

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2007;22:59-61

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 15 años sin otros antecedentes patológicos que su enfermedad oncológica: diagnosticada de tumor de Wilms hacía 2 años y desde hacía 2 meses se le diagnosticaron metástasis a nivel óseo (fémur derecho).

Inicialmente fue tratada con opioides orales: parche de fentanilo que se inició con 12 µg/3 d y se llegó a los 45 días hasta 50 µg/3 d, pero el alivio del dolor era escaso (EVA de 8-9). El dolor era predominantemente en toda su extremidad inferior derecha tanto en reposo como, mayoritariamente, al movimiento.

Evaluada nuevamente la paciente, se decide la realización de una cordotomía percutánea con radiofrecuencia a nivel cervical alto (C1-C2). Tras localización, primero por visión directa mediante radioscopia y contraste del ligamento dentado (Figs. 1 y 2) y posteriormente por estímulo sensitivo de la zona álgica en el haz espinotalámico izquierdo (contralateral), se realizó la lesión de

90° durante 1 min, presentando analgesia completa inmediatamente después de la lesión. No presentó ninguna complicación añadida y se pudo retirar la analgesia con opioides sistémicos.

Discusión

Para el correcto manejo del dolor oncológico es imprescindible el conocimiento y aplicación adecuada de los tres primeros escalones analgésicos de la OMS y de las diferentes técnicas del cuarto escalón.

Dentro de ellas se incluyen las técnicas ablativas como la cordotomía cervical alta, que es efectiva en el alivio del dolor en un 90% de los pacientes.

La cordotomía consiste en la interrupción del haz espinotalámico que discurre en el cordón anterolateral de la médula espinal. Se realiza de forma percutánea con radiofrecuencia a nivel cervical alto (C1-C2) o a cielo abierto mediante técnica microquirúrgica a nivel dorsal (D1-D2). Produce una pérdida de la sensibilidad nociceptiva y térmica en



Figura 1.



Figura 2.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

el hemicuerpo contralateral y por debajo del nivel donde se efectúa la lesión. Está indicada en pacientes con dolor oncológico unilateral y por debajo del diafragma y, por supuesto, que no responden a fármacos analgésicos.

Aunque parezca un método muy destructivo y con complicaciones importantes, una correcta indicación y aplicabilidad puede mejorar tanto el dolor como la calidad de vida del paciente. Debemos, por lo tanto, tenerla presente en el arsenal terapéutico de los pacientes oncológicos.

Bibliografía

1. Jackson MB, Pounder D, Price C, Matthews AW. Percutaneous cervical cordotomy for the control of pain in patients with pleural mesothelioma. *Thorax* 1999;54:238-41.
2. Mullen S. Percutaneous cordotomy. *J Neurosurg* 1971;35:360-6.
3. Cerdá Olmedo G, Monsalve V, Mínguez A, Valla JC, De Andrés J. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:225-33.

CASO 2

Paciente de sexo femenino de 76 años de edad que es remitida a la clínica del dolor por el servicio de respiratorio debido a intensas algias cervicales y dorsales.

A destacar como antecedentes patológicos:

- Alérgica a las pirazolonas.
- HTA moderada tratada con dieta.
- No cardiopatías.
- Alteración importante del flujo aéreo, presentando hipoxemias diurnas y nocturnas.
- Síndrome de Ondina. Precisa oxígeno domiciliario por las noches.
- Historia antigua de cólicos nefríticos. Actualmente asintomática.
- Intervenida hace años de meniscopatía izquierda y una histerectomía vaginal.

Actualmente en tratamiento con O₂ + Ventolín + Foxamax + calcio + vitamina D.

Su historia de dolor se inicia hace aproximadamente unos 6 meses en que se exagera su dolor cervical y dorsal. Presentaba con anterioridad algias en dicha zona pero de leve-moderada intensidad.

El dolor se centra en la zona de C5-6-7 y D6-7, aproximadamente, en la zona central del raquis

mencionado. No acostumbra a irradiarse hacia otras estructuras.

Es un dolor sordo, molesto, que se exagera enormemente con los movimientos de andar, y entonces lo describe como algo muy pesado en la espalda (como si llevara una pesada mochila). No aumenta con la respiración profunda ni con la tos. Calma al estar sentada o en la posición de decúbito. No toma actualmente ninguna medicación para su dolor (reacia a tomar medicación por su proceso respiratorio).

EVA: 8.

A la exploración observamos:

- Cifosis dorsocervical.
- No puntos de dolor en los músculos superficiales cervicales ni torácicos.
- Limitación al movimiento de lateralización y dorsoflexión del raquis cervical, pero no es doloroso.
- Dolorimiento a la presión en los cuerpos vertebrales de las últimas cervicales y primeras dorsales.
- Raquis lumbar normal.

La radiografía de la zona afectada muestra:

- Hundimiento de los cuerpos vertebrales a nivel de D5 y D7, tanto en la proyección de anteroposterior como lateral (Figs. 1 y 2).

Con el diagnóstico de dolor por hundimiento de cuerpos vertebrales posiblemente antiguos se inició tratamiento con paracetamol 1 g/8 h + TENS (estimulación eléctrica transcutánea): dos canales, parámetros convencionales, baja intensidad, alta frecuencia, 1-1,30 h 3/d. Se recomendó que lo utilizara al andar.

A los 30 días de tratamiento la paciente presenta un EVA de 4, por lo que se decide dejar tratamiento con TENS sólo al andar, y descansando cuando la paciente lo crea oportuno.

Dejamos paracetamol 1 g de rescate.

Discusión

Las fracturas-hundimientos vertebrales ocasionan intenso dolor y comprometen seriamente diferentes funciones del paciente, pero básicamente la respiración, aunque no era el caso de la paciente que nos ocupa, donde repercutía en su quehacer diario ya que no podía deambular. El tratamiento se basa



Figura 1.

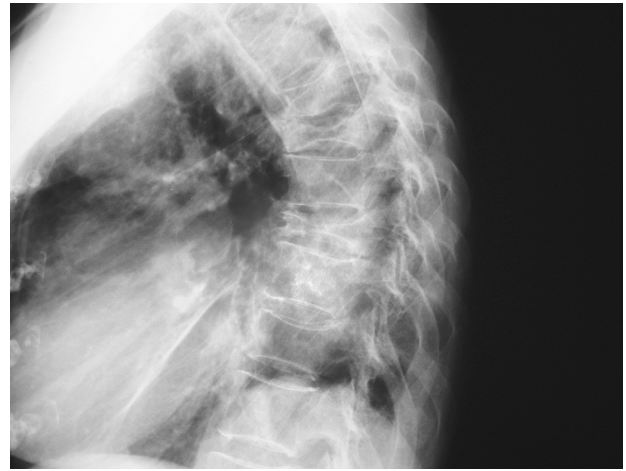


Figura 2.

en analgésicos más técnicas estimulativas (TENS) más intervencionismo: vertebroplastia o cifoplastia. Todos los tratamientos tienen sus indicaciones y/o contraindicaciones. Así, en nuestra paciente los analgésicos AINE y/u opioides estaban contraindicados por su enfermedad respiratoria, y las técnicas intervencionistas (vertebro o cifoplastia) no se pudieron recomendar por tener varios niveles lesionados

y por ser hundimientos antiguos. También su enfermedad respiratoria hizo que se obviarán estos procesos que requieren anestesia general.

Por lo tanto, dada la posible efectividad analgésica y las escasas complicaciones, el tratamiento con TENS debe tenerse siempre presente en estos pacientes.