

sia (400 mcg de fentanilo transmucoso), precarga hídrica (500 ml SSF) y sedación (3 mg de midazolam i.v.).

Con el paciente en decúbito supino, empleando una sonda curva de baja frecuencia colocada transversalmente bajo el apéndice xifoides y una vez localizado el tronco celíaco y sus ramas esplénica y hepática (imagen “en gaviota”), se infiltraron con anestésico local, tanto la piel como el plexo y se efectuó el bloqueo neurolítico, con aguja espinal 22 G-90 mm y una mezcla de alcohol/levobupivacaína 1.500 mg/150 mg (volumen 30 ml). Posteriormente se mantuvo al paciente en vigilancia durante 2 h, apreciándose únicamente una discreta hipotensión, que respondió a volumen, como efecto adverso.

En el seguimiento se observó una disminución del número de rescates y mejoría del estado general. Se derivó a otro centro para el tratamiento oncológico.

Discusión: El bloqueo del plexo celíaco permite controlar el dolor abdominal superior y debería ofrecerse de forma sistemática como parte del tratamiento multidisciplinar en este grupo de pacientes. Sin embargo, resulta excepcional que, en la práctica clínica, estos pacientes sean derivados a la Unidad del Dolor.

Ninguna de las técnicas desarrolladas hasta la fecha ha demostrado superioridad en cuanto a seguridad y/o éxito, por lo que se recomienda realizar el procedimiento que más convenga según la experiencia del operador, la localización del tumor y las peculiaridades del caso. En general, se consigue un 70-90 % de mejoría del dolor. En la mayoría, el alivio es inmediato y completo.

Las complicaciones no deben abrumar, pero tampoco caer en el olvido: dolor (durante y después del procedimiento), hipotensión, diarrea, inyección intravascular, lesión renal o nerviosa, perforación visceral, neumotórax, quilotórax, trombosis, embolismo, infección, hematoma retroperitoneal, inyección subaracnoidea o epidural, lesión del tracto urinario, discitis, paraplejía, etc.

La neurlisis del plexo celiaco consigue mejorar la supervivencia y la calidad de vida, por una parte, como resultado de la disminución en los requerimientos de opiáceos, y por otra, por la denervación simpática resultante del tracto gastrointestinal, que permite una actividad parasimpática sin oposición, fomentando la peristalsis y disminuyendo las náuseas y vómitos.

En cuanto al futuro, la ecoendoscopia parece ser la técnica más prometedora.

Bibliografía recomendada:

1. Cornman-Homonoff J, Holzwanger DJ, Lee KS, et al. Celiac plexus block and neurolysis in the management of chronic upper abdominal pain. *Semin Intervent Radiol.* 2017;34:376-86.
2. Yasuda I, Wang HP. Endoscopic ultrasound-guided celiac plexus block and neurolysis. *Dig Endosc.* 2017;29:455-62.

P-085 ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LAS INFILTRACIONES MIOFASIALES REALIZADAS PARA LA CERVICALGIA CRÓNICA

M. J. Groizard Botella, L. Carvalheiro Fagulha, M. Palumbo, D. Sánchez Posada, M. Matute Crespo
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

Palabras clave: *cervicalgia, infiltración, miofascial, puntos trigger.*

Introducción: La infiltración miofascial es una técnica realizada de manera rutinaria en las unidades de dolor, sin embargo la variabilidad de los estudios debido entre otras cosas a la falta de homogeneidad de la muestra de pacientes seleccionados, la multidisciplinariedad de los profesionales que se dedican a tratar la dolencia miofascial (anestesiólogos, reumatólogos, fisioterapeutas, rehabilitadores, traumatólogos, médicos de familia...) y como consecuencia de todo lo anterior, la disparidad en la aplicación tanto de la técnica como de las sustancias utilizadas, justifican la realización de un estudio retrospectivo en nuestra unidad sobre las infiltraciones miofasciales realizadas durante el año 2018, con el objetivo de definir las variables modificables para poder optimizar el diseño de un posterior estudio prospectivo sistematizado, cumpliendo los estándares de alta calidad de evidencia.

Objetivos: Realizar una valoración sobre la recogida de datos y seguimiento rutinario realizado de las técnicas denominadas por nuestro sistema como “miofasciales”.

Hacer un análisis estadístico y objetivo de la mejora percibida por el paciente (PGI) y estimar uso actual sistemático en nuestra unidad de otros métodos de valoración como balance articular, algometría o cuestionario Lattinen.

Analizar los criterios de indicación médica y los de exclusión que se siguen actualmente por nuestros profesionales de la unidad del dolor para intentar aunar dichos criterios en el futuro.

Registrar el número de complicaciones acontecidas, gravedad y seguimiento.

Optimizar las indicaciones de la técnica en función de los resultados encontrados.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo sobre las 411 técnicas miofasciales registradas en el sistema durante el 2018. Se excluyeron 14 por falta de información en la historia clínica.

Se separaron a los que la técnica miofascial se les realizó sobre la cintura escapular (incluye infiltraciones de puntos trigger de trapecio, romboides y elevador de la escápula y en el ligamento interespinoso). Se registró si la técnica fue ecoguiada. Se definieron como variables:

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 ± 13 vs. 57 ± 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