

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).

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