

Palabras clave: dorsalgia, miofascial, dolor, toxina, infiltración.

Introducción: La toxina botulínica ha demostrado eficacia en el tratamiento del dolor desde 1994 (1) cuando empezaron a tratarse los puntos trigger, obteniendo un resultado de la reducción del dolor del 30 % sin eventos adversos. Más adelante otros autores han estudiado el efecto de la toxina botulínica administrada en los puntos trigger. Hay un metanálisis del 2016 (2) donde el efecto de la administración de la toxina tipo A en dolor miofascial cervical reduce el dolor en comparación al placebo a partir de los 2-6 meses.

En este artículo vamos a abordar la dorsalgia mecánica (como un dolor miofascial), una dolencia con pocos estudios pero con prevalencia notable en consulta; el paciente se queja de un dolor intenso “entre las paletillas”. Los músculos participantes son: superficialmente el trapecio inferior (inervado por el XI par craneal), el romboides mayor por debajo del trapecio y superiormente (inervado por el nervio dorsal escapular C4) y por debajo del trapecio e inferiormente, el dorsal ancho (inervado por el nervio toracodorsal C6-8). El paciente a la exploración física presenta un dolor a la abducción máxima de la extremidad superior del lado afectado, y también a la rotación del tronco hacia el lado afectado. En este dolor, en medicina manual, se explora la espalda articulación a articulación y se trata la articulación que origina la clínica, considerándolo un dolor referido o telefoneado, lo cual necesita de una gran experiencia en la exploración de la columna así como en la infiltración de la articular correspondiente (hay riesgos de dañar estructuras circundantes como la pleura o arterias).

Casos clínicos: En los tres casos que se presentan, se trata al paciente directamente donde tiene el dolor, sin considerarlo referido, con la ayuda de la ecografía: se trata a tres mujeres con dolores crónicos varios de más de un año de evolución, las tres refieren que el dolor más molesto está entre las paletillas. Han tomado medicación oral como cortisona, AINE varios e incluso mórficos sin respuesta.

Procedimiento: Con el ecógrafo se identifica el espacio intermuscular entre trapecio inferior y romboides mayor donde se inyecta: 10 ml de suero fisiológico, 2 ml de mepivacaína y 1 mg de dexametasona (infiltración en sábana), separando las fascias y bañándolas de medicación. Esta infiltración produce un alivio rápido del dolor, pero poco duradero, unos 2 o 3 días. Las pacientes acuden a revisión a las dos semanas del tratamiento con dolor de nuevo cuando se administra, también en sábana, 50 unidades de toxina botulínica con 10 ml de suero fisiológico en el mismo punto.

Conclusiones: Se obtiene un resultado positivo duradero en el tiempo de cuatro meses en la primera, dos meses en la segunda que se desconoce hasta la actualidad y la tercera refiere una disminución del dolor de 5 puntos de la EVA a las dos semanas.

Discusión: Es un tratamiento fácil de aplicar, con mínimos riesgos durante la intervención y sin efectos adversos para el paciente. En las visitas de control los sujetos refieren dolor en otros puntos, signo que se ha considerado como de mejora del dolor tratado.

La ecografía nos permite un nuevo enfoque al tratamiento del dolor miofascial crónico con la infiltración en sábana interfascial. Si con la primera infiltración mejora, se podría pensar que hay receptores del dolor en las fascias donde podría actuar la toxina botulínica tipo A. Son pocos casos para sacar conclusiones pero podría ser un camino a explorar.

Bibliografía:

1. Cheshire WP, Abashian SW, Mann JD. Botulinum toxin in the treatment of myofascial pain syndrome. *Pain*. 1995;59:65-9.
2. Khalifeh M, Mehta K, Varquise N, Suarez-Durall P, Enciso R. Botulinum toxin type A for treatment of head and neck chronic myofascial pain syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(12):959-73.

P-030 CAPSAICINA 8 % Y ESCOLIOSIS. AMPLIANDO HORIZONTES

I. Fernández Villa, A. Álvarez Fernández, A. Gutiérrez Fernández, I. Solera Ruiz, A. Alonso Cardaño, F. Sánchez Díaz

Complejo Asistencial de León, León

Palabras clave: capsaicina 8 %, escoliosis, dolor nociceptivo.

Introducción: El parche de capsaicina 8 % es un fármaco aprobado por las Agencias Europea y Española del Medicamento para el tratamiento del dolor neuropático periférico (neuralgia postherpética, diabética, asociada a VIH, oncológica, etc.). Sin embargo, la evidencia sugiere que la utilidad de la capsaicina tópica puede extenderse más allá de las neuropatías periféricas dolorosas.

La capsaicina es un agonista selectivo y potente del receptor TRPV1 localizado en determinados nervios sensoriales nociceptivos (principalmente fibras C y algunas fibras A). Durante años, la hipótesis del “agotamiento de la sustancia P” se usó para describir su mecanismo de acción. Sin embargo, los estudios experimentales y clínicos muestran que este mecanismo tiene poco o ningún papel causal en el alivio del dolor a largo plazo. En la actualidad, se sabe que las altas concentraciones de capsaicina sobrestimulan al TRPV1, produciendo una liberación masiva de calcio intracelular y una desfuncionalización de las fibras

nociceptivas (de sus mitocondrias y retículo endoplásmico) lo que conduce a una función nociceptora local deteriorada durante periodos prolongados de tiempo.

