

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2007;22:234-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 70 años, varón, que realiza una consulta a la unidad del dolor por presentar dolor invalidante en raquis cervical, de 5 meses de evolución, tras caída casual con traumatismo de baja energía.

A la exploración destaca una rigidez de cuello, que el paciente atribuye a su enfermedad de base y a un leve aplastamiento del cuerpo de C6, diagnosticada mediante radiología y RM cervical hacía 1 mes, sin signos de inestabilidad con una corrección mínima de la lordosis cervical y sin evidencia de compresión del cordón medular (Fig. 1).

Se le practicaron de inmediato radiología y TC cervical.

La imagen radiológica de perfil muestra una rectificación de la lordosis cervical y una calcificación/osificación de los ligamentos longitudinales anterior y posterior a nivel de toda la columna, compatible con espondilitis anquilosante. No se apreciaron alteraciones valorables en el resto de las estructuras óseas y discales, cervical y torácica proximal. Los agujeros de conjunción se mostraban libres y la médula cervical con señal normal.

En una nueva RM practicada, a nivel del segmento C5-C6 se aprecia la existencia de una diástasis anterior, básicamente en C6, que sugiere una

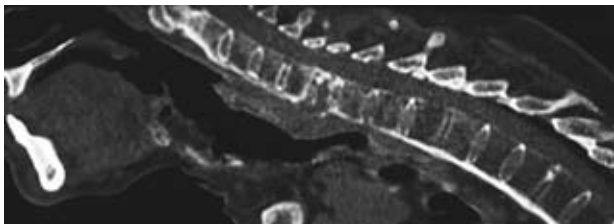


Figura 1. RM cervical que muestra una corrección de la lordosis cervical sin evidencia de compresión del cordón medular.

fractura por hiperextensión que afecta tanto al cuerpo como al arco de la vértebra C6, en fase de consolidación, en el contexto de una espondilitis anquilosante (Fig. 2).

Se trataría, pues, de una fractura de estrés en el contexto de una columna rígida en la que, por el retraso del diagnóstico y el no establecimiento de una pauta de reposo, son evidentes signos de posible movilidad del foco o de fenómenos isquémicos a nivel de la fractura que serían compatibles con una seudartrosis o retardo de consolidación de la misma.

El dolor, referido a los territorios de ambos trapecios, era manifestado como muy intenso (VAS 8-9) en cuanto el paciente levantaba la cabeza de la cama y le hacía imposible «el mirar los semáforos». El dolor, de 5 meses de evolución, había empeorado en el último mes e irradiaba a ambos brazos acompañándose de parestesias y discreta disminución de la fuerza en ambas EESS, con una dudosa hipoalgesia en territorio C7 derecho.

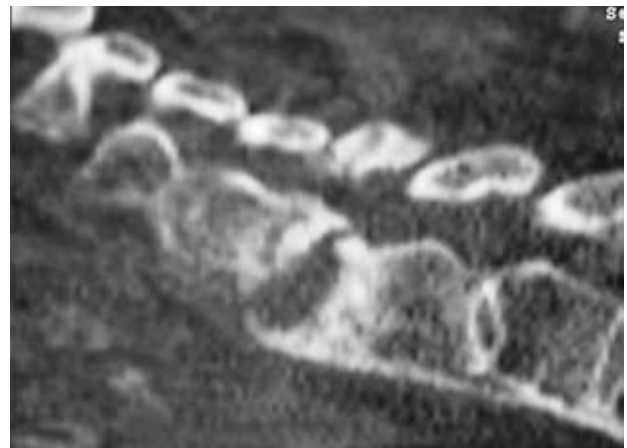


Figura 2. Fractura por hiperextensión que afecta tanto al cuerpo como al arco de la vértebra C6, en fase de consolidación, en el contexto de una espondilitis anquilosante.

No se obtuvieron alteraciones de los reflejos sensitivocutáneos ni tendinosos.

El paciente es portador de un collarín cervical que no le reduce el dolor y ha seguido tratamiento farmacológico en los últimos 3 meses con diclofenaco, paracetamol y omeprazol. Le pautaron tramadol, que tuvo que suspender por náuseas intensas.

En nuestra unidad se pautó tratamiento con fentanilo transdérmico a dosis de 25 µg/72 h, clonacepam a dosis de 0,5 mg/noche, y gabapentina a dosis de 400 mg/noche a dosis crecientes hasta 1.200 mg/d, manteniendo el resto de los fármacos.

Se instauró también tratamiento con iontoforesis diaria que se mantuvo durante 15 días. Posteriormente, se aumentó la gabapentina a dosis de 2.000 mg/d y se fue reduciendo el diclofenaco, sustituyendo por ibuprofeno a dosis de 600 mg/8 h.

Al mes de iniciado el tratamiento, el paciente había mejorado el dolor, presentaba un VAS de 4. Se mantuvo el tratamiento durante 3 meses y, posteriormente, se fueron reduciendo los fármacos de forma lenta y progresiva ante la mejoría del dolor.

CASO 2

Paciente de 56 años, varón, administrativo, que nos es remitido a la unidad de dolor por presentar dolor intenso (VAS 7-8), de 2 años de evolución, en ambos hombros y región cervical bilateral, relativa-

mente bien controlado hasta hace 8 meses con AINE y paracetamol.

A la exploración destaca una rigidez de cuello que el paciente atribuye a su enfermedad de base, una espondilodiscitis anquilosante, de la que fue diagnosticado hace 16 años. Aporta radiología y RM cervical que muestra una corrección mínima de la lordosis cervical, sin evidencia de compresión del cordón medular.

