

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2008;23:180-2

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 65 años de edad, que presenta como antecedentes una insuficiencia mitral, soplo cardíaco, EPOC grave, hipertensión, intervención de diverticulitis y una escoliosis congénita muy grave, no intervenida (Fig. 1).

Desde la Unidad de Columna del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del hospital, solicitaron una interconsulta a la Unidad de Dolor, ya que no consideraban al paciente tributario de una intervención quirúrgica, dado el alto riesgo anestésico, debido a los antecedentes patológicos que presentaba. En la primera visita que realizamos al paciente, nos refirió un dolor muy intenso en la región lumbar que le irradiaba a la extremidad inferior derecha, con parestesias en esta extremidad (EVA de base de 6 y EVA con la deambulación de 8-9). El dolor se había iniciado hacía tres años, pero se había ido incrementando de forma progresiva, hasta hacerse actualmente insoportable.

Presentaba crisis de dolor diarias muy intensas, que le impedían conciliar el sueño. Había

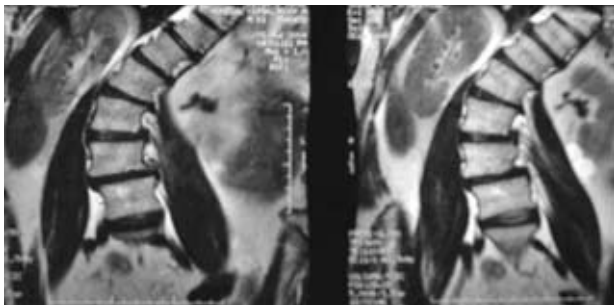


Figura 1. RM en la que se detecta escoliosis muy severa toracolumbar de concavidad lumbar izquierda. Pinzamiento degenerativo de los discos intervertebrales. Protusiones globales L3-L4, L4-L5 y L5-S1. Reducción global de los forámenes de conjunción del segmento L4-S1. Tendencia a la estenosis de canal lumbar con signos de distorsión del saco tecal L4-L5.

recibido tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) sin obtener resultado satisfactorio.

En la exploración, el paciente presentaba dolor lumbar irradiado a la zona inguinal, a la articulación sacroilíaca y a la nalga derecha, acompañado de una gran contractura muscular a nivel lumbar, en forma de unas bandas tensas, por lo que se consideró que el paciente presentaba un dolor de origen miofascial debido a la escoliosis severa, que le provocaba una gran deformidad.

En la primera visita efectuada a nuestra Unidad se le pautó tratamiento con fentanilo 25 mg/h cada 72 h, clonacepam 0,5 mg/día, aceclofenaco 100 mg/día, pregabalina 75 mg/día con aumentos graduales hasta 300 mg/día y omeprazol 20 mg/día.

Con este tratamiento se consiguió una mejoría leve del dolor (EVA 6 con la deambulación), pero persistían crisis de dolor intenso.

Dado que se consideró que la causa del dolor podía ser un síndrome miofascial, se propuso el bloqueo del músculo psoas y cuadrado lumbar, mediante intensificador de imágenes, administrando anestésico local (ropivacaína 0,2%: 10 ml).

A los 15 días acudió al control y, dada la mejoría del dolor (EVA 3 de base y 4-5 con la deambulación), se propuso una infiltración de los mismos músculos con toxina botulínica. Se realizó una segunda infiltración administrando 100 U de toxina botulínica tipo A (Botox®), en cada músculo (Fig. 2).

Al mes, el paciente presentaba una franca mejoría del dolor, lo que permitió la disminución del tratamiento farmacológico. A los cinco meses del bloqueo, el dolor seguía controlado, con un EVA de base de 2 y de 3 con la deambulación, y presentando sólo crisis de dolor de forma ocasional.



Figura 2. Visión A-P: contraste en el músculo psoas.

CASO 2

Paciente varón de 54 años, sin antecedentes patológicos sistémicos a destacar, que acude a la Unidad del Dolor derivado del Servicio de COT del hospital, por presentar dolor muy intenso a nivel lumbar irradiado a extremidad inferior derecha y región inguinal. El paciente había sido intervenido de canal estrecho lumbar en dos ocasiones, hacía 5 y 2 años.

