

nerviosa periférica, en las que cabe destacar las mononeuropatías periféricas y radiculopatías de etiología compresiva, en las cuales, a veces se relaciona la distribución topográfica de la sintomatología con los territorios afectados de las lesiones cutáneas, linfáticas, fracturas óseas, o tras tratamiento quirúrgico o en un caso concreto, compresión por un hamartoma. También se ha publicado en la literatura un caso de dolor neuropático asociado a este síndrome por hipertrofia del nervio ciático debido a la compresión producida por la proliferación concéntrica de células de Schwann alrededor del axón. Existen dos casos, de dos pacientes diagnosticados de este mismo síndrome con dolor neuropático de una extremidad inferior que cedió tras la colocación de neuroestimulador medular.

Conclusiones: La paciente diagnosticada de SKTW presenta un dolor neuropático localizado en el territorio del nervio femorocutáneo izquierdo que es aliviado mediante tratamiento con radiofrecuencia. Aunque existen pocos casos publicados, podemos observar que la aparición de dolor neuropático en estos síndromes es frecuente.

Bibliografía recomendada:

1. Franz RW, Prok A. Klippel-Trénaunay syndrome: Treatment of lower extremity pain with a spinal cord stimulator. *Vascular*. 2009;17(5):293-5.
2. Lee A, Driscoll D, Gloviczki P, Clay R, Shaughnessy W, Stans A. Evaluation and management of pain in patients with Klippel-Trenaunay syndrome: a review. *Pediatrics*. 2005;115(3):744-9.

P-231 APLICACIÓN DE BLOQUEO BRILMA EN EL DOLOR CRÓNICO POSMASTECTOMÍA

P. Aguelo Asensio, M. Badel Rubio, M. Pedraz Natalias, B. Navarro Vicente de Vera, A. Callau Calvo, P. García-Consuegra Tirado

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Palabras clave: BRILMA, mastectomía, dolor neuropático, dolor crónico.

Introducción: El dolor neuropático se define según la IASP como el dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial. El dolor crónico es aquel que se prolonga más de 3 meses. Aproximadamente el 20 % del dolor crónico es neuropático. Suele producir clínica que el paciente describe como lancinante, urente o punzante, puede ir acompañado de parestesias, alodinia, hiperalgesia o cambios autonómicos.

En 2012 se describe por primera vez el bloqueo BRILMA para analgesia en pacientes sometidas a cirugía de

mama no reconstructiva. Se trata de un bloqueo interfascial con el que se consigue bloquear las ramas cutáneas laterales y anteriores de los nervios intercostales que proporcionan inervación a la mama.

Caso clínico: Mujer de 40 años sin alergias medicamentosas conocidas, intolerancia a tramadol y lezotrol y con antecedentes de tos ferina, déficit intelectual, hipoaucasia y cesárea. Fumadora de 20 cigarrillos/día. Trabaja de limpiadora. Derivada a la unidad de mama por nódulo de 3 cm en mama izquierda. Se realiza BAG con resultado de Ca ductal infiltrante Her2 negativo. Con dicho diagnóstico se interviene de mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar izquierda mediante anestesia general y con postoperatorio sin complicaciones. Posteriormente la paciente recibe tratamiento adyuvante con QT (ECx4 + taxol semanal x 12), hormonoterapia y RT.

La paciente presenta dolor neuropático axilar sin alodinia acompañante y sin irradiación que se inicia tras la intervención quirúrgica. Por este motivo se realiza interconsulta a la Unidad del Dolor. Se inicia tratamiento con pregabalina de forma progresiva hasta dosis de 75 mg/12 h y se realiza bloqueo BRILMA izquierdo con L-bupivacaína 0,25 % y corticoide en dos ocasiones con buena respuesta al mismo.

Discusión: En el cáncer de mama, tras mastectomía y tratamiento adyuvante como la radioterapia, se puede producir dolor neuropático con posibilidad de cronificación. Habitualmente se usan medicaciones orales como neuromoduladores, con mejoría del cuadro. En pacientes en los que las terapias habituales no son efectivas se puede pasar a una segunda línea que consistiría en la realización de bloqueos interfasciales con anestésico local y corticoide.

El BRILMA es un bloqueo interfascial que ha demostrado su utilidad para control del dolor intraoperatorio con reducción del consumo de opioides y en el postoperatorio inmediato, permitiendo una reducción de la incidencia de dolor neuropático a largo plazo. La finalidad del mismo es el bloqueo de los nervios intercostales con sus ramas perforantes, permitiendo la analgesia de la cara anterolateral del tórax y del complejo areola-pezones. Para ello se deposita anestésico local entre el músculo serrato anterior y el músculo intercostal externo. Este bloqueo debe hacerse siempre ecoguiado para evitar provocar un neumotórax y lesionar la arteria torácica lateral.

En nuestro caso no se realizó bloqueo BRILMA previo a cirugía que podría haber disminuido la clínica neuropática que presenta nuestra paciente. En cualquier caso, se ha visto que la realización de bloqueo posteriormente y de forma periódica ayuda a controlar el dolor, pudiendo añadirse al algoritmo terapéutico en algunos casos.

