

Trabajos Libres

Originales

O1. Evaluación del Catastrofismo en Pacientes con Lumbalgia Crónica en el Servicio de Tratamiento del Dolor Crónico del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

Castromán P, Ayala S, Varaldi G, Schuartzmann A, Surbano M. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

Introducción: El catastrofismo es la percepción mental, negativa y exagerada respecto a la experiencia del dolor crónico. En este estudio se evaluó la Catastrofización del dolor crónico lumbosacro, utilizando la Escala de Catastrofización validada en idioma español. La evaluación del dolor en intensidad e interferencia sobre las actividades habituales de los pacientes se realizó utilizando el Inventario Breve del Dolor (IBD).

Objetivos: Evaluar el nivel de Catastrofización del Dolor, en su valor total y en sus tres dimensiones en una muestra de pacientes con lumbalgia crónica del Hospital de Clínicas, utilizando la Escala de Catastrofización.

Metodología: Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo, para evaluar la Catastrofización del Dolor, en una muestra de pacientes con dolor lumbar crónico. Todo paciente seleccionado contó con el diagnóstico de lumbalgia o lumbociatralgia crónica. Se obtuvo la firma del formulario de Consentimiento Informado. Se completó el IBD y luego la Escala de Catastrofización, durante la entrevista clínica inicial. Criterios de exclusión: menores de 18 años y otros cuadros dolorosos que no fueran los ya mencionados.

Resultados: Un total de 66 pacientes fueron evaluados entre junio y septiembre del corriente año, 21 hombres y 45 mujeres, con una edad promedio de 41 años. Presentaban lumbalgia o lumbociatralgia crónica de un promedio de duración de 138 meses de evolución (11,5 años). La mayor parte de los pacientes (52) presentaban lumbalgia con dolor radicular lumbosacro. La totalidad de los pacientes presentaban protrusiones discales con grados variables de estenosis del canal raquídeo. La intensidad del dolor medida por la Escala Verbal Numérica (EVN, pregunta 6 del Inventario) fue de $7 \pm 2,7$, que podemos catalogar de severo. El Índice de Intensidad fue de $5,75 \pm 3,6$ y el de Interferencia con las actividades diarias fue de $7,6 \pm 3,5$. El nivel global de Catastrofización fue de $32,5 \pm 14$. Este nivel de Catastrofización fue más alto en mujeres que en hombres, $35,7 \pm 13$ versus $29,6 \pm 15$ (no significativo, test de t para muestras independientes) en pacientes con dolor severo versus leve a moderado 37 ± 12 versus 19 ± 13 (estadísticamente significativo, con un valor de $p < 0,0001$, test de t para muestras independientes). La Catastrofización total mostró una correlación lineal positiva con la intensidad de dolor medido por la EVN y con la interferencia sobre las actividades, medida por el Índice de Interferencia, siendo los valores del Coeficiente de Spearman de $r = 0,6$ ($p < 0,0001$) y $r = 0,43$ ($p = 0,0006$). Esta correlación lineal positiva se observó con las tres dimensiones del constructo, rumiación, magnificación y desesperanza. No se observó correlación

de la Catastrofización con la edad o el tiempo de evolución del dolor. La Catastrofización fue similar en los casos de lumbalgia mecánica o dolor radicular.

Conclusiones: El nivel de Catastrofización total medido fue de moderado a alto, considerando un punto de corte de normalidad de 11. En diversos estudios se considera un valor total de 30 como clínicamente significativo. La Catastrofización total y sus tres dimensiones, Rumiación, Magnificación y Desesperanza fue mayor en aquellos pacientes con mayor intensidad del dolor y mayor interferencia del mismo en sus actividades, guardando entre ellas una correlación lineal positiva en todos los casos. Estos resultados pueden influir negativamente en la respuesta a los tratamientos ofrecidos, intervencionistas o de otra índole, pudiendo ser necesario algún tipo de intervención psicológica previa para atenuarlo y mejorar los resultados.

O2. Inyección Epidural de Betametasona en el Síndrome Radicular Lumbosacro: Evaluación de su Eficacia por Abordajes Interlaminar y Transforaminal

Castromán P, Surbano M, Ayala S, Schuartzmann A, Varaldi G. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La betametasona es un esteroide utilizado en las inyecciones epidurales, de reciente incorporación en Uruguay.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la inyección epidural de betametasona, administrada por los abordajes interlaminar parasagital y transforaminal en pacientes con dolor radicular lumbosacro unilateral crónico, utilizando el Inventario Abreviado de Dolor (IAD).

Metodología: Es un estudio prospectivo aleatorizado, que compara la administración de betametasona por ambos accesos, interlaminar parasagital y transforaminal. El inventario se aplicó previamente y al mes de las inyecciones epidurales. Se midió intensidad de dolor por la Escala Visual Numérica (EVN), obtenida de la pregunta 6 del inventario y el Índice de Intensidad, así como la interferencia funcional producida por el dolor mediante el Índice de Interferencia. Se estableció como respuesta satisfactoria un descenso de 2 puntos en la EVN basal al mes de los procedimientos, definiendo a estos pacientes como respondedores. Se utilizó el Test de t y el Test de Chi Cuadrado para el análisis estadístico, tomando un valor de $p < 0,05$ como significancia estadística.

Resultados: Un total de cincuenta y cuatro pacientes recibieron betametasona epidural. En 29 se realizó abordaje interlaminar parasagital y en 25, transforaminal. La betametasona administrada por la vía interlaminar parasagital redujo el EVN un 20% y, por la vía transforaminal, un 36%. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas cuando se comparan los datos basales y los obtenidos al mes de los procedimientos (Test de t para muestras pareadas), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre grupos (Test de t para muestras independientes). Los Índices de Intensidad e Interferencia también fueron reducidos por la inyección epidural de esteroides, sin diferencias

significativas entre ambos accesos. La frecuencia de respuestas satisfactorias fue mayor en el grupo tratado por vía transforaminal, 16/25 (64 %) versus 11/29 (38%) en el grupo tratado por vía interlaminar, diferencia estadísticamente significativa, con un valor de $p=0,01$ (Test de Chi Cuadrado). En aquellos pacientes definidos como respondedores la betametasona administrada por los dos abordajes produjo una reducción clínica y estadísticamente significativa del dolor y su repercusión evaluados por el IAD, sin encontrarse diferencias significativas entre los abordajes.

Conclusiones: La inyección de betametasona epidural, administrada por vía interlaminar parasagital y transforaminal, redujo la intensidad del dolor y su interferencia funcional en pacientes con dolor radicular crónico. Los abordajes interlaminar parasagital y transforaminal fueron similares en eficacia, aunque con una frecuencia de respuestas satisfactorias mayor en los pacientes tratados por vía transforaminal. La inyección interlaminar parasagital de esteroides es una alternativa válida a la vía transforaminal, sin sus riesgos neurológicos.

O3. Radiofrecuencia Pulsada del Ganglio de la Raíz Dorsal en el Síndrome Radicular Lumbosacro Crónico Refractario a los Esteroides Epidurales

Castromán P, Surbano M, Schuartzmann A, Ayala S, Varaldi G. Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo. Uruguay.

Introducción: Aproximadamente, el 20% de los pacientes con síndrome radicular lumbosacro crónico no responde a las inyecciones epidurales de esteroides. La radiofrecuencia pulsada del ganglio de la raíz dorsal (GRD) es una alternativa terapéutica en ellos.

Objetivos: Evaluar el efecto analgésico de la radiofrecuencia pulsada del GRD en pacientes con síndrome radicular lumbosacro crónico, refractario a los esteroides epidurales.

Metodología: 31 pacientes con síndrome radicular lumbosacro crónico que no respondieron a dos inyecciones epidurales de esteroides, fueron tratados con radiofrecuencia pulsada del GRD a 45V y 42°C, en 2 ciclos de 120 segundos. Se utilizó el Inventario Abreviado de Dolor para evaluar los resultados. Se consideró una respuesta satisfactoria al procedimiento, una disminución de dos puntos en la Escala Verbal Numérica (EVN), evaluada en la pregunta 6 del Inventario Abreviado de Dolor. Los Índices de Intensidad y de Interferencia fueron calculados, antes y después del tratamiento.

Resultados: La EVN se redujo de $7,7 \pm 2,2$ a $5,9 \pm 3$ ($p < 0,01$). Los Índices de Intensidad e Interferencia disminuyeron de $7,1 \pm 1,5$ a $5,9 \pm 2,1$ ($p < 0,01$) y $7,1 \pm 1,9$ a $6,0 \pm 2,3$ ($p < 0,02$), respectivamente. 12 de 30 pacientes (40%) presentaron una respuesta analgésica satisfactoria. En éstos, la EVN disminuyó de $8,0 \pm 1,5$ a $3,8 \pm 2,6$ y los Índices de Intensidad e Interferencia de $7,4 \pm 1,3$ a $3,9 \pm 1,5$ ($p < 0,0001$) y $7,7 \pm 1,9$ a $4,9 \pm 2,7$ ($p = 0,002$), respectivamente.

Conclusiones: La aplicación de radiofrecuencia pulsada en el GRD reduce en forma discreta, pero estadísticamente significativa la intensidad del dolor y su interferencia funcional en pacientes con síndrome radicular lumbosacro refractario a las inyecciones epidurales de esteroides, al mes de realizada. En aproximadamente un 40% de los

casos se obtuvieron respuestas analgésicas satisfactorias, que en algunos se extendió a tres meses de realizado el procedimiento.

O4. "Pain Matrix" Juego

Díaz R, Gatica M, Erazo P, Fariás C.

Escuela de Odontología Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

Introducción: Para implementar nuevas estrategias de aprendizaje, más horizontales y dinámicas para los alumnos, hemos desarrollado "Pain Matrix", juego que busca entregar conceptos acerca de los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la génesis del dolor craneofacial. Este juego fue desarrollado en el internado de oclusión-trastornos temporomandibulares y dolor orofacial del 6° año de la carrera de odontología de la PUC.

Objetivos: Comprender los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la génesis de las condiciones agudas de dolor craneofacial y las adaptaciones periféricas y centrales que están relacionadas con la cronificación del dolor.