Se le había practicado recientemente radiología cervical de control que mostraba una rectificación de la lordosis cervical y una calcificación/osificación de los ligamentos longitudinales anterior y posterior a nivel de toda la columna, compatible con espondilitis anquilosante (Figs. 3 y 4). Los agujeros de conjunción se mostraban libres y la médula cervical con señal normal.

El dolor en los territorios de ambos trapecios y miembros superiores era referido como muy intenso (VAS 7-8), en los últimos 6 meses a pesar de su fidelidad al tratamiento analgésico antiinflamatorio pautado en los últimos 2 años. El dolor había empeorado en los últimos meses, impidiéndole el sueño y provocando un cuadro de ansiedad y depresión. Durante la anamnesis y la exploración clínica realizada en nuestra unidad, el paciente presentó varias crisis de hiperventilación que requirió el tratamiento con ansiolíticos endovenosos.

El dolor, que se extendía a hombros y brazos, se acompañaba de parestesias sin disminución de

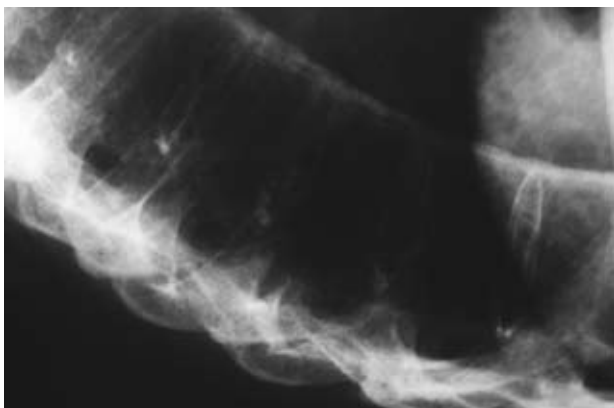


Figura 3. Radiología de perfil de columna cervical de control que muestra una rectificación de la lordosis cervical y calcificación/osificación de los ligamentos longitudinales anterior y posterior a nivel de toda la columna, compatible con espondilitis anquilosante.



Figura 4. Radiología de frente de columna cervical que muestra una calcificación/osificación de los ligamentos longitudinales compatible con espondilitis anquilosante.

la fuerza las EESS. No se obtuvieron alteraciones de los reflejos sensitivocutáneos ni tendinosos.

El paciente había seguido tratamiento farmacológico en los últimos 12 meses con indometacina, diacepam, tramadol y omeprazol. Se le había iniciado tratamiento con gabapentina, que tuvo que suspenderse por presentar efectos secundarios.

En nuestra unidad se le pautó tratamiento con amitriptilina a dosis de 25 mg/d y pregabalina a dosis de 75 mg/d, de forma creciente hasta 150 mg/12 h. Se sustituyó el diacepam por clonacepam a dosis de 0,5 mg/noche, manteniendo el resto de los fármacos.

A los 15 días de iniciado el tratamiento, el dolor había disminuido (VAS 4-5), pero todavía persistían parestesias, por lo que se aumentó pregabalina hasta dosis de 450 mg/d, mantenido el resto de los fármacos.

Al mes de iniciado el tratamiento el paciente presentaba un VAS de 3, podía descansar por las noches y habían reducido las parestesias. Se fue reduciendo el tratamiento con indometacina hasta lograr suspenderlo y se pautó ibuprofeno de rescate, reduciendo el tratamiento con tramadol.

A los 2 meses se redujo pregabalina hasta 300 mg/d, manteniendo el resto del tratamiento hasta los 6 meses, en que se pudo reducir las dosis de todos los fármacos ante la mejoría mantenida del dolor.

DISCUSIÓN

Las características clínicas asociadas a la espondilitis anquilosante son el compromiso del raquis y de las articulaciones sacroilíacas, pudiéndose asociar con una frecuencia alta con el antígeno HLA-B27, en particular en los pacientes de raza blanca, que tienen una tasa positiva de este antígeno aproximadamente en el 95% de los casos. La espondilitis

anquilopoyética afecta a una de cada 2.000 personas. Si bien en el pasado se pensaba que afectaba fundamentalmente a los hombres, los estudios recientes señalan una proporción relativamente equivalente entre sexos, pero con una menor intensidad en las mujeres.

Esta enfermedad compromete en particular las articulaciones sacroilíacas y el raquis, y es el compromiso de las articulaciones sacroilíacas lo que clásicamente se correlaciona con la gravedad de la enfermedad.

El dolor de la espondilitis anquilopoyética es una de las causas de consulta más comunes en estos pacientes, junto con la pérdida de la movilidad o movilidad dolorosa de la columna.

La rigidez y el dolor es especialmente intenso tras los periodos de inmovilización, por lo que los pacientes refieren que necesitan más de 30 min para «entrar en calor» para levantarse. Junto con el HLA-B27, la radiología de sacroilíacas y columna mostrando los signos típicos de fusión son demostrativos de la enfermedad.

El tratamiento habitual son los AINE, en particular la indometacina y el ejercicio regular. El metotrexato también puede ser útil para el control de la enfermedad.

La rigidez progresiva de la columna comporta algunas complicaciones como la compresión radicular y en situaciones excepcionales, la fractura de estrés a nivel de la región cervical baja o lumbar alta.

No es infrecuente que la cronicidad y algunas de las complicaciones a las que hemos aludido hagan difícil o muy difícil el control de los síntomas dolorosos, tanto locales como referidos. La presencia de dolor radicular crónico y grave requiere tratamiento con fármacos antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes y opioides, rehabilitación y psicoterapia.