

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2008;23:225-8

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente mujer de 42 años que es remitida a la Clínica del Dolor por el Servicio de Oncología para control y tratamiento del dolor.

No presentaba ningún antecedente patológico de interés y su enfermedad actual se había iniciado ocho meses antes al ser diagnosticada de un leiomioma en la región del psoas ilíaco derecho.

Durante estos meses el tratamiento con quimioterapia y radioterapia no había proporcionado una gran efectividad frente al tumor mencionado y por lo tanto el tratamiento que podía ofrecérsele era paliativo sintomático.

En la primera visita a la Unidad del Dolor la paciente relataba unas algias dorsolumbares derechas a modo punzante y opresivas que se irradiaban a lo largo de toda la pierna derecha excepto el pie. Eran más intensas en la zona del muslo y eran también opresivas pero se acompañaban de descargas (dolor lancinante) muy frecuentemente (aproximadamente unas 15 al día).

La valoración de la intensidad del dolor: escala visual analógica (EVA) era de 6,5 en reposo y 10 cuando aparecían las descargas y el tratamiento que llevaba prescrito consistía en morfina de liberación lenta (MST) 30 mg/12 h más diclofenaco 50 mg/8 h. Destacaba como efecto secundario ligera somnolencia desde el inicio del tratamiento con morfina, pero la paciente prefirió no cambiar de fármaco y desestimó la vía transdérmica pues prefería los comprimidos.

Se etiquetó como dolor oncológico de tipo mixto (nociceptivo más neuropático), y se instauró un tratamiento paulatino con amitriptilina 25 mg/12 h, pregabalina hasta 150 mg/12 h y se aumentó la morfina a hasta 60 mg/12 h.

Los siguientes dos meses fueron aceptables en cuanto alivio del dolor aunque se tuvo que ir aumen-

tando las dosis de todos los fármacos, pero pasado este periodo las algias fueron aumentando intensamente a valores iniciales a pesar de la medicación oral, la cual era: MST 100 mg/12 h + pregabalina 300/12 h + amitriptilina 25 mg/12 h.

Por tal motivo, y dado el crecimiento lento pero continuo de la tumoración, se le propuso la colocación de un sistema intratecal totalmente implantado, el cual aceptó previo paso por una dosis test que se realizó con 1,2 mg de morfina en punción única, siendo muy positiva (disminución del dolor hasta niveles mínimos EVA de 1).

El sistema intratecal (bomba Synchroned®) se implantó en quirófano sin incidentes y para la correcta colocación del catéter se precisó visión directa mediante escopia (Fig. 1).



Figura 1. Se observa en esta imagen la correcta colocación del catéter en el espacio subaracnoideo.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 2. Se observa en esta imagen cómo el catéter ha emigrado fuera del espacio subaracnoideo.

Durante los tres meses siguientes se consiguió un buen alivio del dolor (oscilaciones del EVA entre 1-4), primero con morfina intratecal como fármaco único y a los dos meses, y habiendo llegado a unas dosis de 4,5 mg/día de morfina intratecal, se añadió a la solución bupivacaína 2 mg/día, volviendo el dolor a niveles mínimos.

Al mes de esta mezcla, o a los tres meses del implante, la paciente refiere inicio brusco e intenso de sus algias, sobre todo en pierna derecha, que no cedieron al aumentar su dosis intratecal. Se realizó una radiografía de control del catéter mostrándose que éste había migrado fuera del espacio intratecal (Fig. 2).

Por tal motivo fue necesario la recolocación de un nuevo catéter intratecal en el lado contralateral a la tumoración (se mantuvo la misma bomba) para que la paciente pudiera volver a tener una analgesia satisfactoria.

Hasta el fallecimiento de la paciente, 13 meses después del implante, las dosis de fármacos intratecales llegaron a ser de: morfina 11 mg/día + bupivacaína 4,5 mg/día.

COMENTARIO

El dolor oncológico de origen mixto es en muchas ocasiones difícil de tratar por su constante y gran agresividad. Es por este motivo que debemos

recurrir a otras vías de tratamiento que no sea la vía oral. La vía oral es lógicamente la más cómoda para todos, pero en ocasiones su efectividad no cubre todas las necesidades, y si lo hace pueden haber efectos adversos poco tolerados por el paciente, ya de por sí deteriorado por su medicación oncológica o por la radioterapia.

El paso a la vía intratecal no siempre es fácil, ya que estos pacientes van con dosis altas de opioides sistémicos, pero debemos insistir en su uso cuando veamos un dolor de difícil tratamiento y mejora. Es por ello que no debemos esperar a que lleven dosis tan altas de opioides (> 300-400 mg/día) si vemos que con ello va a ser difícil el control del dolor y pasar más rápidamente a la vía intratecal de administración de fármacos.

En cuanto a la paciente descrita, hay dos cosas a comentar:

- No llegamos a dosis muy altas de opioides, en su caso MST, ya que el tipo de dolor hacía prever que sería difícil su control por vía oral. Siempre el resultado es mejor.

- Cuando veamos que súbitamente presenta un aumento injustificado de dolor, debemos revisar el sistema. Siempre daremos un pequeño *bolus*, y digo «pequeño» porque esta paciente llevaba un implante intratecal con una mezcla morfina A local y no se puede hacer un amplio *bolus* con A local por los efectos adversos que ello puede acarrear.

Al realizar la revisión del sistema se observó que el catéter había salido del espacio intratecal, pues la tumoración había crecido en el espacio paravertebral lumbar y había empujado al catéter, por lo que éste se colocó en el lado contralateral a la tumoración (siempre debe ser así).

CASO 2

Paciente varón de 74 años remitido a la Clínica del Dolor por el Servicio de Traumatología por cuadro compatible con una lumbociatalgia.

