

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2009;24:121-3

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 67 años que acude a la consulta de la unidad del dolor por algias intensas en región sacrococcígea y perineal.

El paciente había sido diagnosticado hacía 2 años de neoplasia de próstata y tratado con hormonoterapia y radioterapia.

Como antecedentes patológicos destacaba exclusivamente un cuadro de depresión reactiva ocasionado por el proceso patológico y el dolor tan incapacitante que presentaba el paciente.

El cuadro de dolor se describía como: algias en la zona sacra, anal y periné que habían aparecido tras la radioterapia. Eran punzantes, quemantes, urentes con sensación de frío en la zona. Aumentaban al caminar y con la sedestación. La intensidad era de 9 sobre 10 en la escala visual analógica (EVA).

Los tratamientos que había realizado en otro centro le proporcionaban graves efectos adversos y, por lo tanto, en la primera visita realizada en nuestra unidad estaba sin tratamiento analgésico.

No obstante, iniciamos tratamiento con: amitriptilina 10 mg/12 h (la iniciamos con 10 mg/noche) + pregabalina 25 mg/12 hasta llegar a dosis de inicio de 75 mg/12 h + oxicodona de liberación lenta 5 mg/12 h. Con este tratamiento estuvo 20 días mejor (EVA 5), pero tras los cuales empezó a iniciar cuadro de somnolencia y mareos, con lo que el propio paciente decidió dejar la medicación. Se reinstauró la oxicodona a dosis muy bajas (5 mg/12 h), que sólo causaron leves efectos adversos, pero tampoco mejoraron sus algias. Dosis superiores ya no fueron toleradas. Se realizó un bloqueo del ganglio hipogástrico con anestésico local con escasa mejoría de sus algias.

Ante la imposibilidad de tratar el dolor con medicación se pensó en la posibilidad de la realización

de la estimulación continua de las raíces sacras (S3) bilateral.

Se informó al paciente de la técnica y posibilidades de remisión o alivio de sus algias y la poca experiencia que a nivel de la literatura mundial existe con esta técnica y dolor. Firmó el documento de consentimiento informado.

La técnica se realizó del siguiente modo: en quirófano se colocó al paciente en decúbito prono y se localizó por escopia el agujero sacro de S3, marcándose, por lo tanto, la vía de abordaje. Se introdujo la aguja de punción, introductor (Figs. 1 y 2), y se colocó el electrodo en la región (trayecto) de la raíz de S3, primero de un lado y luego del otro. Se fue comprobando por escopia la correcta colocación de los dos electrodos (Figs. 3 y 4). Una vez colocados los electrodos se realizó la estimulación para comprobar que abarcaba la zona donde el paciente presentaba dolor, tras lo cual se conectaron a un generador externo durante 1 semana.

Se instruyó al paciente y familiares acerca del manejo de la estimulación y fue dado de alta a las 24 h. Tras 1 semana de implante provisional el paciente estaba mucho mejor de sus algias (EVA 4), podía andar más y se procedió al implante definitivo.

Tras 4 meses del implante el paciente presenta el mismo alivio del dolor (EVA 4).

Comentario

Las técnicas de implante (estimulación y fármacos intratecales) son la última elección de tratamiento, pero en ocasiones muy necesarias para poder proporcionar un mayor confort y alivio del dolor al paciente.

Se optó por la estimulación de las raíces sacras, ya que sólo es estimulación y evita dar medicación al paciente. El problema encontrado en este paciente en concreto con esta técnica es que él sigue

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

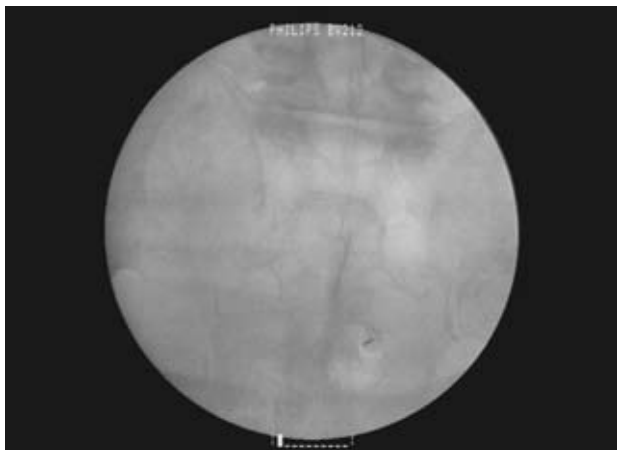


Figura 1. Colocación de la aguja e introductor en el agujero sacro de S3.

