

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2003;18:118-20

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO CLÍNICO I

Paciente mujer de 77 años que es remitida a la clínica del dolor por **lumbalgia** de 3 meses de evolución y rebelde a los tratamientos convencionales.

Presentaba como **antecedentes patológicos**:

Cefaleas frecuentes desde hacía unos 3 años y que se aliviaban con paracetamol.

Hipertensión arterial en tratamiento con Amedide 1 c/día.

Intervención quirúrgica de mioma uterino hacía unos 30 años y flevoextracción sobre pierna derecha hacía 15 años.

El antecedente que más interesó para su causa de dolor era el de linfoma no Hodgking centrofolicular con adenopatías retroperitoneales, diagnosticado por biopsia laparoscópica hacía 2 años. Tratamiento paliativo con clorambucilo durante 6 meses presentando una mejoría > al 75%.

Hacía unos 7 meses que presentaba un pénfigo paraneoplásico con importante afectación de mucosas, lo que le provocaba una importante disfagia a sólidos. El tratamiento era con Dacortín® (prednisona) a dosis que oscilaban de 170 a 100 mg/día. Decimos que oscilaban porque siempre que se intentaba disminuir a dosis inferiores a 100-120 mg/día el pénfigo empeoraba así como su mucosa orofaríngea.

Nunca había presentado con anterioridad ningún cuadro de dolor que hubiera precisado ir a una clínica del dolor.

El cuadro de dolor por lo que fue remitida consistía en una lumbalgia de 3 meses de evolución que no había remitido a pesar del tratamiento con AINE más TENS (estimulación eléctrica transcutánea), produciéndole una enorme incapacidad al movimiento.

Lo describía como algo que aprieta, corroe y en ocasiones punzante en la zona media lumbar y cedía casi en su totalidad con el reposo en cama pero poco con la sedestación.

La EVA era de 7,5 y el test de Lattinen de 12.

La exploración presentaba dolor a la palpación de toda la zona lumbar en su línea media, dorsoflexión muy dificultosa por el dolor, no así la dorsoextensión, que, aunque era bastante dificultosa, pre-



Figura 1 y 2. Imágenes de perfil de la columna dorso-lumbar donde se observa las alteraciones de los cuerpos vertebrales de L1, L2 y L3 y la espondilosis.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

sentaba mucho menos dolor. Lassegue y Bragard negativos así como la exploración neurológica.

La Rx de columna dorsolumbar realizada presentaba: hundimiento parcial de los cuerpos vertebrales de L₁-L₂-L₃ con osteopenia generalizada y signos de espondilosis (Figs. 1 y 2).

Tratamiento: Con el diagnóstico de dolor lumbar debido a los hundimientos vertebrales, posiblemente por osteoporosis agudizada por el intenso tratamiento con corticoides, se decidió seguir con tratamiento farmacológico pero descartándose la prescripción de cualquier AINE, ya que no había proporcionado ningún tipo de mejoría con anterioridad. Otro punto al que se dio mucha importancia era la persistencia del tratamiento con corticoides, su objetivada osteopenia y las lesiones de la mucosa orofaríngea, que en muchas ocasiones dificultaban la ingesta oral. Por tal motivo se inició tratamiento con opioides transdérmicos. Se escogió la buprenorfina a dosis muy bajas, prescribiéndose la mitad del parche de Trantec® de 35 µg cada 3 días. Así mismo se pautó conjuntamente un antiemético (metoclopramida) y un laxante (leche magnesada) por si el fármaco le producía náuseas y/o constipación. El primer control se realizó telefónicamente a los 2 días y la paciente nos refirió cierto estado de somnolencia pero también de analgesia, lo que le permitía estar sentada más horas y poder andar un poco más. A la semana de tratamiento no presentaba ningún efecto secundario y al no aumentar la analgesia, se aumentó el parche a uno entero de 35 µg cada 3 días. A los 2 meses de tratamiento refiere poder deambular mucho mejor, aunque menos distancia que hacía 1 año, buena tolerancia al fármaco analgésico, y no se ha aumentado ya que la propia paciente así lo prefiere.

