

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2005;20:233-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente mujer de 40 años que es remitida por el servicio de cirugía ortopédica, a través de interconsulta hospitalaria, a la unidad de dolor, por presentar dolor muy intenso (EVA de 8-9) en la mano derecha, de 15 días de evolución, que no cedía a pesar de los tratamientos instaurados.

En la anamnesis destacaba como antecedentes: una intervención de liberación del nervio mediano derecho bajo anestesia axilar de plexo braquial, hacía 15 días, por presentar un síndrome del túnel carpiano grave de 1 año de evolución. A los 2 días de la intervención quirúrgica inició un cuadro de dolor intenso y edema en mano y muñeca, que le impedían conciliar el sueño. Acudió al servicio de urgencias y se le instauró tratamiento con metamizol y diclofenaco. A los 15 días, dada la persistencia del dolor, el aumento del edema y la aparición de hiperestesia y alodinia, se solicitó interconsulta urgente a nuestra unidad.

En la exploración se destacaba edema importante (Fig. 1), enrojecimiento, calor y parestesias intensas, que la paciente las refería «como fuego». No toleraba el roce de la ropa y mantenía la mano derecha sujeta con la otra mano en señal de protección para que nadie le tocara la mano afectada. Refería que presentaba «descargas eléctricas» en toda la mano, con irradiación a toda la extremidad superior derecha. Desde la intervención no podía conciliar el sueño y presentaba un cuadro de gran ansiedad.

Ante el antecedente quirúrgico y el inicio del cuadro de forma tan aguda, después de una intervención de síndrome de túnel carpiano, la sospecha diagnóstica fue de síndrome de dolor regional complejo (SDRC) tipo II (causalgia), posiblemente de causa yatrogénica, por lesión del nervio mediano.

Se consultó con el equipo quirúrgico y se decidió solicitar un EMG urgente.

El EMG demostró que existía una axonotmesis o neurotmesis del nervio mediano a nivel de la rama motora tenar y de la rama sensitiva para el segundo espacio interóseo de la mano derecha.

Dado el dolor tan intenso que presentaba la paciente, se le colocó un catéter axilar conectado a una bomba de perfusión continua. Se administró como anestésico local ropivacaína al 0,33%, a una velocidad de 2 ml/h. Asimismo, se prescribió amitriptilina 25 mg/d, clonacepam 0,5 mg por la noche y gabapentina a dosis iniciales de 400 mg/d y aumentos progresivos según tolerancia hasta 1.800 mg/d.

Una vez realizada la EMG, se decidió una nueva intervención quirúrgica practicándose la exoneurólisis extensa del nervio mediano en muñeca y sus ramas terminales en mano. La anestesia se realizó mediante el catéter axilar colocado previamente, que se mantuvo durante 15 días después de la segunda intervención.



Figura 1. Paciente con edema importante en mano derecha, afectada de SDRC tipo II. Como antecedente destacaba una intervención de síndrome de túnel carpiano en la que se produjo una lesión yatrogénica del nervio mediano.

Además, se intensificó el tratamiento farmacológico con amitriptilina 50 mg/d y gabapentina 800 mg/8 h. A los 3 días de iniciado el tratamiento combinado, el dolor mejoró notablemente (EVA 2-3), permitiendo la fisioterapia activa. Los síntomas vasomotores prácticamente desaparecieron con el bloqueo simpático y, además, mejoró notablemente la calidad del sueño. El catéter se mantuvo 3 semanas durante las cuales la paciente realizaba dos sesiones de rehabilitación activa y pasiva intensa cada día. A los 8 días las parestesias habían mejorado significativamente, permitiendo a la paciente dormir varias horas seguidas. Pasadas las 3 semanas, la paciente continuaba con el dolor bien controlado (EVA de 3), se retiró el catéter axilar, manteniéndose el tratamiento farmacológico y asociando tramadol a dosis de 200 mg/d y se continuó con la fisioterapia.

A los 5 meses, la paciente presentaba un buen control de dolor con EVA de 2-3, por lo que se comenzó a reducir progresivamente la gabapentina, amitriptilina y tramadol, hasta suspenderlos definitivamente a los 8 meses de iniciado el cuadro clínico, sin reaparición de la clínica 1 año después.

