

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2010;25:182-4

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente mujer de 35 años que es remitida a la clínica del dolor desde el servicio de ginecología por algias en región perineal.

Antecedentes patológicos

Alergia a la penicilina y derivados.

Alergia a los corticoides. Relataba *rash* cutáneo tras una administración intramuscular de un corticoide por un cuadro de lumbalgia.

Operada de una fractura bimalleolar en pierna derecha hacía 5 años.

Antecedentes personales

Estaba casada y con un hijo de 1 año.

Vivía en un piso de propiedad con ascensor.

Trabajaba de administrativa en una empresa de cosméticos. No estaba de baja laboral.

Dolor

La paciente en cuestión presentaba desde hacía 1 año y coincidiendo con el parto dolor en la zona perianal derecho < izquierdo.

Tras un largo parto vaginal la paciente inició cuadro de dolor quemante, punzante y que apretaba continuamente en la zona descrita. Se acompañó durante tiempo de incontinencia urinaria. Escala visual analógica (EVA): 9. Latinen: 15.

El dolor se exacerbaba con la deambulación y al rato de estar sentada. Cedía ligeramente con la posición en decúbito.

Se inició tratamiento con pregabalina a dosis crecientes hasta 150/12 h (si se aumentaba aparecían efectos indeseables como somnolencia y mareo) y amitriptilina 10 mg/noche.

Con ello el dolor punzante disminuyó en tres puntos de la EVA, pero seguía con intensa quemazón.

Se decidió infiltración para test diagnóstico del nervio pudiendo derecho con la siguiente técnica:

Paciente en decúbito prono con una almohada debajo crestas ilíacas. Se localizó mediante escopia (Rx) cresta ilíaca y la espina del ciático del lado afecto. Para mejor visualización el arco de la radioscopia debe oblicuarse unos 10-15° del mismo lado a realizar la técnica. Una vez localizado introdujimos una aguja de 10 cm hasta hacer contacto óseo en la espina del ciático, conectamos el aparato de radiofrecuencia para buscar estímulo sensitivo a 20-30 hertz, haciendo pequeños movimientos con la aguja. Cuando la paciente notó bien el estímulo en la zona del dolor, administramos 5 ml de ropivacaína al 0,375% (Figs. 1 y 2).

Hicimos control del grado de analgesia a la hora, 2 h y 1 semana de realizada la técnica.

La paciente presentó muy buena analgesia a la hora, 2 h y durante las primeras 72 h. Luego reinició algias en la zona, pero ya eran de menor intensidad. EVA: 6.

Utilizando la misma técnica descrita y aparataje se realizó una radiofrecuencia pulsada del nervio pudendo durante 4 min + 5 ml de ropivacaína al 0,375%.

A los 2 meses de la técnica la paciente refería un alivio del 80% de sus algias iniciales.

Si en los nuevos controles el dolor vuelve a aumentar de intensidad se repetirá la técnica.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

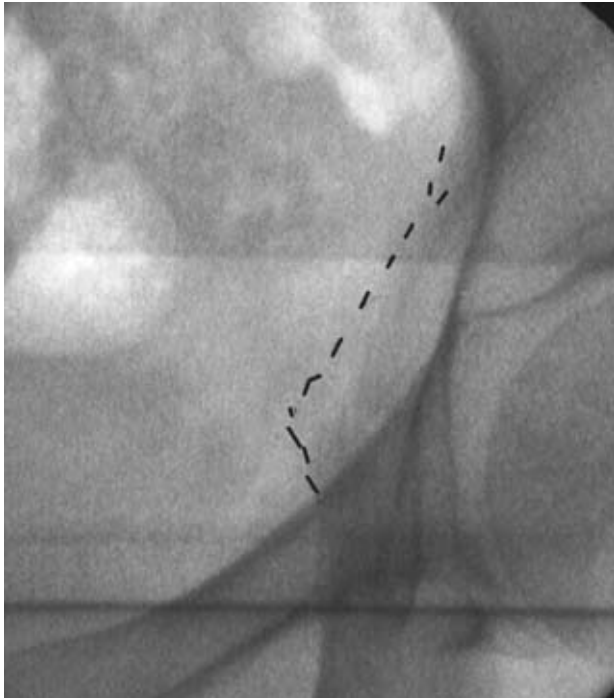


Figura 1. Imagen de la técnica del nervio pudendo donde se observa la espina del ciático.



