

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2005;20:170-2

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente mujer de 76 años de edad que es remitida a la clínica del dolor por su médico de Atención Primaria por dolor lumbar generalizado de años de evolución.

Destaca como antecedentes patológicos:

- HTA en tratamiento con nimodipino.
- Obesidad: talla 1,60 m, peso 85 kg.
- No diabetes, ni asma, ni alergias.
- Epigastralgiyas ocasionales que trata con omeprazol.
- Síndrome depresivo que ella atribuye a la incapacidad que le produce el dolor, sin tratamiento.
- Vive en Barcelona, en un segundo piso sin ascensor, lo que le permite poco salir de casa.
- Anda poco, lo cual hace aumentar aún más su obesidad.

Historia clínica del dolor

Relata que hace aproximadamente unos 10 años inicia dolor en todo el raquis lumbar que con el tiempo ha ido empeorando y exacerbándose. Lo describe como algo que aprieta, comprime, corroe, y en ocasiones pincha. No se irradia hacia las extremidades inferiores. Lo presenta todas las horas del día, pero se exagera con la bipedestación, al andar y al levantarse. Calma con el reposo. No la despierta por la noche, aunque se despierta muchas veces por falta de sueño.

La valoración de la intensidad del dolor global es de 7,5 sobre 10 (EVA) y el test de Lattinen es de 15 sobre 20.

La exploración muestra dorsoflexión y extensión dolorosa, ambas por un igual. Ningún signo de

Lassegue ni Bragard ni Fabere. Palpación dolorosa en espinosas de L3-4-5 al igual que en zona paravertebral bilateral. No alteración de la marcha ni de la sensibilidad. ROT rotuliano y aquileo presentes, aunque disminuidos posiblemente por la edad. Exploración muscular psoas, cuadrado lumbar y piriforme ligeramente positivos todos, pero con poca sensibilidad.

La RM muestra (Figs. 1, 2 y 3):

- Escoliosis lumbar.
- Disminución de la altura de los espacios intervertebrales lumbares, mejor evidenciada en el segmento L2 a L5 por degeneración-deseccación.
- Anterolistesis leve de L4 con respecto a L5.



Figura 1.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 2.



Figura 3.

- Cambios osteoligamentarios hipertrófico-degenerativos de las articulaciones interfacetarias que agregan un componente de estenosis transversa del canal y de los recesos laterales.

Tratamiento y conducta a seguir

Dada la múltiple enfermedad del raquis con una exploración física no determinante se decide iniciar tratamiento con analgésicos del segundo escalón. Pautamos: paracetamol 1 g/8 h + tramadol a dosis escalonadas hasta llegar a 150 mg/12 *retard* + TENS en zona lumbar + citalopram 20 mg/día.

A los dos meses del tratamiento farmacológico que fue bien tolerado, la EVA había descendido a 4,5 sobre 10 (anteriormente era de 7,5) y había también mejorado la movilización (andaba más y mejor). No obstante, no creímos oportuno aumentar más la medicación o pasar a opioides más potentes, sino realizar técnicas intervencionistas que también pueden ayudar a su enfermedad álgica del raquis lumbar. Actualmente, está pendiente de ellas.

CASO 2

Paciente varón de 48 años de edad que es remitido a la clínica del dolor por algias en pierna izquierda.

Presentaba como antecedentes patológicos y personales:

- Alergia a la penicilina y sulfamidas.
- Neumonía hacía 2 años.
- Fumador de un paquete al día.
- IQ: colestitis por laparoscopia hacía cinco años.
- No alteraciones psicopatológicas destacables.
- Trabaja de carpintero, con lo cual pasa muchas horas en bipedestación. Actualmente de baja laboral, pero es autónomo.

Historia clínica del dolor

Inicia hace dos meses y de forma súbita cuadro de dolor lumbar que irradiaba por toda la pierna izquierda llegando hasta el maléolo. Era más intenso el dolor en la pierna que en la zona lumbar y lo describía como una corriente eléctrica. Era un dolor constante que no cedía con ninguna postura. Acudió a un traumatólogo que le recetó reposo más Incitan® inyectable. Con ello mejoró aproximadamente un 50% durante un mes, pero recidivó el dolor con las mismas características e incapacidad, por lo que fue derivado a la clínica del dolor.

En nuestra primera visita se le objetivó un signo de Lassegue y Bragard positivos en pierna izquierda. Dorsoflexión dolorosa y puntos gatillo en zona

paravertebral L4-5-S1 izquierda. La sensibilidad y la fuerza se mantenían intactas.

El TC mostraba una hernia discal no extruida en L4-5 izquierda.

El tratamiento consistió en la realización de un bloqueo selectivo de la raíz L4-5 izquierda con corticoides más 3 ml de suero fisiológico. La técnica se realizó sin incidentes y bajo visión radiológica (por escopia). En la figura 4 se observa la técnica del bloqueo, viéndose tras la administración de contraste la raíz correspondiente a L4-5 izquierda.

El dolor desapareció paulatinamente tras la realización de la técnica descrita.

Comentarios

El dolor lumbar es multifocal y en muchas ocasiones difícil de diagnosticar, ya que no encaja la clínica, la exploración y las pruebas complementarias. Por tanto, el tratamiento en ocasiones también tiene que ser multifocal y por etapas. Cuando el dolor puede tener un foco o punto diana a tratar, las técnicas intervencionistas nos van a ser de gran utilidad, ya que con una o dos infiltraciones logramos tratar el dolor, pero cuando la enfermedad es múltiple el tratamiento farmacológico se convierte en un puntal importante de tratamiento.

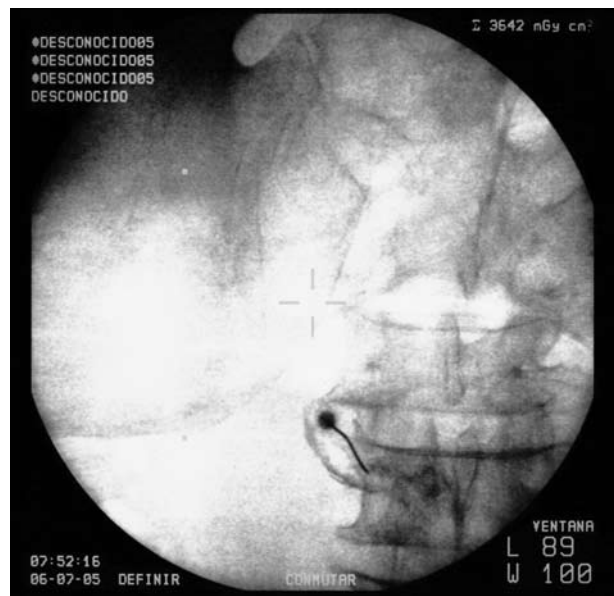


Figura 4.

Lo cierto es que en muchas ocasiones el dolor lumbar con o sin irradiación se convierte en un reto para las Unidades de dolor por su dificultad de diagnóstico y tratamiento.