  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Del grupo de estudio ( $n = 397$ ) 193 (47 %) cumplieron el criterio de exclusión. Técnica ecoguiada en 376 pacientes (94,9 %). Se comparó la mejora en PGI % respecto a la variable cumplir o no los criterios de exclusión previamente especificados concretamente en el grupo que recibió infiltración en la cintura escapular y la mejora en los que no tenían criterios de exclusión era claramente mayor respecto al otro grupo (70 vs. 27 %,  $p < 0,001$ ).

No se observaron diferencias en rangos de edades ( $56 \pm 13$  vs.  $57 \pm 13$ ,  $p = 0,758$ ) respecto al criterio de exclusión ni una relación estadísticamente significativa respecto al PGI % y el sexo ( $0,52 \pm 0,3$  en hombres vs.  $0,52 \pm 0,3$  en mujeres,  $p = 0,455$ ).

**Discusión:** Parece acertada nuestra relación de criterios de inclusión y exclusión ya que el PGI de mejora resulta superior con diferencias estadísticamente significativas, por tanto ratifica que sería de utilidad la aplicación de dichos criterios tanto en la indicación de la técnica en nuestra unidad como en el diseño de futuros estudios. De igual forma parece razonable afirmar que teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión se evitaría aumentar innecesariamente las listas de espera y que se hubiesen ahorrado una buena cantidad de tiempo y recursos realizando las infiltraciones siguiendo los mencionados criterios.

**Conclusiones:** Siendo conscientes de las limitaciones del estudio y que la mayor parte de la literatura actual adolece de las mismas limitaciones, sería necesario realizar más estudios para aportar mayor nivel de evidencia a la tendencia a la que apunta nuestro estudio.

**Agradecimientos:** No se ha contado con ningún tipo de financiación ni existe ningún conflicto de intereses.

#### Bibliografía recomendada:

1. Kietrys DM, Palombaro KM, Azzaretto E, Hubler R, Schaller B, Schlüssel JM, et al. Effectiveness of dry needling for upper-quarter myofascial pain: A systematic review and meta-analysis. *PEdRo Physiother Evid database J Orthop Sport Phys Ther.* 2013;43(9):620-34. Disponible en: <http://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2013.4668>
2. Peloso PMJ, Gross A, Haines T, Trinh K, Goldsmith CH, Burnie SJ. (2015, May 21). Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000319.pub5>

### P-088 ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA BLOQUEOS SERIADOS DE GANGLIO ESTRELLADO EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO DE MIEMBRO SUPERIOR

**M. T. Bovaira Forner, C. García Vitoria, A. A. Calvo Laffarga, L. Cort Martínez, P. Bovaira Forner, R. March Sorní**

*Hospital Intermutual de Levante, Valencia*

**Palabras clave:** *síndrome de dolor regional complejo, bloqueos ganglio estrellado, miembro superior, eficacia.*

**Introducción:** El abordaje terapéutico del SDRC debe ser precoz y coordinado, con el objetivo de proporcionar analgesia y favorecer la rehabilitación. Cuando hay evidencia de que hay una disfunción simpática en el miembro afecto, esto se convierte en un claro target para su tratamiento.

**Objetivo:** Analizamos la eficacia de bloqueos de ganglio estrellado en pacientes afectados de SDRC en miembro superior.

**Material y métodos:** Un total de 32 pacientes que cumplían los criterios de Budapest, con síntomas vasomotores evidentes, fueron tratados con bloqueos seriados de ganglio estrellado. Se realizaron 3 bloqueos seriados (cada 14 días), ecoguiados, con 6 ml de levobupivacaína al 0,2 % con 8 mg de dexametasona. Todos ellos llevaban medicación específica y tratamiento con rehabilitación. Se recogieron las siguientes variables en el momento basal, al mes, 3 y 6 meses tras los bloqueos: escala analógica visual, escala de Likert, rango de movilidad. Se recogieron asimismo los efectos secundarios asociados al tratamiento.

**Resultados:** El efecto analgésico global fue de un 57 % al mes, un 46 % a los 3 meses, y un 36 % a los 6 meses. Un 72 % de los pacientes reconocen al mes del tratamiento una mejoría superior al 30 %, y un 56 % superior al 50 %, pero este efecto se reduce a los 3 y a los 6 meses, perdurando la mejoría superior al 30 % en un 46 % de los casos. El rango de movilidad mejoró en un 53 % de los pacientes. Nueve pacientes no presentaron ninguna mejoría. El aumento en la temperatura del miembro ipsilateral fue correlativa a la aparición de síndrome de Horner. Las complicaciones presentadas fueron menores y autolimitadas, tales como disfonía (44 %) o disfagia (9 %).

**Discusión:** Los bloqueos seriados de ganglio estrellado han mostrado resultados positivos en cuanto al descenso del dolor y la mejoría del rango de movilidad en miembro superior. Una revisión sistemática de la literatura sobre el papel de los bloqueos simpáticos en SDRC incluyó 29 estudios que evaluaban a 1.144 pacientes. Los autores reportaron que un 29 % de los pacientes presentaron un

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 Calvo<sup>1</sup>, P. García Consuegra Tirado<sup>1</sup>, M. Badel Rubio<sup>1</sup>, M. Pedraz Natalias<sup>1</sup>, B. Navarro Vicente de Vera<sup>1</sup>, M. Peiro Chamorro<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;

<sup>2</sup>Hospital 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