

bloqueo sea válido se deben emplear volúmenes pequeños de contraste (menos de 0,5 ml) y ver su distribución con fluoroscopia; se puede emplear como control realizar dos bloqueos diagnósticos, uno con un anestésico local de corta duración y otro con un anestésico local de larga duración. El resultado positivo del bloqueo es concordante si la duración del alivio del dolor se corresponde con la duración del anestésico local empleado, y discordante cuando el alivio en ambos casos no se corresponde con la duración del anestésico local (De Andrés).

El valor de corte para decidir si el paciente mejora de su lumbalgia con el bloqueo diagnóstico es un alivio 100 % de su dolor basal.

Realización de los bloqueos: la correcta realización del bloqueo precisa que sea guiado por imagen, se describe el bloqueo guiado por fluoroscopia, la más aceptada actualmente. Debido a la inervación de las AZAP debe ser multi-segmentario y los niveles serán seleccionados dependiendo de la clínica del paciente (lo más frecuente es realizarlo en los niveles RMND L2, RMND L3, RMND L4 y ramo posterior de L5). Paciente en decúbito prono, con almohada debajo de las caderas corrigiendo la lordosis lumbar. Se obtiene una proyección anteroposterior con rayos X (Rx) y se alinea el platillo vertebral superior del nivel a tratar, seguidamente se obtiene una imagen oblicua ipsilateral de 30-40° y se localiza la unión entre el PAS con la apófisis transversa. Se inserta la aguja de bloqueo y se dirige en "túnel visión", paralela al haz de rayos (la imagen fluoroscópica de la aguja será un punto), y se avanza hasta llegar a periostio. Se obtienen imágenes de Rx anteroposteriores, oblicuas, laterales y declinada (esta es de gran importancia para visualizar la punta de la aguja con respecto a la unión del PAS con la apófisis transversa). Se administran de 0,1-0,3 ml de contraste yodado no iónico apto para mielografía y se observa su distribución, que, en teoría, será similar a la del anestésico que se emplee en el diagnóstico. El contraste debe bordear levemente el cuello del PAS sin penetrar en el foramen ni tener una distribución lateral. El bloqueo se debe realizar sin corticoide, solo con anestésico local (Manchikanti y cols.). Si el bloqueo es positivo se debe realizar posteriormente una técnica con el objetivo de aliviar el dolor más duradera, como la radiofrecuencia térmica o criodeneración.

**Discusión:** Los bloqueos diagnósticos facetarios han sido validados, aunque presentan algunos aspectos controvertidos: el número o tipo de bloqueos que se debe realizar; se cuestiona la realización de bloqueos control, e incluso de los mismos bloqueos diagnósticos y de su beneficio coste-eficacia; pero se considera que es la manera adecuada de reducir el número de falsos positivos para conseguir resultados mejores con la técnica denervativa.

**Conclusiones:** El bloqueo diagnóstico realizado con una técnica adecuada, siguiendo las guías de la Spine Intervention Society es una técnica adecuada para establecer

el origen del dolor lumbar en las AZAP. Posteriormente, si es positivo, se realizará una técnica de alivio del dolor más duradera.

#### **Bibliografía recomendada:**

1. Bogduk N, editor. Practice guidelines for spinal diagnostic and treatment procedures 2013. San Francisco: International Spine Intervention Society; 2013.
2. De Andrés, et al. Bloqueos diagnósticos en el manejo del paciente con lumbalgia secundaria a síndrome facetario. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2018;66(4):213-21.

### **P-104 RELACIÓN ENTRE LA EFECTIVIDAD DE LA EPIDURAL CAUDAL Y FACTORES ASOCIADOS**

**B. Navarro Vicente de Vera<sup>1</sup>, C. Marín Zaldívar<sup>2</sup>, R. Muriello Pina<sup>3</sup>, A. Callau Calvo<sup>1</sup>, P. García Consuegra Tirado<sup>1</sup>, P. Cía Blasco<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza;

<sup>2</sup>Hospital Maz, Zaragoza; <sup>3</sup>Hospital de Alcañiz, Alcañiz

**Palabras clave:** epidural caudal, efectividad, relación, factores clínicos, factores sociodemográficos.

**Introducción:** Aunque la epidural caudal es una técnica ampliamente extendida y aplicada en las unidades del dolor, en la bibliografía encontramos controversia sobre su eficacia y una amplia variabilidad de resultados. Mientras que unos estudios defienden que es más eficaz en aliviar el dolor lumbar irradiado en pacientes con discopatía y hernia discal con radiculitis, otros defienden su eficacia sin distinguir entre patologías. Debido a la elevada diversidad de resultados, resultaría útil poder hallar factores clínicos predictivos de una mayor efectividad de la técnica.

**Objetivo:** Estudiar la relación entre la efectividad de la epidural caudal y algunos factores asociados de tipo clínico y sociodemográfico.

**Material y método:** Estudio descriptivo observacional y prospectivo, de tipo serie de casos que recoge una muestra de 35 pacientes con dolor lumbar crónico irradiado por diversas causas, seleccionados consecutivamente. Se realiza un seguimiento de 6 meses tras la técnica recogiendo datos sobre dolor mediante el test de EVA (en reposo y en movimiento) y sobre funcionalidad mediante el test de Oswestry en distintos periodos, basal, a la semana y a los 1, 3 y 6 meses. Además, se recogieron datos de filiación como: edad, sexo y diagnóstico (hernia discal con radiculitis, estenosis de canal lumbar, discopatía y síndrome postquirúrgico). También se recogieron datos sobre la terapia con opioides previa y posterior a la técnica y sobre

las expectativas previas del paciente antes del tratamiento. Recogidas todas las variables, se realiza el análisis estadístico mediante el programa "R estudio".