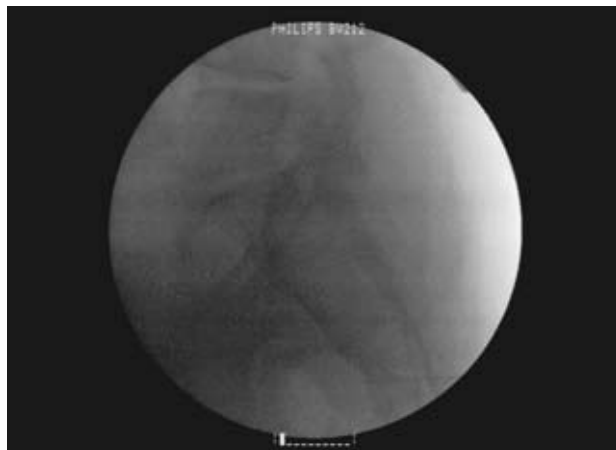


Figura 2. Colocación de la aguja, introductor para colocación del electrodo sacro.

notando un estímulo en una zona álgida, y esto hace que no esté asintomático. No presenta el mismo tipo de dolor, no tiene descargas, ni dolor en zona acra, ni quemazón, pero persiste sensación desagradable en la zona y una frialdad constante.

No obstante es una buena opción de tratamiento para los pacientes que no toleran la medicación oral.

CASO 2

Paciente mujer de 36 años que es remitida a nuestra unidad del dolor desde su médico de atención primaria por intensas algias lumbares irradiadas a extremidad inferior derecha.

No tenía ningún antecedente patológico de interés y trabajaba de maestra. Se encontraba de baja laboral desde hacía 1 mes, lo cual la angustiaba enormemente. Era soltera y compartía piso con una amiga.

El dolor que presentaba era de origen lumbar, con episodios de lumbalgia desde hacía 3 años, y últimamente se había convertido en un proceso constante. En los últimos 2 meses el dolor se irradiaba hacia la pierna derecha hasta el pie, motivo de su baja laboral. Ella describía el dolor radicular más intenso que el lumbar y más insoportable. Se había convertido en un dolor sordo continuo acompañado de descargas al andar. La EVA era de 8,5 sobre 10.

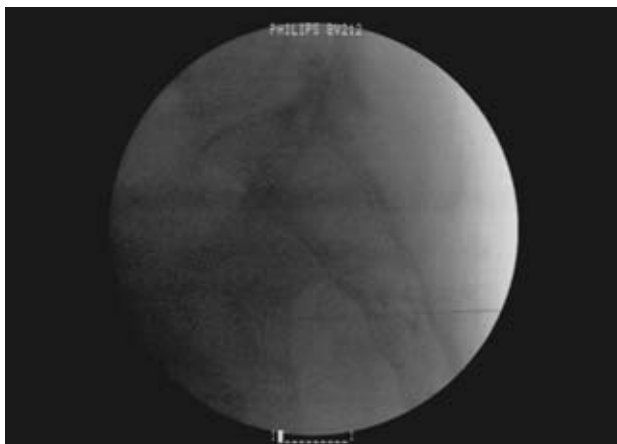


Figura 3. Visualización de un electrodo sacro.

