

Con todos estos datos, se establece el diagnóstico inicial de sacroileítis bilateral idiopática. Por ello, se decide inicialmente optimizar el tratamiento farmacológico con analgésicos de segundo escalón (tramadol 150-100-150 mg) y adyuvantes (gabapentina 600 mg 1-1-1 y naproxeno 1 comp/12 h) que resultan insuficientes. Debido a esto, en la consulta sucesiva se indica infiltración ecoguiada de ambas articulaciones sacroiliacas con 6 ml de bupivacaína 0,25 % y 40 mg de triamcinolona, con mejoría transitoria de un mes de duración. Posteriormente se realiza una segunda infiltración similar con el mismo resultado.

Dada la buena respuesta clínica que apoya el diagnóstico de sacroileítis se decide realizar radiofrecuencia térmica bipolar en empalizada bilateral en dos tiempos.

La realización de ambas técnicas transcurre sin incidencias. Tras aplicación de anestésico local en planos superficiales se posiciona bajo control radioscópico 7 agujas de radiofrecuencia Cosman®, con 1 cm de separación entre cada una sobre la articulación sacroilíaca. Se instila 1 ml de lidocaína 1 % en cada aguja-electrodo y, a continuación, se aplica radiofrecuencia térmica bipolar durante 90 seg con una temperatura objetivo de 80 °C entre cada par de electrodos.

En la consulta de seguimiento 2 meses tras la realización de la técnica el paciente refiere una franca mejoría en la clínica dolorosa y del estado funcional y anímico. EVA en las últimas dos semanas de 3/10; con EVA mínima de 2/10. Refiere reducción en los requerimientos analgésicos y se consensúa iniciar desescalada de la terapéutica farmacológica.

Discusión: El dolor de la articulación sacroilíaca constituye un síndrome habitual en las Unidades del Dolor Crónico, que puede provocar un importante impacto funcional en las esferas bio-psico-sociales del paciente, como presentamos. Las nuevas alternativas terapéuticas ofrecen posibilidades de manejo distintas de las clásicas como son la infiltración con anestésico local y corticoides y la radiofrecuencia de los ramos dorsales y laterales. Se necesitan nuevos estudios que evalúen la eficacia y seguridad de estas técnicas como es la radiofrecuencia en empalizada y que las comparen con las técnicas clásicas.

Conclusiones: La radiofrecuencia en empalizada resultó un tratamiento eficaz en este caso de sacroileítis idiopática inespecífica.

La aparición de nuevas opciones terapéuticas para el tratamiento del dolor en la sacroileítis supone la apertura de campos nuevos de investigación.

Bibliografía recomendada:

1. De Andres Ares J, et al. Bloqueo y radiofrecuencia de la articulación sacroilíaca. Rev Soc Esp Dolor [online]. 2012;19(6):335-45.

2. Orduña Valls JM, Rodríguez Huete A, López Pais P, Carceller Ruiz J, Dominguez Garcia MM, de la Luz Canovas Martínez M. 2015. Abordaje Intervencionista del Dolor en la Articulación Sacroilíaca (ASI) - Anestesia R. 2015; Accessed: 2015-06-17 from: <https://anestesiario.org/2015>.

P-095 LUMBALGIA POSTRADIOTERAPIA EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MIELOMA MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. B. Alcaraz Martínez, M. Benítez Jiménez, J. Mula Leal, C. Díaz Fuentes, J. P. Vicente Villena, J. Cartagena Sevilla
Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia

Palabras clave: lumbalgia, mieloma, epidural, corticoide.

Introducción: El dolor oncológico es un problema de primera magnitud. La prevalencia de dolor oncológico se estima en un 50 % en el momento del diagnóstico y un 75 % en fases avanzadas. Su tratamiento se basa en el control sintomático de la enfermedad y un adecuado soporte emocional.

Caso clínico: mujer de 72 años que ingresa en régimen hospitalario por empeoramiento de lumbalgia crónica con dificultad para la deambulación.

La paciente fue diagnosticada en octubre de 2003 de mieloma múltiple BJ Kappa estadio III-B con deterioro de la función renal y síndrome de compresión medular. Por ello, se inició radioterapia sobre tumoración sacra y lumbar y tratamiento citostático con el que alcanzó remisión completa de la enfermedad. Desde entonces, presenta lumbociatalgia residual en seguimiento por la Unidad del Dolor que se controla con oxicodona/naloxona 40/20 mg/12 h, lacosamida 150 mg/12 h, duloxetina 60 mg/24 h y clonazepam 1 mg/12 h.

A su ingreso, la paciente refiere empeoramiento de la lumbalgia crónica irradiada a pie derecho e incontinencia en bipedestación desde hace un mes. Ha sufrido deterioro progresivo de la movilidad por intolerancia al dolor. No refiere parestesias perianales.

A la exploración de miembro inferior derecho presenta fuerza I/5, hipoestesia en cara anterior y posterior de la pierna, Lasegue positivo y disminución del reflejo aquileo. No presenta clonus. Asimismo, presenta una placa cutánea en la zona sacra, indurada, dolorosa a la palpación con forma "en alas de mariposa", sin datos flogóticos.

