

Bibliografía recomendada:

1. Allegri M, Barón R, Hans G, Correa-Illanes G, Mayoral Rojals V, Mick G, et al. A pharmacological treatment algorithm for localized neuropathic pain. *Curr Med Res Opin.* 2016;32(2):377-84.
2. Gálvez R, Rivera MV, Pérez C, Micó JA. Guía práctica clínica sobre el tratamiento farmacológico de dolor neuropático periférico en atención primaria. Madrid. Sociedad Española de Dolor (SED), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGP). 2016.

P-162 TENS TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO

B. Pérez Benito¹, B. de la Calle García¹, B. Hernández Sáez², L. Amigo Gil¹, L. Pallas Álvarez¹, C. Palacios Lobato²

¹Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, Valladolid; ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid

Palabras clave: TENS, dolor pélvico, tibial posterior.

Introducción: El acrónimo TENS, *transcutaneous electrical nerve stimulation*, se utiliza para denominar la aplicación mediante electrodos de superficie de corriente eléctrica pulsada con finalidad analgésica, siendo la técnica de estimulación eléctrica más empleada como alternativa a los tratamientos analgésicos tradicionales, tales como farmacológicos o quirúrgicos (1).

Según la teoría del *gate control*, la estimulación de las fibras aferentes de gran diámetro, como la producida por el TENS, inhibiría la respuesta producida por las fibras nociceptivas, al activarse las interneuronas situadas en la sustancia gris del asta posterior de la médula espinal. Numerosos estudios lo avalan (1).

Además de a nivel espinal, ya en 1980, Woolf comprobó que el TENS produciría su efecto inhibitorio en ambos niveles, espinal y supraespinal (1).

Existen múltiples estudios sobre el uso del TENS en el nervio tibial posterior para el control de la incontinencia, y algunos de estos estudios refieren haber observado también alivio del dolor en la zona inervada por el pudendo (2). Este caso práctico consiste en la aplicación del TENS sobre el nervio tibial posterior (S2) para la modulación del dolor pélvico (S2, S3 y S4), ambas raíces pertenecientes al plexo sacro (2).

Caso clínico: Mujer de 66 años que acude a la unidad del dolor (finales 2014) derivada del servicio de ginecología por vulvodinia de 15 años de evolución. Molestias referidas sobre todo en la parte externa y anterior de la

vulva con referencia sobre zona inguinal. Dolor predominante en la zona vaginal.

Antecedentes médicos: asma bronquial, dislipidemia, hipotiroidismo, diverticulosis, hernia hiatal, artritis leve no erosiva, gonalgias, prolapso vaginal, cistitis intersticial en tratamiento con instilaciones (hialuronato sódico, condroitín sulfato y cloruro cálcico).

Antecedentes quirúrgicos: amigdalitis.

Alergias: penicilinas, tetraciclinas, quinolonas, AINE.

Evolutivo:

Octubre 2014, infiltración radicular selectiva S3 bilateral.

Diciembre 2014, radiofrecuencia pulsada S3 bilateral.

Mejoría solo los 4 primeros días.

Febrero 2015, radiofrecuencia pulsada S4 bilateral.

Inefectiva.

Abril 2015, no mejoría. Se actualiza tratamiento medicamentoso: paroxetina, dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato, tiotropio 5 µg, tiroxina 125 µg, diazepam, omeprazol. Inicia pregabalina en dosis ascendente.

Junio 2015, mejoría con la pregabalina; continuar igual hasta siguiente revisión.

Octubre 2015, no acude a revisión.

Febrero 2016, similar aunque refiere dolor en zona sacra izquierda. Pautado lidocaína 700 mg vía tópica.

Junio 2016, estable.

Diciembre 2016, no acude.

Enero 2017, está bien, se mantiene tratamiento farmacológico.

Abril 2018, tratamiento actual dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato, tiotropio 5 µg, tiroxina 100 µg, pregabalina 75/12 h. Exploración compatible con neuropatía del nervio pudendo derecho. Presenta prolapso vaginal por lo que se desestima TENS intracavitario. Se programa infiltración del nervio pudendo derecho.

Mayo 2018, neuroestimulación inefectiva por lo que no se realiza infiltración.

Junio 2018, propuesta de TENS tibial posterior.

Julio 2018, inicia tratamiento con TENS tibial posterior modo N, 250 µs, 20 Hz, 12 sesiones a razón de 2 por semana y 30 min por sesión. Los electrodos se disponen uno en calcáneo y otro 5 traveses por encima del maléolo interno.

Noviembre 2018, mejoría del dolor (EVA 3) y de la incontinencia.

Marzo 2019, reinicia tratamiento con TENS en tibial posterior de mantenimiento (una sesión mensual) al presentar EVA 5.

Conclusiones y discusión: El uso del TENS para tratar el dolor pélvico de la paciente en tibial posterior ha demostrado ser efectivo en la reducción del dolor, aportando además un beneficio respecto a otros problemas (mejoría de la incontinencia urinaria) y permitiendo la reducción de medicación. La literatura existente trata sobre el uso del TENS en tibial posterior para el control de la incontinencia,

hay extensos estudios sobre ello y algunos refieren haber observado también alivio del dolor en la zona inervada por el pudendo, pero no hay estudios específicos sobre la electroterapia en el nervio tibial posterior para el control del dolor pélvico, por lo que resultaría de interés la realización de dichos estudios.

