

sufren los pacientes con neuropatía diabética. El DND puede coexistir con diferentes comorbilidades, especialmente trastornos mentales y del sueño, que parecen empeorar el manejo y la evolución de la enfermedad. La prevalencia de estas comorbilidades ha sido abordada en diversos estudios, sin embargo, los resultados publicados son muy variables (1,2).

Objetivos: Analizar la prevalencia de ansiedad y/o depresión y/o alteraciones del sueño en enfermos con DND a través de una revisión sistemática de la literatura.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y SCOPUS utilizando como criterios de búsqueda artículos originales publicados en inglés y español realizados en diabéticos con DND que incluían las comorbilidades estudiadas. A partir de los documentos identificados, se seleccionaron los que su objetivo principal era este, o los que mostraban este dato en el documento. Dos autores examinaron el título y el resumen de los artículos. Los estudios preseleccionados se analizaron en profundidad, así como las referencias incluidas en ellos, con objeto de identificar otros artículos que podrían incluirse en la revisión. La calidad de los estudios se evaluó mediante la guía STROBE. En los artículos seleccionados, se extrajo información sobre el objetivo principal, diseño del estudio, población incluida, fuente de obtención de datos, tamaño de la muestra y tasa de respuesta. Asimismo, se recogió la definición de DND utilizada en cada artículo y la prevalencia de DND si aparecía. Además, se recogió la definición de ansiedad, depresión y alteración del sueño utilizada en cada estudio, la prevalencia de estos trastornos y la escala o método utilizado para identificarlo. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la información.

Resultados: Se identificaron 206 artículos. Se excluyeron 128 por no cumplir los criterios de inclusión preestablecidos o por estar duplicados, 56 al examinar el resumen y 18 tras su lectura exhaustiva por no aportar la información que necesitábamos o por ser artículos de baja calidad según la guía STROBE. Solo 8 estudios con datos de 5 países diferentes cumplieron los criterios de inclusión. La prevalencia de ansiedad varió entre el 7,8 y el 60,4 % y la depresión entre el 13,6 y el 50,6 %. Ambas comorbilidades coexistían en el 26,4-30,6 % de los pacientes con DND. La prevalencia de alteración del sueño encontrada osciló entre 41,6-43,8 % en estos pacientes.

Discusión: Los resultados obtenidos muestran una gran variabilidad en los resultados publicados sobre la prevalencia de estas comorbilidades. El empleo de distintos métodos para detectar prevalencia, junto a la distinta forma de expresar los resultados podrían explicar la variabilidad encontrada. La detección de las comorbilidades ansiedad y depresión a partir de escalas aportaban datos de prevalencia mayor que cuando la información procedía de registros sanitarios. De igual manera, el uso de escalas diferentes también puede afectar a los resultados. Además, no siempre

se utiliza la misma definición de comorbilidad mental. La información sobre la prevalencia de trastornos del sueño es aún escasa y con frecuencia se expresa mediante puntuaciones medias en las escalas que los exploran.

Conclusiones: La prevalencia de ansiedad o depresión está presente en casi la mitad de los pacientes con DND, coexistiendo ambas enfermedades en una cuarta parte de ellos. Las alteraciones del sueño afectan también a casi la mitad de estos enfermos, aunque en este caso los datos aún son limitados. Estos resultados nos reafirman en la necesidad de valorar estos procesos de manera sistemática en los pacientes con DND y en la necesidad de identificar su presencia mediante instrumentos validados para obtener resultados más fiables. **Limitaciones:** Aunque todos los artículos contenían información sobre pacientes con DND, no todos aportaban datos sobre todas las comorbilidades revisadas. Además, algunos estudios no pudieron ser incluidos porque, aunque medían estas comorbilidades no aportan información sobre su prevalencia. **Fortalezas:** Destacar su novedad, puesto que, según nuestro conocimiento, no se ha publicado ninguna revisión sistemática sobre la prevalencia de comorbilidad mental y alteración del sueño en pacientes con DND, que permita conocer mejor la situación respecto a este tema.

Agradecimientos: Este trabajo fue apoyado por la Fundación Grunenthal. Sin fines de lucro que promueve la difusión del conocimiento científico y apoya la investigación.

Bibliografía:

1. Gore M, Brandenburg NA, Dukes E, Hoffman DL, Tai KS, Stacey B. Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *J Pain Symptom Manage.* 2005;30(4):374-85.
2. Sadosky A, Schaefer C, Mann R, Bergstrom F, Baik R, Parsons B, et al. Burden of illness associated with painful diabetic peripheral neuropathy among adults seeking treatment in the US: Results from a retrospective chart review and cross-sectional survey. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther.* 2013;6:79-92.

P-217 USO DE CATÉTERES PERINEURALES CONTINUOS EN EL MANEJO MULTIMODAL DEL SDRC

C. Fernández Delgado, M. P. Tamayo Torres, N. Cerezales Cerezales, M. M. Domínguez Pérez
Hospital Delfos, Barcelona

Palabras clave: SDRC, rigidez articular, rehabilitación, analgesia.

Introducción: El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) se define como una condición dolorosa que se

acompaña de cambios sensoriales, autonómicos, motores y tróficos clasificado en dos tipos, según se haya detectado, alguna lesión nerviosa (tipo II) o dicha lesión nerviosa esté ausente (tipo I). Este suele aparecer tras un episodio lesivo traumático o quirúrgico.