Metodología: Se invitó a participar a 10 alumnos de odontología, que no pertenecían al internado de oclusión y se separaron en 2 dos grupos al azar de 5 alumnos cada uno. A todos los participantes se les pidió que estudiaran el artículo "Mechanisms of craniofacial pain" antes de realizar la actividad. Al grupo control se le dictó una clase expositiva de 20 minutos sobre el mismo artículo, mientras que al grupo en estudio se le pidió que jugara Pain Matrix. Al finalizar, a ambos grupos se aplicó una prueba teórica de alternativas sobre mecanismos de dolor craneofacial. Descripción: El juego se compone de: 1 tablero que representa las vías del dolor orofacial, 1 dado, Fichas para marcar la posición, Tarjetas de preguntas normales, Tarjetas de preguntas comodín, Fichas penalizadoras de "glutamato", Tarjetas "paciente" con diferentes susceptibilidades al dolor. Los participantes ubican sus fichas de posición en la periferia de los receptores de dolor. En cada turno avanzan los cuadros indicados por el dado y toman una tarjeta de pregunta normal; si el resto de los participantes considera que la respuesta es correcta, termina su turno, si la respuesta es incorrecta, se le entrega una ficha penalizadora glutamato y finaliza su turno. Los jugadores avanzan hasta llegar al tálamo, zona donde pueden modificar su nivel de dolor (medido en fichas glutamato), arriesgándose a responder una tarjeta de pregunta comodín, las que presenta un mayor nivel de complejidad. Si responde adecuadamente, puede deshacerse de 3 fichas glutamato, si no agrega 1. También puede no tomar la tarjeta comodín y pasar a la última pregunta. El paso final es en el corteza cerebral, donde cada jugador tira el dado y toma la tarjeta paciente correspondiente al número que le salió. En esta tarjeta se especifica la susceptibilidad frente al dolor de ese paciente determinado, influenciada por distintos factores biopsicosociales y se indica el número de fichas glutamato que cronifican su dolor. Si el jugador tiene menos fichas glutamato de las que se indican, gana el juego. Además de las preguntas del juego mismo, se busca promover la conversación entre los participantes, quienes indican porqué una respuesta está errada y qué es lo correcto.

La participación de docentes en la actividad permitiría que se mencionaran datos que no están presentes en el artículo y que pueden estar más orientados a la práctica clínica.

Resultados: Este juego fue desarrollado por los alumnos del internado intramural de oclusión y trastornos temporomandibulares del 6° año de la carrera de odontología de la PUC, como corresponde a un modelo experimental, durante los meses de julio y agosto se aplicará la metodología del juego en 2 grupos de alumnos (4 a 5 alumnos por grupo), a uno de los cuales se les entregará el paper y luego se les dejará jugar de manera guiada por un alumno del internado y al otro grupo se les entregará el artículo y se les realizará una clase teórica en relación al tema (mecanismos de dolor cráneo facial). Con posterioridad, se les realizó a ambos grupos una evaluación cuantitativa y una encuesta, con el fin de obtener una retroalimentación cuali y cuantitativa.

Grupo clase: promedio 4,6.

Grupo juego: promedio 5,37.

La evaluación cualitativa consistió en una encuesta donde los alumnos calificaron al juego como muy original, de excelente diseño, buena técnica de aprendizaje, recomendado a otros alumnos, y con algunos aspectos a mejorar en el diseño.

Conclusiones: Es una metodología experimental, por lo que su evaluación está en discusión.

El juego estimula la participación y facilita la comunicación entre los participantes.

Hubo una diferencia en la evaluación cuantitativa, que se refleja en una mejor nota en el grupo juego versus el grupo clase.

La evaluación cualitativa arrojó resultados muy positivos y promisorios en relación a la futura aplicación del juego.

O5. O-Clue: Metodología Lúdica de Aprendizaje para Taxonomía en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial

Díaz R, Gatica M, Erazo P, Fariás C.

Escuela de Odontología Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

Introducción: Para implementar nuevas estrategias de aprendizaje, más significativas y entretenidas para los alumnos, hemos desarrollado "O-Clue", juego que busca entregar conceptos acerca de la taxonomía clínica en TTM y DOF (la más utilizada en la actualidad y usada en nuestra universidad), para internos del 6° año de la carrera de odontología de la UC.

Objetivos: Reconocer la taxonomía más usada en la actualidad de los trastornos temporomandibulares, en un marco de aprendizaje lúdico.

Metodología: A partir de la última clasificación taxonómica de los trastornos temporomandibulares (DC/TMD 2014), se desarrolló un juego que está compuesto por: 1 tablero. Descriptores de características anamnésicas, clínicas y/o radiográficas de los diferentes subtipos de trastornos que se describen en el DC/TMD. Diagnósticos específicos según la clasificación DC/TMD. Pueden jugar de 2 a 4 jugadores. Cada jugador elige al azar un sobre que contiene un diagnóstico específico, el cual guarda sin revisar. A medida que avanza por diferentes locaciones anatómicas, va

obteniendo un descriptor (con características clínicas o Rx), y al tener certeza de que las pistas que le son entregadas concuerdan a su diagnóstico, puede decirlo y corroborar si acertó. El jugador que confirme más diagnósticos es el ganador del juego.

Resultados: El juego fue confeccionado en el marco de los seminarios del internado intramural de oclusión y TTM, en base a la clasificación del DC/TMD 2014, que es la más usada en la actualidad.

Fue jugado por 3 alumnos más el docente a cargo del internado y, en aproximadamente 1 hora, se reconocieron los 12 trastornos temporomandibulares que son descritos por el consorcio internacional de especialistas en TTM y DOF.

Se realizó además una evaluación cualitativa por medio de una encuesta, donde se preguntó acerca del diseño del juego, originalidad, conceptos claros y explicativos, proceso del juego, juego como técnica de aprendizaje, donde los resultados obtenidos fueron satisfactorios.

Conclusiones: Es una metodología experimental, por lo que su evaluación está en discusión. El juego estimula la participación y facilita la comunicación entre los participantes. Será integrado como elemento evaluativo para el próximo internado 2019 (cuantitativamente). La evaluación cualitativa fue muy positiva, como punto de partida.

O6. Uso de Medicina Complementaria en Pacientes Oncológicos Atendidos en Clínica Alemana de Santiago: Prevalencia y Caracterización de los Pacientes

Quiroga M, López G, Salas C, Cádiz F, Barriga C, González P, Acevedo S, Raimilla P, Pincheira P, Naing A.
Clínica Alemana de Santiago. Santiago. Chile.

Introducción: El uso Medicina complementaria e integrativa (MCI) ha aumentado en los países desarrollados. En Chile no hay cifras publicadas en pacientes oncológicos.

Objetivos: -Determinar la prevalencia del uso de MCI en pacientes oncológicos atendidos en Clínica Alemana de Santiago (CAS) y cuál es su experiencia con estas terapias.

- Describir la asociación entre el uso de MCI y las características demográficas y socioeconómicas, tipo de MCI utilizadas y factores involucrados en la decisión.

Metodología: a pacientes oncológicos en tratamiento convencional en Clínica Alemana de Santiago (CAS) se les entregó una encuesta entre marzo y junio de 2017. El cuestionario incluyó preguntas sobre interés, tipo, propósito y recursos utilizados en MCI, además de datos demográficos, socioeconómicos, tipo de cáncer y tratamiento. Esta encuesta fue facilitada ya traducida al español por el Médico Jefe de Medicina Integrativa de MD Anderson Cancer Center (MDACC). Análisis estadístico: test de student de 2 colas para variables continuas, test exacto de Fisher para variables categóricas y un modelo de regresión logística entre uso de MCI y otras variables.

Resultados: De los 432 pacientes que respondieron la encuesta, 66,7% presentan cáncer de mama, 84,8% son mujeres y 58% en el rango de edad entre 40 y 60 años. El 77,8% posee educación universitaria. El 51,2% reporta uso de MCI. No hubo asociación entre el uso de MCI con variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel educacional ni

nivel de ingresos económicos. El 44,6% de pacientes con cáncer de mama reporta uso de MCI, comparado con 64,8% de pacientes con otro tipo de cáncer. Las MCI más utilizadas fueron Hierbas (49,1%), Vitaminas y minerales (40,8%), meditación y oraciones (40,4%), dietas especiales (38,5%). Las razones par usar MCI fueron: 72%, “para hacer todo lo posible para mejorarme”; 67,8 %, “para mejorar el estado inmunológico”; y 32,7% “para disminuir efectos colaterales del tratamiento”. Al 32,7% se los recomendó un familiar o un amigo. El 43,4% inició uso de MCI en el momento del diagnóstico del cáncer y solo un 55,4% le comunica del uso de MCI al equipo médico. La mayoría (60%) reporta efectos beneficiosos

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes oncológicos en tratamiento convencional en CAS usan MCI y solo la mitad de ellos se lo comunica al medico tratante. Debemos educar a nuestros pacientes sobre uso de MCI, y recomendar aquéllas con evidencia de beneficio y que sean seguras.

07. Nuevas Formulaciones de Saliva Artificial para el Tratamiento de la Xerostomía: Evaluación Clínica en Pacientes con Síndrome de Sjögren

Serrano C, Fariña MP, Forman K, Pérez C, Carrasco M, Fernández M.

Centro de Costos de Odontología, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles. Chile.

Introducción: La xerostomía o sensación de boca seca es una condición frecuente en el adulto mayor y una consecuencia del Síndrome de Sjögren (SS), enfermedad autoinmune que compromete de manera irreversible los acinos glandulares salivales. La xerostomía asociada a una disminución del flujo salival, como ocurre en el SS, producirá diferentes complicaciones infecciosas y funcionales, como problemas en la deglución y la fonación, que pueden a su vez producir un detrimento en la calidad de vida de los afectados. Adicionalmente, pacientes con alteraciones del flujo salival presentan, a nivel oral, mayor número de lesiones mucosas (ulceraciones), lengua fisurada y depapilación, queilitis angular, halitosis y deshidratación de las mucosas y labios. Para estos pacientes no existe tratamiento etiológico, sino meramente paliativo, siendo el uso de lubricantes artificiales de gran ayuda sintomática y funcional.

Objetivos: Evaluar el impacto de distintas formulaciones de saliva artificial, en la severidad de la xerostomía, calidad de vida y complicaciones orales, en pacientes con SS derivados del Servicio de Reumatología del Hospital Víctor Ríos Ruiz en la ciudad de Los Ángeles, VIII Región.

