

la EVA a nivel del músculo en reposo era de 0 y en movimiento de 2, pero persistió el dolor en la parte posterior del muslo. Se opta por sustituir la pregabalina por gabapentina 300 mg/8 h. Debido a la mejoría clínica, es dado de alta en julio de 2013.

En mayo de 2018 es nuevamente remitido por presentación clínica de similares características, pero en el lado derecho. Desde que fue dado de alta no ha precisado medicación. Se decide realizar nuevas infiltraciones con toxina botulínica en el músculo piriforme derecho en agosto de 2018 y febrero de 2019, la última guiada por TC. Se pauta nuevo tratamiento con gabapentina 400 mg/8 h, 2 comprimidos de tramadol 37,5 mg + paracetamol 325 mg/8 h y metamizol 575 mg de rescate. Actualmente está estable tras la última infiltración y refiere una EVA de 0 tanto en reposo como en movimiento.

**Discusión:** Uno de los problemas a la hora de diagnosticar estos pacientes es la gran variabilidad en su clínica y mecanismos desencadenantes (sedestación y bipedestación prolongadas, subir y bajar escaleras...) (1). Esto provoca que se tarde de media 2 años en derivar la unidad de dolor. Existen diversas maniobras exploratorias, como la palpación de puntos gatillo o la maniobra de Pace, consideraba como una de las más específicas.

Aunque el empleo de toxina botulínica en el síndrome del piramidal no es una de las indicaciones aprobadas y su uso es compasivo, se ha visto que estas infiltraciones son más efectivas que las realizadas con corticoides o anestésicos locales. En cuanto a las técnicas de imagen para guiar la punción, opinamos que la más idónea es la TC, ya que, al tener una mayor resolución espacial (a diferencia de la fluoroscopia y los ultrasonidos), permite la visualización directa del músculo y, por lo tanto, una mayor exactitud, favoreciendo las posibilidades de éxito y evitando al máximo punciones vasculares inadvertidas (2). Para su realización, se coloca al paciente en decúbito prono y se realizan cortes de TC hasta encontrar el de mayor grosor muscular para indicar la profundidad a alcanzar. Tras su localización, se introduce la aguja y, previa comprobación con una nueva imagen, se infiltra. Tras su retirada, se comprueba la correcta realización de la técnica observando una burbuja en el espesor del músculo.

En el músculo infiltrado se acaba produciendo progresivamente una atrofia, lo que podría explicar la mejoría en la clínica, el espaciado en las infiltraciones y la disminución de las dosis necesarias. Otros resultados obtenidos son la disminución en la puntuación de la EVA desde la primera infiltración, tanto en reposo como movimiento, menores puntuaciones en el índice de Lattinen, con mejoría en la calidad de vida, así como disminución en el consumo de analgésicos.

**Conclusiones:** La toxina botulínica puede ser útil en síndromes miofasciales refractarios a otros tratamientos e intervenciones. Asimismo, opinamos que el manejo de

estos pacientes con infiltración de toxina botulínica guiada por TC es una técnica segura, rápida en manos expertas y con un alto grado de éxito.

**Agradecimientos:** No se ha recibido financiación para la realización de este trabajo. Los autores niegan conflicto de intereses.

#### **Bibliografía:**

1. Hopayian, et al. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2018;28:155-164.
2. Rodríguez-Piñero, et al. Pain Med. 2018;19:408-411.

## **P-100 BLOQUEOS DIAGNÓSTICOS FACETARIOS GUIADOS POR FLUOROSCOPIA**

**F. Jiménez Martín, J. de Andrés Ares**

*Hospital Universitario La Paz, Madrid*

**Introducción:** La inervación de las articulaciones zigoapofisarias (AZAP) a nivel lumbar depende de los ramos mediales del nervio dorsal (RMND) del nivel superior y del mismo nivel.

El dolor lumbar de origen en las AZAP suele ser mecánico, nociceptivo, con irradiación glútea y a la parte posterior de los muslos, y la causa más frecuente es la degeneración artrósica. Pero existen otras estructuras capaces de producir cuadros de dolor lumbar similares al originado por las AZAP, por lo que diagnosticar la causa del dolor lumbar suele ser difícil.

Tanto la anamnesis como la exploración física y la radiografía simple tienen una sensibilidad y especificidad muy bajas para el diagnóstico del dolor de origen facetario; y los hallazgos en la tomografía axial computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear tienen una escasa correlación con la clínica. Debido a esto el único método válido para diagnosticar el origen facetario del dolor lumbar será el bloqueo diagnóstico facetario

**Objetivos:** Describir cómo se realizan los bloqueos diagnósticos facetarios guiados por fluoroscopia según las recomendaciones de la Spine Intervention Society.

**Material y método:** Se realiza una revisión bibliográfica referente a la metodología de los bloqueos diagnósticos facetarios en pacientes con lumbalgia secundaria a síndrome facetario.

**Resultados:** La precisión con la que se realiza el bloqueo (validez de apariencia anatómica) mide si se anestesia la estructura que se quiere anestésiar (RMND) y no otras. La validez de apariencia fisiológica demuestra en individuos sanos que anestesiándoles el RMND se previene el dolor lumbar inducido experimentalmente. Para que el

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 Reanim.* 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