

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2003;18:230-2

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 35 años derivado a la clínica del dolor desde el servicio de neurocirugía por dolor en región cervical derecha > izquierda tras intervención de hernia discal cervical.

Destaca como antecedentes patológicos:

- Alergia a la penicilina.
- Cefaleas frecuentes occipitales desde hace 1 año.
- Intervenido previamente, hacía 1 año, de hernia discal cervical C4-C5 por vía anterior y con fijación de 2 vértebras cervicales.

Como antecedentes personales, está casado y con 2 hijos sanos y su profesión es mecánico. No se encuentra de baja laboral.

La historia del dolor se inicia hace 1 año en que súbitamente presentó cuadro de dolor cervical laterocervical derecho como latigazos hacia región occipital con irradiación a extremidad superior. Fue diagnosticado de hernia discal cervical e intervenido quirúrgicamente. Desapareció el dolor radicular pero persistió el dolor cervical, que irradiaba hacia región occipital y hombro. Seguía siendo más intenso en la región cervical derecha. Pensando en 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, siendo remitido a la clínica del dolor para valoración de tratamiento.

Al ingreso en la clínica del dolor y tras nueva exploración física, se objetiva cierta impotencia en la función de toda la región laterocervical derecha, pero, sobre todo, dolor a la lateralización del cuello hacia la izquierda y dorsoextensión. Poseía también puntos positivos de afectación facetaria

bilateral, pero más acusados en el lado derecho de C3-4, C5-6, y las Rx funcionales cervicales que se solicitaron no mostraban una hipermovilidad funcional. La EVA era de 7,5.

Con el diagnóstico probable de cervicalgias por afectación posquirugía facetar cervical y contractura del trapecio secundaria, se le propuso la realización de una lesión del ramo medial que inerva las facetas con el método de radiofrecuencia pulsada. Tras obtener el DCI (documento de consentimiento informado) se realizó mediante escopia la lesión mencionada (Figs. 1 y 2), sin incidentes remarcables.

Después del control realizado a los 15 días y al mes de haber realizado la técnica, el paciente mostraba una franca mejoría de los síntomas, que se objetivaban tanto en la movilización de la columna cervical, que era menos dolorosa, como en la EVA, que era de 3.

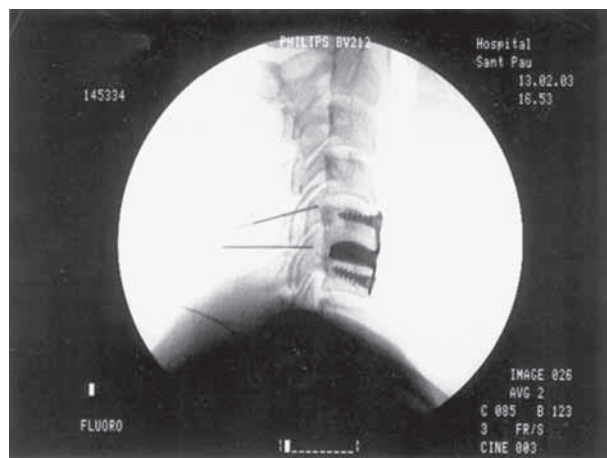


Figura 1. Técnica de realización de radiofrecuencia pulsada mediante visión directa por escopia. Proyección en lateral, observándose las articulaciones facetarias y la colocación de las agujas con el paciente en decúbito supino.

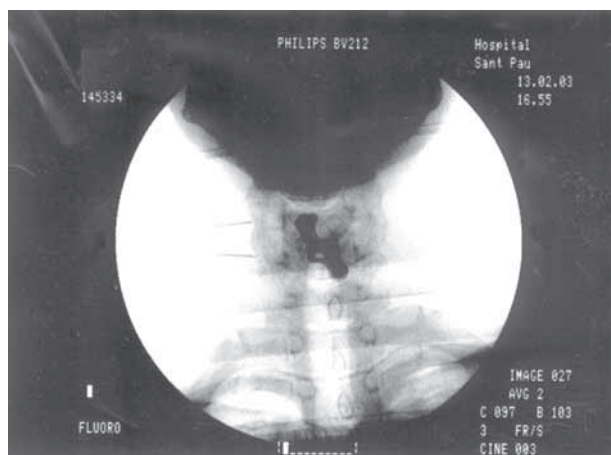


Figura 2. Comprobación de la correcta colocación de las agujas de radiofrecuencia en AP en el mismo paciente y en posición de decúbito supino.

CASO 2

Paciente de sexo femenino y 68 años de edad remitida a la clínica del dolor por su traumatólogo habitual, con el diagnóstico de lumbalgias crónicas que no respondían al tratamiento conservador de analgesia más fisioterapia.

