

por la cual el dolor se vio exacerbado en nuestra paciente al desarrollarse el hematoma intramuscular tras la punción. A pesar de ello, las complicaciones de estas técnicas, son raras, y cuando aparecen, suelen ser autolimitadas (1).

En una revisión sobre la eficacia de la toxina botulínica en diferentes síndromes de dolor se concluye un nivel de evidencia B para obtener mejoría en el tratamiento del síndrome piramidal, con un porcentaje pequeño de complicaciones (2). Después de realizar la punción del músculo piramidal infiltrando toxina botulínica, la paciente de nuestro caso sufre un empeoramiento de su dolor. En un principio se podría pensar que podría ser derivado de una complicación por la toxina botulínica, sin embargo, con el diagnóstico de hematoma intramuscular a través del TAC parece una complicación derivada de la punción accidental del aneurisma de la arteria glútea hallado de forma incidental.

Conclusiones:

- Como con la realización de cualquier técnica, la punción del músculo piramidal puede presentar complicaciones.
- Las complicaciones suelen ser menores, raras, y en caso de producirse, autolimitadas.
- También podríamos encontrar complicaciones derivadas de los fármacos administrados; anestésicos locales, corticoides o toxina botulínica.

Bibliografía:

1. Insausti, Uriarte, García-Rueda. Tratamiento intervencionista del dolor miofascial. *Rev Soc Esp del Dolor* 2007;14(Suppl II):5-11.
2. Safarpour Y, Jabbari B. Botulinum toxin treatment of pain syndromes -an evidence based review. *Toxicon Off J Int Soc Toxinology*. 2018;147:120-8.

P-091 BLOQUEO TAP EN LA IMPLANTACIÓN DE BOMBA INTRATECAL

S. García-Hernández, F. Higuero-Cantonero, F. A de la Gala García, A. Alonso Chico, I. Fernández-López, A. E. López Pérez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Palabras clave: *bloqueo TAP, analgesia, bomba intratecal, bolsillo.*

Introducción: La administración de opioides por vía intradural es un tratamiento a plantear en casos de dolor crónico refractario con mala respuesta a analgesia opioide oral. El dispositivo consta de un catéter intratecal y dispositivo bomba-reservorio. La implantación requiere la formación de un "bolsillo" en el tejido adiposo subcutáneo, generalmente en la región anterolateral baja del abdomen,

para alojar la bomba-reservorio. Asimismo, el catéter debe tunelizarse para conectarlo con el dispositivo. Estos procedimientos son los pasos más dolorosos del procedimiento.

El bloqueo TAP (transversus abdominis plane) permite brindar analgesia a los nervios intercostales T10-T12, que cubren el área donde suele crearse el bolsillo.

Caso clínico: Paciente mujer de 57 años con linfoma B de células grandes estadio IV con afectación ósea extensa y masa de partes blandas. Es sometida a esquema RCHOP en 2016. Desde el inicio del tratamiento refiere dolor pélvico de alta intensidad, por es derivada a la Unidad del Dolor, donde se inicia farmacoterapia oral. La paciente alcanza remisión completa, pero persiste el dolor pélvico. La resonancia magnética revela una masa residual que compromete el plexo sacro y afecta a la estructura ósea. El electromiograma muestra afectación posganglionar de tipo axonal de grado moderado. Dicha plexopatía condiciona un dolor pélvico crónico incapacitante, con marcado impacto sobre la calidad de vida. La paciente describe un dolor de características neuropáticas y mecánicas, de intensidad EVA 10/10 y continuo.

El Servicio de Cirugía ortopédica recomienda actitud conservadora por elevado riesgo de daño neurológico. En la Unidad del Dolor Crónico se intensifica la farmacoterapia oral, que es ineficaz, por lo que se indica infiltración y posterior radiofrecuencia de raíces S1-S2 derechas, sin mejoría. Debido a los elevados requerimientos de analgesia opioide oral (oxicodona/naloxona 40/20 mg 1-1-1; gabapentina 300 mg 1-1-1), se propone implantación de bomba de morfina epidural como terapia prueba. La paciente experimentó una marcada mejoría con EVA máximos de 7, presentando incluso episodios prolongados libres de dolor. Ante la favorable respuesta, se decide progresar a colocación de bomba de morfina intratecal.

Antes de la implantación del dispositivo, se realizó un bloqueo TAP ecoguiado en lado derecho con ropivacaína 0,2 %, volumen total de 20 ml sin incidencias, previo a la cirugía, que quedó depositado entre músculo oblicuo interno y músculo transverso del abdomen. A continuación se sometió a la paciente a sedación profunda con 2,5 mg midazolam + 150 fentanilo (bolos fraccionados) y perfusión continua de propofol a 30 ml/h (1 %). Se realizó analgesia multimodal con 1 g de paracetamol y 50 mg de dexketoprofeno. Profilaxis de náuseas y vómitos con 0,0625 mg de droperidol y 8 mg de dexametasona. El procedimiento transcurrió sin incidencias quirúrgicas ni anestésicas. La paciente negó dolor en el postoperatorio inmediato en URPA y no requirió analgesia adicional. Se dejó pauta analgesia a intervalos fijos con dexketoprofeno 50 mg/8 h y paracetamol 1 g/8 h. Al día siguiente, la paciente refirió adecuado nivel de bienestar y buen control analgésico sin necesidad de rescates.