Dada la sospecha de compresión medular, se administra dexametasona y se realiza RMN de la columna lumbar y sacra (secuencias T1, T2 y STIR) que descarta compromiso medular y muestra infiltración del sacro por una lesión parcialmente insuflante, hipointensa en T1 y heterogénea

en T2, que afecta a S1, S2, S3, con un pequeño componente de partes blandas anterior en el espacio presacro.

Tras descartar el compromiso medular, se inicia tratamiento con gabapentinoides.

Ante la sospecha de recaída y previo a la realización de tratamiento intervencionista, se reevalúa la enfermedad con analítica de sangre, orina y estudio de médula ósea que resultan normales. También se efectúan biopsias sacras y cutáneas que descartan la progresión de la enfermedad y diagnostican de paniculitis esclerosante asociada a infarto óseo.

Una vez descartada la recaída de la enfermedad oncológica, se realiza epidural caudal mediante aguja de Tuohy y bajo fluoroscopia con 80 mg de triamcinolona, levobupivacaína 0,0675 % 7 ml y 7 ml ozono 30 % 5 ml. Tras la epidural caudal, la paciente presenta mejoría franca del dolor, siendo dada de alta con su medicación habitual vía oral.

Discusión: El mieloma múltiple se caracteriza por una proliferación neoplásica de células plasmáticas, que proliferan en la médula ósea y originan destrucción lítica del hueso en múltiples localizaciones, osteopenia y fracturas patológicas. Los mecanismos causantes del dolor óseo se explican por la producción de PGE2 que sensibiliza los nociceptores. La invasión neural también es causa de dolor. Los síndromes más frecuentes son: invasión y compresión medular; plexopatía cervical; plexopatía braquial; plexopatía lumbosacra. El dolor puede ser local, radicular o referido, afecta a ambas extremidades inferiores de modo asimétrico con componente sensitivo y motor, así como en algunos casos incontinencia e impotencia. Además, la radioterapia también provoca fibrosis, isquemia de tejidos blandos, necrosis e inflamación.

La infiltración epidural caudal con corticoides ha demostrado ser una técnica eficaz en el tratamiento a corto plazo y proporciona un alivio a largo plazo en los pacientes con estenosis de canal y síndrome poslaminectomía. Asimismo, también existe evidencia del efecto de la epidural lumbar con corticoides en el tratamiento de la lumbalgia crónica y del dolor de extremidades inferiores secundario a hernia discal y/o radiculitis.

La técnica se puede realizar mediante visión fluoroscópica o por técnica ciega. Se recomienda la visión radiológica con contraste para mejorar la eficacia de la técnica y reducir la morbilidad. Se pueden utilizar diferentes corticoides, solos o en combinación con un anestésico local o suero salino.

En nuestro caso, debido a la absorción más lenta de los esteroides particulados en comparación con los no particulados, se empleó la triamcinolona.

Conclusión: La infiltración epidural caudal con corticoides puede constituir un tratamiento adecuado en la lumbalgia irradiada secundaria a la compresión radicular posradioterapia.

Bibliografía recomendada:

1. Aguilar JL, et al. Dolor en hematología clínica. Rev Soc Esp Dolor. 2010;17(1):32-50.
2. García LM, et al. Dolor lumbar de origen neoplásico. Diagnóstico y tratamiento conservador. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8:118-23.
3. Neira F, et al. Revisión del tratamiento con corticoides en el dolor de espalda según la medicina basada en la evidencia. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(6):352-69.

P-098 EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON SÍNDROME PIRIFORME EN TRATAMIENTO CON INFILTRACIONES DE TOXINA BOTULÍNICA GUIADAS POR TC

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

Palabras clave: *músculo piriforme, síndrome miofasial, toxina botulínica, tomografía computarizada.*

Introducción: El síndrome del piramidal es el conjunto de signos y síntomas causados como consecuencia de la contractura o espasmo de dicho músculo, pudiendo producir compresión del nervio ciático. Cursa con clínica similar a una cialgia, con dolor en región glútea e irradiación a la parte posterior del muslo (1). Un posible tratamiento se basa en la infiltración de toxina botulínica en el espesor del músculo.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 57 años, sin antecedentes de interés, diagnosticado de síndrome piriforme hace 8 años. En aquel momento, refería que el dolor había comenzado de forma espontánea en glúteo izquierdo, se irradiaba por la zona posterior del muslo y, además, empeoraba con la sedestación. La EVA en reposo era de 3-6 y en movimiento de 8. Asimismo, los últimos meses refería un mal descanso nocturno debido al dolor. En cuanto a su ocupación, se dedica a la conducción en un vehículo con mala suspensión, haciendo de media 100 kilómetros diarios.

En junio de 2011, en la unidad del dolor se decidió combinar el tratamiento médico (desketoprofeno 25 mg/8 h, pregabalina 75 mg/12 h y combinación de tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg como rescate) con 3 infiltraciones de levobupivacaína al 0,25 % en el músculo piriforme izquierdo. Tras ello, la EVA en reposo pasó a ser de 3-5 y en movimiento de 8, por lo que se decidió modificar el tratamiento con pregabalina 75 mg/8 h, tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg/8 h, citalopram 30 mg/día, bromazepam 1,5 mg/día y amitriptilina 25 mg/día. Al no objetivar mejoría, en enero de 2012 se decide infiltrar el músculo con 500 unidades de toxina botulínica. Al mes,