

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2011;26:61-4

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 63 años, mujer, que fue derivada a la unidad de dolor como interconsulta hospitalaria, desde la unidad de raquis, por presentar dolor toracolumbar invalidante de comienzo brusco, que había aparecido hacía 1 mes, en relación con un simple cambio postural, sin antecedente traumático cercano valorable.

Al inicio de su cuadro clínico, había sido evaluada en el servicio de urgencias de proximidad a su domicilio.

Como antecedentes la paciente refería hernia de hiato intervenida quirúrgicamente hacía 10 años, asma, rectocele, claustrofobia y síndrome depresivo en tratamiento.

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 reflejos rotulianos algo disminuidos.

La exploración radiológica demostró la existencia de una fractura osteoporótica con aplastamiento del soma de T12 y L1.

Fue orientada como fracturas aplastamientos osteoporóticos y se le prescribió antiinflamatorios no esteroideos (AINE), opiáceos y miorrelajantes. Como quiera que la situación clínica no mejoraba con el tratamiento instaurado, fue remitida a la unidad de raquis del hospital terciario de referencia, que, tras la valoración de la gravedad de la clínica dolorosa, ingresó a la paciente y propuso la interconsulta a la unidad de dolor.

Al ingreso en la unidad de dolor se corroboró la situación clínica de dolor grave (escala visual analógica [EVA] 9), incluso en reposo. La paciente refería lumbalgia derecha persistente que se exacerbaba a los mínimos movimientos y que no había mejorado con AINE y analgésicos. El dolor, referido

a la región lumbar alta, se extendía hacia el lado derecho, sin distribución metamérica definida y no se irradiaba a miembros inferiores (MMII).

El dolor le impedía dormir y la obligaba a permanecer postrada en cama, requiriendo la atención continua de cuidador. La paciente refería que el dolor se acompañaba de «espasmos» insoporables.

Se solicitó analítica, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) urgentes y se pautó tratamiento con morfina de liberación sostenida 10 mg/12 h, gabapentina 400 mg/8 h, clonacepam 0,5 mg/12 h, omeprazol, paracetamol 1 g/8 h y morfina de rescate; se inició el tratamiento con dosis bajas de todos los fármacos y aumentos progresivos. En 48 h la paciente mejoró de su clínica dolorosa (EVA 6) sin requerir morfina de rescate. La mejoría clínica experimentada en los días siguientes permitió la realización de la TC, la RM, una gammagrafía ósea (GGO) y una densitometría ósea (DMO), así como la implantación de un corsé triple apoyo toracolumbosacro. En días posteriores, por aumento del dolor, se aumentaron las dosis de morfina y gabapentina de forma progresiva.

Los resultados de laboratorio demostraron alteraciones del metabolismo fosfocálcico, con una hormona paratiroidea (PTH) elevada en suero de 120/A (pg/ml) (10-65).

La DMO fue compatible con una grave osteoporosis. La GGO permitió demostrar la existencia de múltiples fracturas costales en fase de consolidación, además de las lumbares actuales.

La TC (Fig. 1) y la RM lumbar (Fig. 2) mostraron la presencia de una grave cifosis toracolumbar por acuñamientos vertebrales de causa osteoporótica. En la zona lumbar existían deformidades del muro posterior que deformaba el espacio dural anterior. A nivel cervical se apreciaban discopatías degenerativas con protrusiones discales generalizadas;

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 1. TC toracolumbar que muestra la existencia de múltiples y graves aplastamientos de los cuerpos vertebrales en raquis torácico y lumbar.

escoliosis y artrosis de pequeñas articulaciones posteriores interapofisarias.

Se realizó consulta con el servicio de radiología para valorar la posibilidad de vertebroplastia y se decidió realizar la técnica, pero presentó problemas en la realización de la misma.

Dada la buena evolución del cuadro álgido, al mes del ingreso hospitalario fue dada de alta con buen control del dolor (EVA 4), manteniendo las dosis de los fármacos (morfina 30 mg/12 h, gabapentina 600 mg/8 h, clonacepam 0,5 mg/día y paracetamol/8 h y morfina de rescate, que tomaba 1/día como máximo).

Con el fin de evaluar y controlar la enfermedad de base (osteoporosis) remitimos a la paciente al servicio de reumatología. Se le prescribieron diversos tratamientos (presentó mala tolerancia a varios fármacos tanto por vía oral como bifosfonatos por vía endovenosa), y en estos momentos está en tratamiento con hormona paratiroidea.



Figura 2. RM toracolumbar que muestra la existencia de aplastamientos vertebrales del segmento torácico T11 hasta L3 con cambios de carácter agudo de los cuerpos vertebrales de L4. El resto de los cuerpos vertebrales muestra signos de aplastamientos osteoporóticos crónicos de predominio T12-L1 donde se observa una incidencia somática posterior hacia el canal raquídeo sin aparente compromiso neurológico.