Agradecimientos: A la sección del dolor pélvico de nuestra unidad. Sin conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Amer-Cuenca JJ, et al. ¿Qué respuesta fisiológica desencadena la aplicación de la técnica de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea? Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2010;17(7):333-42.
2. Tutolo M, et al. Efficacy and safety of sacral and percutaneous tibial neuromodulation in non-neurogenic lower urinary tract dysfunction and chronic pelvic pain: A systematic review of the literature. Eur Urol. 2018;73(3):406-18.

INFUSIÓN

P-171 ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DEL USO CLÍNICO DE ZICONOTIDE INTRATECAL EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

B. M. Marqués López, I. Peña Vergara, L. Ángel Redondo, G. Casado Pérez, J. L. López Romero
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Palabras clave: dolor crónico, terapia intratecal, ziconotide.

Introducción: La vía intratecal constituye una opción segura y eficaz para la administración de múltiples fármacos en el tratamiento del dolor agudo y crónico. La principal ventaja al administrar el fármaco directamente en el sistema nervioso central y receptores medulares es un gran efecto analgésico con mínimas dosis y menos efectos secundarios.

En 2012 la Polyanalgesic Consensus Conference recomendó ziconotide como monoterapia intratecal de primera línea en dolor crónico severo, indicación hasta el momento solo reconocida para la morfina intratecal (1).

Objetivos: Analizar los datos de los pacientes en tratamiento con ziconotide intratecal en nuestra Unidad para establecer una pauta segura y eficaz de dosificación.

Material y método: Se revisaron las historias de los 11 pacientes en tratamiento con ziconotide intratecal en nuestra Unidad. Se recogieron los siguientes datos: diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento, modelo de sistema de infusión, administración simultánea de otros fármacos intratecales, dosis inicial y final de la fase de prueba, dura-

ción de la misma, dosis registrada a los 3-6 y 12 meses, dosis máxima del histórico y registro de incidencias relacionadas con la terapia.

Los diagnósticos establecidos fueron: síndrome de cirugía fallida de espalda (2 casos), dolor neuropático en lesionado medular (4 casos), síndrome de Scheuermann (1 caso) y dolor neuropático secundario a hemangioma medular (1 caso).

Todos los pacientes recibían monoterapia con ziconotide salvo dos; un paciente recibía también tratamiento con fentanilo y el otro con baclofeno.

La experiencia más larga registrada con ziconotide fue de 8 años en 3 de nuestros pacientes.

Resultados: El sistema de infusión empleado fue Medtronic SynchroMed II. No se registró ninguna incidencia en relación con el sistema de infusión.

El modo de administración empleado en fase de prueba y una vez finalizada la misma fue de infusión continua en todos los casos. La fase de prueba se definió por una dosis inicial que osciló entre 0,2-2,4 mcg/día, una duración media de 8,3 días, y una dosis final de 0,5-3,6 mcg/día. En todos los casos la fase de prueba fue considerada positiva.

Las dosis registradas a los 3, 6 y 12 meses oscilaron entre 0,33-10 mcg/día, 0,69-17 mcg/día y 0,62-18 mcg/día respectivamente. Este hecho manifestó la gran variabilidad interindividual en el uso clínico de ziconotide intratecal. No obstante, una vez establecida la dosis eficaz en cada paciente, la variabilidad individual a lo largo del tiempo fue reducida.

La máxima dosis registrada en nuestro histórico fue de 20 mcg/día, con adecuada tolerancia.

La aparición de efectos adversos se registró en seis pacientes. En dos casos las complicaciones fueron infecciosas (un caso de meningitis y un caso de infección del bolsillo quirúrgico), mientras que en los cuatro casos restantes se trató de secundarismos tolerables atribuidos al fármaco (malestar general, diarrea, alucinaciones leves, ansiedad...).

Discusión: Ziconotide es una versión sintética del cono péptido hidrofílico MVIIA, derivado del veneno del caracol marino Conus Magus. Es un fármaco de uso exclusivo vía intratecal para el tratamiento del dolor neuropático crónico. Presenta elevada afinidad a los canales del Ca²⁺-N-voltaje-específico, presentes en las terminales presinápticas de las neuronas aferentes primarias que finalizan en el asta dorsal. Actúa como antagonista reversible de este receptor, donde bloquea la señalización medular del dolor.

Como ventaja frente a los opioides, ziconotide reduce el dolor y mejora la calidad de vida sin desarrollar tolerancia, dependencia, inmunosupresión, depresión respiratoria o privación. No obstante, presenta un estrecho margen terapéutico, siendo necesario un ajuste posológico paulatino con seguimiento estrecho.

Entre los efectos adversos más frecuentes destacan mareos, náuseas, confusión, ataxia, vómitos, nistagmus,