

Los opiáceos, antidepresivos o anticonvulsivantes usados de forma habitual en los casos de dolor neuropático son en ocasiones ineficaces o pueden comprometer la calidad de vida de la persona por sus efectos secundarios. La aplicación de técnicas invasivas como la estimulación medular o infusión intratecal puede ser costosa y plantear posibles complicaciones graves.

La aplicación de técnicas mínimamente invasivas pueden ser una opción para mejorar la calidad de vida de estos pacientes ya que pueden tratar el dolor por sí mismas o disminuir la cantidad de fármacos suministrada, minimizando de esta forma sus posibles efectos secundarios y redundando en la calidad de vida de los pacientes.

**Caso clínico:** *Motivo de atención:* dolor en pies después de haber recibido tratamiento con oxaplatino en diciembre del 2016.

*Antecedentes personales:* cáncer de recto diagnosticado en el 2012 y tratado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Complicaciones quirúrgicas en forma de fístula recto-vaginal resuelta quirúrgicamente. Alérgica a AINE, tolera paracetamol y puede tomar COX2. Tratada con duloxetina a dosis de 60 mg diarios por parte del servicio de oncología de forma inicial en mayo del 2017, en septiembre del 2018 refiere empeoramiento y acude a nuestra unidad con la intención específica de recibir acupuntura.

*Cuadro clínico:* 1.<sup>a</sup> consulta en U. Dolor 12/12/18. Parestesias y disestesias en piernas (desde dedos del pie a cadera) diarias y frecuentes, pies entumecidos y con sensación de frialdad. Alodinia al tacto especialmente en la planta de los pies. Se despierta por pies en garra. DN4 positivo. Herramienta diagnóstica de dolor neuropático localizado en los pies positivo. EVA máx 8, EVA mín 4. El juicio diagnóstico es: dolor neuropático localizado en pies secundario a tratamiento con oxaplatino.

*Plan:* EL 19/12/18 comienza programa de electroacupuntura 1 sesión semanal. Frecuencia 2 Hz durante 30 min, intensidad según tolerancia.

*Situación actual:* EVA máx 6, EVA mín 0, PGI-I 2 (mucho mejor). Parestesias esporádicas. Entumecimiento solo mitad planta pies hacia los dedos no permanente. Ya no tiene pies en garra. Sin medicación. Recibe sesiones de mantenimiento cada 20-30 días.

**Discusión:** Como ya hemos comentado, el dolor crónico asociado a tratamientos en pacientes oncológicos es un problema en alza debido al incremento de las tasas de supervivencia. El manejo de los mismos debe ajustarse al canon que se establece para el tratamiento del dolor crónico en las poblaciones que no sufren procesos oncológicos. Uno de los principales objetivos es encontrar el manejo que ofrezca una reducción de la intensidad del dolor, mejoría de la capacidad funcional y disminución de efectos secundarios, ya que todo ello redundará en una ganancia de la calidad de vida. Las técnicas mínimamente invasivas, como es el caso de la electroacupuntura (EA), permite en ocasiones obtener

unos resultados por sí misma o en asociación a otros tratamientos, que permiten acercarnos a los objetivos expuestos. La EA a 2 Hz tiene documentado su mecanismo de acción por liberación de encefalina, y betaendorfinas entre otras sustancias, así como por modulación de estructuras encefálicas relacionadas con el procesamiento del dolor como a corteza insular y el hipocampo. Existe evidencia de que la EA favorece la desactivación de la red neuronal en modo por defecto que se encuentra más activada en pacientes con dolor crónico. Este caso pone de manifiesto cómo una técnica mínimamente invasiva puede aportar calidad de vida a una paciente con un dolor crónico neuropático en la que otros manejos farmacológicos no fueron eficaces.

*Fortalezas del caso:* ganancia de calidad de vida de la paciente mediante un tratamiento aceptado plenamente por ella y con nulos efectos secundarios. *Debilidades del caso:* no resolución total del dolor y necesidad de acudir con cierta periodicidad a recibir sesiones de EA.

*Otros aspectos:* se podría plantear en este caso y ya que es un dolor neuropático localizado la aplicación de parches de lidocaína, aunque actualmente en nuestra comunidad autónoma no está aceptada esta indicación. No se ha aplicado parche de capsaicina por negativa de la paciente.

**Conclusión:** La EA es una técnica analgésica mínimamente invasiva que puede aportar calidad de vida a pacientes con dolor neuropático cuando otras opciones han fracasado o son rechazadas.

#### **Bibliografía recomendada:**

1. Han JS. Trends in neuroscience. 2003;26(1).
2. Zhang WT, et al. Brain Res. 2003;982(2):168-78.

### **P-252 CONDUCTA EXPECTANTE ANTE HIPOTENSIÓN INTRACRANEAL ESPONTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**Y. Durán Luis, P. Oliver Forniés, C. Garcés San José, J. A. Girón Mombiela, F. Lafuente Martín, J. A. Sánchez Tirado**

*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza*

**Palabras clave:** *hipotensión intracraneal, hematoma epidural, parche hemático epidural.*

**Introducción:** El síndrome de hipotensión intracraneal espontánea (SIH) se caracteriza típicamente por una cefalea ortostática pudiéndose acompañar de otros síntomas como trastornos de la audición, tinnitus, náuseas, vómitos, dolor o rigidez en la parte posterior del cuello.