Figura 2. Imagen de la técnica del nervio pudendo con la inserción de la aguja.

CASO 2

Paciente varón de 85 años de edad que es remitido a la clínica del dolor por algias en la región sacra y cadera derecha.

Antecedentes patológicos

No alergias conocidas.

Hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con β -bloqueadores desde hacía 15 años.

Adenoma de próstata.

Operado de cataratas hacía 5 años y de una prótesis total de cadera derecha por intensa coxartrosis e impotencia funcional hacía 13 meses, y vuelto a operar para fijación con tornillos hacía 9 meses.

Antecedentes personales

Era viudo desde hacía 8 años y vivía con su hija en una ciudad de 50.000 habitantes.

Estaba jubilado hacía muchos años y tenía como afición andar cada día unos 2 km.

Dolor

A los 2 meses de haberse reoperado de la cadera izquierda inicia algias progresivas en región glútea derecha que irradiaban hacia la cadera operada y hacia el coxis. A los 2 meses posteriores el dolor era tan intenso que prácticamente no podía deambular. EVA: 9.

Las exploraciones realizadas por su traumatólogo sobre el material protésico no justificaban las intensas algias que presentaba el paciente.

Este dolor aparecía a los 10 min de empezar a andar y aumentaban si no paraba. Cedían con el reposo. También aparecían si estaba mucho rato sentado y debía descargar el lado operado.

A la exploración destacaban muchos puntos dolorosos que correspondían a toda el área de la cadera, coxis, raquis lumbosacro derecho, músculo cuadrado lumbar y piramidal. No obstante, cuando el paciente andaba el dolor se originaba en la zona glútea.

La resonancia magnética (RM) del raquis lumbar mostraba signos de discopatía y artrosis facetar de

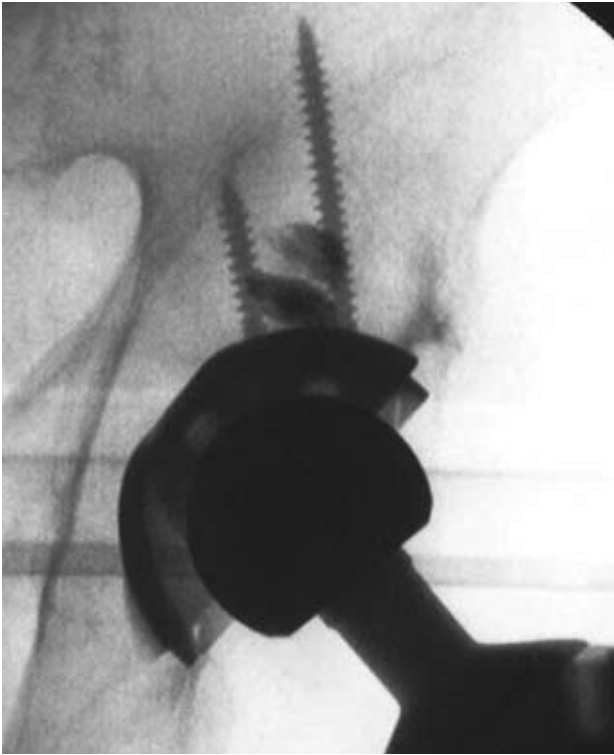


Figura 3. Imagen de la técnica del músculo piramidal en la que también se observa la prótesis y la osteosíntesis.

los últimos segmentos, pero que podrían ser normales por su edad.

Se decidió realizar un bloqueo diagnóstico del músculo piramidal derecho con anestésico local.

Se colocó al paciente en decúbito prono con el aparato de radioscopia en anteroposterior (AP). Una almohada debajo de las crestas ilíacas.

Se localizó cadera derecha, trocánter, y la visualización fue dificultosa, pues nos encontramos con la prótesis y el material de osteosíntesis.

No obstante, se procedió a la localización del músculo piramidal a 2 cm por encima de la prótesis como si ésta fuera su trocánter mayor.

Una vez localizado el músculo con contraste (Fig. 3), se procedió a la administración de ropivacaína 0,375% 5 ml.

Se observó el grado de analgesia a la deambulación a las 2 h y a los 10 días. La EVA había disminuido a 4 los primeros 3 días, y a 6 el día del control (a los 10 días).

Se procedió a administrar toxina botulínica en dicho músculo, obteniéndose una analgesia del 50% sobre el dolor inicial que perduraba a los 3 meses.