Por otro lado, los parches de capsaicina de alta concentración (8 %) se mostraron prometedores en el manejo del dolor en comparación con los parches a baja concentración al lograr un alivio del dolor más duradero con una única exposición (12 semanas), así como una mayor adherencia al tratamiento y un bajo riesgo de efectos sistémicos e interacciones farmacológicas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 94 años con dorsolumbalgia de años de evolución secundaria a escoliosis degenerativa severa. Como antecedentes personales presenta hernia de hiato y osteoporosis en tratamiento con pantoprazol y calcio. En el 2008, la paciente es derivada a la Unidad de Dolor Crónico por el servicio de Traumatología al no responder al tratamiento habitual farmacológico. En la primera consulta refiere dolor difuso de características mecánicas irradiado a la región subescapular, costado izquierdo y charnela dorsolumbar. Esto limita de forma importante las actividades básicas de su vida diaria requiriendo ayuda en domicilio. En la exploración física no se identifican áreas de alodinia ni déficits sensitivos o motores. Los reflejos osteotendinosos están presentes y el signo de Lassague es negativo. En la radiografía de columna dorsolumbar se observa espondiloartrosis, escoliosis y osteoporosis. Se inicia tratamiento conservador con antiinflamatorios, opiáceos y gabapentinoides con control parcial del dolor.

En 2013 la paciente presenta un SCASEST con revascularización percutánea y tratamiento con AAS 100 mg, clopidogrel 75 mg, carvedilol y furosemida. En 2015 la clínica empeora con dolor continuo que le dificulta el sueño y dolor irradiado a extremidades inferiores. También presenta, como signos de nueva aparición, debilidad de miembros inferiores, contractura de la musculatura paravertebral y dolor a la palpación de articulaciones sacroilíacas. La radiografía de columna dorsolumbar no muestra cambios significativos y el EMG muestra un patrón denervativo crónico moderado en territorio radicular L5. En sucesivas consultas se realizan diferentes técnicas intervencionistas sin conseguir un buen control del dolor: bloqueos epidurales torácicos bajos y lumbares, bloqueos del ramo medial de T12-L2 izquierdos, infiltración del músculo erector de la espina a nivel torácico bajo e infiltración de articulaciones sacroilíacas. Dada la escasa mejoría clínica y la comorbilidad de la paciente, en febrero de 2018 se decide la utilización de capsaicina tópica 8 % como fármaco de uso hospitalario. Se coloca el parche durante 1 h previa administración de tramadol 50 mg. El procedimiento es bien tolerado. Desde entonces la paciente refiere mejoría del 100 % del dolor, pudiendo reducirse los requerimientos de opiáceos y gabapentinoides y repitiéndose el tratamiento cada 3 meses.

Discusión: La escoliosis degenerativa sigue siendo un tipo de patología crónica cuyo dolor es de difícil manejo, necesitando un abordaje multidisciplinar con terapia farmacológica, intervencionista y rehabilitadora.

Aunque no se encontró bibliografía sobre el uso de capsaicina tópica 8 % en pacientes con escoliosis degenerativa, se halló literatura sobre su beneficio en el manejo del dolor y en la mejora de calidad de vida en el tratamiento de dolor radicular y dolor lumbar inespecífico.

Por todo ello, en aquellos pacientes con dolor dorsolumbar nociceptivo refractario los parches de capsaicina 8 % deben considerarse como una alternativa terapéutica más a pesar de no incluirse dentro de sus indicaciones habituales.

Bibliografía recomendada:

1. Frerick H, Keitel W. Topical treatment of chronic low back pain with a capsicum plaster. *Pain*. 2003;106(1-2):59-64. DOI: 10.1016/S0304-3959(03)00278-1 . PMID: 14581111
2. Zis P, Bernali N. Effectiveness and impact of capsaicin 8 % patch on quality of life in patients with lumbosacral pain: An open-label study. *Pain Physician*. 2016;19(7):E1049-53. PMID:27676676

P-032 ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD PREDICTORA DE LA PRUEBA DE PROVOCACIÓN Y ALIVIO DEL EFECTO A LARGO PLAZO DE UN BLOQUEO CIGAPOFISARIO LUMBAR

S. Caudevilla Polo¹, D. Rodrigo Royo², P. Cía Basco², M. Malo Urriés¹, E. Bueno Gracia¹, E. Estébanez de Miguel¹
¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza; ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Palabras clave: prueba de provocación y alivio, fisioterapia, predictores, bloqueo de la rama medial y dolor lumbar crónico de origen cigapofisario.

Introducción: El dolor lumbar crónico de origen cigapofisario (DLCOC) se trata principalmente con el bloqueo de la rama medial controlado con fluoroscopia. Tiene una evidencia nivel II para un alivio del dolor > 50 % a los 6 meses, pero hay pacientes que no obtienen beneficio con él, por lo que sería importante identificar, a través de factores predictores, a los más idóneos para recibirlo. Los factores identificados de la anamnesis y del examen físico tienen una capacidad predictora baja, aunque se ha demostrado que los más importantes son los que corresponden al examen físico. Para incrementar su capacidad predictora sería necesario mejorar la precisión de estas pruebas, ya que son muy generales. Están compuestas por movimientos muy