

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2006;21:56-8

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 35 años edad que consulta por dolor en extremidad inferior derecha, pero básicamente en tobillo y pie.

No presentaba ningún antecedente patológico de interés, salvo que estaba intervenido de una herniorrafia derecha desde hacía tres años.

Entre sus antecedentes personales laborales, destacaba que era camionero, pero llevaba un año de baja laboral por el dolor.

Historia del dolor

Se remontaba hacía un año, cuando jugando a fútbol se lesionó el tobillo derecho. En la radiografía de control no se observó una fractura, pero sí una lesión ligamentosa con un importante hematoma de la zona. Se inmovilizó con yeso durante tres semanas, pero a los diez días tuvo que acudir a Urgencias por intenso dolor en la zona maleolar acompañado de gran edema en pie. La coloración era correcta. Se retiró el yeso y se colocó un vendaje en pie, tobillo, hasta rodilla para seguir inmovilizando la zona. Así estuvo durante tres semanas. Al retirar el vendaje, se observó que la zona maleolar y el pie seguían hinchados, más enrojecidos y con intenso dolor al intentar movilizar la zona.

El primer tratamiento fue iniciar técnicas de fisioterapia más un antiinflamatorio.

El segundo fue añadir calcitonina y seguir con fisioterapia.

Con ello fue remitiendo ligeramente la impotencia funcional, pero no el dolor, lo que imposibilitaba bastante ir avanzando con las técnicas de fisioterapia.

Por tal motivo, tras casi un año del traumatismo, fue remitido a la clínica del dolor.

Exploración

A su ingreso en la Unidad se objetiva pie derecho edematoso, más caliente y sudoroso comparado con el otro lado. Tenía que deambular con muletas. Presentaba también un desánimo por los acontecimientos y miedo a perder el trabajo. La radiografía acompañante sólo mostraba ligeros signos de osteoporosis.

La intensidad del dolor era 5,6 en reposo y 9 al movimiento.

Tratamiento

Se hizo una pauta de tratamiento del siguiente modo:

- AINE.
- Gabapentina 1.800 mg/día.
- Bifosfonatos.
- Bloqueos del sistema nervioso simpático.

Se realizó un bloqueo selectivo del simpático lumbar. Abordamos los ganglios de L3 y L4 derechos, primero con anestésico local: ropivacaína 0,5% 5 ml en cada ganglio.

La técnica empleada es como sigue:

Paciente en decúbito prono con una almohada debajo del abdomen. Monitorización y vía venosa permeable.

Colocamos un termómetro en el pie afecto para medir la temperatura al inicio y final.

Se localiza por radioescopia los cuerpos vertebrales de L3 y L4. Se oblicua el Rx unos 15-20° hacia la derecha con el fin de que desaparezca la apófisis transversa y en el punto de unión del cuerpo vertebral con la apófisis justo por debajo de ella será por donde vamos a introducir la aguja de 12 mm, 22G (Fig. 1). Una vez introducida unos 4-5 cm, coloca-

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 1. Colocación de la aguja en la posición oblicua del aparato de radioescopia. Visión túnel.



Figura 2. Posición del Rx lateral y la aguja avanza hasta llegar a la parte anterior del cuerpo vertebral.



Figura 3. Difusión del contraste en la parte anterior del cuerpo vertebral. No se desplaza hacia la línea media.

mos el Rx en posición lateral y vamos avanzando la aguja hasta pasar justo el cuerpo vertebral (Fig. 2). Allí inyectamos 1-1,5 ml de contraste y observamos que no se desplaza hacia la línea media, sino que queda bañando la parte anterior del cuerpo vertebral (Fig. 3).

Si lo hacemos con la aguja y el aparato de radiofrecuencia a este nivel podemos estimular de forma sensorial o motora. Nos servirá para observar que no hemos lesionado el nervio genitofemoral (parestias en ingle).

En un primer bloqueo utilizamos anestésico local: ropivacaína 0,5%, 5 ml en cada espacio.

A los 10 minutos el paciente relató aumento del calor en tobillo y pie con un aumento de la temperatura de 5°.

A las 24 horas aún existía el calor, la disminución de la sudoración y una analgesia aproximada del 60%. EVA al andar: 5,3.

