

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2005;20:53-5

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 60 años de edad que consulta por dolor lumbar de 1 año de evolución. Es remitido a la clínica del dolor por su traumatólogo de zona.

Presenta como antecedentes patológicos:

- HTA en tratamiento con enalapril desde hacía 5 años.
- Crisis de *angor* pero sin objetivarse IAM hacía también 5 años, en la actualidad asintomático.
- Pólipos intestinales diagnosticados por colonoscopia.

– Litiasis renal con 2 litotricias hacía 8 y 7 años.

Estaba jubilado desde hacía 2 años y su profesión era conductor de camiones.

Su cuadro de dolor lumbar crónico persistente se había iniciado hacía aproximadamente 1 año, aunque con anterioridad había presentado cuadros repetitivos de lumbalgias que cedían con reposo y AINE. La persistencia del dolor y la no respuesta a la fisioterapia y al tratamiento analgésico con AINE fue el motivo de la derivación del paciente a la clínica del dolor.

Se trataba de un dolor sordo, continuo, en ocasiones punzante, localizado en la zona media lumbar e irradiado hacia la región paravertebral izquierda



Figura 1 y 2. Cambios degenerativos con discopatía L4-5 y L5-S1 sin imagen de hernia discal.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

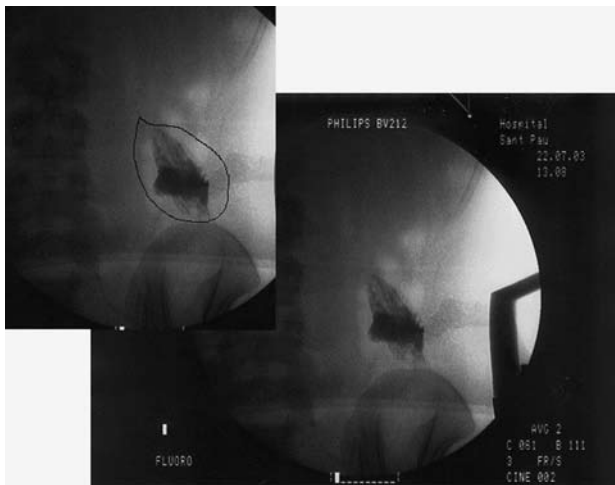


Figura 3. Técnica de infiltración del músculo cuadrado lumbar. Imagen del músculo con contraste.

y cresta ilíaca. Aumentaba considerablemente al estar de pie más de 5 min y calmaba al sentarse. En ocasiones le costaba conciliar el sueño por no encontrar una posición cómoda en la cama pero no solía despertarse por el dolor. Dormía poco (unas 5 h).

La EVA era de 7,2 y el test de Lattinen de 12.

A la exploración se encontró: dorsoflexión dolorosa, dorsoextensión normal. Lasègue derecho negativo, izquierdo positivo pero a 40°. Bragard ambos negativos. Fuerza muscular y sensibilidad conservada, al igual que los reflejos. Dolor a la palpación de las apófisis espinosas de L3-4-5 y región paravertebral izquierda de L3 a L5. Dolor en cresta ilíaca del mismo lado. Dificultad al levantarse de la silla.

Las pruebas complementarias: RM mostraba en el corte sagital la existencia de moderados cambios degenerativos con discopatía L4-5 y L5-S1 (pinzamiento discal y fenómeno de vacío, y discreta distensión anular global) sin imagen de hernia discal. Región paravertebral con moderados signos de atrofia de musculatura (Figs. 1 y 2).

Con el posible diagnóstico de dolor discógeno más afectación del músculo cuadrado lumbar se procedió a realizar una infiltración del músculo con anestésico local en un primer momento, y al haber encontrado mejoría se le administraron 100 unidades de toxina botulínica (Fig. 3).

Al mes de la infiltración la EVA había mejorado en 3 puntos (EVA 4) y en la exploración física había desaparecido el dolor paravertebral y de cresta

ilíaca, siendo su movilización también mejor. Persistía un dolor lumbar central y en dorsoflexión que posiblemente era atribuible a su discopatía. El paciente prefirió iniciar tratamiento farmacológico que someterse a una discografía diagnóstica.

Se pautó tramadol 100 *retard*/12 h y se aumentó a los 30 días a 150/12 h, persistiendo mejoría (EVA 2-3) hasta la actualidad.

CASO 2

Paciente mujer de 48 años que es remitida a la clínica del dolor por el servicio de traumatología del hospital por dolor en mano y antebrazo izquierdo.

Como antecedentes patológicos presentaba:

- Cefaleas frecuentes, diagnosticada desde la juventud de migraña y en tratamiento con Tonopan®.
- Pólipos laríngeos que requirieron intervención quirúrgica para su extirpación.
- Insuficiencia venosa en EEI a raíz de 2 embarazos.
- Colectectomía por litiasis hacía 4 años.
- Operada hacía 3 meses de un síndrome del túnel carpiano izquierdo.