CASO 2

Paciente de 69 años, remitida a la unidad de dolor por la unidad de cirugía de cadera tras sustitución protésica por coxartrosis derecha invalidante. En el postoperatorio inmediato la paciente presentó signos clínicos de parálisis incompleta del tronco ciático que fueron etiquetados como axonotmesis producida por tracción durante el acto operatorio. A partir de la primera semana de la intervención, sin que se produjesen signos de reinervación espontánea, la paciente inició un cuadro de dolor en reposo, progresivo, con crisis álgidas lancinantes y parestesias que se distribuían por la cara posterior de muslo y por toda la pierna y pie derecho. Se instauró tratamiento con AINE y se inició tratamiento rehabilitador. A partir de la segunda semana el cuadro de parálisis no experimentó variación, si bien el dolor fue incrementándose, haciendo casi imposible cualquier maniobra de fisioterapia tanto activa como pasiva. Durante la tercera semana, a pesar de que se objetivaron signos de recuperación del CPE (N. *tibialis*), el cuadro de dolor empeoró haciendo imposible el sueño y creando un estado de grave irritabilidad en la paciente.

Durante la exploración, la paciente estaba en silla de ruedas, con grave rictus de dolor, que se exacerbaba al mínimo intento de palpación, incluso



Figura 2. Fotografía comparativa de ambos pies en paciente con SDRC tipo II. En el pie derecho se aprecia edema con piel brillante y tensa. Cambios leves de coloración de la piel.

superficial, del pie y pierna derecha. La deambulación era imposible por paresia/parálisis de la musculatura de la pierna y pie, si bien desde hacía unos días era posible la extensión del tobillo, aunque con gran dificultad, ya que el intento provocaba una descarga de «calambres muy dolorosos» mantenida durante varios segundos. Era evidente el edema en dorso del pie derecho, y la piel estaba fría y ligeramente sudorosa en comparación con el pie izquierdo. Se había descartado una trombosis venosa profunda (Fig. 2).

En cuanto a la analítica general, estaba dentro de límites normales en un postoperatorio de artroplastia de cadera. Se le había prescrito tratamiento con Fe^{**} y heparina de bajo peso molecular. La radiología de control de la artroplastia era correcta y no existía dismetría de extremidades inferiores.



Figura 3. A los cuatro meses de instaurado el tratamiento, el edema ha desaparecido y el trofismo del pie es normal.

Estaba pendiente de una EMG para confirmar el tipo de lesión ciática. Se realizaron radiografías comparativas de ambos tobillos y pies y una gammagrafía ósea de miembros inferiores que mostraron la grave asimetría entre ambas extremidades. Así se comprobó una incipiente osteoporosis moteada y una grave hipercaptación en el pie y tobillo derecho.

Dado el antecedente quirúrgico y la evolución del cuadro clínico, la sospecha diagnóstica fue de síndrome de dolor regional complejo tipo II (causalgia).

Una de las más graves complicaciones de la artroplastía de cadera es la parálisis del tronco ciático, generalmente relacionada con el contacto con los separadores durante el acto quirúrgico. En algunos casos, a la secuela temporal o no de la parálisis, se une la aparición de un cuadro doloroso por desaferenciación que hace muy difícil, o incluso imposible, establecer cualquier tipo de fisioterapia postoperatoria. Este cuadro doloroso, cuando se desencadena, requiere establecer con precocidad el diagnóstico ante la posibilidad de que se trate de un SDRC tipo II (causalgia). En caso de que, como en esta paciente, se confirme el cuadro por el antecedente y la clínica, deberán instaurarse de inmediato terapéuticas específicas para este tipo de dolor neuropático grave.

