

ascendiendo bajo visión directa por el espacio epidural, en el que se apreció fibrosis grado 3-4, que fue liberada mediante suero y sonda de Foley. Asimismo, se ascendió hasta nivel de la salida de la raíz S1 izquierda, donde se realizó radiofrecuencia pulsada durante 4 min a 45 °C. A continuación se ascendió hasta el nivel de L5, donde se realizó disección de la fibrosis con suero y dilataciones con balón. El total de suero empleado fue de 120 ml, y a la finalización del procedimiento se retiró el endoscopio con dilatación del espacio a la salida del mismo.

En la consulta de seguimiento dos meses más tarde, el paciente refiere mejoría sintomática marcada. Persiste dolor lumbar intermitente (antes era continuo) con EVA 5/10, y desaparición del componente neuropático que irradiaba a pantorrilla. Se inicia desescalada farmacológica, reduciendo a la mitad el tramadol y retirándose la gabapentina. Tras diez meses, la clínica recidiva paulatinamente, motivo por el cual se indica una nueva epiduroscopia con radiofrecuencia asociada.

Discusión: La fibrosis del espacio epidural es una consecuencia frecuente de la cirugía de columna lumbar, constituyendo una causa importante de FBSS. Las técnicas epiduroscópicas son una herramienta diagnóstica que permite en muchos casos dilucidar la etiología de FBSS. En caso de detectarse fibrosis, la epiduroscopia permite caracterizar la extensión, gravedad, y localización de la misma, así como realizar un tratamiento etiológico mediante epidurolisis. Una epiduroscopia temprana puede desempeñar un papel importante en el algoritmo diagnóstico-terapéutico del FBSS. En nuestro caso, la epidurolisis por epiduroscopia produjo una mejoría clínica muy significativa en nuestro paciente, de unos diez meses de duración.

Conclusiones:

- El FBSS es una entidad frecuente que compromete los resultados de muchas cirugías de espalda.
- La fibrosis epidural puede ser un agente causal del FBSS.
- La epiduroscopia es una técnica de gran interés por su posibilidad mixta diagnóstica y terapéutica en el FBSS.

Bibliografía recomendada:

1. Bosscher HA, Heavner JE Incidence and severity of epidural fibrosis after back surgery: an endoscopic study. *Pain Pract.* 2010;10:18-24. doi: 10.1111/j.1533-2500.2009.00311.x. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1533-2500.2009.00311.x>.
2. Thomson S. Failed back surgery syndrome - definition, epidemiology and demographics. *Br J Pain.* 2013;7:56-9. DOI: 10.1177/2049463713479096. <http://dx.doi.org/10.1177/2049463713479096>.

P-094 RADIOFRECUENCIA EN EMPALIZADA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POR SACROILEÍTIS IDIOPÁTICA

S. García-Hernández, F. Higuero-Cantonero, F. Andrés de la Gala García, A. Alonso Chico, S. Zapatero García, A. E. López Pérez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Palabras clave: sacroileítis, lumbalgia, radiofrecuencia, radiofrecuencia en empalizada.

Introducción: El dolor en la articulación sacroilíaca constituye un motivo de consulta frecuente en las Unidades del Dolor, representando hasta un 15 % de los dolores axiales, y siempre debe formar parte del diagnóstico diferencial del dolor lumbar inespecífico. Hasta ahora las infiltraciones intraarticulares y la radiofrecuencia de los ramos laterales representaban el grueso del arsenal terapéutico basado en la evidencia. La aparición de nuevas técnicas como es la radiofrecuencia térmica bipolar justifica la necesidad de investigaciones en este campo que demuestren su eficacia y seguridad en esta patología.

Caso clínico: Paciente de 44 años con antecedentes de hábito tabáquico y seguimiento en consultas de Salud Mental por trastorno adaptativo mixto en relación con mal control de dolor. En seguimiento por Servicio de Reumatología por cuadro de lumbalgia crónica, con estudio de autoinmunidad HLA-B27 negativo. Marcadores inflamatorios también negativos.

Derivado por este servicio a la Unidad del Dolor Crónico por dolor de características mecánicas en ambas caderas de 6 meses de evolución, con escasa respuesta a AINE. El paciente refiere una EVA de 6/10 en las 2 semanas previas, con un EVA mínima de 6. En la exploración física se objetiva ausencia de dolor a la palpación en apófisis espinosas lumbosacras, con dolor a la palpación en musculatura paravertebral lumbar y glútea. Asocia dolor a la rotación interna de la cadera derecha. Signo de Fabere positivo para articulación sacroilíaca derecha. El paciente refiere gran impacto de la sintomatología dolorosa en su actividad cotidiana, encontrándose desempleado en el momento de la consulta. Asimismo, refiere una marcada repercusión a nivel anímico, recibiendo soporte por parte de Psiquiatría.

Aporta gammagrafía de columna vertebral y pelvis en la que se objetiva un aumento de la captación en ambas articulaciones sacroilíacas, con leve hiperemia atribuible a sacroileítis bilateral, con discreta mayor actividad en el lado derecho. La resonancia magnética de articulaciones sacroilíacas se informa con datos de esclerosis subcondral en articulaciones sacroilíacas, sin otras alteraciones.

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 insuficiente, hipointensa en T1 y heterogénea