

en T2, que afecta a S1, S2, S3, con un pequeño componente de partes blandas anterior en el espacio presacro.

Tras descartar el compromiso medular, se inicia tratamiento con gabapentinoides.

Ante la sospecha de recaída y previo a la realización de tratamiento intervencionista, se reevalúa la enfermedad con analítica de sangre, orina y estudio de médula ósea que resultan normales. También se efectúan biopsias sacras y cutáneas que descartan la progresión de la enfermedad y diagnostican de paniculitis esclerosante asociada a infarto óseo.

Una vez descartada la recaída de la enfermedad oncológica, se realiza epidural caudal mediante aguja de Tuohy y bajo fluoroscopia con 80 mg de triamcinolona, levobupivacaína 0,0675 % 7 ml y 7 ml ozono 30 % 5 ml. Tras la epidural caudal, la paciente presenta mejoría franca del dolor, siendo dada de alta con su medicación habitual vía oral.

**Discusión:** El mieloma múltiple se caracteriza por una proliferación neoplásica de células plasmáticas, que proliferan en la médula ósea y originan destrucción lítica del hueso en múltiples localizaciones, osteopenia y fracturas patológicas. Los mecanismos causantes del dolor óseo se explican por la producción de PGE2 que sensibiliza los nociceptores. La invasión neural también es causa de dolor. Los síndromes más frecuentes son: invasión y compresión medular; plexopatía cervical; plexopatía braquial; plexopatía lumbosacra. El dolor puede ser local, radicular o referido, afecta a ambas extremidades inferiores de modo asimétrico con componente sensitivo y motor, así como en algunos casos incontinencia e impotencia. Además, la radioterapia también provoca fibrosis, isquemia de tejidos blandos, necrosis e inflamación.

La infiltración epidural caudal con corticoides ha demostrado ser una técnica eficaz en el tratamiento a corto plazo y proporciona un alivio a largo plazo en los pacientes con estenosis de canal y síndrome poslaminectomía. Asimismo, también existe evidencia del efecto de la epidural lumbar con corticoides en el tratamiento de la lumbalgia crónica y del dolor de extremidades inferiores secundario a hernia discal y/o radiculitis.

La técnica se puede realizar mediante visión fluoroscópica o por técnica ciega. Se recomienda la visión radiológica con contraste para mejorar la eficacia de la técnica y reducir la morbilidad. Se pueden utilizar diferentes corticoides, solos o en combinación con un anestésico local o suero salino.

En nuestro caso, debido a la absorción más lenta de los esteroides particulados en comparación con los no particulados, se empleó la triamcinolona.

**Conclusión:** La infiltración epidural caudal con corticoides puede constituir un tratamiento adecuado en la lumbalgia irradiada secundaria a la compresión radicular posradioterapia.

#### **Bibliografía recomendada:**

1. Aguilar JL, et al. Dolor en hematología clínica. Rev Soc Esp Dolor. 2010;17(1):32-50.
2. García LM, et al. Dolor lumbar de origen neoplásico. Diagnóstico y tratamiento conservador. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8:118-23.
3. Neira F, et al. Revisión del tratamiento con corticoides en el dolor de espalda según la medicina basada en la evidencia. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(6):352-69.

#### **P-098 EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON SÍNDROME PIRIFORME EN TRATAMIENTO CON INFILTRACIONES DE TOXINA BOTULÍNICA GUIADAS POR TC**

**S. Gil Clavero, M. Lahoz Montañés, L. Forés Lisboa, B. Albericio Gil, M. Carbonell Romero, L. Pradal Jarne**  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**Palabras clave:** *músculo piriforme, síndrome miofascial, toxina botulínica, tomografía computarizada.*

**Introducción:** El síndrome del piramidal es el conjunto de signos y síntomas causados como consecuencia de la contractura o espasmo de dicho músculo, pudiendo producir compresión del nervio ciático. Cursa con clínica similar a una cialgia, con dolor en región glútea e irradiación a la parte posterior del muslo (1). Un posible tratamiento se basa en la infiltración de toxina botulínica en el espesor del músculo.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente de 57 años, sin antecedentes de interés, diagnosticado de síndrome piriforme hace 8 años. En aquel momento, refería que el dolor había comenzado de forma espontánea en glúteo izquierdo, se irradiaba por la zona posterior del muslo y, además, empeoraba con la sedestación. La EVA en reposo era de 3-6 y en movimiento de 8. Asimismo, los últimos meses refería un mal descanso nocturno debido al dolor. En cuanto a su ocupación, se dedica a la conducción en un vehículo con mala suspensión, haciendo de media 100 kilómetros diarios.

En junio de 2011, en la unidad del dolor se decidió combinar el tratamiento médico (desketoprofeno 25 mg/8 h, pregabalina 75 mg/12 h y combinación de tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg como rescate) con 3 infiltraciones de levobupivacaína al 0,25 % en el músculo piriforme izquierdo. Tras ello, la EVA en reposo pasó a ser de 3-5 y en movimiento de 8, por lo que se decidió modificar el tratamiento con pregabalina 75 mg/8 h, tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg/8 h, citalopram 30 mg/día, bromazepam 1,5 mg/día y amitriptilina 25 mg/día. Al no objetivar mejoría, en enero de 2012 se decide infiltrar el músculo con 500 unidades de toxina botulínica. Al mes,

la EVA a nivel del músculo en reposo era de 0 y en movimiento de 2, pero persistió el dolor en la parte posterior del muslo. Se opta por sustituir la pregabalina por gabapentina 300 mg/8 h. Debido a la mejoría clínica, es dado de alta en julio de 2013.