Metodología: Se desarrollaron 3 tipos de saliva artificial en base a mezclas de polímeros mucoadhesivos, en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Concepción y, en un diseño doble ciego, se incluyeron 30 pacientes que fueron divididos en 3 grupos a los que se les asignó un tipo de saliva a cada uno para usar por un período de 3 meses. Se midió el nivel de Xerostomía con la encuesta Xerostomia Inventory (XI) (validada previamente por el mismo grupo de investigación), la Calidad de Vida relacionada con la Salud Oral, mediante la encuesta OHIP-14 y se realizó un examen intraoral para evaluar lesiones orales y otros hallazgos

relevantes. El seguimiento de los pacientes se hizo a tiempos 0, 2, 4, 8 y 12 semanas.

Resultados: No hubo diferencias significativas entre las distintas formulaciones de saliva y las variables medidas, pero todos los tipos de saliva, por separado, mostraron diferencias significativas entre el inicio y los 3 meses de tratamiento (aunque con distinto comportamiento), todas disminuyeron los puntajes de XI (disminuyendo la sensación de boca seca) y lo mismo ocurrió con OHIP-14 (mejorando la calidad de vida). Respecto de las lesiones orales, no se observaron mejoras con el uso de saliva artificial en ninguna de las variables estudiadas, excepto en la halitosis, que al inicio era percibida por 20 pacientes, y al final del estudio solo fue informada por 6 pacientes.

Conclusiones: Los resultados avalan los beneficios del uso de las tres formulaciones de saliva artificial, disminuyendo la sensación de boca seca y mejorando la calidad de vida de los pacientes. Efectos que se relacionan con sus buenas características organolépticas y mayor sustentividad en boca. Se hacen necesario reevaluar las propiedades recuperativas del producto para lograr efectos positivos sobre las lesiones orales inducidas por la xerostomía.

08. Relación entre Mecanismos de Dolor Orofacial y Sueño: Una Revisión de Literatura

Molina D, Marcenaro A.

Universidad del Desarrollo – Clínica Alemana Santiago. Santiago. Chile.

Introducción: La relación entre dolor y sueño es compleja, y no es unidireccional. Una mala calidad de sueño puede influenciar la percepción del dolor. En contraste al dolor agudo, donde la relación es lineal y rápidamente reversible, la relación en estados dolorosos crónicos ha sido descrita como círculos viciosos con influencias nocivas mutuas.

Una cantidad de sueño adecuada es esencial para un funcionamiento general saludable. Pacientes con dolor crónico frecuentemente reportan mala calidad de sueño, lo que puede incluir alteración de conciliación o mantención, así como sueño interrumpido con despertares frecuentes, o una combinación de estos problemas. Los trastornos temporomandibulares (TTMs) incluyen diversas condiciones musculoesqueléticas y neuromusculares que involucran a los músculos masticatorios, la articulación temporomandibular (ATM) y las estructuras asociadas. El síntoma reportado más frecuente es el dolor originado desde los músculos masticatorios, el que se agrava durante la función.

El dolor muscular prolongado es esperable que se convierta en una condición crónica, y el dolor continuo puede producir mialgias de mediación central, que también generan cronicidad. El estudio y relación de estructuras anatómicas, vías nerviosas y componentes químicos, comunes en el funcionamiento de los mecanismos de dolor y sueño, podrían ser la clave para la comprensión en la perpetuación de estados dolorosos, percepción del dolor alterado y problemas de sueño, tan comúnmente encontrados en pacientes con dolor orofacial asociado a TTMs.

Objetivos: Establecer la relación existente entre los mecanismos biológicos en alteraciones de sueño y dolor orofacial.

Metodología: Búsqueda científica en motor de búsqueda de libre acceso a base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica: PubMed. Búsqueda realizada a partir de términos MeSH: “Facial Pain”[Majr] AND “Sleep”[Mesh] AND (“2013/09/30”[PDat]: “2018/09/28”[PDat]), donde el único filtro aplicado fue excluir artículos con más de 5 años de antigüedad.

Resultados: Se obtuvo un total de 9 artículos, de los cuales todos fueron incluidos.

Se agregó al listado de artículos, una publicación pertinente a la búsqueda, obtenido a través de Google Académico y que pertenece a colección personal de los autores.

Conclusiones: Existe información limitada disponible sobre los mecanismos involucrados en las interacciones de dolor orofacial y sueño. Sin embargo, se pueden establecer asociaciones bidireccionales entre dolor crónico y presencia de alteraciones de sueño que generan un patrón de perpetuación de dolor y mal dormir.

La calidad del sueño se ve perjudicada en pacientes que sufren de TTMs dolorosos y, por lo tanto, la relación sueño/dolor debería ser siempre estimada en pacientes que padecen estas condiciones, sobre todo en aquellos donde hay una significativa implicancia del Eje II.

La reducción del dolor orofacial y la mejora del sueño deben ser atacados juntos en el manejo de estados de dolor agudo a crónico, para mejorar la calidad de vida del paciente.

O9. Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Avanzada: ¿Cuál es su Realidad en Chile?

Herrera C, Fritzsche N, Quilodrán J, Guardamagna C, Muñoz P, Rossel V, Bravo C

1. Servicio de Medicina, Hospital del Salvador. 2. Residente Medicina Interna Universidad de Chile. 3. Unidad de Cardiología, Servicio de Medicina, Hospital del Salvador. Santiago. Chile.

Introducción: Insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) se define como un estado en el que el paciente presenta una severa disfunción cardíaca con marcada disnea, fatiga o síntomas relacionados a hipoperfusión tisular en reposo o con mínimos esfuerzos, a pesar de máxima terapia. La literatura muestra cómo estos síntomas, comunes y angustiantes, impactan en todas las esferas del paciente con ICA (física, psicológica, social y espiritual). Estos enfermos presentan un mayor número de síntomas físicos, una mayor tendencia a la depresión y un menor bienestar espiritual que los enfermos de cáncer durante los últimos 6 meses de vida. El evaluar calidad de vida en pacientes terminales es primordial para la investigación en cuidados paliativos. No existen datos respecto a las características de los pacientes con insuficiencia cardíaca en Chile.

Objetivos: Describir los síntomas físicos y psicológicos de los pacientes que se controlan regularmente en el Policlínico de Insuficiencia Cardíaca Avanzada de nuestro centro.

Metodología: Se aplicó la autoencuesta FACIT Pal (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Palliative Care) versión 4 a 42 pacientes pertenecientes al Policlínico de Insuficiencia Cardíaca Avanzada de nuestro centro.

Resultados: El universo de encuestados fue 42 pacientes, con un promedio de edad de 62 años (mínimo 31 y máximo 81). Respecto al género, un 57% correspondieron a hombres y 42% a mujeres. Al evaluar el dominio de síntomas físicos y estado general en salud, los síntomas más prevalentes son falta de energía (26,9%), edema (23,81%) y disnea (20%). Luego estreñimiento (15%), siendo poco frecuentes las náuseas (12,2%) y baja de peso (4,88%). Por otra parte, reportan pasar tiempo acostados un 21,43%, y sentirse enfermos un 20,93%. Respecto al estado emocional, presentan conflictos para dormir (26,83%) pero no se encuentran tristes (78,1%) ni nerviosos (58,57%) y no les preocupa morir (75%). Sin embargo, no están conformes con su calidad de vida actual (57,14%).

Finalmente, respecto a la toma de decisiones, aseguran poder tomarlas (70,63%).

Conclusiones: Nuestro grupo de pacientes tiene una prevalencia menor de síntomas físicos y psicológicos que lo descrito en otras series, siendo los principales la falta de energía, edema, disnea y conflictos para dormir. En general, son optimistas y logran tener una adecuada funcionalidad. Sin embargo, no están conformes con su calidad de vida, por lo que sería un grupo que se beneficiaría enormemente de cuidados paliativos en un futuro. Es necesario correlacionar las respuestas con el estado de enfermedad y evaluar la coherencia interna de ellas. Esta información es relevante para orientar a los clínicos en el enfrentamiento de estos pacientes. Resulta un desafío futuro comparar estos resultados con los de pacientes con la misma patología que no asisten a un policlínico especializado.

O10. La Electroneuroestimulación Nerviosa Transcutánea (TENS) Convencional Portátil durante las Crisis de Migraña: Ensayo Clínico Aleatorizado. Primeros Resultados

Domingues FS, Gayoso MV, Nogueira TF, Fonseca RG, Ramachandran R, Barros GAM.

Facultad de Medicina de Botucatu - Universidad Estadual Paulista (UNESP). Brasil.

Introducción: La migraña es una enfermedad neurológica prevalente, multifactorial, hereditaria y clínicamente diagnosticada. Un tipo de tratamiento no farmacológico que ha despertado interés es la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea convencional (TENS). Se trata de una forma no invasiva y segura de manejo del dolor, que consiste en la aplicación de ondas eléctricas transcutáneas moderadas y cómodas a través del uso de electrodos. La eficacia de la TENS en la jaqueca ha sido comprobada por los ensayos clínicos, sin embargo, las evidencias todavía son reducidas y esta modalidad de tratamiento del dolor no fue evaluada durante la ocurrencia de crisis aguda de migraña. Tal manejo puede resultar en analgesia eficaz y segura, como reducción del uso excesivo de medicamentos analgésicos.

Objetivos: Evaluar la eficacia analgésica, el perfil de seguridad y tolerabilidad de un dispositivo de TENS portátil, desechable y autoadministrado en la crisis de migraña, y medir el impacto de este cuadro en la calidad de vida de los participantes por el uso del cuestionario HIT-6 (Headache Impact Test).

Metodología: Seguimos las instrucciones de la International Headache Society para establecer los métodos de este estudio. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado, con uso de placebo activo, con asignación 1:1 y error de tipo I = 0,05. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CAAE: 73160917.7.0000.5411) y registrado en la plataforma de Registro Brasileño de Ensayos Clínicos (RBR-9tpwc5). La muestra fue compuesta por adultos con diagnóstico establecido de migraña y bajo seguimiento médico en un ambulatorio de neurología especializado en cefalea. La intensidad de la capacidad del dolor y funcionalidad se midieron mediante instrumentos unidimensionales estandarizados y validados para el portugués brasileño, numerados de 0 a 10 y para auto-aplicarse antes y después de la intervención. Los acompañamientos se realizaron mensualmente durante cuatro meses, con aplicación del cuestionario HIT-6 durante las entrevistas. Los parámetros de corriente eléctrica de la TENS fueron ajustados con el ancho de pulso de 80µs, frecuencia de 55hz y modos continuo e intermitente. Además, el dispositivo fue estandarizado en la posición de la región del nervio trigeminal, el tiempo máximo de aplicación fue de 20 minutos e intensidad fue controlada por el paciente (leve, moderada o intensa). El grupo placebo recibió un dispositivo que suministra corriente eléctrica por 30 segundos y ninguna corriente en los próximos 15 segundos, con potencial de cegar al investigador y al participante.

