

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2008;23:69-72

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 75 años remitido a la clínica del dolor por algias torácicas tras presentar una infección por HZ. La evolución del cuadro clínico fue la siguiente:

Inicia 2 meses antes sintomatología de febrícula más dolorimiento en hemitórax derecho, seguido a los 3-4 días de erupción cutánea papulovesiculosa pruriginosa y dolorosa a lo largo del trayecto correspondiente a dermatomas de T4-T6, con escozor importante.

Diagnosticada por su dermatólogo de lesiones por HZ, inició tratamiento antiviral (aciclovir oral) más metamizol. A los 30 días presentaba mejoría del *rash* pero no del dolor, por lo que es remitido a la clínica del dolor.

En la primera visita realizada se objetiva:

Paciente de edad avanzada (75 años) con antecedentes patológicos de HTA, hernia discal no quirúrgica e intervenido el año anterior de cataratas en ojo D.

Presentaba dolor constante sobre la zona afectada por el HZ de las siguientes características:

Elevada intensidad: EVA (escala visual analógica; 0 = no dolor; 10 = máximo dolor) de 8 y test de Lattinen de 16 sobre 20.

Era quemante y lancinante (con descargas eléctricas).

Se acentuaba, sobre todo, por la tarde y noche, hecho que repercutía sobre el descanso nocturno.

Se añadía a este cuadro de dolor y malestar un síndrome depresivo secundario objetivado por la clínica y el test de Goldberg.

A la exploración destacaba:

- Zona de lesiones secundaria a un proceso de HZ en hemitórax de T4-T6 derecho.

- Marcada alodinia (dolor a un estímulo no doloroso, molestando muchísimo el roce de la ropa).

- Hipoestesia 4 sobre 6 en territorio de T4-5-6.

Se le pautó tratamiento oral con:

- Pregabalina a dosis crecientes hasta 150/12 h.
- Duloxetina 60 mg/día.
- Paracetamol con tramadol (325 + 37,5 mg)/6-8 h.

A los 20 días de este tratamiento la EVA había mejorado: era de 5 sobre 10 (con anterioridad era de 8), pero persistía mucho dolor lancinante (unas 10 descargas/día).

Por tal motivo, se le realizaron tres infiltraciones paravertebrales torácicas con ropivacaína al 0,2% 10 ml + Trigon depot 40 mg en cada infiltración (Figs. 1-3). La secuencia de tales infiltraciones fue de 1 semana cada una.

En cada control semanal las descargas o dolor lancinante iba disminuyendo tanto en número como en intensidad.

A las 4 semanas posteriores y habiendo realizado las tres infiltraciones paravertebrales, la EVA era de 4, pero el dolor lancinante era casi inexistente. La clínica que persistía era el escozor, picor y quemazón de la zona.

Se continuó con el tratamiento farmacológico oral.

COMENTARIOS

El dolor suele ser el síntoma más frecuente del HZ, generalmente precediendo días o semanas a la erupción vesicular. En la fase aguda, suelen aparecer pródromos como fiebre, malestar general, alteraciones digestivas..., durante 3-4 días. El dolor,

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

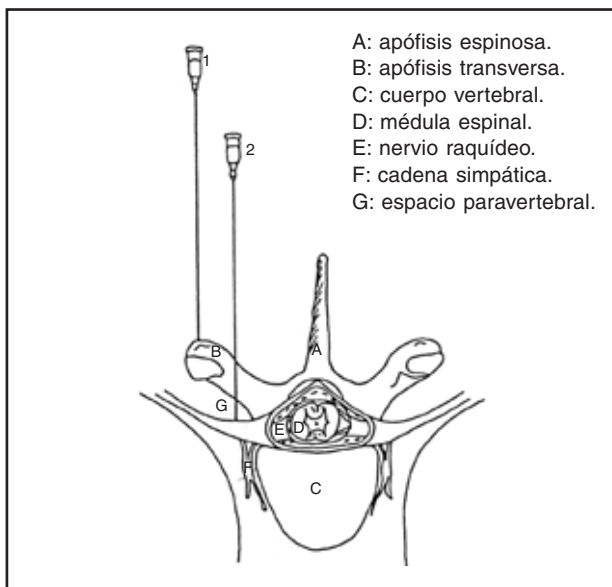


Figura 1. Técnica del bloqueo paravertebral torácico.

