

P-248 INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL EFECTO ANALGÉSICO DE KETAMINA + LIDOCAÍNA PARENTERAL

O. Comps Vicente, S. García Toledo, J. Castaño Asins, L. Moltó García, D. Bande Julián, A. Montes Pérez
Parc de Salut Mar, Barcelona

Palabras clave: dolor crónico neuropático, depresión.

Introducción: El dolor crónico y la depresión son dos de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, normalmente refractarias a tratamientos convencionales y con una superposición considerable a nivel de tratamiento y prevalencia. La ketamina es uno de los tratamientos indicado en ambas patologías.

La administración de ketamina + lidocaína parenteral es un tratamiento utilizado habitualmente en unidades de dolor crónico tanto en el dolor neuropático (DN) como en los pacientes con fibromialgia (FMG).

Objetivos: *Objetivo principal:* evaluar la influencia de la depresión en el efecto analgésico de la administración de ketamina + lidocaína parenteral en pacientes con DN o FMG.

Objetivos secundarios: 1) valorar la correlación entre mejoría de dolor y depresión y 2) valorar la mejoría de la depresión en los pacientes que la presenten.

Metodología: Estudio epidemiológico, observacional y descriptivo en pacientes diagnosticados de DN o FMG que inician tratamiento con ketamina + lidocaína. El tratamiento consiste en 10 sesiones realizadas con frecuencia semanal; las dosis administradas son de: lidocaína 4 mg/kg y ketamina 0,4 mg/kg. Los pacientes son evaluados por el psiquiatra de la unidad para determinar la presencia o no de depresión (según criterios DSM IV); para evaluar el grado de depresión se utiliza la escala heteroaplicada de Hamilton (HDRS-17) y para la evaluación del dolor se realiza la Escala Verbal Numérica (EVN) y el Cuestionario Breve del Dolor (BPI). La HDRS-17, EVN y BPI se registran en la visita basal, tras la tercera sesión y al mes de finalizar el tratamiento. El psiquiatra reevalúa a los pacientes tras la tercera sesión y al mes de finalizar el tratamiento.

Resultados: Se han reclutado 67 pacientes, 8 de los cuales se han excluidos a lo largo del estudio. Al inicio del tratamiento el 44 % presentaban depresión (D). Dentro del grupo D el 55,9 % tenían el diagnóstico de FMG y el 44,1 % de DN ($p = 0,033$). El 45,8 % de los pacientes con un valor en la HDRS-17 de 0 a 8 presentan un alivio del dolor ≥ 2 puntos en la EVN, frente a un 18,8 % en los pacientes con valores > 8 ($p = 0,029$) al mes de finalizado el tratamiento.

Realizando un análisis multivariante, el efecto del tratamiento sobre la mejoría del dolor (BPI medio) es significativo ($p < 0,001$), así como la interacción entre la depresión

evaluada mediante la puntuación basal de la HDRS-17 y el tratamiento ($p = 0,011$), lo que significa que la evolución del dolor a lo largo del tratamiento es distinta según la puntuación basal en dicha escala.

El 39,1 % de los pacientes con D basal no la presentaba al mes de finalizado el tratamiento ($p = 0,004$).

En la Tabla I se muestran las variables principales en relación con la eficacia del tratamiento en el dolor (mejoría ≥ 2 en la EVN).

Discusión: Los resultados muestran una relación entre la existencia de depresión y la respuesta al tratamiento para el dolor.

El perfil de paciente que presenta una respuesta negativa a este tipo de tratamiento es: un paciente joven, con depresión, puntuaciones elevadas en la Escala de Hamilton y con diagnóstico de fibromialgia.

La puntuación de la Escala de Hamilton basal es la mejor variable para determinar una respuesta negativa al tratamiento (área ROC 0.948).

Bibliografía recomendada:

1. Cohen SP, et al. Consensus guidelines on the use of intravenous ketamine infusions for chronic pain from the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Reg Anaesth Pain Med.* 2018;43(5):521-46.
2. O'Connor AB, Dworkin RH. Treatment of neuropathic pain: An overview of recent guidelines. *Am J Med.* 2009;122:S22-32.

P-251 ACUPUNTURA EN DOLOR NEUROPÁTICO SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON OXAPLATINO

A. Carregal Rañó, M. J. Goberna, M. Mayo, A. Román, J. Amate, M. Vieito
CHUVI, Vigo

Palabras clave: acupuntura, dolor neuropático oncológico, oxaplatino.

Introducción: Los pacientes que sobreviven a los procesos oncológicos pueden presentar dolores crónicos asociados a las secuelas de sus procesos tumorales, de sus procesos quirúrgicos o de los tratamientos recibidos en forma de radio o quimioterapia. Así, un estudio español del 2014 muestra que la incidencia de neurotoxicidad por oxaplatino en pacientes con cáncer colorrectal es del 65,6 % de los pacientes expuestos al mismo.

El manejo del dolor en pacientes supervivientes a un proceso cancerígeno debe ajustarse a los estándares que se aplicarían a otros pacientes que no sufriesen procesos oncológicos.