Presentaba como antecedentes patológicos:

- Glaucoma ojo D > I.
- Hipercolesterolemia familiar en tratamiento.
- Litiasis vesical, con 2 sesiones previas de litotricia.
- Operación quirúrgica, hacía 20 años, de colecistectomía por litiasis vesicular.

Como antecedente personal, era natural de Barcelona, estaba viuda y vivía sola en un piso con ascensor. Las relaciones familiares con sus 2 hijas eran buenas.

La historia de dolor lumbar era antigua y se iniciaba hacía ya unos 10 años con episodios de dolor lumbar recidivantes, que los expresaba como pulsátiles o como algo que apretaba en la región lumbar derecha, que irradiaban ligeramente hacia la parte posterior del muslo. Por regla general se aliviaban con AINE y reposo, pero en el último año se habían incrementado tanto en el tiempo como en la intensidad del dolor durante los episodios. La EVA que ella consideraba era de 6,5, pero aumentaba hasta 9,5 en los momentos de más dolor (solían corres-

ponder después del ejercicio, o sea, al andar durante más de 1 h).

Su estado general era correcto, así como la analítica (bioquímica y hematología), pero su calidad de vida estaba bastante mermada por el dolor.

A la exploración se observó:

No signos externos de cifosis ni escoliosis, no asimetrías en las EEL, dorsoflexión ligeramente dolorosa, pero en cambio la dorsoextensión de la columna lumbar estaba muy limitada por el dolor. Se encontraron puntos dolorosos paravertebrales lumbares L4-L5 D > I. El signo de Lassegue y de Bragard eran negativos, y la fuerza, sensibilidad y los reflejos OT estaban conservados.

La TC mostraba signos de hipertrofia de carillas articulares lumbares bilaterales, que afectaban a los espacios L4-L5.

Con el presunto diagnóstico por la clínica, exploración y TC de dolor lumbar facetar, y una vez dado su consentimiento informado firmado, se realizó una infiltración sobre la articulación facetar L4-L5 del lado derecho, ya que era la zona de más dolor. La técnica se realizó bajo visión por escopia (Fig. 3) sin complicaciones.

En el control posterior a los 30 días de realizada la técnica el paciente refiere estar prácticamente asintomático, EVA de 1,5, lo que permite una mayor deambulación necesaria en toda la población.

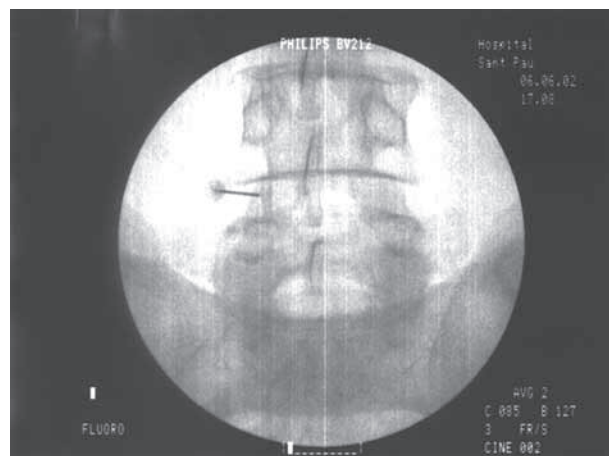


Figura 3. Técnica de realización de infiltración facetar lumbar bajo visión directa por escopia. Proyección en AP y con el paciente en decúbito prono, donde se visualiza la colocación de las agujas para dicha infiltración.

COMENTARIOS

La artrosis o deformidad de las articulaciones facetarias o de las carillas articulares, tanto en la región cervical como en la región lumbar, es una de las causas más frecuentes en la patología dolorosa del raquis. El diagnóstico debe hacerse por la clínica, exploración y pruebas de radio-diagnóstico, pero, aun así y como en toda la patología del raquis, puede ser complicado y crearse falsos positivos. No obstante, si creemos que en nuestro paciente esto es una causa de dolor, el abordaje de las carillas articulares es el tratamiento recomendado.

En la región lumbar podemos realizar primero un bloqueo diagnóstico o incluso terapéutico, con anestésico local más corticoides de la carilla

articular o del ramo medial, y pasar o no –depende de la duración del alivio del dolor– a una técnica más definitiva de radiofrecuencia pulsada o por calor.

En la región cervical, en cambio, no creemos oportuno hacer una infiltración previa con anestésico local por las estructuras concomitantes, y hacemos directamente la lesión del ramo medial con radiofrecuencia pulsada o con calor.

Los 2 pacientes comentados son casos de dolor del raquis que se encuentran con relativa frecuencia en las clínicas del dolor y, por tanto, nos ilustran la realización de un tratamiento mínimamente invasivo, fácil de llevar a cabo y con escasas complicaciones, pero que, por contra, puede ser de gran utilidad para nuestros pacientes.