Para evaluar la relación de los factores asociados con la variable respuesta se diseñaron modelos de regresión lineal multivariante para cada una de las tomas temporales del EVA, EVAm y de la escala Oswestry, buscando correlación factorial con las distintas variables: edad, sexo, diagnóstico previo, dosis de opioide y expectativas. Describimos los modelos como factor de correlación (desviación típica), considerando como estadísticamente significativas aquellos valores cuya  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Al relacionar las distintas variables demográficas y de comorbilidad con las escalas de dolor y funcionalidad, no se ha hallado ninguna correlación clara que permita relacionar al sexo, edad y diagnóstico previo con una mayor efectividad de la epidural caudal. Sin embargo, sí que se encuentra una relación inversa entre mayores dosis previas de consumo de opioides y menor dolor en movimiento (EVAm a 1, 3 y 6 meses) y mejor capacidad funcional (Oswestry a los 1,3 y 6 meses). También se encuentra una relación inversa entre mayores expectativas de los pacientes y una menor valoración en la escala funcional de Oswestry.

**Discusión:** Nuestros resultados concuerdan con el estudio de Gregory y cols., en el que no se encuentra asociación entre factores demográficos como edad y sexo y el porcentaje de alivio del dolor (1). No obstante, a diferencia de nuestro estudio, en otros (2), sí que se halla una correlación entre la patología que produce el dolor lumbar y la efectividad de la técnica, detectándose mejores resultados cuando se usa la epidural caudal en pacientes con dolor discogénico o hernia discal con radiculitis, frente a los pacientes con estenosis de canal y síndrome posquirugía, que obtienen peores resultados. La asociación encontrada entre mayores dosis previas de opioides y una mejoría del dolor en movimiento y de la capacidad funcional se explicaría por abordar, la anestesia epidural caudal, un mecanismo diferente de control del dolor al farmacológico, de tal forma que responderían mejor los pacientes en los que el mecanismo farmacológico de la analgesia está saturado. De esta forma, los pacientes que han necesitado mayor consumo de opioides, y que por tanto tienen mayor severidad de síntomas, responderían mejor a un tratamiento alternativo de tipo locorregional, como la epidural caudal.

La asociación inversa observada entre una mayor expectativa de curación y una mejor capacidad funcional previa de los pacientes se explicaría por factores psicológicos, que hacen ser más optimistas ante el tratamiento a los pacientes que todavía conservan una aceptable capacidad funcional. Una mejor identificación de los factores clínicos asociados a una mejor respuesta nos hubiera permitido una mejor selección de los pacientes a los que se aplica la técnica. Es posible que el escaso tamaño muestral de nuestro estudio

nos haya impedido encontrar diferencias estadísticamente significativas en la efectividad por patologías previas.

**Conclusión:** Solamente hemos podido detectar una asociación con la dosis previa de opioides, aunque este hallazgo habría que relacionarlo coherentemente con el conocimiento actual de la fisiopatología del dolor.

#### Bibliografía:

1. Billy CG, Lin J, Gao M, Chow MX. predictive factors of the effectiveness of caudal epidural steroid injections in managing patients with chronic low back pain and radiculopathy. *Clin Spine Surg.* 2017;30(6):833-8.
2. T. Parr A, Manchikanti L, Hameed H, Conn A, Manchikanti K, Benyamin RM, et al. Caudal epidural injections in the management of chronic low back pain: A systematic appraisal of the literature. *Pain Physician.* 2012;15:159-98.

### P-105 SÍNDROME DE LA COSTILLA DESLIZANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICA

**M. T. Palomino Jiménez, M. Fernández Baena, L. Delange Segura, M. L. Rodríguez Padilla, J. A. Yáñez Santos, M. J. Rodríguez López**

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga*

**Palabras clave:** costilla deslizante, bloqueo ecoguiado, intercostal.

**Introducción:** El síndrome de costilla deslizante (SCD) es una entidad poco conocida, difícil de diagnosticar y muy poco frecuente en niños (1). Produce un dolor a nivel costal que puede irradiarse al abdomen e iniciarse tras la realización de determinados movimientos. Parece estar causado por una hiperlaxitud de los ligamentos costales que permite una hipermovilidad de las costillas, pinzando estructuras intercostales y puede producir un dolor incapacitante que limita la actividad. Habitualmente el diagnóstico es tardío porque se investigan múltiples causas de origen visceral, cronificando así el dolor.

**Motivo de derivación a unidad del dolor:** Nos derivan a una paciente de trece años con dolor intenso en reborde costal izquierdo a nivel de la unión costocondral, de más de dos meses de evolución y que apareció a raíz de esfuerzos con el vómito tras un episodio de cinco días de hiperémesis. La paciente ha requerido ingreso hospitalario por dolor incapacitante.

**Antecedentes personales:** Médicos: esferocitosis diagnosticada hace un año. En tratamiento con ácido fólico.

**Quirúrgicos:** malrotación intestinal y vólvulo y colecistectomía por cálculos biliares hace un año.

**Cuadro clínico del dolor:** Desde hace dos meses tras episodio de hiperémesis que duró cinco días y en relación con esfuerzos al vomitar, aparece dolor en reborde costal