Resultados: Hasta el momento, fueron reclutados 51 pacientes, asignados aleatoriamente en dos grupos con características homogéneas, siendo la mayoría del sexo femenino, con edad entre 18 y 61 años, casados, con enseñanza media completa y color blanco autorreferida. Se analizaron datos estadísticos de las dos primeras aplicaciones del dispositivo TENS en el momento de las crisis de la migraña. Se observó una diferencia significativa entre los grupos en relación a la evolución de la intensidad del dolor después de la primera aplicación del dispositivo, con una caída acentuada en la escala de intensidad del dolor en el grupo de intervención ($p = 0,013$). Los participantes del grupo de intervención tuvieron una reducción de puntuación de dolor de al menos tres puntos después del uso del dispositivo durante la crisis de migraña. En la segunda aplicación, también hubo disminución de la intensidad del dolor en el grupo intervención ($p = 0,023$) que en el otro grupo. Se observó que en la primera administración del dispositivo, 21 participantes necesitaron un rescate analgésico para el tratamiento del dolor durante la crisis, siendo en su mayoría y en mayor porcentaje del grupo control (57,1%). Se observó una mejora más significativa en la calidad de vida, de acuerdo con el HIT-6, en el grupo de intervención (5 puntos) en comparación con el grupo control (2 puntos) ($p = 0,337$). Ninguno de los participantes tuvo ningún efecto adverso o intolerancia a los dispositivos.

Conclusiones: El grupo intervención presentó una mejora significativa en la intensidad de la escala de dolor y en la escala de actividad funcional, con una puntuación media de 3 puntos, mientras que el grupo control presentó reducción de la escala de dolor de apenas 0,5. El cuestionario HIT-6 mostró una disminución en el impacto de la migraña en

la calidad de vida de los pacientes solamente en el grupo de intervención. Se puede considerar que el tratamiento es seguro, tiene alta adherencia y es eficaz en el alivio del dolor durante la crisis de migraña.

Apoyo a la investigación: CNPq y Medecell

O11. El Impacto del Dolor en las Actividades de la Vida Diaria de Pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica

Gayoso MV, Domingues FS, Stehling A, Oliveira ASB, Barros GAM.

Departamento de Anestesiología, Facultad de Medicina de Botucatu, Universidad Estadual Paulista (UNESP). Brasil.

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa, incurable, sin patología definida y rápidamente progresiva, asociada a la pérdida de las neuronas motoras superiores e inferiores. La enfermedad es caracterizada clínicamente por la pérdida de la fuerza y habilidad de movimiento de los miembros, hasta acometer la capacidad de hablar, deglución y, finalmente, la capacidad de respirar sin el auxilio de un soporte ventilatorio.

Por ser una enfermedad sin cura, los esfuerzos deben ser dirigidos hacia el alivio de los síntomas y preservación de la calidad de vida. El dolor es uno de los síntomas que puede ser vivido en todas las fases de la enfermedad y, según la literatura, se relaciona con el sufrimiento y la desesperanza.

El dolor en pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es comúnmente descuidado por los profesionales de la salud, aunque es capaz de causar un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos: Este estudio tiene por objeto averiguar de qué manera el dolor físico impide a los pacientes portadores de ELA desarrollar actividades de la vida diaria.

Metodología: Se trata de un estudio transversal y de carácter cuantitativo, realizado en Brasil en el período de septiembre de 2017 a mayo de 2018.

En el estudio participaron pacientes de ambos sexos, con edad igual o superior a 18 años, portador de ELA, diagnosticado a través de los criterios El Escorial, y que aceptaron firmar el término de consentimiento libre y esclarecido. Se excluyeron a los pacientes incapaces de responder a las preguntas, debido a la dificultad de comunicación verbal y escrita, y que presentaban enfermedad psiquiátrica mayor conocida o compromiso funcional secundario al declive cognitivo.

Se aplicó a los pacientes el instrumento "The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)" desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en 1998 y validado para Brasil en 2000, por Fleck et. al. El cuestionario es capaz de medir la calidad de vida general de los individuos por medio de veintiséis preguntas y respuestas mostradas en una escala del tipo Likert de uno a cinco. En esta investigación evaluamos la respuesta de los pacientes referentes a la pregunta número tres del instrumento: "¿En qué medida crees que tu dolor (físico) te impide hacer lo que necesitas?". (4-5) La investigación fue sometida al comité de ética en investigación de la institución y aprobada por el parecer CAAE: 66749317.1.0000.5411.

Resultados: En el estudio participaron 100 pacientes portadores de ELA, en su mayoría del sexo masculino (53%), casados (63%) y con religión (90%).

La mediana de edad de los pacientes fue de 59 años, con un mínimo de 32 años y máximo de 79 años. El tiempo de estudio de los participantes presentó una media de diez años, con una desviación estándar de más o menos 5 años. El tiempo de diagnóstico máximo fue de 180 meses, el mínimo fue de un mes y la mediana fue de 16 meses.

En cuanto a la cuestión del dolor presente en el WHOQOL-bref, 35 pacientes (35%) mencionaron que el dolor no los impedía en “nada” de desarrollar las actividades necesarias, 11 pacientes (11%) relataron que el dolor los impedía “muy poco” (16%) declaró que el dolor los impedía “más o menos” de desarrollar las actividades necesarias, 21 pacientes (21%) mencionaron que el dolor los impedía “bastante” de desarrollar las actividades necesarias, y 17 pacientes (17%) expusieron que el dolor los impedía “extremadamente” de desarrollar las actividades necesarias.

Conclusiones: El dolor afecta la vida de los pacientes portadores de ELA en la medida en que es capaz de influenciar su capacidad para desarrollar actividades en el día a día. Una considerable parte de los participantes de la investigación relató que el dolor afectaba “bastante” o “extremadamente” su capacidad para desempeñar las actividades necesarias.

Apoyo a la investigación: Beca n° 2016/22437-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)/ Capes.

O12. Colorado, EE.UU., el Estado que Regularizó el Consumo de Marihuana Medicinal

Rodríguez F. Chile.

Introducción: Esta presentación busca acercar la realidad de la legalización y regularización del consumo de la marihuana en el estado de Colorado, los estudios que hicieron posible la regulación existente, los problemas y beneficios que se han materializado en el periodo de vigencia de la norma.

Objetivos: Acercar la experiencia del Estado de Colorado a la realidad nacional, preparar a los profesionales de la salud para un debate que se inicia en Chile, para el cual necesitamos estar en conocimiento de los beneficios y problemáticas de dicha regulación en comparación a la realidad nacional chilena.

Metodología: Se ha realizado un trabajo en conjunto con el Director de la División de Regulación de Marihuana en el Estado de Colorado, Sr. Jim Burack y el ex fiscal de distrito de mismo estado, el abogado Sr. Stanley Garnett, quienes han liderado los procesos de debate interno con los expertos, quienes, en conjunto con la abogada chilena, Fabiola Rodríguez, han realizado un análisis respecto a la regulación del estado de Colorado, comparado al ordenamiento jurídico nacional chileno, la problemática que genera la aplicación de normas similares en nuestro país.

Resultados: El trabajo busca analizar las realidades del Estado de Colorado respecto a la regularización de la Marihuana y los problemas que dicha regulación ha enfrentado.

Conclusiones: Buscamos ampliar el debate respecto a la necesidad de regular seriamente el uso de la marihuana por sobre su uso indiscriminado, usando al Estado de Colorado como referente serio del proceso de regularización de la cannabis y sus derivados, ampliaremos.

O13. Enfermería en el Manejo del Dolor en Niños Hospitalizados en un Servicio Oncológico

Parra D, Cuadro V, Nies R, Pavez C, Romero M, Seoane C. Departamento de Enfermería Universidad de Chile. Santiago. Chile.

Introducción: El manejo del dolor constituye una actividad que favorece la disminución de la experiencia dolorosa. Según la Organización Mundial de la Salud, el alivio del dolor por cáncer es un problema de derechos humanos, por lo que su manejo es prioritario en el quehacer de enfermería. Por tanto, para su detección y tratamiento, es fundamental su valoración como quinta constante vital.

Objetivos: Conocer la percepción de los profesionales de enfermería frente al manejo del dolor en personas oncológicas pediátricas hospitalizadas durante el segundo semestre de 2017.

Metodología: Estudio descriptivo-cualitativo, con foco en el materialismo histórico y dialéctico, realizado en el Servicio de Hemato-Oncología del Hospital de Niños Roberto del Río. Participan seis enfermeras, a las que se les realiza una entrevista semiestructurada para un posterior análisis del discurso.

Resultados: La caracterización sociodemográfica arrojó que los sujetos son de sexo femenino, principalmente adultas jóvenes y para la mitad ésta constituye su primera experiencia laboral. Respecto al manejo del dolor, se obtienen categorías emergentes que comprenden la definición del dolor general y del servicio; valoración subjetiva del dolor, escalas de valoración, las experiencias personales y participantes que influyen en este proceso, el manejo del dolor, abarcando medidas farmacológicas y no farmacológicas; y el juicio crítico, destacando el cuidado humanizado y experiencia profesional.

Conclusiones: Se evidencia la dialéctica en el manejo del dolor en niños, desde enfermería, presentando por un lado las definiciones y escalas de valoración objetivas; mas también, se entienden la valoración subjetiva del dolor y la final aplicación del juicio crítico propio de la enfermería; determinado por las experiencias personales históricas vividas.

O14. Prevalencia de Dolor con Componente Neuropático en Pacientes Oncológicos que Ingresan al Instituto Nacional del Cáncer (INC)

Forster F, Kramer V, Barrera M, Pelissier T, Yáñez N, Silva M. 1 Departamento de Farmacología, Carrera de Odontología, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo; 2 Unidad de Cuidados Paliativos, Instituto Nacional del Cáncer; 3 Universidad Andrés Bello; 4 Unidad de Dolor, Hospital Militar de Santiago. Santiago. Chile.