Su enfermedad actual y el motivo del dolor se había iniciado justo después de la intervención presentando dolor importante posquirúrgico con edema de la mano izquierda. Durante los días siguientes fue tratada con AINE, bifosfonatos y fisioterapia, pero los síntomas fueron aumentando y por tal motivo fue remitida a la clínica del dolor, ya que le dificultaba considerablemente la correcta realización de los ejercicios de fisioterapia.

En la primera visita que se realizó en la clínica del dolor la paciente describe un dolor e impotencia funcional en toda su mano izquierda que se irradia hacia muñeca y codo. El dolor se exacerbaba por la tarde-noche y calmaba sólo parcialmente y en ocasiones con AINE.

A la exploración se evidenció una mano izquierda hiperémica, edematosa y más sudorosa que la derecha. Presentaba también una disminución de la fuerza 4/5 y dificultad para cerrarla completamente. No tenía alodinia ni hiperestesia ni alteraciones de la sensibilidad salvo en la zona de la cicatriz.

Presentaba alteración del sueño (se despertaba raras veces) desde el inicio del cuadro y el test de personalidad mostraba signos de depresión y ansiedad. Se



Figura 4. Gammagrafía ósea en la que se aprecia en la fase ósea un aumento difuso de captación del trazador en las articulaciones falángicas, interfalángicas, metacarpofalángicas y carpo izquierdo, y de menos intensidad en el codo homolateral. Se observa también un refuerzo de captación de trazador en la región articular entre escafoides y trapecio carpianos derechos, sugestivos de la existencia de osteoartropatía crónica degenerativa que no presenta componente inflamatorio.

encontraba muy preocupada por la evolución del cuadro y por la imposibilidad de hacer una vida normal.

La EVA era de 8,5 y el test de Lattinen de 16.

Como prueba complementaria diagnóstica aportaba una gammagrafía ósea en la cual se observaba en la fase ósea un aumento difuso de captación del trazador en las articulaciones falángicas, interfalángicas, metacarpofalángicas y carpo izquierdo, y de menos intensidad en el codo homolateral. Estas imágenes eran compatibles con la existencia de cierto grado de distrofia simpático refleja o enfermedad de Südeck.

Se observa también un refuerzo de captación de trazador en la región articular entre escafoides y trapecio carpianos derechos, sugestivos de la existencia de osteoartropatía crónica degenerativa que no presenta componente inflamatorio (Fig. 4).

Con el diagnóstico de SDCR tipo I en mano izquierda se inició tratamiento con:

- Farmacológico: Trytizol 25 mg/noche + Neurontín 400 mg/8 h + AINE.

- Bloqueos axilares únicos (2/semana) para disminuir el edema y la hiperemia.

Al mes de iniciado este tratamiento y con un total de 4 bloqueos axilares la paciente refirió un alivio importante del dolor (EVA 4,2) y sobre todo al dis-

minuir el edema su funcionalidad mejoró al igual que le fisioterapia. Se encuentra actualmente realizando aún recuperación funcional.

Comentario

Los 2 casos expuestos son típicos de pacientes que acuden a una clínica del dolor. Quizá hoy en día sea la enfermedad del raquis sobre todo lumbar la enfermedad más prevalente.

En estos casos es de suma importancia poder hacer un diagnóstico lo más etiológico posible, pero no es nada fácil porque en la zona lumbar existen muchas estructuras que por sí solas pueden darnos dolor, como son los discos intervertebrales, el hueso (cuerpo vertebral), las articulaciones, los músculos y los nervios. Cada uno de ellos puede tener diferente tratamiento y por tanto es importante poder llegar a un diagnóstico lo más preciso posible. En el caso que nos ocupa el paciente presentaba una discopatía, con lo cual los discos intervertebrales al estar deteriorados no dan el soporte (función de almohadilla) al peso del cuerpo y repercute sobre el mismo disco, y puede afectar a otras estructuras, como era en este caso el músculo. El tratamiento combinado de infiltración del músculo afectado con un relajante muscular y un analgésico mejoró considerablemente al paciente.

El segundo caso de dolor que se ha expuesto era un síndrome de dolor complejo regional tipo I llamado anteriormente distrofia simpático refleja. Las causas pueden ser múltiples pero casi siempre están relacionadas con un traumatismo previo, que en este caso era quirúrgico. La causa es desconocida, pero parece que los pacientes presentan una predisposición especial, ya que algunos de ellos repiten cuadro con otro traumatismo. En otros casos es debido a una evolución tórpida del traumatismo por causas accidentales.

La primera medida, aparte de proporcionar un mayor confort disminuyendo el dolor, es poder realizar una correcta fisioterapia para evitar mayores complicaciones sobre todo de anquilosis. Por tanto, el tratamiento debe ir encaminado a su realización. El bloqueo axilar, al ser un bloqueo simpático y somático, puede ayudar en este sentido y puede realizarse en punción única o dejando un catéter. Si el paciente está ingresado, la realización de la técnica continua será de elección, pero si es en régimen ambulatorio se puede iniciar con bloqueos únicos, y si no mejoran pasar a la técnica continua. En nuestro caso la combinación del bloqueo axilar seguido de tratamiento farmacológico ayudó a la buena evolución del proceso.