

Entre ellas se encuentra la hipotensión intracraneal que es una complicación conocida de la punción dural accidental durante la analgesia epidural o punción dural deliberada durante la anestesia espinal. En raras ocasiones, puede deberse a espontáneas fugas del líquido cefalorraquídeo (LCR) de manera mantenida (1). Es un diagnóstico que debemos valorar, ya que actualmente se encuentra infradiagnosticado.

Caso clínico:

Antecedentes personales: paciente de 71 años alérgica a tetraciclinas y quinolonas. No hábitos tóxicos.

Presenta hipertensión, dislipidemia. Insuficiencia venosa crónica con episodios de flebitis.

Urticaria crónica, crisis de broncoespasmos. Poliposis y asma sin criterios de ASA.

Intervenciones quirúrgicas: histerectomía y doble aneurectomía. *Situación basal funcional:* independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Tratamiento actual: omeprazol 20 mg 1-0-0, yorasemida 10 mg 1-0-0, tarka 180/2 mg 1-0-0, prolib 80 mg 0-0-1, gotas de flixonase, seretide y paracetamol si precisa.

Cuadro clínico de dolor: la paciente fue intervenida en 1998 de hemangioblastoma cerebeloso que producía hidrocefalia obstructiva. Tras intervención presentaba cefalea, acúfenos y vértigos residuales siendo controlado en neurología.

La paciente definía la cefalea en región occipital, que se desencadenaba con la bipedestación y mejoraba en decúbito supino. EVA: 7 sobre 10- No se objetivó focalidad neurológica.

Exploración física: consciente y orientado, pares craneales negativo, Romberg negativo, deambulacion normal, sensibilidad normal, fuerza muscular normal, Glasgow negativo. Ha estado con múltiples tratamientos analgésicos (paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos, cafeína, sedantes) sin encontrar mejoría con ninguno de ellos. Ante una cefalea de 20 años de evolución se planteó el posible diagnóstico de hipotensión licuoral por fuga de LCR. Se realizó: RMN: 7-2018: Cambios posquirúrgicos de craniectomía suboccipital izquierda subyacentes a los cuales se detecta una cavidad malácica rodeada de un halo de hiperseñal en secuencias de TR en relación con cambios glióticos que además presenta un depósito marcadamente hipointenso en secuencia eco de gradiente de hemosiderina adyacente secundariamente a restos de sangrado antiguo. Tras la administración de medio contraste no se detectan realces sospechosos locales.

Cisternogramagrafía isotópica mediante administración intratecal de 1 mCi de ¹¹¹In-DTPA previa colocación de torundas nasales y óticas: sin constancia de fuga en los segmentos dorsolumbares ni localizaciones ectópica del trazador.

Se realizó punción lumbar para medición de presión. Presión de salida 6,5 mmHg. Con Valsalva aumenta a

13 mmHg y vuelve a posteriormente a 6,5 mmHg. Con esta prueba se evidenció hipotensión licuoral.

Al encontrar este hallazgo, neurología realizó interconsulta a unidad de dolor para realización de parche hemático.

En quirófano bajo condiciones de asepsia se extrae 15 ml de sangre de vena de antebrazo y se inyectan en espacio epidural sin incidencias.

A la semana, se valora a la paciente, refiriendo que ha mejorado su cefalea.

Discusión: El dolor de cabeza es una de las entidades clínicas más comunes y tiene una larga lista de diagnósticos diferenciales; sin embargo, una de las causas más infrecuentes de la cefalea postural es la hipotensión intracraneal espontánea. Es un diagnóstico infradiagnosticado en especial en mujeres jóvenes o de mediana edad (2).

La punción dural para la evaluación directa de la presión del LCR no es necesaria en pacientes con RMN patológicas. En aquellos pacientes con cefalea típicamente ortostática cuya causa sea una posible fuga de LCR es razonable la aplicación de un parche hemático epidural autólogo.

Conclusiones: El síndrome de hipotensión licuoral es un diagnóstico hecho en la historia y el examen del paciente, siendo el alivio del dolor el hecho más significativo después de la realización de parche epidural sin identificación del sitio de fuga de LCR; sin embargo, consideramos que se debe ofrecer esta técnica de manera cauta.

Bibliografía:

1. Yasir M, Latif N, Zakaria N, Afshan G. Benign intracranial hypotension: A new indication for epidural blood patch. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2015;31(2):283-4.
2. Arshed S, Enakua S, Nai Q, Hossain MA, Tulpule S, Yousif A. A rare case of orthostatic headache due to spontaneous intracranial hypotension. *Clin Case Rep.* [Internet] 2015 [acceso marzo 2019].

P-050 VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DOS TÉCNICAS DE RADIOFRECUENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA GONALGIA SECUNDARIA A GONARTROSIS. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO DOBLE CIEGO

G. Roca Amatria, M. M. Monerris Tabasco, N. Ríos Márquez, Y. Jiménez Capel, D. Samper Bernal
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Palabras clave: radiofrecuencia pulsada, radiofrecuencia convencional, gonalgia, gonartrosis, nervios geniculares.

Introducción: En los pacientes con gonalgia por gonartrosis, disponemos de tratamientos no exentos de efectos secundarios.

Objetivo: Evaluar la eficacia analgésica de la radiofrecuencia (pulsada y convencional) sobre el nervio safeno a nivel subsartorial y los nervios geniculares de la rodilla, mediante la localización por ultrasonografía.

