

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2002;17:227-228

ELENA CATALÀ PUIGBÓ

CASO 1

Paciente mujer de 56 años de edad remitida a la clínica del dolor desde el servicio de traumatología por algias en región cervical derecha que no habían cedido tras tratamiento conservador (AINE + fisioterapia).

Destaca como antecedentes personales y patológicos:

1. Síndrome depresivo de un año de evolución a raíz de la muerte de su marido y para lo cuál estaba siendo tratada con 20 mg de paroxetina/día.

2. Osteoporosis postmenopáusica en tratamiento con Alendronato + Calcio.

3. Pérdida de su trabajo habitual (limpieza en una empresa), a raíz del traumatismo que ocasionó el cuadro de dolor. De éste hacía 5 meses.

DOLOR. La historia del cuadro de dolor que nos ocupa se inicia hace 5 meses a raíz de un accidente de coche al salir del trabajo y dirigirse hacia su casa. Ella conducía y un coche colisionó por detrás produciéndole un traumatismo en la región laterocervical y suboccipital derecha. Diagnosticada de un latigazo cervical por su traumatólogo inició tratamiento con AINE y fisioterapia durante 3 meses. Ante la poca o nula resolución del cuadro y también ante la imposibilidad de realizar otro tratamiento es remitida a la clínica del dolor con el diagnóstico



Figura 2. Imagen de los puntos gatillo en los músculos trapecio y romboides derecho.

de cervicobraquialgia derecha residual crónica postaccidente de tráfico.

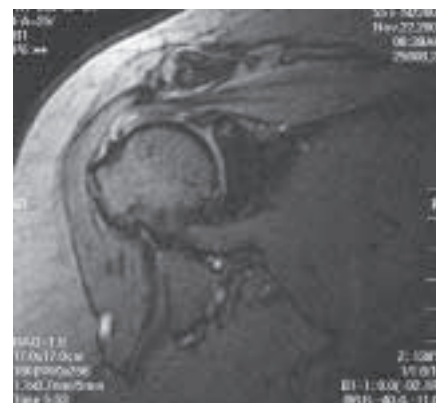
A la exploración destacaba: dificultad de movilización de toda la zona cervicobraquial derecha y hombro derecho con puntos gatillo muy dolorosos a la palpación, que corresponden a la zona de los músculos trapecio y romboides.

También presentaba gran tristeza con llanto espontáneo que ella atribuía a todo el proceso del accidente y a la pérdida momentánea del trabajo. Las escalas de valoración del dolor mostraban una EVA de 8 y un test de Lattinen de 14.



◀ **Figura 1.** Imagen radiológica de la articulación acromio-clavicular donde no se observan anomalías importantes, salvo una pequeña calcificación.

▶ **Figura 3.** Imagen de RN de la articulación acromio-clavicular derecha donde se observan dos pequeñas roturas parciales del tendón supraespinoso.



La Rx que aportaba de hombro derecho era normal salvo una pequeña calcificación en el trocanter que no justificaba la impotencia funcional del hombro (Fig. 1).

Dado que el dolor más importante en el momento de ser referida a la clínica del dolor era de la zona laterocervical derecha y de los músculos comentados se inició tratamiento con TENS (estimulación eléctrica transcutánea) durante 15 días además de apoyo psicológico.

La paciente evidenció ligera mejoría, EVA 6,5, pero no suficiente para seguir con el tratamiento

con TENS, por lo que debido a la persistente contractura de los músculos cervicales se realizó infiltración de 3 puntos de trapecio y 2 de romboides con toxina botulínica tipo A (total 125 unidades de Botox®) (Fig. 2).

La visita de control realizada a los 10 días de tratamiento ya mostraba franca mejoría del dolor, EVA 3,5, así como de la movilidad e incluso de las cefaleas occipitales, pudiendo iniciar otra vez ejercicios de rehabilitación de la zona afectada. La mejoría de la zona descrita persistió hasta el último control 3 meses después.

CASO II

Se describe la continuación del caso clínico anterior, ya que aunque la paciente evidenciara clara mejoría del dolor e impotencia de la zona suboccipital y cervical derecha, seguía mostrando dolor e impotencia funcional del hombro derecho a pesar de haber iniciado sus ejercicios de rehabilitación. La EVA del dolor cervical era de 3, pero cuando se exploraba el hombro aumentaba a 7, por lo cual se decidió la realización de una resonancia nuclear magnética (RN) a fin de obtener más información sobre esta estructura dolorosa.

La RN mostraba articulación acromioclavicular con cambios degenerativos hipertróficos propios de la edad más 2 pequeñas roturas parciales en el tendón supraespinoso distal. El resto de la exploración era normal (Fig. 3).

No obstante, esta alteración observada en la RN no justificaba por el traumatólogo todo el dolor y la impotencia que la paciente relataba imposibilitaba la correcta rehabilitación.

Se decidió la realización de un bloqueo del nervio supraespinoso a fin de poder mejorar su dolor

y poder reiniciar la rehabilitación. Se realizó mediante técnica de radiofrecuencia pulsátil siguiendo unas directrices anatómicas para su localización y tras comprobar la correcta posición por escopia (Fig. 4) y por estimulación, se procedió a la lesión del nervio (Figs. 5 y 6) más la administración de 5 ml de ropivacaína al 0,20%. La analgesia se consiguió a los 5 min mejorando tanto el dolor como la movilización, y pudiendo iniciar el tratamiento de rehabilitación con el que sigue actualmente.

Comentarios

Las dos técnicas analgésicas descritas son relativamente frecuentes en las algias cervicobranquiales y que implican las estructuras de la zona: músculos y articulación acromio-clavicular. Su agresividad es mínima, por lo que existen escasas contraindicaciones para su realización.

Así pues, debemos de pensar en estas dos alternativas ya que tanto la contractura de la musculatura cervical como los cuadros de dolor crónico en hombro pueden dificultar el tratamiento de fisioterapia. Son técnicas de fácil realización, escasos efectos secundarios y en régimen ambulatorio.

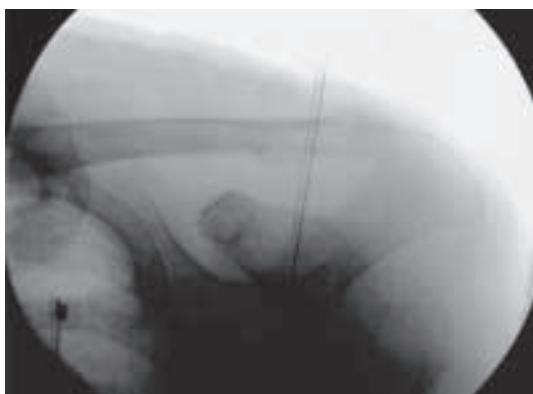


Figura 4. Visión directa por escopia del bloqueo del nervio supraespinoso derecho.



Figura 5. Lesión por radiofrecuencia pulsada del nervio supraespinoso derecho.