

IMAGEN Y DOLOR

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
JAVIER MEDEL REBOLLO²

Clínica del Dolor. ¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; ²Servei d'Anestesiologia, Institució del Campus Vall d'Hebron. Barcelona

CASO 1

Paciente varón de 53 años de edad derivado a la Clínica del Dolor desde el Servicio de Neurocirugía por dolor en la región cervical derecha > izquierda de cinco años de evolución.

Destacan los siguientes antecedentes patológicos:

- Alergia al contraste yodado.
- Cefaleas frecuentes occipitales desde hace cinco años.
- Intervenciones previas por una fractura maleolar izquierda y una fractura nasal, sin problemas descritos.

Como antecedentes personales cabe mencionar que el paciente está casado, tiene un hijo sano y es informático de profesión. No se encuentra de baja laboral.

La historia del dolor se inicia hace cinco años cuando de forma larvada presenta un cuadro de dolor laterocervical derecho. En los últimos seis meses se ha exacerbado a modo de latigazos hacia la región occipital y el hombro derecho, sin presentar irradiación hacia la extremidad superior derecha. Pensando que se trataba de un dolor miofascial de la musculatura cervical, fue tratado con AINE y fisioterapia. El dolor remitió parcialmente, sobre todo con las tomas de los analgésicos, pero fue recidivando a lo largo del tiempo, y el paciente fue remitido a la Clínica del Dolor para la valoración del tratamiento.

En la primera visita en la Clínica del Dolor y tras una nueva exploración física se objetivó cierta impotencia de la función en toda la región laterocervical derecha, pero sobre todo dolor a la lateralización del cuello hacia la izquierda y la dorsoextensión. Poseía también puntos positivos de afectación facetaria bilateral, más acusados en el lado derecho de

C3-4 y C5-6, y las RX funcionales cervicales que se solicitaron no mostraban una hiper movilidad funcional. La valoración del dolor mediante la escala visual analógica (EVA) fue de 7,5.

Con el diagnóstico probable de cervicalgias por facetar cervical y contractura del trapecio secundaria se le propuso la realización de una lesión del ramo medial que inervara las facetar mediante la técnica de radiofrecuencia pulsada (RFP).

No obstante, antes de la realización de dicha técnica, informamos al paciente de que debíamos hacer un test diagnóstico para verificar la mejoría del dolor en el lugar donde debía realizarse la lesión.

Tras obtener el documento de consentimiento informado para la infiltración primero y, en caso positivo, para la lesión por RFP, se le realizó unos días antes una infiltración mediante visión directa por escopia del ramo medial de los niveles C3, C4 y C5 derechos. Se administró 1 ml de lidocaína al 1% en los tres niveles escogidos.

CASO 2

Se trata del mismo paciente varón de 53 años al cual se le realizó una infiltración del ramo medial facetar cervical derecho como test diagnóstico para realizar *a posteriori* el tratamiento mediante RFP.

Volvimos a ver al paciente a los siete días y mostraba una mejoría de los síntomas que duró 48 h. *A posteriori* el paciente estaba mejor (EVA 5), pero obviamente el dolor había aumentado.

Por tanto, se realizó el tratamiento propuesto, que fue el abordaje del ramo medial de las facetar cervicales C3, C4 y C5 derechos mediante visión directa por escopia (Figs. 1 y 2) para la realización de una RFP. El procedimiento se realizó sin incidencias.

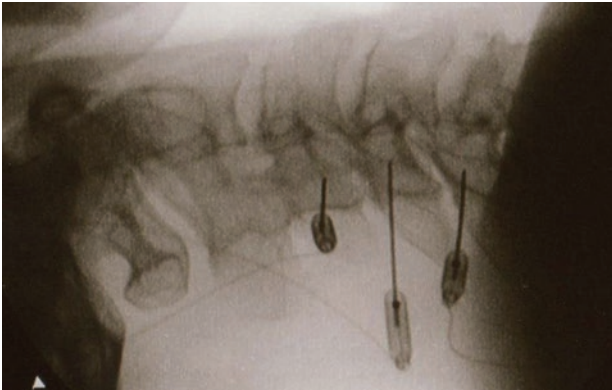


Figura 1. Técnica de realización de la RFP mediante visión directa por escopia. Proyección lateral donde se observan las articulaciones facetarias y la colocación de las agujas con el paciente en decúbito supino.

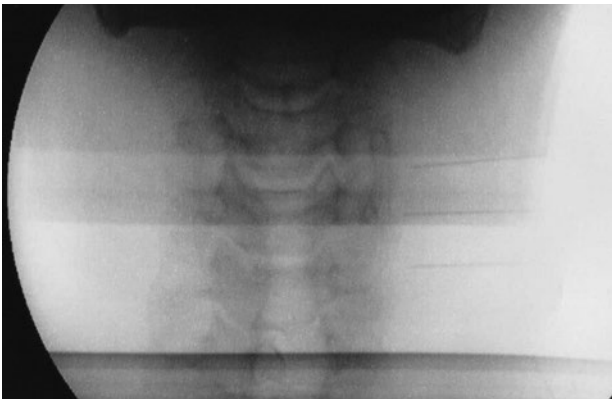


Figura 2. Comprobación de la correcta colocación de las agujas de radiofrecuencia en AP en el mismo paciente y en posición de decúbito supino.

En el control efectuado al mes y los tres meses de haber realizado la técnica el paciente mostraba una franca mejoría de los síntomas, que se objetivaba tanto en la movilización de la columna cervical, que era menos dolorosa, como en la EVA, que era de 3.

COMENTARIOS

La técnica de la lesión por radiofrecuencia en las facetes cervicales o lumbares (son las más frecuentes) puede realizarse mediante calor (RFC) (es una técnica ablativa) o por ondas/pulsos (RFP). La más utilizada en el ramo medial es la convencional/calor, aunque en la región cervical también se utiliza la de pulsos.

La RFP utiliza corrientes cortas de calor y periodos de descanso, que permiten la dispersión del calor, con lo que se pueden aplicar altas frecuencias (mayores voltajes) sin alcanzar temperaturas mantenidas que producirían daños permanentes, como sucede con la RFC. Aunque se desconoce el mecanismo exacto de acción de la RFP, parece ser que se generan campos eléctrico-magnéticos y térmicos que conllevan una alteración neuronal morfológica, bioquímica y funcional que podría contribuir a la neuromodulación del sistema nervioso. Comparada con la RFC, su tiempo de analgesia es más corto y tiene menor poder lesivo.

Es de utilidad realizar de forma previa a la lesión el diagnóstico, administrando como máximo 1 ml de anestésico local en el ramo medial facetar a fin de observar el efecto analgésico.