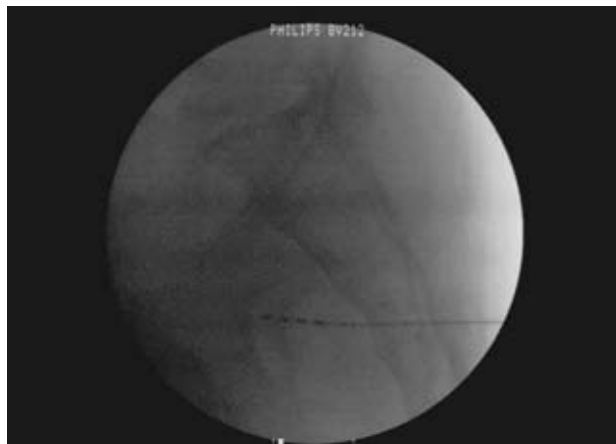


Figura 4. Visualización de los dos electrodos a nivel sacro.



Figura 5. Colocación de la aguja en visión túnel en el triángulo inferior de L4.

También presentaba un cuadro de ansiedad acompañando al proceso de dolor.

A la exploración física se evidenciaba: Lasègue+ a 20° D, Bragard+ D, Fabere-, no alteración de la sensibilidad, ligera disminución de la fuerza en pierna D. Los reflejos estaban presentes y simétricos al igual que los pulsos pedios.

La resonancia magnética mostraba una discopatía grado III a nivel L4-L5, con disminución del agujero de conjunción y posible compresión de la raíz correspondiente.



Figura 7. Visualización de la raíz de L4-5 al administrar contraste.

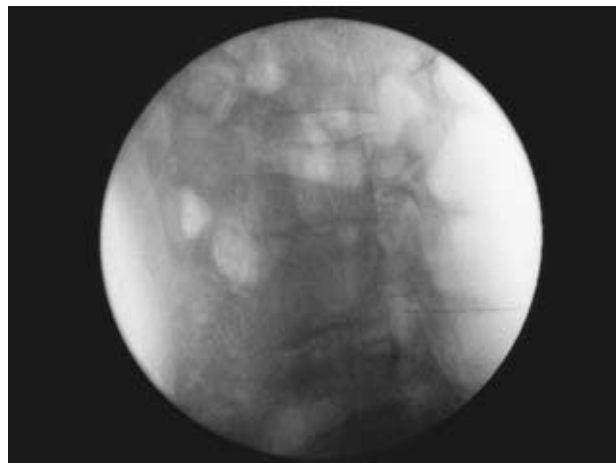


Figura 6. Visualización de la correcta posición de la aguja en el agujero de conjunción L4-5.

El tratamiento que llevaba pautado desde hacía 2 meses era: ibuprofeno 600 mg/8 h + pregabalina 150 mg/12 h. Con ello las descargas habían disminuido ligeramente (EVA 6,5). No se pudo aumentar más la medicación por cuadro de vértigos.

Se le explicó las técnicas disponibles y, tras la firma del consentimiento informado, se realizó una radiofrecuencia pulsada del ganglio dorsal de L4 + infiltración de la raíz L4-L5 con ropivacaína al 0,2% 1 ml + Trigon 40 mg. La técnica se realizó con el paciente en decúbito prono y escopia en oblicua 15° del lado ipsilateral. Se localizó la raíz por estímulo sensitivo y motor y administración posterior de contraste, tal como muestran las figuras 5, 6 y 7.

Tras la técnica y en los días sucesivos la paciente mostró una franca mejoría del dolor radicular (EVA 1), pero el dolor lumbar fue aumentando de intensidad debido a su discopatía L4-L5.

Comentario

Las técnicas disponibles para el dolor radicular son la administración de corticoides *depot* cerca de la estructura nerviosa irritada. En el caso de una raíz lumbar las vías de abordaje serían la epidural translaminar, la caudal y la transforaminal. Si se realizan las tres por visión directa del *target*, ya sea por escopia o tomografía computarizada, con cualquiera de las tres podemos obtener buenos resultados. En nuestro caso optamos por la vía transforaminal debido a la compresión que se ejercía sobre la raíz.