

IMAGEN Y DOLOR

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

Clínica del Dolor. ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ²Presidenta de la Societat Catalana de Dolor. Barcelona

CASO 1

Paciente varón de 92 años que acude a la Clínica del Dolor por intensas algias en la extremidad inferior izquierda.

Destacan los siguientes antecedentes patológicos:

- No alergias.
- Insuficiencia cardíaca con isquemia coronaria y portador de dos *stents* desde hace siete años.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con ingresos repetidos y portador actualmente de O₂ domiciliario.
- AVC transitorio hace tres años con buena recuperación, tratado con AAS 300 mg/día.
- Insuficiencia renal moderada.

Por todos estos antecedentes, el paciente es catalogado como un paciente crónico complejo con múltiples comorbilidades.

Cabe recordar que la enfermedad crónica compleja es un concepto asociado a la dificultad de manejo de un proceso crónico en un individuo concreto. Esta dificultad está relacionada con las múltiples interacciones ocasionadas por la presencia de enfermedades crónicas en situación avanzada. Esto hace muy difícil el manejo clínico y sobre todo farmacológico de estos pacientes, por lo que este paciente fue derivado a la Clínica del Dolor para la valoración de un tratamiento no farmacológico.

Historia de dolor

La historia de dolor se inicia 15 meses antes, cuando el paciente empieza a notar dificultad al andar por un dolor lumbar y radicular en las dos EEII. Este dolor se iniciaba cuando llevaba caminando

100 m aproximadamente, pero el camino que podía recorrer cada vez se hacía más corto; en el momento de la visita eran poco más de 10 m.

También se acompañaba de fatiga al andar, con lo cual era difícil tratar al paciente.

El dolor cedía al descansar. No había dolor en reposo, en sedestación o en decúbito.

La escala verbal numérica (EVN) era de 8.

La exploración física fue dificultosa, dada la complejidad del paciente. El paciente llegó a la consulta andando con muletas, pero su movilidad estaba reducida.

No se pudo realizar una RM, y la TC mostraba una importante estenosis del canal raquídeo lumbar de L3 a S1.

Con el diagnóstico de claudicación neurógena con importante incapacidad para andar, y dada también la imposibilidad de realizar otro tratamiento, se le realizó un bloqueo epidural por vía caudal con la administración de ropivacaína al 0,2% 10 ml con betametasona 9 mg. El bloqueo caudal se realizó mediante escopia y administración de contraste para observar la correcta colocación de la aguja. Una vez se visualiza la difusión rostral del contraste (Fig. 1), se administra lentamente la sustancia descrita. El procedimiento transcurrió sin incidencias.

Previamente se había cambiado el AAS de 300 a 100 mg los 10 días antes de la técnica y el paciente había dado su consentimiento por escrito.

En el control realizado al mes la EVA medida en cuanto podía andar sin tener que detenerse había mejorado hasta 3,5. Esto le permitía andar unos 20 min sin pararse y al hacerlo mejoraba lentamente. A los tres meses la EVA era de 4,5. Esto suponía que al andar 30 min sin subida le dolían más las piernas, pero podía seguir haciéndolo, cosa que al inicio le resultaba imposible.

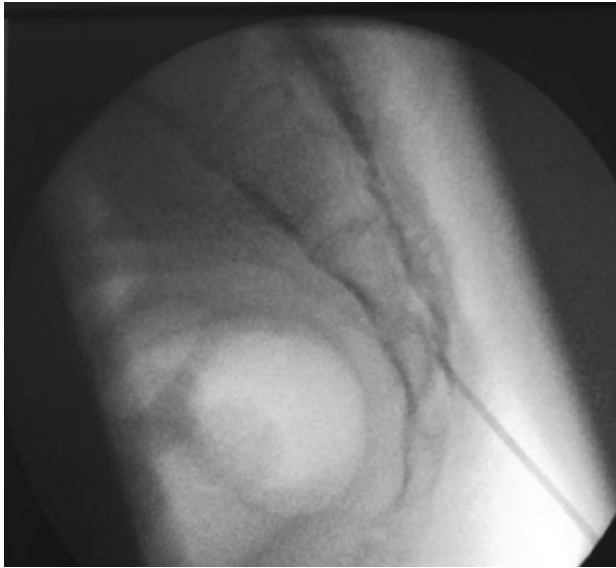


Figura 1. Abordaje del espacio epidural por vía caudal con difusión rostral del contraste.

CASO 2

Paciente de 80 años remitido a la Clínica del Dolor por un cuadro de lumbalgia crónica.

Presenta los siguientes antecedentes patológicos:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes *mellitus* tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales.
- Síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño en tratamiento con presión positiva continua en las vías respiratorias nocturna.



Figura 2. Rx de la columna lumbar con aplastamiento vertebral en L5.

- EPOC.
- Neoplasia de colon que requirió una hemicolectomía.
- Hepatopatía crónica con hipertensión portal.
- Obesidad.

Dolor

Desde hace dos años presenta un dolor lumbar mantenido tanto en intensidad como en localización en el tiempo.

La EVN es de 7.

El paciente expresa que no se trata de un dolor totalmente incapacitante, pero que al estar siempre presente es muy cansado.

El tratamiento con paracetamol 1 g/8 h solo le alivia parcialmente.

En la exploración se objetiva lo siguiente:

- Camina bien, aunque lo hace con muletas.
- No hay alteraciones motoras ni de la sensibilidad en las EII.
- La palpación muscular lumbar (especialmente del músculo cuadrado lumbar bilateral) es muy dolorosa.
- La Rx de la columna lumbar de frente y de perfil objetiva un aplastamiento vertebral de L5 de características crónicas (Figs. 2 y 3).



Figura 3. Rx de la columna lumbar lateral con aplastamiento de L5.

Plan de tratamiento

Debido a su enfermedad respiratoria, se prefiere iniciar el tratamiento sobre la musculatura lumbar con estimulación eléctrica transcutánea. Este tratamiento lo realiza la enfermera especializada durante dos días en la Unidad del Dolor; el paciente observa cómo es el tratamiento y se le explican las normas de colocación de los electrodos externos y el aparato. Seguidamente, tras las instrucciones de uso, se realiza el tratamiento durante un mes en el domicilio.

Al cabo de un mes el paciente volvió a ser visitado y relató que las algias lumbares aún persistían, pero que eran de menor intensidad (EVN de 4; con anterioridad era de 6).

Devolvió el aparato a la unidad y se le informó, tanto a él como a sus familiares, de que cuando volviese a presentar un aumento del dolor, se le volvería a realizar ese tratamiento domiciliario.