Materiales y métodos: Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, doble ciego. G1 (RDF1): sujetos sometidos a radiofrecuencia; G2 (PLCB): sujetos sometidos a placebo. Se consideró clínicamente relevante una disminución $\geq 30\%$ del dolor, según escala visual numérica (EVN) y en el Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), cuestionario de impresión global del paciente (PGIC) y cuestionario de estado de salud (SF-12) en la evaluación al mes, a los tres meses y a los seis meses de la realización de la técnica.

Resultados: Veintiocho pacientes (G1: 12, G2: 16). El 72 % mujeres, edad: 75,2 (9,1) años, índice de masa corporal: 29,9 (4,64). El análisis no mostró una reducción del dolor, ni estadísticamente significativa, ni clínicamente relevante, al mes, tres, o seis meses respecto al inicio del tratamiento, en el cuestionario WOMAC y en la EVN (reposo, movimiento). Respecto al PGIC y al cuestionario SF-12, tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas entre G1 y G2 antes ni después del tratamiento.

Discusión: La ausencia de eficacia analgésica, tanto en el grupo RDF1, como en el grupo RDF2, frente a todos los estudios publicados que muestran eficacia analgésica podría explicarse por la técnica utilizada. El conocimiento de la anatomía es crucial para el éxito de las técnicas de denervación; no obstante, la inervación anterior de la cápsula articular ha sido motivo de controversia hasta la reciente publicación del estudio anatómico sobre esta, en la mayor muestra de cadáveres diseccionados hasta la fecha. En este estudio queda demostrada invariablemente la inervación de la cápsula anterior en cada uno de los cuadrantes y, por tanto, las consecuencias que se derivan de obviar alguno de ellos.

Conclusiones: La combinación de dos técnicas de radiofrecuencia bajo visión ecográfica con colocación de la punta activa perpendicular a las dianas terapéuticas no provoca una reducción en la intensidad de la gonalgia, al mes, tres, ni a los seis meses después de su realización.

Bibliografía recomendada:

1. Choi WJ, Hwang SJ, Song JG, Leem JG, Kang YU, Park PH, et al. Radiofrequency treatment relieves chronic knee osteoarthritis pain: A double-blind randomized controlled trial. *Pain*. 2011;152(3):481-7.
2. Tran J, Peng PWH, Lam K, Baig E, Agur AMR, Gofeld M. Anatomical study of the innervation of anterior knee joint capsule. Implication for image-guided intervention- *Reg Anesth Pain Med*. 2018;43(4):407-14.
3. Wong J, Bremer N, Weyker PD, Webb CA. Ultrasound-guided genicular nerve thermal radiofrequency ablation for chronic knee pain. *Case Rep Anesthesiol*. 2016.

P-052 REACCIÓN CUTÁNEA LOCAL TRAS TÉCNICA DE RADIOFRECUENCIA

J. Mula Leal, A. B. Alcaraz Martínez, M. Benítez Jiménez, C. Díaz Fuentes, J. Cartagena Sevilla, M. R. García Fernández

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia

Palabras clave: radiofrecuencia, síndrome facetario, dermatitis alérgica de contacto.

Introducción: La lesión por radiofrecuencia de ramos nerviosos, comúnmente utilizada en las Unidades de Dolor con fines analgésicos, es una técnica mínimamente invasiva que, aplicada de manera adecuada, presenta un índice muy bajo de complicaciones. Entre estas, se han descrito dolor localizado durante los primeros días o semanas o, de manera excepcional, infección o hematoma local e incluso lesión de las raíces nerviosas próximas por desplazamiento inadvertido del electrodo de radiofrecuencia. En este trabajo queremos comunicar la aparición de una complicación que, si bien poco importante, consideramos interesante que sea conocida para que pueda ser evitada o, en caso de presentarse, enfocada adecuadamente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 55 años, sin alergias conocidas y con antecedentes de intolerancia a los hidratos de carbono y síndrome depresivo, que presenta una listesis de L4 sobre L5 y ligera inestabilidad (desplazamiento anterior en la flexión ventral). Acude a nuestra Unidad por dolor lumbar crónico de más de 10 años y evolución a crisis, con irradiación a la región glútea y miembro inferior derechos hasta región gemelar. Había sido previamente tratada con paracetamol/tramadol y metamizol a dosis plenas durante las crisis; así como con rehabilitación, fisioterapia, pilates y acupuntura en múltiples ocasiones, sin éxito.

Ante una clínica y exploración compatibles con un síndrome facetario lumbar derecho, se le realiza inicialmente un bloqueo de ramos medios de raíces lumbares L3, L4 y L5 derechas. Posteriormente, tras ser este efectivo durante 3 o 4 días, se realiza radiofrecuencia convencional de dichos ramos que son infiltrados al finalizar con 40 mg de triamcinolona distribuidos entre los tres. El procedimiento se desarrolla sin incidencias.

A los 7 días de la radiofrecuencia la paciente nos consulta porque, tras haberse curado completamente los puntos de entrada de las agujas y estando ya la piel completamente bien, le han aparecido sobre los mismos unas lesiones eritematosas muy pruriginosas. Refiere además continuar con molestias en la región lumbar derecha. La exploración de la zona no muestra calor local ni otros signos inflamatorios más que las pequeñas placas de eritema, que no