Introducción: La prevalencia del Dolor Neuropático (DN) en la población general es de un 7-8%, sin embargo, su frecuencia aumenta notablemente en los enfermos con cáncer. Si se analizan los pacientes con dolor oncológico, hasta un tercio de ellos puede tener Componente Neuropático (CN). Si este componente no se identifica, es probable, que el manejo no lo considere y el enfermo persista con el síntoma. Habitualmente, este dolor se acompaña de alteraciones del sueño, ansiedad, depresión y disminución de la calidad de vida.

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue conocer la prevalencia de dolor con CN en pacientes que ingresaron al Instituto Nacional del Cáncer (INC), entre los meses de diciembre del 2013 a marzo del 2014.

Metodología: Se reclutaron pacientes al momento del ingreso administrativo al INC (antes de recibir cualquier terapia oncológica en el Instituto), entre noviembre de 2013 y marzo de 2014. En esa instancia, a cada enfermo se le ofreció llenar las 7 primeras preguntas de la Encuesta DN4, validada en español. Los pacientes con 3 o más respuestas afirmativas fueron considerados como positivos para dolor con CN. Dichos enfermos fueron, posteriormente, citados a consulta neurológica, en la que se realizó anamnesis completa, examen neurológico, EVA del dolor, se repitió DN4. Además se aplicó, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), que evalúa síntomas de depresión, ansiedad.

Resultados: Se encuestó un total de 386 pacientes que ingresaron al INC, de los que 91 (23,56%) de ellos tuvo un valor de DN4 de 3 o más (puntaje mínimo 0 y máximo 7). De acuerdo a la validez estadística de esta herramienta, se consideró que estos enfermos tienen CN en su dolor. Los 295 restantes (76,42%) presentaron valores menores que 3. De los 91 pacientes con dolor neuropático, 69 (75,8%) eran mujeres y 22 (24,17%) eran hombres. La distribución de CN por rango etario aumentó paulatinamente con la edad, encontrándose 45 enfermos (49,45%) en las 6ta y 7ma décadas de vida. En cuanto al origen del cáncer, el más frecuente fue el de mama en 25 pacientes (27,47%), seguido en segundo lugar con un 12,08% el cáncer de cuello uterino.

En los pacientes con CN, el análisis de encuestas DN4, EVA y test de HAD, no mostró una clara relación entre alto puntaje de DN4 y altos valores de EVA, pero si se apreció una mayor relación entre altos valores de EVA y presencia de puntuación HAD alta para síntomas de ansiedad.

Conclusiones: El DN es una realidad en los pacientes oncológicos, requiriendo un manejo específico de fármacos, que no corresponden a los de primera línea en dolor nociceptivo. En esta revisión se encontró una prevalencia de este dolor en un 23,56% de los pacientes antes de cualquier tratamiento. Se puede pensar que los mismos pacientes, después de quimioterapia y/o cirugía y/o radioterapia tendrán mayor posibilidad de sufrir este tipo de dolor como se reporta en la literatura.

Próximamente, se planea realizar la continuación de este estudio, para analizar los datos en pacientes de esta misma cohorte después de los tratamientos recibidos durante estos años.

O15. Efectividad de la Neuroeducación, Ejercicio y Deporte Adaptado para Mejorar la Independencia Funcional en Pacientes con Síndrome de Dolor Regional Complejo en Miembro Superior: Estudio Cuasiexperimental Tipo Antes-Después

Bizzozero F 1, Farias D 1, Smith R 1,2.

1. Unidad de Dolor Crónico, Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C. 2. Unidad de Ejercicio y Deporte Adaptado, Teletón Chile. Santiago.Chile.

Introducción: El Síndrome de Dolor Regional Complejo en un Miembro Superior (SDRC-MS) es una enfermedad crónica, que se caracteriza por un conjunto de condiciones dolorosas, asociado a alteraciones sensitivas, motoras y autonómicas que aparecen localmente y que exceden en intensidad y duración el curso clínico esperado, resultando en un deterioro progresivo de la función motora. Programas de Educación en Neurociencia del dolor (ENCD), deporte y ejercicios de leve-moderada intensidad han demostrado beneficios para controlar el dolor crónico, tanto en la intensidad del dolor como en la funcionalidad. Se requieren investigaciones que estudien estas variables específicamente en el SDRC-MS.

Objetivos: Determinar los cambios en la independencia funcional de pacientes con SDRC-MS luego de realizar un programa de ENCD, ejercicio físico y actividades deportivas adaptadas (EF-ADA).

Metodología: Estudio cuasiexperimental tipo antes-después. Protocolo planificado y ejecutado por dupla TO-KNT: 10 sesiones grupales ambulatorias de ENCD (120 minutos/sesión) asociado a 24 sesiones grupales de EF-ADA: tenis de mesa, bádminton, béisbol, bowling, lanzamientos y baile (60 minutos/sesión). Ingresaron usuarios de la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, con el diagnóstico de SDRC-MS atendidos en la Unidad de Dolor Crónico del Hospital Clínico Mutual de Seguridad C.Ch.C. entre diciembre de 2017 y octubre de 2018.

Resultados: Se realizaron 4 grupos de intervención que sumaron 26 pacientes (77% mujeres), edad 48+11 años y promedio de 34 semanas de evolución desde el trauma inicial (rango 7-215 semanas).

Ningún paciente solicitó abandonar el protocolo ni disminuyó su funcionalidad al terminar el programa. Se observó mejoría estadísticamente significativa en la Escala Funcional Independence Measure entre (FIM) (inicial 114+5,75; final 120+4,37; $p < 0,004$) y en la Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria (inicial 4,85+1,35; final 6,04+1,08; $p < 0,001$). No se observaron cambios en la Escala Visual Análoga (EVA) para el dolor en reposo, durante la actividad ni dolor nocturno.

Conclusiones: Para los pacientes con SDRC-MS este protocolo de ENCD y EF-ADA generó cambios favorables en la independencia funcional, tanto para las actividades de la vida diaria básicas como instrumentales. En contexto de pacientes atendidos en una Mutualidad, próximos estudios deben considerar objetivar en forma diferente la intensidad del dolor, disminución de medicamentos y costoefectividad del programa.

O16. Terapia Watsu como Método Terapéutico Coadyudante en Dolor Crónico Benigno. Experiencia en Clínica Indisa. Santiago de Chile

Jacob Amml, Ritter P2, Gambini L2, Berna L3.

1 Kinesióloga Clínica INDISA. 2 Médicos fisiatras de Clínica Indisa. 3 Médico Fisiatra Instituto Teletón Valparaíso. Chile.

Introducción: El Watsu es una terapia acuática, que combina el uso de agua en piscina temperada con movilizaciones pasivas y masajes terapéuticos tipo Shiatsu, donde el enfermo está en un estado de “no acción” y a recibir por parte del terapeuta esta terapia. Fue incorporado en Chile en 2002, y ejecutado en Clínica INDISA desde 2008.

Objetivos: Describir perfil de diagnósticos y resultados con terapia Watsu, aplicada a pacientes adultos con patología dolorosa benigna de aparato locomotor.

Metodología: Estudio descriptivo observacional. Revisión retrospectiva de bases de fichas clínicas de pacientes. Confección de planilla Excel, cálculo de frecuencias. Aplicación de escala numérica para evaluación de alivio del dolor, de 0 a 10. Fue consultado alivio del dolor, satisfacción con la terapia a través de pregunta dicotómica, y si hubo efecto en el dormir nocturno.

Resultados: Fue ingresado un total de 29 pacientes adultos, con las siguientes patologías de aparato locomotor: fibromialgia 34,4%, patología de columna 31%, patologías misceláneas 34,4%. El 93% se declaró satisfecho con la terapia recibida, el 100% tuvo reducción del dolor igual o mayor de 70%, medido a través de escala numérica, sin embargo se desconoce duración del efecto. Un 69% de los pacientes logró mejorar el dormir nocturno.

Conclusiones: La terapia Watsu constituye una herramienta terapéutica que pudiera ser de utilidad en servicio de medicina física y rehabilitación, para lograr relajación profunda y mejora de la calidad del dormir, lo cual podría asociarse a coadyudar el alivio del dolor en conjunto con otras modalidades terapéuticas.

O17. Utilidad Clínica de la Técnica “Empalizada con Radiofrecuencia Convencional Bipolar” en el Tratamiento de la Disfunción Articular Sacroilíaca

Quiroga O, Rabah E.

Unidad de Dolor Crónico, Hospital San Pablo de Coquimbo. Coquimbo. Chile.

Introducción: La disfunción articular sacro ilíaca (DAS) es la causa de 15 a 25% de todas las lumbalgias. Cuando falla el manejo conservador, una alternativa de manejo es la lesión por radiofrecuencia (RF) de los ramos laterales de S1 a S3. Dada la ubicación irregular de dichos ramos, se requiere realizar lesiones de mayor tamaño para poder garantizar el éxito del procedimiento. La técnica en empalizada con RF bipolar intenta crear una lesión térmica en la región sacra donde cruzan los ramos laterales que inervan la articulación sacro ilíaca.

Objetivos: Determinar la utilidad clínica de la Técnica “Empalizada con Radiofrecuencia Convencional Bipolar” (ERCB) en el control del dolor producido por la disfunción articular sacroilíaca refractaria (DASR).