En mayo de 2018 es nuevamente remitido por presentación clínica de similares características, pero en el lado derecho. Desde que fue dado de alta no ha precisado medicación. Se decide realizar nuevas infiltraciones con toxina botulínica en el músculo piriforme derecho en agosto de 2018 y febrero de 2019, la última guiada por TC. Se pauta nuevo tratamiento con gabapentina 400 mg/8 h, 2 comprimidos de tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg/8 h y metamizol 575 mg de rescate. Actualmente está estable tras la última infiltración y refiere una EVA de 0 tanto en reposo como en movimiento.

**Discusión:** Uno de los problemas a la hora de diagnosticar estos pacientes es la gran variabilidad en su clínica y mecanismos desencadenantes (sedestación y bipedestación prolongadas, subir y bajar escaleras...) (1). Esto provoca que se tarde de media 2 años en derivar la unidad de dolor. Existen diversas maniobras exploratorias, como la palpación de puntos gatillo o la maniobra de Pace, consideraba como una de las más específicas.

Aunque el empleo de toxina botulínica en el síndrome del piramidal no es una de las indicaciones aprobadas y su uso es compasivo, se ha visto que estas infiltraciones son más efectivas que las realizadas con corticoides o anestésicos locales. En cuanto a las técnicas de imagen para guiar la punción, opinamos que la más idónea es la TC, ya que, al tener una mayor resolución espacial (a diferencia de la fluoroscopia y los ultrasonidos), permite la visualización directa del músculo y, por lo tanto, una mayor exactitud, favoreciendo las posibilidades de éxito y evitando al máximo punciones vasculares inadvertidas (2). Para su realización, se coloca al paciente en decúbito prono y se realizan cortes de TC hasta encontrar el de mayor grosor muscular para indicar la profundidad a alcanzar. Tras su localización, se introduce la aguja y, previa comprobación con una nueva imagen, se infiltra. Tras su retirada, se comprueba la correcta realización de la técnica observando una burbuja en el espesor del músculo.

En el músculo infiltrado se acaba produciendo progresivamente una atrofia, lo que podría explicar la mejoría en la clínica, el espaciado en las infiltraciones y la disminución de las dosis necesarias. Otros resultados obtenidos son la disminución en la puntuación de la EVA desde la primera infiltración, tanto en reposo como movimiento, menores puntuaciones en el índice de Lattinen, con mejoría en la calidad de vida, así como disminución en el consumo de analgésicos.

**Conclusiones:** La toxina botulínica puede ser útil en síndromes miofasciales refractarios a otros tratamientos e intervenciones. Asimismo, opinamos que el manejo de

estos pacientes con infiltración de toxina botulínica guiada por TC es una técnica segura, rápida en manos expertas y con un alto grado de éxito.

**Agradecimientos:** No se ha recibido financiación para la realización de este trabajo. Los autores niegan conflicto de intereses.

#### **Bibliografía:**

1. Hopayian, et al. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2018;28:155-164.
2. Rodríguez-Piñero, et al. Pain Med. 2018;19:408-411.

## **P-100 BLOQUEOS DIAGNÓSTICOS FACETARIOS GUIADOS POR FLUOROSCOPIA**

**F. Jiménez Martín, J. de Andrés Ares**

*Hospital Universitario La Paz, Madrid*

**Introducción:** La inervación de las articulaciones zigoapofisarias (AZAP) a nivel lumbar depende de los ramos mediales del nervio dorsal (RMND) del nivel superior y del mismo nivel.

El dolor lumbar de origen en las AZAP suele ser mecánico, nociceptivo, con irradiación glútea y a la parte posterior de los muslos, y la causa más frecuente es la degeneración artrósica. Pero existen otras estructuras capaces de producir cuadros de dolor lumbar similares al originado por las AZAP, por lo que diagnosticar la causa del dolor lumbar suele ser difícil.

Tanto la anamnesis como la exploración física y la radiografía simple tienen una sensibilidad y especificidad muy bajas para el diagnóstico del dolor de origen facetario; y los hallazgos en la tomografía axial computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear tienen una escasa correlación con la clínica. Debido a esto el único método válido para diagnosticar el origen facetario del dolor lumbar será el bloqueo diagnóstico facetario

**Objetivos:** Describir cómo se realizan los bloqueos diagnósticos facetarios guiados por fluoroscopia según las recomendaciones de la Spine Intervention Society.

**Material y método:** Se realiza una revisión bibliográfica referente a la metodología de los bloqueos diagnósticos facetarios en pacientes con lumbalgia secundaria a síndrome facetario.

**Resultados:** La precisión con la que se realiza el bloqueo (validez de apariencia anatómica) mide si se anestesia la estructura que se quiere anestésicar (RMND) y no otras. La validez de apariencia fisiológica demuestra en individuos sanos que anestesiándoles el RMND se previene el dolor lumbar inducido experimentalmente. Para que el