Cuando disminuya el efecto, se efectuará una lesión del ganglio con radiofrecuencia.

CASO 2

Paciente varón de 77 años que fue remitido a la clínica del dolor por el Servicio de Traumatología por canal lumbar estrecho.

Entre sus antecedentes patológicos destaca:

- HTA en tratamiento.
- Cardiopatía isquémica, con un triple *by-pass* Acoronario hacía ocho años. Actualmente, estaba asintomático. Recibía tratamiento con AAS 100 mg/día.
- Adenoma de próstata.

Como antecedentes personales, estaba jubilado y vivía con su mujer en un piso sin ascensor (primer piso).

Historia del dolor

Desde hacía unos cinco años que el paciente padecía cuadros de lumbalgia e iban remitiendo con reposo y AINE. En los últimos dos años había aparecido dolor en las EEII con el movimiento, al andar. El paciente fue solventando el problema descansando cada 500 metros aproximadamente. Pero con el tiempo la distancia que podía andar se fue haciendo menor y la claudicación en los últimos tiempos era de unos 50-100 metros y recuperaba poco con el reposo.

Fue visitado por un traumatólogo que le solicitó una RM, evidenciándose varios procesos degenerativos que provocaban una estenosis del canal lumbar. Barajando la edad del paciente y su enfermedad asociada, se decidió no intervenir quirúrgicamente y fue remitido a la clínica del dolor.



Figura 4. Colocación de la aguja bajo visión túnel en el triángulo inferior del cuerpo vertebral, con el Rx en oblicuo.

La exploración del raquis lumbar era anodina, pero el paciente mostraba una clara clínica de claudicación neurógena, ya que la exploración vascular (era un paciente coronario) también fue negativa.

Se inició tratamiento con gabapentina hasta dosis de 2.400 mg/día, pero no notó ninguna mejoría y los efectos secundarios fueron relevantes (somnolencia y vértigos); por tal motivo se le informó de las pocas posibilidades intervencionistas de las que disponemos para la estenosis de canal, pero el paciente estuvo de acuerdo en someterse a dichas técnicas.

La primera fue la administración de corticoides por vía epidural lumbar. Las dosis fueron de 60 mg de triamcinolona depot vehiculizada con ropivacaína al 0,1% 6 ml. Tuvo una mejoría aproximada del 30-40%, pudiendo andar mejor y recuperando también mejor. A los cuatro meses volvió a empeorar y se le realizó una radiofrecuencia pulsada del ganglio de L4 derecho (era la zona más dolorosa).

La técnica es como sigue: paciente en decúbito prono con una almohada bajo el abdomen. Monitorización y vía venosa permeable. Se localiza el nivel del raquis deseado por radioescopia. Se oblicua unos 15-20° para exponer mejor el triángulo inferior del cuerpo vertebral. A 1 mm por debajo del pedículo se introduce una aguja de 100 mm con punta roma (mejor) y punta activa de 100 mm con imagen túnel (Fig. 4). Se coloca la escopia en posición lateral para visualizar la



Figura 5. Posición del Rx en lateral y colocación de la aguja en el cuadrante posterosuperior del foramen.

aguja dentro del foramen. Debe estar en el cuadrante posterosuperior (Fig. 5).

A este nivel, se estimula: sensorial (50 Hz), dando unas parestesias semejantes al dolor, pero en el caso del paciente fueron unas parestesias en la zona.

Se realizó la lesión con radiofrecuencia pulsada (40 voltios, 42 °C, 120 minutos).

A los cinco días, el paciente inició mejoría de su sintomatología, con menos claudicación, que perdura al mes de haber realizado la técnica.

Comentarios

Las técnicas invasivas en el tratamiento del dolor crónico, realizadas en pacientes indicados para ellas y con visión directa por radioescopia, son una alternativa de tratamiento a diferentes enfermedades cuya terapia oral no es posible. Requieren de una serie de premisas que deben ser seguidas con rigurosidad:

- Deben estar indicadas.
- Debemos haber realizado una curva de aprendizaje.
- Debemos conocer sus complicaciones y saberlas solucionar.
- El paciente debe dar su consentimiento informado.