Metodología: Se trata de un estudio prospectivo, observacional y de corte transversal, que incluye 24 pacientes con diagnóstico de DASI refractario a tratamiento farmacológico. Se incluyeron pacientes que presentaron por lo menos 3 pruebas clínicas para DASI y que presentaron alivio del dolor en más de un 50% luego de un bloqueo diagnóstico intraarticular. Todos los participantes recibieron terapia farmacológica por un lapso de por lo menos 8 semanas previo a cualquier tratamiento intervencionista. Los pacientes se consideraron refractarios a dicho tratamiento médico cuando no alcanzaron alivio de por lo menos 50% de la intensidad del dolor inicial, mientras recibían terapia con analgésicos no opiodes, acetaminofén, pregabalina o gabapentina, y opiodes hasta un máximo de 60 mg/día de dosis equivalentes de morfina (DEM) o con DEM menores si aparecían efectos colaterales significativos de los mismos. Los pacientes un día antes del procedimiento debieron llenar el cuestionario de McGill versión española, especificando además el/los sitio(s) de dolor, según la siguiente clasificación: a) región lumbar baja (LB), b) región de espina iliaca postero superior (EPS), c) región glútea (G), d) miembro inferior por arriba de rodilla (AR) y e) miembro inferior por debajo de rodilla (DR). Se obtuvieron los datos demográficos, antecedente de cirugía previa de columna lumbar y tiempo de evolución de los síntomas. Los pacientes fueron evaluados subsecuentemente después de la realización de la técnica de ERCB, y a los seis meses posteriores al procedimiento se les proporcionó nuevamente el cuestionario de valoración de dolor de McGill, especificando sitio de dolor y tratamiento que recibían para ese momento. La técnica de ERCB se realizó con un equipo Cosman G4, colocando 6 agujas 20 G, de 10 cm longitud y 10 mm de punta activa, en forma de hilera a 1 cm de distancia entre cada una de ellas, siguiendo una línea en el sacro posterior a 8-10 mm lateral a los forámenes sacros posteriores, desde el borde superior de S1 al borde inferior de S3. Se realizó una lesión térmica bipolar de 90°C por 3 minutos por cada par de aguja, previo estímulo motor negativo hasta 2 V. Adicionalmente se realizó una lesión térmica convencional en el ramo dorsal de L5 y el ramo medial del ramo dorsal de L4, con RF térmica 80°C por 90 segundos. Se utilizaron las pruebas T de Student, Mc Nemar y correlación de Spearman para el análisis de los datos, asumiendo $p < 0,05$ para significancia estadística.

Resultados: La muestra arrojó un 79,2% (38) de mujeres, con edad promedio de 60,69 (+18,51) años. Los pacientes experimentaron descenso estadísticamente significativo de los puntajes promedio de las siguientes dimensiones de la escala de McGill (valores antes y a los 6 meses de la aplicación de la técnica): PRI-Sensorial (20,08 vs 12,87; $P = 0,002$); PRI-Emocional (4,5 vs 2,04; $P < 0,001$); PRI-Valorativo (6,83 vs 3,04; $P < 0,001$); PRI-Total (37,62 vs 23,12; $P < 0,001$); Número de palabras (14,62 vs 10,62; $P < 0,009$); PPI (7,25 vs 2,83; $P < 0,001$); EVA (8,25 vs 3,12; $P < 0,001$). Se encontró correlación entre dolor previo debajo de rodilla y fracaso de la técnica.

Conclusiones: La aplicación de la ERCB resulta útil en el control del dolor producido por la DAS refractaria a fármacos, con relevancia estadísticamente significativa.

O18. Abordaje del Ganglio de Raíz Dorsal Torácica con Ecografía- Aguja Curva en Dolor Radicular Dorsal. Experiencia Preliminar de una Serie de Casos

Quiroga O, Rabah E, Milano A

Unidad de Dolor Crónico, Hospital San Pablo de Coquimbo. Coquimbo. Chile.

Introducción: Debido a que las láminas dorsales son más anchas que las lumbares, y a la presencia de los pulmones, el acceso al ganglio de raíz dorsal torácico (GRDT) con fluoroscopia se convierte en verdadero reto para el algólogo intervencionista. Con el fin de evitar la punción pleural y de facilitar el abordaje del GRDT, se describe una técnica de abordaje con ecografía-aguja curva (TEAC) al GRDT para la aplicación de radiofrecuencia pulsada (RFP) en una serie de pacientes portadores de dolor radicular torácico refractario a tratamiento farmacológico (DRTR).

Objetivos: 1. Determinar, mediante fluoroscopia, la posición final de una aguja mediante el abordaje del GRDT por TEAC. 2. Cuantificar el número de disparos de fluoroscopia, en caso de ser necesarios, para reposicionar la aguja a una posición/estimulación correcta.

Metodología: Es un estudio de serie de casos donde se incluyeron 20 pacientes con DRTR de por lo menos tres meses, quienes aliviaron por corto tiempo con un bloqueo intercostal previo con anestesia local. La técnica se probó inicialmente en un simulador híbrido cadavérico-sintético y en 2 cadáveres frescos, y fue realizada por un mismo operador (OQH) con 15 años de experiencia con el uso de ecografía en columna. Con un transductor curvo de 3-5 Mhz se realiza una exploración transversal de la columna torácica a nivel de un corte que incluye láminas dorsales, justo debajo de donde se pierden las apófisis transversas. Utilizando una aguja curva 10 cm de RF con punta activa de 10 mm, se realiza la punción en plano con el bisel de la aguja, rotándose hacia posterior (superficial en el plano de la pantalla del ecógrafo) y anterior (profundo en la pantalla del ecógrafo) hasta lograr alcanzar con la punta el borde lateral de la lámina. En este punto, y con movimientos de rotación de 180° de la aguja, se avanza la punta de la misma por delante de la lámina. En este momento se corroboró la posición final de la aguja con fluoroscopia, considerándose posición correcta si la punta se encontraba en el cuadrante postero-medio en proyección lateral, y en un punto entre el borde lateral de la lámina y el borde lateral del pedículo en proyección AP. Se consideró estimulación correcta si se lograba estimulación sensitiva con voltaje menor a 0,5 V y una estimulación motora al doble de la sensitiva. En caso de no estar en posición correcta o de no lograrse una estimulación correcta, se procedió a reposicionar la aguja bajo guía fluoroscópica, cuantificando el número de disparos necesarios hasta alcanzar una posición y estímulo correcto.

Resultados: La muestra constó de 13 pacientes femeninos, con una edad promedio 60,4+11,6 años. 16 pacientes tenían el diagnóstico de neuralgia post herpética, 1 paciente de hernia discal torácica no quirúrgica y 3 pacientes de dolor radicular post toracotomía. Los niveles espinales involucrados estuvieron entre T4 y T11, y se hicieron 67 punciones con agujas en total, para un promedio de 3,35 punciones por paciente. En todos los pacientes la corroboración de la

posición final de la aguja por fluoroscopia correspondió a la zona anatómica radiológica correspondiente al GRDT, y en 14 pacientes se requirieron movimientos adicionales leves de la aguja para obtener una adecuada estimulación sensitiva por debajo de 0,5 V con una estimulación motora al doble de la sensitiva. El promedio de disparos de fluoroscopia por cada paciente fue de 4,8.

Conclusiones: En base a este estudio de casos, la TEAC del GRDT es un procedimiento seguro y efectivo con algunas ventajas mayores en relación a la fluoroscopia: evita la punción pleural, logra un abordaje del GRDT más exacto y reduce significativamente la exposición a radiación ionizante. Se recomienda, sin embargo, la corroboración final de la aguja con fluoroscopia, sobre todo si se piensa inyectar algún tipo de medicación.

O19. Uso de Antidepresivos Duales en Control del Dolor en Mujeres con Fibromialgia y Trastorno Bipolar

Cornejo JP1,2, Vivero A2, Arteaga C2, Miranda JP1.

Unidad de Dolor Crónico Hospital Clínico Universidad de Chile. 2 Hospital El Carmen Maipú. Santiago. Chile.

Introducción: Los antidepresivos duales son útiles en el control del dolor en fibromialgia en combinación con gabapentinoides y opioides. Trastorno bipolar se asocia 15% a fibromialgia uso de antidepresivos duales es controversial en TAB. Control del dolor en estos pacientes es altamente complejo.

Objetivos: Caracterizar uso de duales en pacientes con TAB y fibromialgia, Observar respuesta al uso de éstos.

Metodología: Evaluación psicométrica inicial múltiple.

Entrevista psiquiátrica semi-estructurada.

Evaluación a las 12 semanas de alcanzar ful dosis tolerada de antidepresivos.

Resultados: 21 mujeres. Todas cursando episodio depresivo. Antidepresivos utilizados: duloxetine 120mg, 2 pacientes; Desvenlafaxina 150mg, 3, venlafaxina 300mg con mirtazapina 30mg; 2, venlafaxina <150mg 3; 4 pacientes se diagnosticó TAB por viraje eufórico.

Alivio del dolor fue posible tras combinación de dos estabilizadores en altas dosis inusuales para TAB. Lamotrigina 300-500mg, pregabalina 225mg-600mg, topiramato 100-300mg, gabapentina 300-600mg, resultados similares al uso de pregabalina, 2 pacientes usaron litio con mala respuesta, no se uso ácido valproico. coadyuvantes antipsicóticos atípicos, quetiapina y ziprasidona como estabilizadores y potencia analgésico. Ciclobenzaprina 10-30mg en 10 pacientes para manejo bruxismo y trastorno del sueño. 3 usaron hidroxocina 20-60mg con respuesta parcial de manejo de dolor e insomnio melatonina sin efecto.

A las 12 semanas los pacientes con combinación de ful dosis de estabilizadores de ánimo, gabapentinoides y antidepresivos duales en full dosis tolerada logran remisión de dolor, fatiga y síntomas depresivos y ansiosos, riesgo de suicidio en al menos del 50%, mejora insomnio, bruxismo y calidad del sueño, calidad de vida mejora en un 30%. Los resultados son estadísticamente significativos

Conclusiones: los antidepresivos duales son útiles para manejo del dolor y síntomas ansiosos-depresivos y desórdenes del sueño en estos pacientes, son seguros con escaso riesgo de viraje, pero obligan a combinarlos con estabilizadores en dosis más altas y gabapentinoides inusuales para el control de la enfermedad bipolar sin fibromialgia si no se combinan estos fármacos el riesgo de viraje es alto se recomienda como opción en control del dolor y funcionalidad los antidepresivos duales.

O20. Un Camino para Desarrollar una Unidad de Dolor Crónico en una Institución de Salud Privada en Santiago Chile

Eberhard ME, Rico MA, Miranda AL, Cantinalla V, Menajovsky C, Fonk ML, Guerrero M, Gutierrez T, Chávez P. Clínica Alemana Santiago. Santiago. Chile.