que tiene una distribución según el dermatoma afecto, aparece como una sensación de malestar moderado, que se agrava por cualquier estímulo táctil. Alrededor del cuarto o quinto día de evolución, aparecen las conocidas vesículas con su base eritematosa. Muchos pacientes refieren un dolor profundo o quemante, con alteraciones de la sensibilidad táctil (parestesias), que puede ser doloroso (disestesia), con respuestas exageradas a los estímulos (hiperestesia), o bien con dolor provocado por estímulos triviales (alodinia). Los pacientes describen su dolor como «agudo, punzante, cortante y muy pru-



Figura 3. TC torácica donde se observa la difusión del A. local en el espacio paravertebral.



Figura 2. Rx de tórax con contraste en el espacio paravertebral.

riginoso». El dolor lancinante es el trastorno más importante, y en ocasiones es muy intenso.

El curso del HZ suele remitir en 1-2 meses, pero en ciertos casos el dolor y el malestar pueden persistir durante más tiempo, incluso años, desarrollando la complicación más frecuente y asimismo más temida que es la neuralgia postherpética (NPH). El dolor en esta etapa será diferente del descrito para el HZ. Los pacientes describen diferentes componentes de su incomodidad, pero generalmente solemos encontrar:

- Un dolor profundo y quemante.
- Un dolor lancinante y/o cortante, recurrente y de más breve duración.
- Alodinia, descrita por el paciente como una sensibilidad extrema en su piel.

Las alteraciones de las funciones físicas y psicológicas son muy frecuentes, y representan una importante disminución en su calidad de vida.

Dentro del tratamiento del dolor, es básico iniciarlo lo más pronto posible, y se inicia con el tratamiento farmacológico oral.

Las técnicas de infiltración o bloqueos incluyen la infiltración local, bloqueos periféricos o epidurales y bloqueos simpáticos. A pesar de que existen múltiples referencias en la literatura en relación con su utilización, pocos son los estudios debidamente controlados. Varios autores defienden su eficacia tanto en el control del dolor como en la reducción de la incidencia de desarrollo de NPH cuando se aplican durante los primeros 2-3 meses después de la aparición de la erupción (fase del HZ).

Nosotros optamos por un bloqueo paravertebral por ser una enfermedad unilateral (no hace falta el bloqueo epidural) y tener un mecanismo mixto: bloqueo somático y simpático.

CASO 2

Paciente varón de 76 años de edad que consulta por dolor de 1 año de evolución en pierna derecha.

A destacar como antecedentes patológicos:

- Alérgico a las pirazonas.
- HTA moderada tratada con dieta.
- No cardiopatías.
- I. renal leve.

Historia antigua de cólicos nefríticos. Actualmente asintomático.

Diabetes *mellitus* tratada con insulina + dieta.

Intervenido hace años de meniscopatía y hace 1 año de un *bypass* femoropoplíteo derecho.

Actualmente en tratamiento con prostaglandinas + paracetamol + Plavix.

Su historia de dolor se inicia hace aproximadamente 1 año y medio, en que empieza paulatinamente mucho dolor al andar, básicamente en la pierna derecha (pie y pantorrilla), obligándolo a pararse cada 200 m al inicio, y cada vez se iban reduciendo los metros. Al pararse y descansar disminuía el dolor, pero no llegaba a desaparecer. Con el tiempo el dolor se fue haciendo más intenso, la dificultad al andar mayor, y apareció edema y enrojecimiento en EEII ($D > I$).