Conclusiones: Ante una cirugía de mama radical es conveniente la realización de bloqueo BRILMA de forma previa para evitar tanto el uso de opioides intraoperatorios (y la consecuente disminución de NVPO) como la apari-

ción de dolor postoperatorio y crónico. Si de todas formas apareciese dolor crónico se puede asociar a la terapéutica habitual la realización de bloqueo BRILMA con buena respuesta al mismo.

Agradecimientos: No existe conflicto de intereses en este trabajo.

Bibliografía recomendada:

1. Maritza Velasco V. Dolor neuropático. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(4):625-34.
2. Ibarra Martí ML, et al. Comparación entre anestesia general con o sin bloqueo paravertebral preincisional con dosis única y dolor crónico postquirúrgico, en cirugía radical de cáncer de mama. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2011;58(5):290-4.

P-234 PROTOCOLO DE DERIVACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE DOLOR NEUROPÁTICO LOCALIZADO POSTOPERATORIO CON CAPSAICINA 8 %

C. Díaz-Alejo Marchante¹, D. Rastrollo Peña², M. R. García Fernández³, M. L. Padilla⁴, M. Benítez³

¹Hospital Universitario Vinalopó, Elche; ²Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz; ³Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia; ⁴Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

Palabras clave: dolor neuropático, dolor neuropático localizado, dolor postoperatorio, dolor postquirúrgico, capsaicina.

Introducción: El dolor crónico es un problema grave para la sociedad, de alta prevalencia e impacto en la población. Aunque es el personal de atención primaria el primero en tratarlo, resulta un problema para todos los especialistas.

Dentro de los muchos subtipos de dolor, el dolor neuropático localizado (DNL) es un tipo de DN que se caracteriza por estar circunscrito a un área de máximo dolor y sensibilidad alterada, procedente de muy diferentes etiologías y alcanzando según los clínicos, hasta el 60 % dentro del DN.

El DNL por herpes zóster, por infección VIH o neuropatía diabética son etiologías más conocidas a los que todos dan importancia. Sin embargo, el DNL postoperatorio pasa desapercibido, a pesar de que la incidencia de dolor crónico neuropático es relevante: amputación 80 %, herniorrafia 80 %, mastectomía 65 %, cesárea programada 50 % o toracotomía 45 % (1).

Objetivos: Poner en marcha una ruta de derivación rápida donde atención primaria o atención especializada detecten pacientes con sospecha o diagnóstico de DNL postoperatorio y sean enviados directamente a la UDO.

Los objetivos de dicho protocolo son, por un lado, educar a los facultativos sobre la existencia de esta patología, y por otro, promover un diagnóstico y un tratamiento precoz utilizando como primera línea los tratamientos tópicos. Con ello pretendemos disminuir efectos secundarios sistémicos provocados por los tratamientos sistémicos que actualmente se encuentran como tratamiento de primera línea (2), disminuir el tiempo de evolución de la patología y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y método: Las diferentes especialidades, ante la sospecha de DNL, deben realizar la escala de detección Diagnostic tool, donde una puntuación de 3-4 sería positiva y el paciente se deriva a UDO.

En la primera consulta se realiza un anamnesis y exploración física completas, cuestionario DN4, escala numérica del dolor y dificultad para el descanso. Tras confirmar DNL y la etiología (de ser posible), se inicia tratamiento de primera línea con CAPSAICINA 8 % durante 60-30 min en función de la localización. Se realizará un mínimo de 3 tratamientos con un intervalo de 3 meses.

La colocación del tratamiento se lleva a cabo por el personal de enfermería. Tras cada tratamiento se realiza una revisión a los 7 días, al mes y a los 3 meses, donde se evalúa la satisfacción del paciente, calidad de sueño, escala numérica del dolor, DN4 y disminución del tamaño del área dañada.

A los 6 meses el paciente regresa a la consulta para valoración de resultados (esquema adjunto de la ruta).

Resultados: Este protocolo comenzó a trabajarse en noviembre de 2018. Progresivamente vamos informando a las diferentes especialidades de esta posibilidad y cada vez tenemos más pacientes derivados gracias a ello. Por el momento tan solo 15 pacientes han iniciado el tratamiento de DNL con capsaicina parche 8 %; de ellos 3 han finalizado el tratamiento con una mejora entre el 30- 90 %. Esperamos que a lo largo de 1 año la N sea significativa y los resultados apoyen el tratamiento tópico como primera línea.

Conclusiones: El DNL, especialmente el postquirúrgico, es un tipo de dolor infradiagnosticado e infratratado, que hace de un problema con una solución probablemente sencilla un problema crónico que a largo plazo afecta a la vida de nuestros pacientes, en los planos social, personal y laboral. Dar visibilidad al DNL es esencial para conseguir un diagnóstico temprano y evitar así la cronificación del dolor y una mejor respuesta terapéutica.

Por otro lado, el uso del parche de capsaicina 8 % en pacientes activos laboralmente puede presentar beneficios ya que el tratamiento tópico tiene un mejor perfil de seguridad y efectos secundarios que los tratamientos sistémicos y, además, se reduce el sentimiento de enfermedad al no tener que tomar medicación. En el caso de pacientes polimedicados y/o ancianos resulta el tratamiento de elección al ser un tratamiento tópico y por tanto no presentar interacciones farmacológicas.