Introducción: La prevalencia del dolor crónico no oncológico en Chile es del 32% de la población general, lo que se traduce en un problema de salud pública con alto impacto en la calidad de vida funcionalidad y carga económica (1, 2) Muchos pacientes acuden a Centros Asistenciales con condiciones dolorosas y son atendidos por especialistas según tipo de patología; traumatólogos, médicos generales, neurólogos, fisiatras, dermatólogos, ginecólogos y varios más. Cuando el dolor se prolonga más allá del plazo esperado para la recuperación de las lesiones y empieza a afectar en distintas dimensiones la vida del paciente, es fundamental contar con Unidades de Dolor Crónico.(3) Tratar adecuadamente el dolor crónico requiere un enfoque interdisciplinario. Los médicos de variadas especialidades en ocasiones no conocen suficientemente temas relacionados con diagnóstico y manejo del dolor crónico y su complejidad como tampoco la existencia de una Unidad de Dolor Crónico, ni las posibilidades de derivación. La Clínica Alemana de Santiago, es una institución de salud privada con 300 camas, y 1000 médicos de distintas especialidades, Existe una Unidad de Dolor agudo Post operatorio y una de Dolor Oncológico y Cuidados Paliativos. Muchos profesionales de distintas disciplinas con formación en dolor crónico trabajan en forma independiente. Buscando formalizar institucionalmente una Unidad de Dolor Crónico en la Clínica Alemana, según los criterios de la IASP, se constituyó un grupo de médicos de distintas especialidades. Como primer paso se realizó una encuesta diagnóstica de la situación actual del manejo de los pacientes con dolor crónico no oncológico.

Objetivos: Mejorar la calidad de la atención de los pacientes con dolor crónico. Conocer la opinión y necesidades de los médicos, potenciales derivadores de pacientes con dolor crónico a una unidad especializada en Clínica Alemana de Santiago.

Metodología: La Encuesta consta de seis preguntas de selección múltiple de la opinión de los médicos en forma anónima por correo institucional.

Resultados: La encuesta fue recibida por 637 médicos. Respondieron 72 que corresponde al 11%. Los médicos contestaron que las principales dificultades son la falta de información sobre de los recursos multidisciplinarios y la falta de claridad de a vía de derivación a los especialistas.

Los problemas que les generan más dificultades son el Dolor Neuropático y Músculo-esquelético. La derivación a centros externos es de baja frecuencia y sus resultados son calificados como regular. Respecto en qué circunstancias requerirían un apoyo multidisciplinario, mayoritariamente es con los pacientes que no responden al manejo habitual y con sospecha de patología Siquiátrica. Actualmente las principales derivaciones son a los Anestesiólogos, Fisiatras y Neurólogos.

Conclusiones: Se evidencia la necesidad de organizar una Unidad de Dolor Crónico Multidisciplinaria, que concentre todas las capacidades existentes en la Clínica Alemana para mejorar la atención de los pacientes con dolor crónico y responder a las necesidades de capacitación y apoyo a los médicos que se enfrentan a pacientes con Dolor Crónico.

Casos Clínicos

CC1. Hemicránea Continua con Aura y Presentación Bilateral: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura

Pedrerós R, Reyes M, Casassus R, Díaz MC.

Clinica de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial. Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.

Caso Clínico: Se presenta el siguiente caso clínico asociado a una Revisión de la literatura. Una mujer chilena de 68 años se presentó a la Clínica de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo, Santiago, con una historia de cefalea episódica que se inició a los 10 años. Inicialmente, se localizaba en la zona retro y periorbitaria del lado izquierdo, presentando calidad punzante y opresiva. Hace 5 años, se volvió bilateral, caracterizándose como una cefalea continua del territorio trigémino – frontooccipital, de calidad principalmente opresiva, con basal dolorosa de EVA 6-7, y sobre ella, se presentan exacerbaciones de dolor de Intensidad EVA 8-9, de calidad opresiva, que comienzan desde los molares maxilares en una dirección desde abajo hacia arriba, y desde adelante hacia atrás, desplazándose hacia la zona orbitaria, y posteriormente hacia la zona frontooccipital, con una duración variable entre 1 a 10 horas. La paciente, al día del motivo de consulta, se encontraba en tratamiento actual con Eletriptán 40 mg 1 comprimido al día como tratamiento preventivo de migraña crónica prescrito por neurólogo hace 5 años, sin ninguna respuesta hasta el momento; Zopiclona de 7,5 mg 1 o 2 comprimidos para poder conciliar el sueño debido al dolor, Venlafaxina 75 mg para el tratamiento de la depresión, últimos fueron prescritos por su psiquiatra. El dolor no ha remitido con ningún tipo de tratamiento efectuado. La paciente se suministraba diariamente 10 o más comprimidos de ácido acetilsalicílico de 325 mg, único medicamento que le provocaba una remisión parcial de los síntomas durante las exacerbaciones, sin embargo, a la hora después volvían completamente con la misma intensidad. Relata que las exacerbaciones cursan con síntomas autonómicos bilaterales, tales como edema parpebral, eritema de zona

periocular y mejillas, ptosis parpebral, congestión nasal, los cuales fueron evidenciados en una crisis sufrida durante la primera consulta en el box dental del tratante, mientras se le realizaba el examen neurológico del VII par craneal. Otros síntomas acompañantes de algunas exacerbaciones fue el aura visual (escotoma), fotofobia, fonofobia, náuseas, mareos, y en los últimos 2 años, se han presentado vómitos. La paciente relata antecedentes familiares de este mismo tipo de cefalea en su padre y su hijo menor, quienes también cursaban con los síntomas autonómicos descritos. La paciente relata que los gatillantes de las exacerbaciones son principalmente los ambientes calientes, las comidas con ollejo, los ruidos muy agudos, el estrés, reírse mucho, peinarse el cabello, entre otros. La actitud de la paciente ante las exacerbaciones es de desesperación y de aislamiento social. El dolor no remite con nada en su totalidad. Si bien, no la incapacita para realizar las cosas, su ánimo está totalmente alterado a causa del dolor. Dentro de los exámenes imagenológicos solicitados, se le pidió TAC Cone Beam de ATM, Resonancia magnética de ATM y Resonancia magnética de cerebro con contraste. El TAC CT y la RM de ATM evidenciaron una osteoartritis de ATM bilateral con daño imagenológico severo, y con gran inflamación sinovial bilateral asociada. La Resonancia magnética de cerebro fue informada por 2 neurorradiólogos, la cual no arrojó hallazgos que pudieran explicar los síntomas. Además, se le solicitó una Endoscopia, y exámenes de rutina como hemograma completo, pruebas hepáticas, perfil renal y pruebas tiroideas. Se le realizó un trial con Indometacina 25 mg cada 8 horas durante 1 mes. La respuesta fue un dramático alivio total de los síntomas a las 48 horas, el cual se mantuvo durante toda la duración del trial. Se comenzó a espaciar las dosis de indometacina hasta discontinuarla completamente. La paciente está actualmente sin síntomas. Posteriormente, se le realizó una artrocentesis con inyección de corticoides Intraarticular de ambas ATM.

CC2. Diagnóstico y Manejo Integral del Dolor Orofacial Crónico: A Propósito de un Caso

Iturriaga V, Bornhardt T, González K, Antiaio M. Universidad de La Frontera. Temuco. Chile.

Introducción: El dolor orofacial crónico (DOFC) tiene una prevalencia reportada de 7 a 11%, siendo considerada su etiología multifactorial y asociado a diversas comorbilidades. **Objetivo:** Describir el proceso diagnóstico y terapéutico integral de un paciente con DOFC. **Caso clínico:** Se presenta caso de paciente sexo femenino de 40 años de edad, TENS con 3 años de abandono laboral por cefaleas incapacitantes, las cuales comenzaron en adolescencia. Busca atención después de sufrir en el último año exacerbación de sus cefaleas, las cuales describe de calidad punzante y opresiva, con afectación de toda la cabeza, carácter migratorio y crisis de intensidad 10 en Escala Visual Análoga (EVA), con basal dolorosa presente hace 6 meses, EVA 5 en lado derecho, y EVA 3 en lado izquierdo. Dolor bilateral en articulación

temporomandibular (ATM), el que hace 6 meses presenta basal dolorosa EVA 7 en ATM derecha y EVA 3 en ATM izquierda, el cual es reproducido a la dinámica mandibular. Al momento del ingreso se presentaba hace tres meses en tratamiento con topiramato por sospecha de migraña y automedicación de ergotamínicos. En anamnesis remota encontramos antecedentes de trauma cráneo facial severo hace 4 años y episodios de violencia en adolescencia. Al examen clínico muscular se palpa presencia de bandas tensas con puntos gatillos, característicos del dolor miofascial, con reconocimiento de éstos como su cefalea y dolor muscular. Se le solicitaron exámenes imagenológicos complementarios (CBCT) de ATM, donde se observan signos compatibles con osteoartritis bilateral. Además, presentó alteraciones de sueño asociadas y en sus screening (SCL-90, cuestionario Johnson y Pittsburgh). **Conclusiones:** El diagnóstico diferencial de las diversas patologías involucradas en la génesis del DOFC es primordial para entregar un tratamiento y pronóstico adecuado. Siendo el manejo multidisciplinario de vital importancia para poder devolver la funcionalidad psicosocial y calidad de vida.

CC3. Radiofrecuencia Pulsada para Tratamiento de Neuralgia de Nervio Pudendo Bajo Guía Ultrasonográfica. A Propósito de Dos Casos

Rojas W, Delgadillo G, Murillo E, Salvatierra E

Aliviar. Centro Especializado en el Tratamiento Integral del Dolor. Santa Cruz de la Sierra. Bolivia.

Introducción: La neuralgia de nervio pudendo (NNP) se presenta como un dolor neuropático intenso, ardiente y difuso en la zona perineal, acompañado en ocasiones de hipoestesia, alodinia, hiperalgesia, sensibilidad dérmica, parestesia y entumecimiento que empeora el dolor en sedestación. Es un síndrome subdiagnosticado que en ocasiones se presenta refractario al tratamiento farmacológico y fisiátrico.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la radiofrecuencia pulsada (RFP) guiada por ultrasonido para el tratamiento de dolor crónico realizada a dos pacientes con NNP refractarios a tratamiento conservador.

Materiales y Métodos: Siendo positivo el bloqueo diagnóstico realizado con 0,5-1 ml de lidocaína al 2% se practicó RFP bajo guía ecográfica a 2 pacientes (1 femenina de 36 años y 1 masculino de 54 años) con diagnóstico de NNP (según criterio de Nantes) y se realizó seguimiento a 1 semana y a 1 mes del procedimiento, observando la evolución del dolor mediante la utilización de la Escala Visual Análoga (EVA), calidad de vida según lo informado en consulta y evolución en la ingesta y dosis de medicamentos.

