

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2010;25:118-20

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 63 años, varón, con antecedentes patológicos de poliartrosis, hernia de hiato y carcinoma basocelular en la cara.

Acudió a urgencias de nuestro hospital en diciembre de 2007 por dolor y quemazón en cara anterior de tercio distal del muslo derecho y cara anterior de rodilla (escala visual analógica [EVA] 8). Refería lumbalgia mecánica persistente de unos 10 días de evolución que había mejorado con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y analgésicos.

La exploración física efectuada en urgencias no mostró signos de tensión radicular lumbosacra (Lasègue y Bragard negativos), balance muscular en las extremidades inferiores (EEl) normal (5/5) pero con reflejo rotuliano derecho disminuido. Orientado como probable radiculopatía L3-L4 derecha de origen lumbar alto, fue remitido a la unidad del dolor para corroborar el diagnóstico y plantear tratamiento.

Al ingreso en la unidad del dolor y tras corroborar la hiporreflexia del tendón rotuliano derecho, se repitió la exploración física en la que se apreció la existencia de un signo de Lasègue invertido derecho. El resto de la exploración física demostró la existencia de una hipoestesia en cara anterointerna del tercio distal del muslo derecho, corroborando el diagnóstico de radiculopatía L3-L4 por probable compromiso radicular lumbar alto. La radiografía que aportaba de urgencias mostraba la existencia de signos de espondilodiscartrosis toracolumbar desde T12-L3. La analítica general era normal.

Se instauró tratamiento analgésico con gabapentina a dosis crecientes, hasta 400 mg/8 h y tramadol a dosis crecientes hasta 50 mg/8 h y clonacepam 0,5 mg noche.

Para completar el diagnóstico se solicitó una resonancia magnética (RM) toracolumbar que mostró la ocupación del receso lateral derecho L3 con com-

promiso de la raíz L3 derecha por probable fragmento herniario extruido y migrado distalmente (Fig. 1).

Ante la persistencia del dolor en muslo se realizó un bloqueo epidural L2-L3 con triamcinolona 80 mg y ropivacaína 0,2%, 8 ml, con mejoría parcial del dolor. A la semana se aumentó tratamiento con gabapentina 600 mg/8 h, y se repitió el mismo bloqueo que logró reducir en 24 h el EVA a 4-5.

A los 15 días, en una situación clínica satisfactoria, se practicó el tercer y último bloqueo epidural. El control a la tercera semana del último bloqueo, mostró la desaparición completa de las molestias lumbares y un EVA referido a muslo de 3-4 que desaparecía en reposo. Se redujo la gabapentina 400/12 h durante 3 meses más hasta el alta definitiva de la unidad del dolor.



Figura 1. RM lumbar que muestra la ocupación del receso lateral derecho L3 con compromiso de la raíz L3 derecha por probable fragmento herniario extruido y migrado distalmente.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

CASO 2

Paciente de 58 años, varón, metalúrgico, que nos fue remitido a la unidad del dolor por presentar dolor intenso (EVA 7-8), de 3 años de evolución en región lumbar y ambos miembros inferiores, con parestesias en ambos muslos y sensación de pérdida de fuerza en ambos cuádriceps. Había seguido tratamientos de rehabilitación con resultados irregulares.

A la exploración destacaba una rigidez de columna toracolumbar que el paciente atribuía a una hernia discal L4-L5 diagnosticada hacía 2 años. Aportaba radiología y RM lumbar que mostraba una espondiloartrosis y un botón herniario L4-L5.

El paciente había seguido tratamiento farmacológico en los últimos 12 meses con indometacina, diazepam, tramadol y omeprazol. Se le había iniciado tratamiento con gabapentina que tuvo que suspender por presentar efectos secundarios.

En nuestra unidad se le realizó una exploración física que no demostró signos irritativos ni deficitarios para las raíces L4-L5 y S1 y sí una hipoestesia en la cara anterior del muslo así como una maniobra de Lasègue invertido muy dolorosa y una hiporreflexia rotuliana bilateral.