Los opiáceos, antidepresivos o anticonvulsivantes usados de forma habitual en los casos de dolor neuropático son en ocasiones ineficaces o pueden comprometer la calidad de vida de la persona por sus efectos secundarios. La aplicación de técnicas invasivas como la estimulación medular o infusión intratecal puede ser costosa y plantear posibles complicaciones graves.

La aplicación de técnicas mínimamente invasivas pueden ser una opción para mejorar la calidad de vida de estos pacientes ya que pueden tratar el dolor por sí mismas o disminuir la cantidad de fármacos suministrada, minimizando de esta forma sus posibles efectos secundarios y redundando en la calidad de vida de los pacientes.

Caso clínico: *Motivo de atención:* dolor en pies después de haber recibido tratamiento con oxaplatino en diciembre del 2016.

Antecedentes personales: cáncer de recto diagnosticado en el 2012 y tratado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Complicaciones quirúrgicas en forma de fístula recto-vaginal resuelta quirúrgicamente. Alérgica a AINE, tolera paracetamol y puede tomar COX2. Tratada con duloxetina a dosis de 60 mg diarios por parte del servicio de oncología de forma inicial en mayo del 2017, en septiembre del 2018 refiere empeoramiento y acude a nuestra unidad con la intención específica de recibir acupuntura.

Cuadro clínico: 1.^a consulta en U. Dolor 12/12/18. Parestesias y disestesias en piernas (desde dedos del pie a cadera) diarias y frecuentes, pies entumecidos y con sensación de frialdad. Alodinia al tacto especialmente en la planta de los pies. Se despierta por pies en garra. DN4 positivo. Herramienta diagnóstica de dolor neuropático localizado en los pies positivo. EVA máx 8, EVA mín 4. El juicio diagnóstico es: dolor neuropático localizado en pies secundario a tratamiento con oxaplatino.

Plan: EL 19/12/18 comienza programa de electroacupuntura 1 sesión semanal. Frecuencia 2 Hz durante 30 min, intensidad según tolerancia.

Situación actual: EVA máx 6, EVA mín 0, PGI-I 2 (mucho mejor). Parestesias esporádicas. Entumecimiento solo mitad planta pies hacia los dedos no permanente. Ya no tiene pies en garra. Sin medicación. Recibe sesiones de mantenimiento cada 20-30 días.

Discusión: Como ya hemos comentado, el dolor crónico asociado a tratamientos en pacientes oncológicos es un problema en alza debido al incremento de las tasas de supervivencia. El manejo de los mismos debe ajustarse al canon que se establece para el tratamiento del dolor crónico en las poblaciones que no sufren procesos oncológicos. Uno de los principales objetivos es encontrar el manejo que ofrezca una reducción de la intensidad del dolor, mejoría de la capacidad funcional y disminución de efectos secundarios, ya que todo ello redundará en una ganancia de la calidad de vida. Las técnicas mínimamente invasivas, como es el caso de la electroacupuntura (EA), permite en ocasiones obtener

unos resultados por sí misma o en asociación a otros tratamientos, que permiten acercarnos a los objetivos expuestos. La EA a 2 Hz tiene documentado su mecanismo de acción por liberación de encefalina, y betaendorfinas entre otras sustancias, así como por modulación de estructuras encefálicas relacionadas con el procesamiento del dolor como a corteza insular y el hipocampo. Existe evidencia de que la EA favorece la desactivación de la red neuronal en modo por defecto que se encuentra más activada en pacientes con dolor crónico. Este caso pone de manifiesto cómo una técnica mínimamente invasiva puede aportar calidad de vida a una paciente con un dolor crónico neuropático en la que otros manejos farmacológicos no fueron eficaces.

Fortalezas del caso: ganancia de calidad de vida de la paciente mediante un tratamiento aceptado plenamente por ella y con nulos efectos secundarios. *Debilidades del caso:* no resolución total del dolor y necesidad de acudir con cierta periodicidad a recibir sesiones de EA.

Otros aspectos: se podría plantear en este caso y ya que es un dolor neuropático localizado la aplicación de parches de lidocaína, aunque actualmente en nuestra comunidad autónoma no está aceptada esta indicación. No se ha aplicado parche de capsaicina por negativa de la paciente.

Conclusión: La EA es una técnica analgésica mínimamente invasiva que puede aportar calidad de vida a pacientes con dolor neuropático cuando otras opciones han fracasado o son rechazadas.

Bibliografía recomendada:

1. Han JS. Trends in neuroscience. 2003;26(1).
2. Zhang WT, et al. Brain Res. 2003;982(2):168-78.

P-252 CONDUCTA EXPECTANTE ANTE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Y. Durán Luis, P. Oliver Forniés, C. Garcés San José, J. A. Girón Mombiela, F. Lafuente Martín, J. A. Sánchez Tirado

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Palabras clave: *hipotensión intracraneal, hematoma epidural, parche hemático epidural.*

Introducción: El síndrome de hipotensión intracraneal espontánea (SIH) se caracteriza típicamente por una cefalea ortostática pudiéndose acompañar de otros síntomas como trastornos de la audición, tinnitus, náuseas, vómitos, dolor o rigidez en la parte posterior del cuello.

Caso clínico: Mujer de 53 años con antecedente de migrañas desde la adolescencia e infarto antiguo del hemis-