

mente, se tituló la analgesia y se dejó la perfusión intradural a 1,2 mg/24 h. La paciente fue dada de alta a domicilio a los 6 días de ingreso. Durante el seguimiento se fue titulando progresivamente la dosis hasta llegar a la dosis de 1,5 mg/día en el momento actual. No se detectó ningún efecto secundario. Además de la bomba intradural, la paciente siguió tratamiento oral con fluoxetina 20 mg/24 h; gabapentina 300 mg 1-1-1; paracetamol 500 mg/8 h; metamizol 500 mg/8 h (de rescate).

Discusión: El bloqueo TAP, junto al resto de estrategias analgésicas, brindó un adecuado nivel analgésico para formación del bolsillo. El bloqueo TAP es sencillo y seguro de realizar, ha probado su eficacia en el dolor postquirúrgico, y puede ser un complemento analgésico a considerar en la implantación de dispositivos en bolsillos subcutáneos en la región inferior de la cara anterolateral del abdomen (dermatomas T10-T12). Esta técnica podría disminuir los requerimientos de sedación y analgesia, tanto intraoperatoriamente como en la URPA y las primeras horas de postoperatorio. Sería necesario elaborar estudios comparativos de “grupo TAP” vs. “grupo sin TAP” vs. “grupo TAP placebo” para evaluar la utilidad real del bloqueo en este contexto clínico. También sería de interés valorar otros bloqueos como el bloqueo cuadrado lumbar.

Conclusiones: El bloqueo TAP podría ser una técnica útil para la analgesia en la implantación de bombas intraducales y dispositivos semejantes que se alojen en la región anterolateral baja del abdomen.

Bibliografía recomendada:

1. Bruel BM, Burton AW. Intrathecal therapy for cancer-related pain. *Pain Med.* 2016;17:2404-2421. DOI: 10.1093/pm/pnw060. <http://dx.doi.org/10.1093/pm/pnw060>
2. Chin KJ, McDonnell JG, Carvalho B, Sharkey A, Pawa A, Gadsden J. Essentials of our current understanding: Abdominal wall blocks. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42:133-83. DOI: 10.1097/aap.0000000000000545. <http://dx.doi.org/10.1097/aap.0000000000000545>.

P-092 EPIDUROLISIS POR EPIDUROSCOPIA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE ESPALDA FALLIDA

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Palabras clave: *síndrome de espalda fallida, lumbalgia, epiduroscopia, FBSS, epidurolisis.*

Introducción: El síndrome de espalda fallida (en adelante se referirá como FBSS, por sus siglas en inglés *Failed Back Surgery Syndrome*) puede definirse como dolor crónico en la espalda y pierna que persiste o recurre tras la cirugía. Puede complicar hasta el 20-40 % de las cirugías de espalda, tiene múltiples etiologías, y muchas veces esta es desconocida. La fibrosis epidural tiene lugar en más del 95 % de los casos, siendo grave hasta el 83 %. Aunque puede considerarse una respuesta fisiológica normal, se ha propuesto como responsable de entre el 20-36 % de los casos de FBSS. La epiduroscopia da la posibilidad de diagnosticar la presencia, gravedad, extensión y localización de la fibrosis, y además permite realizar epidurolisis. La epidurolisis por epiduroscopia ha demostrado su eficacia en múltiples ensayos clínicos y metanálisis. La neuromodulación con estimulación medular es otra modalidad de tratamiento de eficacia probada en el FBSS. Por su mayor complejidad y coste, esta terapia suele realizarse más tarde en el algoritmo que la epiduroscopia. No obstante, en este paciente la estimulación medular fracasó en el alivio sintomático y se indicó la epiduroscopia tras la retirada del dispositivo.

Caso clínico: Varón de 60 años con antecedentes de hernia discal extruida a nivel de L4-L5 izquierda intervenida en dos ocasiones mediante laminectomía sin mejoría en el año 2007. A partir de 2008 se inicia seguimiento por la Unidad de Dolor Crónico con el diagnóstico de espondiloartrosis, FBSS, fibrosis epidural y lumbociatalgia izquierda. Se inicia tratamiento con fentanilo transdérmico 37 mcg/72 h, morfina 5 mg/8 h y gabapentina 600 mg 1-1-1. En el año 2010 se implantan dos electrodos de estimulación epidural por neurocirugía, persistiendo dolor y limitación funcional importante. En 2013 se realiza infiltración radicular diagnóstica y radiofrecuencia de ganglio de la raíz dorsal con escasa mejoría. El paciente solicita el explante de los electrodos, siendo extraídos en 2017.

En 2018 se reevalúa de nuevo al paciente en la Unidad del Dolor. RMN de columna lumbar comparada con previa de 2008, sin apreciarse cambios significativos, destacando importante componente fibroso postquirúrgico en espacio epidural lateral izquierdo a nivel de L4-L5, condicionando estenosis con probable afectación de la raíz. En el EMG no se observan signos de radiculopatía motora, no pudiéndose descartar afectación del componente sensitivo.

El paciente refiere persistencia de dolor mecánico (EVA 8/10) en región lumbar que irradia con componente neuropático en territorio de L3 a L5, con mal control con analgesia de tercer escalón. Lasegue izquierdo positivo a 30 grados, ROT conservados. Importante limitación funcional y repercusión psicosocial. Por la buena correlación entre los hallazgos de imagen y la clínica, se planteó epiduroscopia con epidurolisis. Se realizó abordaje caudal,

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.