

estrecho valorando riesgo-beneficio. El tratamiento actual del paciente, duloxetina y baclofeno, puede ser una buena opción, si es bien tolerado, porque disminuyen el apetito y la tensión arterial, respectivamente, protegiendo al paciente frente a sus comorbilidades. Además hoy en día se cree que la depresión podría ser un factor más de riesgo cardiovascular, aumentando la mortalidad por causa cardiovascular por lo siguiente: disfunción autonómica con aumento del tono simpático, parasimpático y del cortisol, aumento del estrés oxidativo, disfunción endotelial, aumento de la coagulación; por lo que la duloxetina es una buena opción para este paciente, que, además, refiere estar desanimado. Además este fármaco también es especialmente seguro en pacientes con antecedente de accidente cerebrovascular.

Conclusión: El tratamiento implica un abordaje compartido entre lo farmacológico, la terapia física, ocupacional y las terapias cognitivas-conductuales así como el soporte de la comorbilidad (depresión, ansiedad y alteraciones del sueño). En este caso el tratamiento farmacológico es un reto además de por el cuadro en sí, por las comorbilidades que acompañan al paciente, sobre todo los factores de riesgo cardiovascular con los que hay que tener especial cuidado porque precipitaron el cuadro.

Bibliografía recomendada:

1. Jahngir MU, Qureshi AI. Síndrome de Dejerine Roussy. StatPearls. 2018.
2. Buonanotte CF, Barral E. Dolor neuropático de origen c

P-229 DOLOR NEUROPÁTICO EN EL SÍNDROME DE KLIPPEL TRENAUNAY WEBER. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. M. Pradal Jarne, M. Carbonell Romero, B. Albericio Gil, S. Gil Clavero, M. Lahoz Montañés, P. Cía Blasco
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Introducción: El síndrome de Klippel-Trenaunay es una enfermedad congénita que comprende la tríada de malformación de capilares vasculares, venas varicosas y/o malformación venosa e hipertrofia de tejidos blandos u óseos, siendo más frecuente en las extremidades.

El gen que lo codifica es VG5Q. Fue descrito por Klippel y Trenaunay en 1900. En 1918 Weber agregó la asociación con fistula arteriovenosa profunda, reservándose el nombre adicional de Klippel-Trenaunay-Weber (KTW).

Las malformaciones capilares, también conocidas como de líneas de vino de Oporto, son las malformaciones cutáneas más comunes. Hay hiperplasia linfática en más del 50 % de los pacientes. Las complicaciones son sobreinfección, tromboflebitis, dolores neuropáticos y afectación ósea. El diagnóstico es clínico y el apoyo de pruebas com-

plementarias son de gran importancia para el diagnóstico y tratamiento, el cual, en general, es conservador.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 52 años, diagnosticada de síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW) que es derivada por el servicio de rehabilitación a la Clínica de Dolor Crónico por dolor neuropático de muy difícil control.

Refiere como antecedentes médicos personales síndrome de túnel carpiano bilateral e intervenida hasta 9 veces por recidivas de angioma arteriovenoso en codo derecho y liberación del túnel carpiano izquierdo.

Se trata de una paciente conocida hace 10 años por este servicio debido al dolor referido en codo derecho y ambas manos y pies. La extremidad superior derecha presentaba edema, rigidez relativa, pérdida de fuerza y dolor de características neuropáticas, con hiperestesia y alodinia, con una puntuación EVA (Escala Visual Analógica) máxima de 9 y mínima de 5, que fue difícil de controlar a pesar de probar con diferentes pautas de fármacos y rehabilitación. En la gammagrafía ósea se observó afectación ósea global de la articulación del codo derecho y el electroneurograma (ENG) mostró una caída de amplitud de potencial de acción sensitiva del nervio cubital derecho probablemente relacionada con la cirugía. En el maléolo interno presentaba dolor con inflamación en seguimiento por el servicio de traumatología, diagnosticando un quiste sinovial que no cedía con analgésicos y se procedió a la aplicación de iontoforesis que era efectiva, pero se tuvo que suspender debido a la aparición de un hematoma. Otros dolores referidos fueron cintura escapular y pelviana y dolor lumbar tratados con diversos analgésicos.

En el último episodio refirió meralgia parestésica izquierda con afectación del nervio femorocutáneo izquierdo grado severo de características neuropáticas, con hiperestesia, alodinia y parestesias, con una EVA máxima de 9 y mínima de 5, sin correlacionarse con la sintomatología vascular. En la resonancia magnética de columna lumbar mostró hallazgos compatibles con cambios degenerativos, hernia discal L2-L3, L3-L4 y L5-S1 y quistes de Tarlov. En el estudio neurofisiológico (EMNG) presentó ausencia de potencial evocado desde el lado izquierdo. No presentó mejoría con tratamiento farmacológico. Se propuso aplicar radiofrecuencia pulsada, observando mejoría parcial. Con el objetivo de conseguir mejores resultados, se intentó paliar la alodinia referida en el tercio distal lateral del territorio del femorocutáneo con parches de capsaicina al 8 % sin éxito. Por ello, se planteó radiofrecuencia convencional en esa localización, obteniendo como efecto de este tratamiento total mejoría sintomática de la paciente.

Discusión: El SKTW presenta una gran variabilidad clínica y existe todavía controversia sobre los criterios diagnósticos. Tras buscar el término Mesh adecuado y realizar una búsqueda en PubMed, podemos observar que existen pocas referencias en la literatura acerca de la afectación

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, hipoacusia 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-