Figura 4. Inicio de la técnica del bloqueo simpático lumbar guiado por escopia.

Se consultó al servicio de cirugía vascular y se diagnosticó de una arteriopatía ocluyente, siendo intervenido de un *bypass* femoropoplíteo de pierna derecha.

No obstante, a pesar de la intervención (que fue paliativa, pues tenía una vascularización muy precaria), el paciente siguió presentando dolor tanto al andar como en reposo, pero se desestimó, por el momento, otra intervención quirúrgica.

Como la causa que propiciaba el dolor no podía abordarse, éste pasó a ser el primer tratamiento para el paciente a fin de poder aumentar su calidad de vida.

Dado que el paciente ya estaba con paracetamol, se añadió tramadol. Para no empezar con dosis altas se optó por combinar paracetamol 325 mg + tramadol 37,5 mg/6 h, pudiendo tomar hasta 2 comprimidos cada 6-8 h. Con esto el paciente pudo descansar mucho mejor, aunque la claudicación vascular siguió existiendo. Al añadir gabapentina 600 mg/8 h, mejoró ligeramente la claudicación (de EVA 7 a 5).

A los 4 meses volvió a aumentar considerablemente todo el dolor (reposo y movimiento).

Se realizó un bloqueo simpático lumbar selectivo con anestésicos locales (Figs. 4-6), mejorando mu-

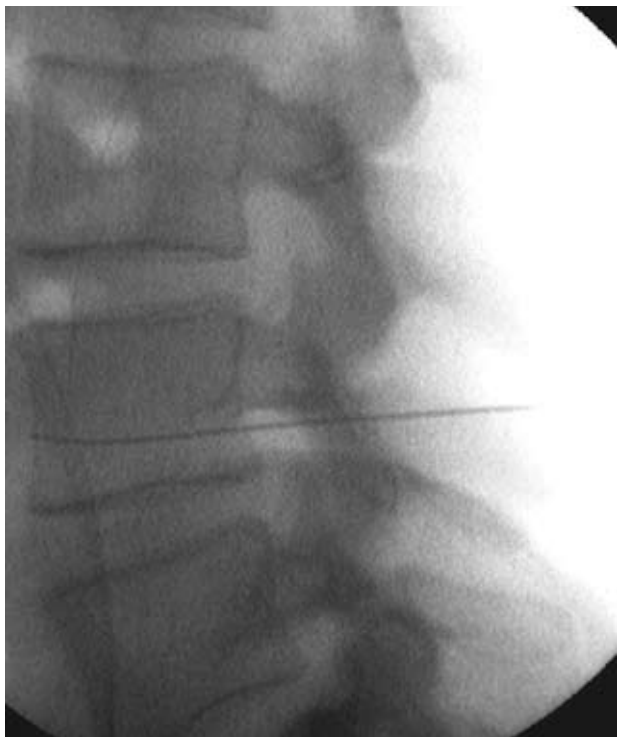


Figura 5. Imagen de radioscopia donde se observa la dirección de la aguja hacia el ganglio simpático lumbar.



Figura 6. Imagen con contraste para comprobar la correcta colocación de la aguja, en la parte anterior del cuerpo vertebral.

chísimo su dolor en el control del mes y 3 meses. Siguió con la medicación descrita anteriormente.

COMENTARIOS

El dolor vascular tiene difícil tratamiento, ya que lo primero para su tratamiento es abordar la causa; pero, en muchas ocasiones, esto no puede realizarse plenamente y el dolor incapacita y, sobre todo,

deteriora mucho la calidad de vida de estos pacientes. Los analgésicos puros serían los indicados al inicio del tratamiento, y siempre debe iniciarse con la menor dosis posible.

Si con ello no es suficiente, puede optarse por seguir aumentando las dosis del tratamiento farmacológico o incluso dar opioides potentes, o añadir un bloqueo simpático con anestésicos locales, neurolíticos (fenol o alcohol) o radiofrecuencia.