En la primera visita a nuestra Unidad, estaba recibiendo tratamiento con fentanilo transdérmico 25 mg/h/72 h, clonacepam 0,5 mg/día y metami-zol 2 g/8h y a pesar de este tratamiento presentaba un EVA de 6-7.

Refería que, después de la primera intervención quirúrgica de estenosis de canal, permaneció sin dolor durante el primer año, pero después se inició de nuevo dolor intenso, motivo por el cual se propuso la segunda intervención quirúrgica (Fig. 3). Sin embargo, después de la segunda intervención empeoró todavía más el dolor.

En la exploración, el paciente presentaba dolor en la zona lumbar que se irradiaba a la zona inguinal. El dolor le aumentaba con la bipedestación prolongada y la tos. Este dolor le aliviaba al apoyar el tronco. Se diagnosticó de dolor de origen miofas-cial secundario a la instrumentación quirúrgica.

Se propuso el bloqueo del músculo psoas y cuadrado lumbar, con intensificador de imágenes,



Figura 3. Radiología de perfil, de instrumentación posterior de columna lumbar en cirugía de canal estrecho lumbar. Visualización de la aguja en el cuadrado lumbar a la altura de las carillas articulares y en el músculo psoas en el tercio medio del cuerpo vertebral.

administrando anestésico local (ropivacaína 0,2%: 10 ml).

Dada la mejoría obtenida, se propuso realizar un bloqueo con toxina botulínica, asimismo con intensificador de imágenes, administrando 100 U de toxina botulínica tipo A en cada músculo (Botox®) (Fig. 4).

En los controles periódicos posteriores en nuestra Unidad, el paciente nos refirió una gran mejoría del dolor, pudiendo reducir el tratamiento farmacológico y presentando solamente un dolor incidental muy soportable.



Figura 4. En AP, con el contraste, visión de los músculos psoas y cuadrado lumbar.

DISCUSIÓN

El dolor de origen lumbar es una de las patologías más frecuentes que se atiende en las unidades del dolor. Dentro de las causas de este tipo de dolor, destacamos las de origen miofascial.

El síndrome de dolor miofascial (SDM) es un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de dolor regional de origen muscular, localizado en un músculo o grupo muscular. Se acompaña de unos puntos gatillo o *trigger points*, correspondientes a una zona hipersensible de mayor consistencia y cuya palpación reproduce el dolor local y el referido a distancia por el paciente. Estos puntos sirven como prueba de provocación diagnóstica.

Existen muchas causas o factores desencadenantes, favorecedores y perpetuantes del SDM, como pueden ser el *stress* mecánico provocado por trastornos estructurales ortopédicos o hábitos corporales incorrectos, la presión mantenida sobre los músculos, factores nutricionales, factores metabólicos y endocrinos, factores psicológicos y otros.

A nivel de la región pélvico-lumbar, la exploración de la columna se debe realizar siempre valorando la movilidad general de la región lumbar, en todos los posibles movimientos de flexoextensión, rotación y lateralización, ya que de esta forma nos ayudará a

identificar el músculo o músculos afectados; en la zona lumbar es frecuente que la causa que provoque el dolor sea debida a más de un músculo.

En pacientes sometidos a instrumentación quirúrgica previa, es frecuente la afectación del músculo psoas. La afectación del cuadrado lumbar es la causa más frecuente de lumbalgias con componente miofascial, tanto en pacientes con escoliosis intensa como de otras causas.

Para el tratamiento del SDM se pueden combinar diversas técnicas, y el objetivo del tratamiento de este síndrome es la inactivación del punto gatillo y la elongación del músculo hasta su longitud normal.

Una de estas técnicas consiste en la infiltración de estos músculos, primero con anestésico local, que tiene un valor diagnóstico de SDM y en muchas ocasiones proporciona un alivio del dolor de varios meses, y posteriormente se puede realizar una infiltración con toxina botulínica. Se han propuesto dos mecanismos de acción de la toxina botulínica en el dolor miofascial. El primero es el bloqueo de la exocitosis de acetilcolina, que eliminaría la hiperexcitabilidad de la placa motora. El segundo mecanismo sería una inhibición de la liberación de neurotransmisores nociceptivos, que actuaría también sobre el fenómeno de la sensibilización.