El diagnóstico es básicamente clínico, basándonos en los criterios de Budapest (1) y se hace más específico con pruebas como la gammagrafía ósea: prueba índice. El tratamiento debe ser multidisciplinar (2), combinando psicoterapia y rehabilitación (RHB) con agentes farmacológicos diversos haciendo énfasis en la mejoría funcional. Los bloqueos continuos perineurales pueden ser usados siempre que la severidad del dolor sea un limitante para la restauración funcional.

Describimos dos casos de pacientes con SDRC en quienes se implantó catéter axilar y ciático poplíteo para administrar anestesia regional continua para permitir RHB y terapia física intensiva, para tratar la rigidez articular resultante del SDRC.

Caso 1: Paciente varón de 53 años, diestro, maquinista, sin antecedentes médicos de interés, clínica de ocho meses de evolución de dolor, posterior a traumatismo en hiperextensión del 3.^{er} dedo de la mano derecha. Presentó capsulitis postraumática posterior y lesión del ligamento colateral IFP de dicho dedo; se manejó inicialmente con férula digital, analgesia oral e inició tratamiento RHB a las 4 semanas del episodio, con magnetoterapia, ultrasonido pulsado, parafina, ejercicios de flexión aislada, baños de contraste y Kenioasetape; desarrolló clínica de SDRC con cambios vasomotores (edema y sudoración), sensitivos (hiperalgesia), cambios tróficos en la piel y uñas, dolor a la palpación de la articulación IFP y limitación funcional por dolor, con severa rigidez postraumática de articulación IFP e IFD. Su tratamiento inicial por clínica del dolor incluyó pregabalina (300 mg/día), clonazepam (0,3 mg/día) bifosfonatos (alendronato 70 mg/semana), sin mejoría y progreso de la rigidez, por lo que se decide ingreso hospitalario durante 15 días para implantación de catéter axilar para realizar tratamiento RHB.

En quirófano se realiza inserción ecoguiada de catéter axilar derecho, que se mantiene con infusión continua de ropivacaína al 0,2 %, y bolos de mepivacaína al 1 % (2/día). El paciente presenta buena evolución en planta, de forma que al alta consigue cierre completo del puño con contacto punta dedo-palma de mano de forma activa con balance articular de MCF e IFP prácticamente libres y sin dolor. En el control a las cuatro y seis semanas después se mantiene evolución favorable.

Caso 2: Paciente varón de 51 años, albañil, sin antecedentes médicos de interés, con siete meses de evolución de esguince pie izquierdo grado III, con evolución hacia un SDRC, presentando parestesias y disestesias en cara dorsal del pie, con alodinia en punto de apoyo de los metatarsianos y todo el maléolo interno, eritema e hiperhidrosis en todo el

pie. Presenta rigidez en equino de tobillo-pie izquierdos. La gammagrafía reporta cambios de edema difuso con lesión condral del astrágalo y tenosinovitis difusa.

Remitido a la clínica del dolor por cuadro florido de SDRC, donde es manejado con bloqueos perineurales ciático poplíteo seriados, con lidocaína 1 % de manera ambulatoria: tres, amitriptilina (25 mg/día), DMSO 50 %, tramadol, (150 mg/día).

Se programa para colocación ecoguiada de catéter ciático poplíteo, dejando perfusión continua con ropivacaína al 0,2 % y bolos de mepivacaína al 1 % (2/día) para tratamiento RHB.

El paciente presenta muy buena evolución en planta; al alta los signos de SDRC han mejorado, y se ha conseguido gran mejoría de la movilidad del tobillo con flexión plantar prácticamente completa y flexión dorsal de +10°-15°. En control a las 4 y 6 semanas se mantiene evolución favorable.

Discusión: Los dos pacientes de este reporte se presentaron con clínica de SDRC con importante limitación funcional y dolor en la extremidad afectada, que limitaba en grado importante el tratamiento RHB. Aunque recientes revisiones concluyen que hay una falta de rigurosa evidencia del beneficio del bloqueo simpático del nervio periférico para manejo de dolor neuropático, estos pueden ser una alternativa razonable, cuando hay falta de respuesta a la terapia tópica y oral instaurada.

La analgesia administrada mediante un catéter nervioso periférico provoca una analgesia satisfactoria para el paciente, principalmente en casos de limitación por dolor para frenar el avance de la rigidez articular; además la vasodilatación que se produce en el miembro podría favorecer la desaparición temporal o permanente de la clínica de SDRC.

El tratamiento del SDRC y la rigidez articular subsecuente, con RHB intensiva apoyada con analgesia con infusión continua de anestésico local a través de catéteres perineurales, es una alternativa terapéutica válida por explorar sistemáticamente en relación con el enfoque multimodal utilizado de rutina en los pacientes con SDRC.

Bibliografía:

1. Wertli MM, et al. PLoS One. 2017;12(3):1-18.
2. Freedman M, et al. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2014;25:291-303.

P-219 EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DEL PARCHÉ DE CAPSAICINA 8 % EN NUESTRA UNIDAD DEL DOLOR

M. A. Puebla Martín, E. Rubio Rivas, A. Estuardo Plasencia Ezaine, I. V. de la Rocha Vedia, F. M. Ruiz González, L. Redondo López

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real