Dada la rápida instauración del cuadro doloroso y su gravedad, que afectaba seriamente a la situación clínica del proceso de recuperación de la paciente, se optó, de entrada por el tratamiento con bloqueos epidurales con anestésico local (bupivacaína al 0,125%, 10 ml), con intervalo semanal durante 6 semanas. Se asoció, además, tratamiento con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina 25 mg/noche) y antiepilépticos (gabapentina 400 mg/d de inicio hasta 2.400 mg/d), obteniéndose el control satisfactorio del dolor a las 4 semanas de iniciado el tratamiento farmacológico y los bloqueos simpáticos epidurales. A pesar de ello, se mantuvieron las mismas dosis durante 4 meses (Fig. 3). Este tratamiento farmacológico se mantuvo a dosis descendentes durante el quinto y sexto mes. Los posteriores controles mostraron la remisión definitiva del cuadro doloroso y la reinervación espontánea casi total de la lesión nerviosa.

DISCUSIÓN

La IASP define el SDRC como «variedad de condiciones dolorosas de localización regional, poste-

riores a una lesión, que presentan predominio distal de síntomas anormales, excediendo en magnitud y duración al curso clínico esperado del incidente inicial, ocasionando con frecuencia un deterioro motor importante, con una progresión variable en el tiempo». La diferencia entre el SDRC tipo I (DSR) y el SDRC tipo II (causalgia) radica en la presencia en esta última de la lesión de un nervio periférico.

El SDRC tipo I reconoce habitualmente un antecedente o factor desencadenante de origen traumático, como esguinces articulares de tobillo y muñeca, las lesiones por aplastamiento, las inmovilizaciones prolongadas. Otros pacientes reconocen un antecedente de traumatismo quirúrgico, de mayor o menor intensidad y localizado en la región afectada, habitualmente en las partes acras de la extremidad. Otra de las causas puede ser el accidente vascular cerebral o miocárdico, la ingesta de fármacos como los tuberculostáticos, los barbitúricos o la ciclosporina.

El SDRC tipo II presenta, como antecedente obligado, la lesión parcial o total de un tronco nervioso periférico o una de sus ramas terminales.

Las manifestaciones clínicas principales del SDRC tipo I y II son: dolor, edema, alteraciones vasomotoras y tróficas, limitación articular y atrofia muscular.

La aparición de dolor lancinante grave, diurno y nocturno, junto con disestesias y parestesias en mano y muñeca tras una intervención de la mano o de la pierna y pie tras una intervención compleja de cadera o pelvis, nos debe hacer sospechar la existencia de una lesión de tronco nervioso.

Este dolor asociado a cambios tróficos en piel y edema de partes acras nos debe orientar hacia un síndrome de dolor regional complejo tipo II (causalgia) por lesión de tronco nervioso.

El diagnóstico del SDRC se realiza fundamentalmente por la anamnesis y la exploración física, si bien algunas exploraciones complementarias pueden ayudar al diagnóstico diferencial con otros síndromes de dolor grave. El diagnóstico puede ser corroborado por la radiología y la gammagrafía, si bien no son de esperar cambios importantes en las fases precoces. En el SDRC tipo II, el EMG nos dará información sobre el tipo y gravedad de la lesión nerviosa desencadenante del cuadro clínico.

El tratamiento debe ser precoz. De la precocidad del tratamiento dependerá en gran parte el pronóstico y el resultado, ya que, como en todos los dolores neuropáticos, la cronificación del pro-

ceso doloroso se acompaña habitualmente de resultados insatisfactorios.

El enfoque terapéutico debe ser multidisciplinar e individualizado, incluyendo rehabilitación, bloqueos simpáticos, farmacoterapia y apoyo psicológico.

Dentro del tratamiento farmacológico, se pueden utilizar diferentes grupos de fármacos. Para el control del dolor urente continuo se pueden utilizar antidepresivos tricíclicos tipo amitriptilina, y el dolor lancinante paroxístico se trata habitualmente con antiepilépticos tipo gabapentina, pregabalina o to-

piramato. El tramadol puede ser útil en algunos casos de SDRC tipo II (causalgia), pero muchos pacientes requieren tratamiento con opiáceos mayores tipo morfina, fentanilo, oxicodona o buprenorfina.

Además del tratamiento farmacológico, son eficaces en las fases iniciales del cuadro clínico los bloqueos simpáticos de la extremidad afecta con anestésicos locales, ya sea un bloqueo del ganglio estrellado o del plexo braquial en la extremidad superior o bloqueo epidural en la extremidad inferior.