Conclusiones: Luego del procedimiento, la reducción del dolor fue significativa en ambos casos, en la paciente 1 (femenina) la EVA pasó de 10/10 (preoperatorio) a 1/10 a una semana del procedimiento y desapareció por completo al mes, retirándose en su totalidad la medicación indicada para la NNP. Asimismo, la paciente manifestó mejora en

la calidad de vida al no tener ya dolor durante el coito. Por su parte, en el paciente 2 (masculino), el dolor se redujo en un 50%, registrándose un EVA que pasó de 8/10 (preoperatorio) a 4/10 a la semana y al mes de realizado el procedimiento. En su caso, al no haber desaparecido por completo el dolor, continuó tomando la medicación indicada (duloxetina 30 mg) y refirió poder sentarse con comodidad, ya sin el dolor intenso que lo aquejaba en esta posición pudiendo incluso realizar un viaje de larga distancia.

Conclusión: La RFP es un procedimiento efectivo en aquellos pacientes correctamente diagnosticados de neuralgia del nervio pudiendo según el criterio de Nantes, refractarios a tratamiento farmacológico y/o fisioterápico, practicada por profesionales con entrenamiento y/o experiencia en la técnica de radiofrecuencia pulsada, así como en el manejo de ultrasonido para ubicar sonoanatómicamente el nervio pudiendo, en un ámbito seguro para la realización del procedimiento.

CC4. Osteoartritis de ATM como Diagnóstico Diferencial de Neuralgia Trigeminal

Landaeta H, Maureira N, Mena P.

Universidad de La Frontera. Temuco. Chile

Introducción: La osteoartritis (OA) de la articulación temporomandibular (ATM) es una enfermedad articular degenerativa, caracterizada por la destrucción del cartilago y hueso articular consecutivo a la respuesta inflamatoria e inmune desarrollada que, en casos severos, puede llevar al paciente a relatar sintomatología con características neuropáticas.

Objetivo: Revisar el diagnóstico y tratamiento de la OA basados en un caso clínico.

Caso clínico: Paciente sexo masculino, 83 años, con antecedentes médicos de esófago de Barrett, hipertensión arterial y dislipidemia. En tratamiento hace 5 años por neuralgia trigeminal V1 y V2 derecha. Es derivado al Policlínico de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad de La Frontera, por cursar con dolor constante en zona preauricular y mentoniana derecha, no dermatomérico, asociado a dolor eléctrico episódico en zona edéntula de premolares derechos donde presenta reborde alveolar disminuido.

Paciente diagnosticada clínica e imagenológicamente (CONE-BEAM) con OA de ATM bilateral y con una Neuropatía Dolorosa Postraumática del Nervio Trigémico. Se planifica tratamiento, el cual consistió en artrocentesis más infiltración de corticoide intraarticular (fosfato de betametasona 3mg + acetato de betametasona 3mg), y posterior infiltración de ácido hialurónico bilateral (hialuronato de sodio 25mg). Posterior a tratamiento para OA, se elimina sintomatología preauricular. En cuanto a la Neuropatía Dolorosa Postraumática del Nervio Trigémico, fue manejada con el uso de anestésico tópico aplicado previo a la ingesta de alimentos y con derivación a Rehabilitación Oral, para aliviar la carga mediante la indicación de prótesis dental. **Conclusiones:** La OA de

ATM reporta distintos tipos de tratamiento, ya que su respuesta puede variar entre pacientes. La sintomatología en sus grados más severos son confudentes, lo que lleva a que busquen tratamiento en diversos especialistas.

CC5. Dolor Parotídeo Asociado a Diabetes Mellitus Tipo II

Naranjo I, Casassus R, Díaz MC.

Clínica de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile.

Introducción: La neuropatía diabética es la forma más común de dolor neuropático en países desarrollados y puede afectar a aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados con diabetes. En el caso de la neuropatía diabética autonómica, ésta puede afectar cualquier órgano innervado por fibras simpáticas y/o parasimpáticas.

Caso Clínico: Paciente de género masculino, de iniciales R.P.V. de 43 años. Acude a la clínica de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de la Universidad del Desarrollo en mayo de 2018, con un dolor eléctrico en la zona maseterina, asociado a los momentos de ingesta de alimentos, bilateral de 3 meses de evolución; con una intensidad máxima de 10 y promedio de 6 en la escala visual análoga, el cual dura menos de un minuto. Síntomas acompañantes: El dolor principal es acompañado de un dolor secundario de la misma intensidad que el principal, de tipo punzante, que dura entre 30 y 60 minutos luego de la ingesta de alimentos. Antecedentes relevantes: Padres y hermanos con diabetes mellitus tipo II. Examen Físico: Sin hallazgos importantes en el examen intraoral. Presencia de dolor a la palpación parotídea bilateral. Exámenes complementarios: Ecotomografía parotídea: sin hallazgos patológicos, Prueba de saliva estimulada: dentro de rangos normales, Hemoglucoest: se encuentra alterado, Glicemia y hemoglobina glicosilada: ambos se encuentran alterados, Test de tolerancia a la glucosa: no se puede realizar debido a la glicemia del paciente. Diagnóstico Clínico: Dolor parotídeo ideopático gatillado por primera mordida, asociado a DM II. Tratamiento: Derivación a medicina interna para control de la DM-II. Se realiza tratamiento con Pregabalina, la cual se titula desde un inicio con 150 mg hasta llegar a 225 mg. Logrando con esto que disminuya la intensidad y la duración del dolor principal y desaparezca por completo el dolor secundario.

Conclusiones: La Diabetes Mellitus tipo II puede generar neuropatía diabética periférica también en la parótida. Es necesario el manejo farmacológico en el tratamiento del dolor orofacial. Existen múltiples y poco estudiadas fuentes de dolor parotídeo, las cuales hay que manejar como posibles diagnósticos diferenciales en patología de la articulación temporomandibular.

CC6. Evaluación y Manejo Integral en un Paciente con Dolor Orofacial: Reporte de un Caso*Cerda C, Torres D, Urriola M, Niño R.**Universidad de La Frontera. Temuco. Chile.*

Introducción: El dolor orofacial (DOF) es una forma frecuente de dolor que se percibe en la cara o en la cavidad oral, pudiendo ser de origen multifactorial. **Objetivo:** Mostrar la evaluación diagnóstica y manejo integral de un paciente con DOF. **Caso clínico:** Paciente sexo femenino, 20 años, estudiante, con antecedentes de asma bronquial, resistencia a la insulina y ovario poliquístico. Asiste al policlínico de la Universidad debido a bloqueo articular cerrado agudo de la articulación temporomandibular (ATM) derecha y dolor en sector preauricular derecho, de tipo cansado y opresivo, constante, que aumenta al bostezar y al comer alimentos duros; de intensidad EVA 10. Al examen clínico muscular presenta puntos gatillos miofasciales activos, en músculos masetero, temporal y trapecio que la paciente reconoce como sus cefaleas, que varían en intensidad, frecuencia y ubicación. Además, reporta una cefalea de carácter unilateral, pulsátil, de ubicación frontotemporal, que se acompaña de fonofobia, fotofobia, náuseas y vómitos; que empeora con la actividad habitual y previa al episodio de cefalea relata escotoma positivo. Se diagnostica luxación discal sin reducción y osteoartritis de ATM derecha, con apoyo imagenológico de CBCT; migraña con aura típica con cefalea; cefalea atribuida a trastorno temporomandibular y cefalea secundaria a dolor miofascial del músculo trapecio superior. El manejo de la patología articular se realiza con corticoides de depósito intraarticular, reposo mandibular, dispositivos interoclusales y viscosuplementación con ácido hialurónico. El manejo terapéutico de las cefaleas se realizó inicialmente con terapia cognitivo conductual para tratar factores gatillantes y perpetuantes de dolor miofascial, junto con punción de puntos gatillos y prescripción de abortivo para migraña (eletriptán). **Conclusiones:** Como tratantes de DOF es necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial de las diversas patologías que aquejan al paciente, un adecuado manejo terapéutico de éstas y evitar su progresión para mejorar la calidad de vida.

CC7. Red Ear Syndrome: Reporte de un Caso*González A., Casassus R.**Universidad del Desarrollo. Universidad de Talca. Chile.*

Introducción: El Síndrome de Oreja Roja, es una rara condición con alrededor de 100 casos publicados en la literatura. Se caracteriza por episodios uni o bilaterales paroxísticos de enrojecimiento y dolor de tipo quemante en la zona auricular. La duración varía de segundos a varias horas y su frecuencia, de varios ataques diarios a unos pocos al año. Los episodios pueden ocurrir de manera espontánea o por estímulos táctiles o térmicos que afecten a la zona auricular. La patofisiología aún se desconoce, pero se ha descrito una relación con la migraña y el dolor neuropático, ya que responde a fármacos profilácticos de la migraña y anticonvulsivantes. **Caso Clínico:** Paciente 8 años 3 meses de edad, asiste a la clínica del programa de especialización en trastornos temporomandibulares y dolor orofacial de la Universidad del Desarrollo, donde la madre relata que la han derivado debido a un dolor en la zona auricular derecha atribuible a dolor articular por bruxismo, de seis meses de evolución. Antecedentes de asma crónica manejada con Budesonida a diario y trastorno del espectro autista diagnosticado a los 3 años. El dolor fue relatado por parte de la madre como severo, quemante, en la zona auricular con una frecuencia de 5 crisis al día, de 1 a 2 horas de duración y que presentaba como síntoma asociado el enrojecimiento y aumento de temperatura de la oreja, acompañando a la crisis de dolor. Como desencadenante de las crisis, se describió estímulos táctiles locales y el aumento de temperatura ambiental, junto con los cambios de estado de ánimo, como euforia o ira. Durante las crisis, el frío local e Ibuprofeno de 200mg logran controlar en parte el dolor en un 50%. Al examen no observó ningún tipo de dolor de origen articular. Basados en la historia clínica y el examen realizado se diagnosticó Síndrome de Oreja Roja Primario (Red Ear Syndrome). El tratamiento incluyó las medidas de frío local y Gabapentina de 100mg 1 vez al día. Al cabo de 2 semanas, el dolor comenzó a disminuir progresivamente en cuanto a frecuencia a intensidad, hasta la desaparición total de los síntomas a los 40 días, sin embargo el enrojecimiento se mantuvo y al cabo de 55 días el enrojecimiento local desapareció. Estas medidas se mantuvieron por 6 meses y no requirió de un aumento de dosis. Se realizó el retiro de la medicación en 2 semanas, manteniéndose asintomático por 3 meses, reapareciendo los síntomas de manera esporádica con una intensidad leve, de 1 a 2 crisis a la semana, manejado solo con frío local que ha sido efectivo.