Durante los días siguientes de ingreso, se realizó transición progresiva de analgesia epidural a intradural. Final-

mente, se tituló la analgesia y se dejó la perfusión intradural a 1,2 mg/24 h. La paciente fue dada de alta a domicilio a los 6 días de ingreso. Durante el seguimiento se fue titulando progresivamente la dosis hasta llegar a la dosis de 1,5 mg/día en el momento actual. No se detectó ningún efecto secundario. Además de la bomba intradural, la paciente siguió tratamiento oral con fluoxetina 20 mg/24 h; gabapentina 300 mg 1-1-1; paracetamol 500 mg/8 h; metamizol 500 mg/8 h (de rescate).

Discusión: El bloqueo TAP, junto al resto de estrategias analgésicas, brindó un adecuado nivel analgésico para formación del bolsillo. El bloqueo TAP es sencillo y seguro de realizar, ha probado su eficacia en el dolor postquirúrgico, y puede ser un complemento analgésico a considerar en la implantación de dispositivos en bolsillos subcutáneos en la región inferior de la cara anterolateral del abdomen (dermatomas T10-T12). Esta técnica podría disminuir los requerimientos de sedación y analgesia, tanto intraoperatoriamente como en la URPA y las primeras horas de postoperatorio. Sería necesario elaborar estudios comparativos de “grupo TAP” vs. “grupo sin TAP” vs. “grupo TAP placebo” para evaluar la utilidad real del bloqueo en este contexto clínico. También sería de interés valorar otros bloqueos como el bloqueo cuadrado lumbar.

Conclusiones: El bloqueo TAP podría ser una técnica útil para la analgesia en la implantación de bombas intraducales y dispositivos semejantes que se alojen en la región anterolateral baja del abdomen.

Bibliografía recomendada:

1. Bruel BM, Burton AW. Intrathecal therapy for cancer-related pain. *Pain Med.* 2016;17:2404-2421. DOI: 10.1093/pm/pnw060. <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnw060>
2. Chin KJ, McDonnell JG, Carvalho B, Sharkey A, Pawa A, Gadsden J. Essentials of our current understanding: Abdominal wall blocks. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42:133-83. DOI: 10.1097/aap.0000000000000545. <http://dx.doi.org/10.1097/aap.0000000000000545>.

P-092 EPIDUROLISIS POR EPIDUROSCOPIA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE ESPALDA FALLIDA

S. García-Hernández, F. Higuero-Cantonero, F. Andrés de la Gala García, A. Alonso Chico, J. Blanco Aceituno, A. E. López Pérez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Palabras clave: *síndrome de espalda fallida, lumbalgia, epiduroscopia, FBSS, epidurolisis.*

Introducción: El síndrome de espalda fallida (en adelante se referirá como FBSS, por sus siglas en inglés *Failed Back Surgery Syndrome*) puede definirse como dolor crónico en la espalda y pierna que persiste o recurre tras la cirugía. Puede complicar hasta el 20-40 % de las cirugías de espalda, tiene múltiples etiologías, y muchas veces esta es desconocida. La fibrosis epidural tiene lugar en más del 95 % de los casos, siendo grave hasta el 83 %. Aunque puede considerarse una respuesta fisiológica normal, se ha propuesto como responsable de entre el 20-36 % de los casos de FBSS. La epiduroscopia da la posibilidad de diagnosticar la presencia, gravedad, extensión y localización de la fibrosis, y además permite realizar epidurolisis. La epidurolisis por epiduroscopia ha demostrado su eficacia en múltiples ensayos clínicos y metanálisis. La neuromodulación con estimulación medular es otra modalidad de tratamiento de eficacia probada en el FBSS. Por su mayor complejidad y coste, esta terapia suele realizarse más tarde en el algoritmo que la epiduroscopia. No obstante, en este paciente la estimulación medular fracasó en el alivio sintomático y se indicó la epiduroscopia tras la retirada del dispositivo.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes de hernia discal extruida a nivel de L4-L5 izquierda intervenida en dos ocasiones mediante laminectomía sin mejoría en el año 2007. A partir de 2008 se inicia seguimiento por la Unidad de Dolor Crónico con el diagnóstico de espondiloartrosis, FBSS, fibrosis epidural y lumbociatalgia izquierda. Se inicia tratamiento con fentanilo transdérmico 37 mcg/72 h, morfina 5 mg/8 h y gabapentina 600 mg 1-1-1. En el año 2010 se implantan dos electrodos de estimulación epidural por neurocirugía, persistiendo dolor y limitación funcional importante. En 2013 se realiza infiltración radicular diagnóstica y radiofrecuencia de ganglio de la raíz dorsal con escasa mejoría. El paciente solicita el explante de los electrodos, siendo extraídos en 2017.

En 2018 se reevalúa de nuevo al paciente en la Unidad del Dolor. RMN de columna lumbar comparada con previa de 2008, sin apreciarse cambios significativos, destacando importante componente fibroso postquirúrgico en espacio epidural lateral izquierdo a nivel de L4-L5, condicionando estenosis con probable afectación de la raíz. En el EMG no se observan signos de radiculopatía motora, no pudiéndose descartar afectación del componente sensitivo.

El paciente refiere persistencia de dolor mecánico (EVA 8/10) en región lumbar que irradia con componente neuropático en territorio de L3 a L5, con mal control con analgesia de tercer escalón. Lasegue izquierdo positivo a 30 grados, ROT conservados. Importante limitación funcional y repercusión psicosocial. Por la buena correlación entre los hallazgos de imagen y la clínica, se planteó epiduroscopia con epidurolisis. Se realizó abordaje caudal,