

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2009;24:253-5

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 68 años remitido a la clínica del dolor desde el servicio de traumatología por presentar dificultad a la marcha.

Antecedentes patológicos

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) sin precisar oxígeno domiciliario.
- Adenoma de próstata.
- Cervicalgias de repetición, pero sin precisar tratamientos invasivos. Mejoran con rehabilitación.
- No alteración del aparato cardiocirculatorio.

Clínica del dolor

El paciente presenta desde hace unos 10 meses dolor en ambas extremidades inferiores (EEII) coincidiendo con la marcha, es decir, presenta una claudicación neurógena a los 100 m. El dolor que presenta es de alta intensidad (escala visual analógica [EVA] 8) y le obliga a parar de golpe y sentarse durante unos 15 min hasta poder andar otra

vez. Pero cuando reanuda la marcha el dolor en ambas EEII reaparece mucho antes.

Este dolor el paciente lo describe como un gran peso y hormigueo en las EEII.

La resonancia realizada por el médico de asistencia primaria mostraba una estenosis del canal lumbar mayoritariamente en los niveles L3-4 y L4-5.

El tratamiento realizado con anterioridad no lo había mejorado, y por este motivo fue derivado a la clínica del dolor. Este tratamiento era: ibuprofeno 600 mg/8 h y gabapentina 600 mg/8 h. El servicio de traumatología prefiere evitar la cirugía por los riesgos que puede conllevar.

Con el diagnóstico de claudicación neurógena por estenosis del canal lumbar se le propone al paciente realizar una infiltración a nivel de la zona estenosada vía caudal. Tras firmar el documento de consentimiento informado se le realizó la técnica indicada, que consistió en el abordaje de la zona lumbar vía caudal. Se utilizó la aguja de Raj con catéter estimulable. Al llegar al espacio deseado se realizaba una imagen con contraste para visualizar la correcta posición del catéter (Figs. 1-4).



Figura 1. Abordaje por vía caudal con la aguja de Raj.



Figura 2. Introducción del catéter y colocación a ambos lados de la columna lumbar.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

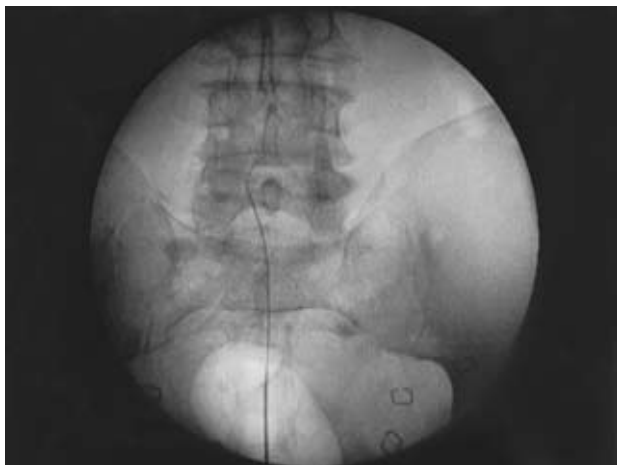


Figura 3. Introducción del catéter y colocación a ambos lados de la columna lumbar.



Figura 4. Visualización de la raíz L4-5 y colocación del catéter en espacio superior.

Al control realizado al mes de la infiltración el paciente relataba que la claudicación había casi desaparecido, en el sentido de que cuando había andado unos 300-400 m aparecían ligeras algias en EEII pero no le obligaban a parar, y si lo hacía se recuperaba rápidamente.

CASO 2

Paciente varón de 50 años que acude a la clínica del dolor por intensas algias en extremidad inferior izquierda.

Antecedentes patológicos

- Alergia al contraste yodado.
- Lumbalgias de repetición desde hacía 10 años pero nunca había irradiado a las EEII.
- Deportista de elite, jugador de hockey sobre patines hasta los 38 años.

Consulta en la clínica del dolor

Coincidiendo con un cuadro de lumbalgia aguda de 10 días de evolución presenta un dolor en pierna izquierda que ha ido progresando en 48 h convirtiéndose en insoportable e impidiendo la deambulación.