**Caso clínico:** Mujer de 53 años con antecedente de migrañas desde la adolescencia e infarto antiguo del hemis-

ferio cerebeloso izquierdo objetivado en TAC. Presenta cefalea bifrontal y retroorbitaria irradiada hacia occipucio, de carácter pulsátil, de cuatro días de evolución progresiva, asociada a náuseas sin otra clínica neurológica acompañante ni síntomas visuales. Empeora con la bipedestación y causa una gran incapacidad para el desarrollo de sus actividades básicas. En TAC cerebral no se observan datos de sangrado, lesiones expansivas o signos de infarto agudo extenso.

Se ingresa a cargo del Servicio de Neurología con la sospecha diagnóstica de SIH para continuar estudio y tratamiento. Dada la no mejoría clínica a pesar de tratamiento analgésico intravenoso se consulta a la Unidad de dolor para la realización de un parche hemático como tratamiento del SIH.

Tras la valoración inicial realizada, decidimos optar por una conducta expectante. Se solicitó una resonancia magnética cerebral con gadolinio en la que destaca un sistema ventricular pequeño, realce dural difuso tanto a nivel supra como infratentorial, leve congestión venosa con senos transversos prominentes, hipófisis congestiva, infarto segmentario crónico en el territorio ya conocido; siendo los hallazgos descritos compatibles con hipotensión licuoral.

Tras 10 días de tratamiento médico y sin mejoría sintomática, solicitamos una RMN cervicodorsolumbar, observando unas colecciones extradurales en relación con una posible fistula de líquido cefalorraquídeo (LCR) y una colección epidural posterior sugestiva de hematoma epidural que se extiende desde D2 a L1, sin existir compresión de la medula espinal ni signos de mielopatía.

Ante la posibilidad de una malformación vascular como responsable causante del hematoma se realiza arteriografía cervicodorsal en la cual no se evidencia ninguna alteración.

No se realizó parche hemático epidural y la paciente continuó ingresada con tratamiento analgésico intravenoso. A los 30 días del inicio del cuadro clínico fue dada de alta; asintomática; en seguimiento por nuestra unidad realizándose RMN de control a los dos meses donde se observó una disminución del hematoma.

**Discusión:** Se ha establecido que el SIH puede derivar de una fuga espontánea de LCR. El mecanismo preciso y la fisiopatología de la fuga espontánea de LCR siguen siendo desconocidos. Sin embargo, se acepta que los factores mecánicos o los trastornos hereditarios del tejido conectivo, incluidos los síndromes de Marfan y Ehlers-Danlos, pueden contribuir al desarrollo de fugas espontáneas de LCR.

No existe una única prueba diagnóstica con un alto nivel de sensibilidad para el SIH. Cuando se sospecha SIH, puede ser necesaria una combinación de imágenes de cerebro e imágenes de la columna vertebral.

En pacientes con clínica sospechosa de SIH, la RM cerebral puede respaldar el diagnóstico clínico. La RMN cerebral sin contraste se realiza para la evaluación inicial del dolor de cabeza; en nuestro caso, tras no evidenciar nin-

guna alteración se decidió repetir la prueba administrando gadolinio. La ventaja de este contraste es el realce dural difuso que observamos.

Cuando no se objetiva una fuga clara de LCR mediante prueba de imagen de la columna, se puede usar un mielografía mediante TAC con contraste o mediante RMN con gadolinio intratecal. La mielografía por RMN puede ser particularmente sensible, al detectar fugas de bajo flujo que la mielografía por TC no puede detectar. Sin embargo, la mielografía por RMN debe reservarse solo para aquellos pacientes que tienen una sospecha muy alta de fuga del LCR espinal. En nuestro caso no se precisó la realización de estas pruebas complementarias.

El SIH se considera un trastorno benigno y autolimitado. El manejo inicial es conservador, incluyendo el reposo en cama, la hidratación, los analgésicos simples, el consumo de cafeína y la administración de esteroides. Además del tratamiento conservador, el parche hemático epidural constituye un tratamiento bien establecido.

Su principal indicación es la persistencia de la cefalea postural o la aparición de trastornos neurológicos. Varios son los estudios en los que se ha demostrado la efectividad del mismo. Ansel y cols. afirman que los resultados duraderos se logran con el primer parche, con una eficacia que va del 85 al 90 % y un parche repetido puede mejorar la eficacia al 98 % (1).

**Conclusiones:** Gracias a la realización de las imágenes espinales adicionales obtuvimos el diagnóstico de un hematoma epidural, localización infrecuente en el SIH lo que nos permitió mantener una actitud expectante, resolviéndose el caso finalmente sin precisar tratamientos ni técnicas invasivas por nuestra parte que hubieran supuesto una posible complicación mayor en la clínica de nuestra paciente.

**Agradecimientos:** No existen conflictos de intereses.

#### **Bibliografía:**

1. Ansel S, Rae A, Tyagi A. Efficacy of epidural blood patches for spontaneous low-pressure headaches: A case series. *J R Coll Physicians Edinb.* 2016; 46(4):234-7.

### **P-253 ESTUDIO SOBRE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO ANTE SU VISITA A LA CONSULTA DEL DOLOR**

**B. Navarro Vicente de Vera, B. Ruiz Torres, A. Callau Calvo, P. García Consuegra Tirado, M. Pedraz Natalias, M. Badel Rubio**

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**Introducción:** La evolución de la relación médico paciente, la importancia de la bioética en la práctica clínica