CASO CLÍNICO II

Paciente mujer de 78 años que consultan a la clínica del dolor desde el servicio de patología digestiva por dolor lumbar dentro del contexto de una paciente con multipatología asociada. Se trataba de una paciente que había ingresado hacía 7 días por cuadro de síndrome tóxico y anemia normocítica.

Presentaba como antecedentes patológicos los siguientes:

HTA en tratamiento.

ACxFA.

Intervenida hacía 1 año de anuloplastia tricuspídea más prótesis mitral. Posterior ingreso por taponamiento cardíaco y sepsis por candidas.

Infartos lacunares múltiples diagnosticados por RN craneal por lateralización de la marcha.

Anemia normocítica y normocrómica diagnosticada hacía 1 año. Tratamiento con Fe.

Diagnosticada de osteoporosis hacía años y tratada con calcio.

Síndrome depresivo.

Cuadro de diarreas de repetición desde hacía 1 mes, por lo cual ingresó en el servicio de patología digestiva.

El tratamiento que recibía era el siguiente: Seguril 1 c/día, Aldactone A 1 c/día, Enalapril 5 mg/día, Digoxina 1 c/día I (Mi, Vi), Trangores 1 c/día (excepto Sa y Do), Ferogradumet 1 c/día, calcio 2 c/día, Pantoprazol 1 c/día, Sintrom s/p, Sero-
pram 1 c/día y Paracetamol 1 g/8 h.

La pérdida de peso que había producido el síndrome tóxico le había aumentado un dolor lumbar que según la paciente padecía desde la intervención de cirugía cardíaca.

Durante el ingreso y a pesar de diversas pruebas complementarias (ECO, TC abdominal, VGC, VCC) no se detecta ninguna alteración que justifique el cuadro de ingreso, que, por otra parte, fue remitiendo paulatinamente. No así el dolor lumbar, por lo que se consultó a la clínica del dolor.

La paciente presentaba una caquexia evidente (40 kg), aunque medía 1,50 m, y una palpación muy dolorosa en toda la columna lumbar. La hemoglobina actual era de 107.

La Rx dorsolumbar presentaba un aplastamiento del cuerpo vertebral de L₁ (Fig. 3). Aunque el aplastamiento vertebral no lo consideramos reciente, sí era posiblemente la causa de su dolor, aumentado por la pérdida de peso y masa muscular y la hospitalización.

Como tratamientos se barajó la posible realización de una vertebroplastia sobre la vértebra afectada, pero dada la patología y medicación concomitante se descartó. Iniciamos tratamiento con TENS (estimulación eléctrica transcutánea) con 2 canales y 4 electrodos en la zona afecta, prescribiendo 1,30-2 h 3 veces al día. Se mantuvo el tratamiento con Efferalgan 1 g/día. La analgesia fue evidente a las 48 h de haber iniciado el tratamiento, pero al aumentar la deambulación el tratamiento se hizo insuficiente. Añadimos Codeína 30 mg/8 h, con lo cual, aunque deambular fue



Figura 3. Rx columna dorso-lumbar con imagen de aplastamiento del cuerpo vertebral de L1.

difícil durante el primer mes tras el alta hospitalaria, la paciente refirió una notable mejoría de su dolor lumbar.

COMENTARIOS

Los 2 casos descritos exponen un tipo de dolor relativamente frecuente por diversos motivos, aunque el más evidente es la osteoporosis por edad avanzada, por tratamiento con corticoides...

Se trata de un dolor dorsolumbar por disminución de los cuerpos vertebrales y que produce en muchas ocasiones un intenso dolor mecánico de difícil control.

Los tratamientos suelen ser diversos, pero en ocasiones la edad del paciente y su patología asociada lo dificultan aún más. La vertebroplastia es uno de los tratamientos intervencionistas más recientes pero tiene unas claras indicaciones y no siempre puede realizarse. El tratamiento farmacológico es el más utilizado y va desde los AINE hasta los opioides, pero el paciente que tenemos delante nos marcará la pauta de tratamiento, ya que siempre existen unas directrices a seguir. No obstante, aunque los casos presentados hayan respondido bien a los tratamientos descritos no siempre es así y hace que incluso se tenga que recurrir a la administración de fármacos por vía espinal.