Se objetiva dificultad a la marcha pero por dolor, ya que la fuerza estaba conservada, así como la correcta movilidad del pie afecto. El dolor era constante, con exacerbaciones a modo de corriente eléctrica abarcando el territorio de la zona lumbar paravertebral izquierda hasta la rodilla. No llegaba

al pie. Se irradiaba por la parte lateral y un poco anterior del muslo. No cedía con pauta analgésica habitual (antiinflamatorios no esteroideos [AINE] + paracetamol).

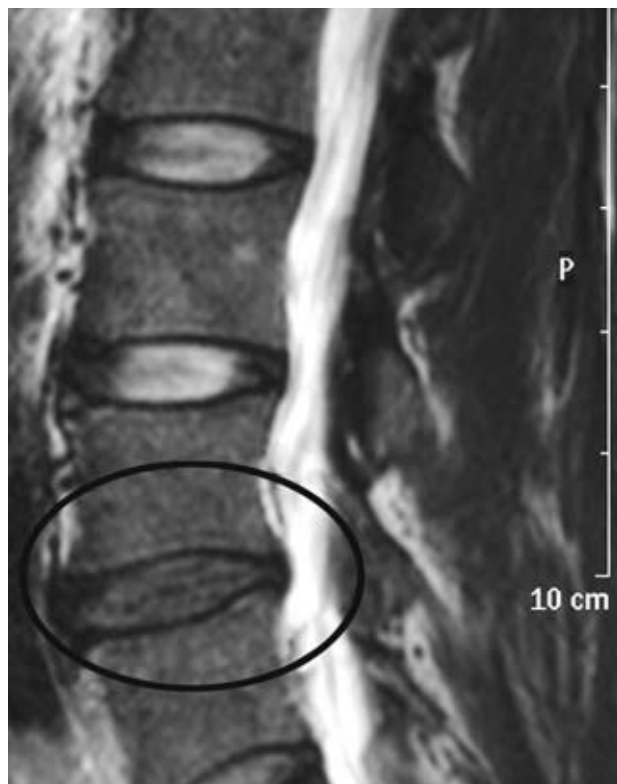


Figura 5. Imagen de RM lumbar en un corte sagital donde se observa la degeneración discal L4-5.

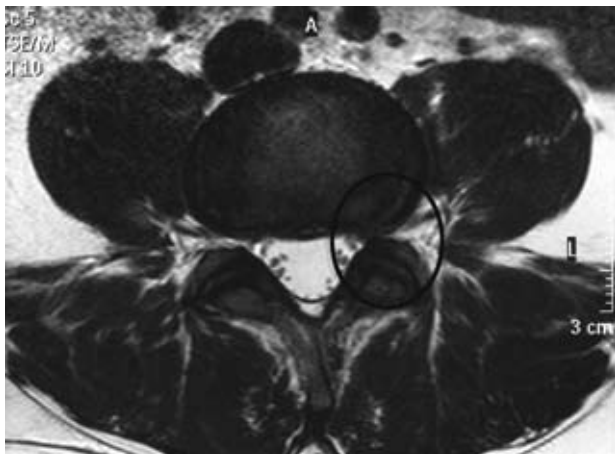


Figura 6. Imagen de RM en un corte axial donde se observa estenosis foraminal izquierda con afectación de la raíz emergente.

A la exploración se objetivó:

- Dorsoflexión dolorosa ++.
- Dorsoextensión dolorosa +.
- Lasègue izquierdo + a 40°.

- Bragard ++.
- No disminución fuerza.
- No alteración de la sensibilidad (prueba alfilerazo).
- Punto gatillo muy doloroso en zona de cresta ilíaca izquierda.

La resonancia magnética nuclear (RM) presentaba:

- Degeneración discal, con abombamiento de L4-5.
- Grave estenosis foraminal L4 izquierda con compromiso radicular L4 izquierda (Figs. 5 y 6).

Con el posible diagnóstico de dolor radicular por irritabilidad raíz L4-5 izquierda por la profusión del disco se realiza la administración epidural de corticoides vía translaminar sin incidencias. El procedimiento se realizó en dos ocasiones separadas 10 días entre ellas.

A los 30 días posproceso el paciente se encuentra asintomático y realiza vida normal.