Destacaba como antecedentes patológicos: no alergias; no cardiopatías; no alteraciones respiratorias, salvo apnea del sueño, teniendo que llevar una prótesis para dormir; no diabetes; accidente vascular cerebral (AVC) transitorio leve hacia 3 años; tumores vesicales que son tratados con cuaterización + quimioterapia (QT) intravesical.

Medicación habitual: AAS 300 mg/día, aclofenaco 100 mg/12 h, pregabalina 150/12 h.



Figura 3. Radiografía simple en posición AP donde se observa: osteoporosis + espondilosis lumbar generalizada, con anterolistesis de L4.



Figura 4. Radiografía simple en posición lateral donde se observa: osteoporosis + espondilosis lumbar generalizada, con anterolistesis de L4.

Como antecedentes personales, jubilado y vive con su mujer en un piso con ascensor. Autónomo en cuanto a sus quehaceres diarios.

La historia de dolor se inicia hace ocho meses cuando súbitamente empieza a notar dificultad al andar por dolor lumbar más radicular EII. Este dolor se iniciaba cuando llevaba 100 m, aproximadamente, pero el camino que podía recorrer cada vez se hacía más corto. En el momento de la visita eran poco más de 10 m. Nunca con anterioridad había presentado un episodio parecido. El dolor cedía al descansar. No dolor en reposo ni en sedestación ni en decúbito.

Al iniciar el tratamiento con pregabalina había mejorado pero sólo transitoriamente. La medicación le proporcionaba un cierto grado de somnolencia interfiriendo muy poco con su actividad diaria. La EVA era de 8,5.

La exploración física era completamente normal.

Las pruebas de imagen mostraban:

– Radiografía simple AP y perfil de columna lumbar: osteoporosis + espondilosis lumbar generalizada, con anterolistesis de L4 (Figs. 3 y 4).

– RM: discopatía y anterolistesis grado III de L4 sobre L5 que condiciona un estrechamiento en los agujeros de conjunción, de predominio del lado derecho con probable afectación de la raíz saliente (Fig. 5).

Con el diagnóstico de claudicación neurógena con importante incapacidad para andar se le realizó un bloqueo epidural vía caudal, administrándose: ropivacaína 0,2% 12 ml con triamcinolona 60 mg. El bloqueo caudal se realizó mediante escopia y administración de contraste para observar la correcta colocación de la aguja. Una vez se visualiza el espacio epidural, se administra lentamente la sustancia descrita (Fig. 6). El procedimiento transcurrió sin incidencias. Previamente se había cambiado el AAS de 300 a 100 mg los 10 días antes de la técnica, y había dado su consentimiento por escrito.

En el control realizado al mes, la EVA, medida en cuánto podía andar sin tener que detenerse, había mejorado hasta 3,5. Esto le permitía andar unos 30 minutos sin pararse, y al hacerlo mejoraba rápidamente. A los tres meses, la EVA era de 4,5. Esto suponía que al andar 30 minutos sin subida le dolían más las piernas pero podía seguir haciéndolo, cosa que al inicio le era imposible.



Figura 5. RM de la columna lumbosacra mostrando: discopatía y anterolistesis grado I-II de L4 sobre L5 que condiciona un estrechamiento en los agujeros de conjunción, de predominio del lado derecho con probable afectación de la raíz saliente.

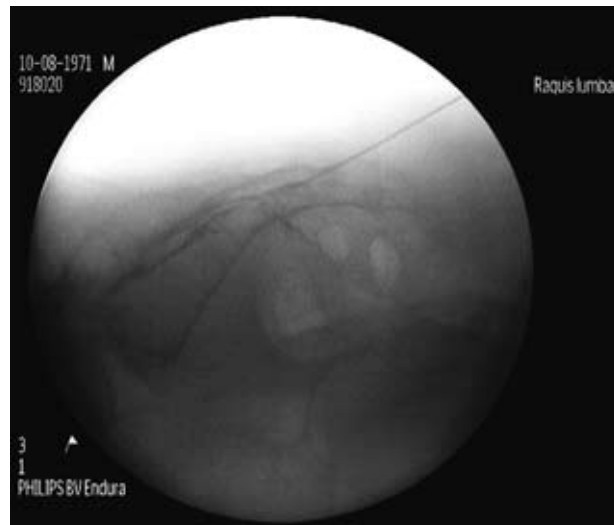


Figura 6. Bloqueo caudal realizado mediante escopia donde se observa: La posición de la aguja y el contraste dentro del espacio intradural.

COMENTARIO

La claudicación neurógena por estenosis del canal es hoy en día una de las enfermedades del caquis lumbar más frecuente entre la población mayor. Esto les produce una gran contrariedad ya que ven muy limitadas sus actividades diarias, al no poder casi andar. Y en muchas ocasiones son personas mayores pero sanas. El tratamiento es quirúrgico, pero debido a la edad, en muchas ocasiones, tanto el cirujano como el paciente rehúsan la intervención.

Los tratamientos que la Clínica del Dolor puede ofrecer:

- Farmacológico: gabapentina o pregabalina a dosis analgésicas y bien toleradas.

- Infiltraciones epidurales vía interlaminar, caudal o transforaminal.

La vía caudal ofrece la ventaja, frente a la interlaminar, que el fluido (A local + corticoide) que administramos difunde mejor al hacerlo de abajo hacia arriba.

La vía transforaminal es utilizada si existe mucho dolor radicular de una metámera específica. En ocasiones encontramos que existe una gran disminución del agujero de conjunción, con ligera compresión de la raíz correspondiente.

La medicación oral es cómoda para el paciente, pero sus efectos adversos, en ocasiones, limitan su uso continuado.