Ante la sospecha de una compresión medular o radicular lumbar alta se solicitó una RM toracolumbar que mostró la coexistencia de una doble hernia discal a nivel T12-L1 y L4-L5 en el contexto de una espondiloartrosis generalizada (Fig. 2).

Se pautó tratamiento con amitriptilina a dosis de 25 mg/día y pregabalina a dosis de 75 mg/día, de forma creciente hasta 150 mg/12 h, y clonacepam a dosis de 0,5 mg por la noche, manteniendo el resto de los fármacos analgésicos que el paciente utilizaba.

Se le solicitó entonces una electromiografía (EMG) que corroboró la radiculopatía L3-L4 bilateral.

A los 15 días de iniciado el tratamiento, el dolor había disminuido (EVA 5-6), y todavía persistían parestesias, por lo que se aumentó pregabalina hasta dosis de 450 mg/día, manteniendo el resto de los fármacos.

Se realizó entonces una primera infiltración epidural a nivel L2-L3 con triamcinolona 80 mg y ropivacaína 0,2% 8 ml.



Figura 2. RM de columna toracolumbar demostrando la existencia de una doble hernia discal a nivel T12-L1 y L4-L5 en el contexto de una espondiloartrosis generalizada.

Al mes de iniciado el tratamiento el paciente presentaba una EVA de 3-4, podía descansar por las noches y habían reducido las parestesias. Se practicó entonces una segunda infiltración epidural y se fue reduciendo el tratamiento farmacológico hasta lograr suspenderlo y se pautó ibuprofeno de rescate.

A los 2 meses se redujo pregabalina hasta 300 mg/día, manteniendo el resto del tratamiento hasta los 6 meses en que se pudo reducir las dosis de todos los fármacos ante la mejoría mantenida del dolor.

DISCUSIÓN

Las radiculopatías más habituales afectan a las raíces del plexo lumbosacro y se traducen clínicamente por cialgias. La existencia de dolor lumbar asociado a dolor y parestesias en cara anterior de

muslo, sobre todo si es bilateral, tiene que hacernos pensar en fenómenos de compresión más alta, en la charnela toracolumbar y en la región lumbar alta.

No es excepcional que las RM lumbares dejen sin evidenciar estos niveles, por lo que es la anamnesis cuidadosa y la exploración física del plexo lumbar la que nos permitirá orientar la necesidad de disponer de información de RM desde T11-S1. Ése fue el caso de nuestro segundo paciente. Las parestesias en muslo y la disminución de los reflejos rotulianos nos orientaron hacia una radiculopatía lumbar alta, y así lo hicimos constar en el informe de petición de la RM.

Debemos recordar que el dermatoma L4 por lesión L3-L4 se extiende por la cara anterointerna del muslo y la cara anterior de la rodilla. Coexiste en la radiculopatía crónica una paresia del cuádriceps y la hiporreflexia o abolición del reflejo rotuliano y

el déficit funcional al agacharse y levantarse con apoyo monopodal.

En esta radiculopatía, descrita como cruralgia, debe hacerse el diagnóstico diferencial de las trocanteritis y bursitis del trocánter mayor, del síndrome de los aductores del muslo, de los dolores de la coxartrosis incipiente, de las tendinitis del recto anterior del muslo y, evidentemente, de las radiculopatías L4-L5 y L5-S1.

La maniobra de Lasègue invertido debería realizarse ante cualquier sospecha de radiculopatía de origen vertebral lumbar y, asimismo, debería realizarse sistemáticamente la exploración de la sensibilidad cutánea de la cara anterior del muslo así como de los reflejos osteotendinosos rotulianos.

El diagnóstico del nivel de compresión radicular permite, sobre todo en los casos de hernias a doble nivel, orientar correctamente el tratamiento, sobre todo si se plantea el bloqueo epidural.