La paciente, en la actualidad, sigue utilizando el corsé para desplazamientos, mantiene una EVA de 3-4 y continúa con el siguiente tratamiento: gabapentina 400 mg/8 h, morfina 10 mg/12 h, paracetamol/12 h, clonacepam 0,5 mg/24 h y omeprazol 20 mg/24 h.

CASO 2

Paciente de 84 años, varón, que fue remitido a la unidad de dolor, desde atención primaria, por presentar dolor intenso de 3 meses de evolución en región lumbar y ambos miembros inferiores, a consecuencia de una caída a pie plano.

Como antecedentes patológicos el paciente presentaba una diabetes *mellitus* tipo 2, timoma mediastínico anterior y EPOC.



Figura 3. Rx de perfil de columna toracolumbar en la que se aprecia cifosis de vértice torácico bajo, sin evidencia de fractura.

Cuando realizamos la exploración, el paciente refería un dolor muy intenso en región lumbar alta (EVA 7-8), que se acentuaba con los movimientos y en posición supina. No aportaba exploraciones complementarias, por lo que se solicitó Rx convencional de columna toracolumbar, que mostraba una grave osteoporosis sin definir correctamente la columna por encima de T10 (Fig. 3), por lo que se solicitó una TC toracolumbar, que demostró la existencia de fractura de T8 con fenómenos de osteonecrosis (Fig. 4).

Había seguido tratamiento farmacológico, prescrito por su médico de atención primaria, basado en AINE, paracetamol y gabapentina durante 2 meses, sin obtener mejoría.

En nuestra unidad se le prescribió tratamiento con tramadol 50 mg/8 h y pregabalina 75 mg/12 h y aumentos graduales según tolerancia. Con este tratamiento, habiendo llegado a dosis de pregabalina de 150 mg/12 h, había mejorado el dolor radicular pero persistía el dolor lumbar, por lo que se consideró candidato a vertebroplastia.

Se programó la vertebroplastia, que se llevó a cabo sin complicaciones.

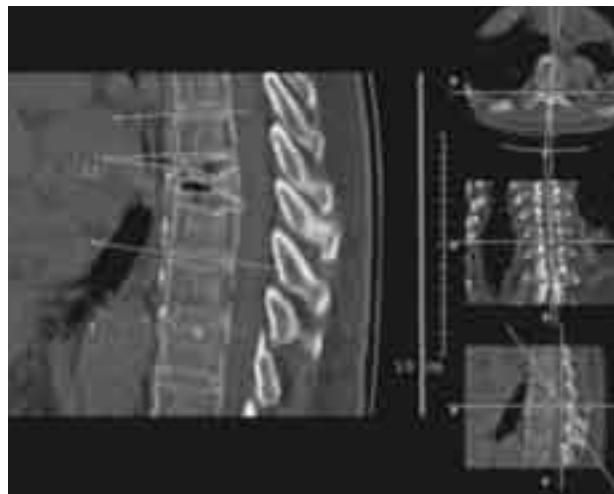


Figura 4. TC de columna toracolumbar con imagen compatible con fractura del pilar anterior de T8 con importante reabsorción ósea central y anterior, observándose importante cantidad de aire intraóseo indicando osteonecrosis.

Al mes de realizada la técnica, el paciente había mejorado de su sintomatología y se fue reduciendo la medicación de forma progresiva.

En la revisión realizada a los 6 meses, persistía la mejoría, y se fueron suspendiendo los fármacos de forma gradual y sólo se le prescribió paracetamol de rescate.

Discusión

Con frecuencia la osteoporosis no se diagnostica hasta que el paciente solicita atención médica por dolor de espalda, una fractura, disminución de su altura o deformidad del tronco. La tabla 1 resume los factores de riesgo generales de fractura osteoporótica.

En la mejor de las circunstancias el tratamiento del dolor que acompaña a la osteoporosis se debe iniciar antes de que ocurra la primera fractura, y para ello deben seguirse las estrategias de prevención que dictan los organismos internacionales que gestionan esta enfermedad.

Ahora bien, aun en las mejores circunstancias, la fractura aplastamiento de cuerpo/cuerpos vertebrales de la región toracolumbar, desde T7 hasta L4 sigue siendo un problema clínico y social muy grave.

El dolor de la osteoporosis se relaciona fundamentalmente con las microfracturas de las fases iniciales, las contracturas musculares secundarias, y en último

término con la presencia de fracturas, desplazadas o no, pero siempre responsables de un mayor o menor grado de invalidez del paciente.

Mientras las fracturas sin desplazamiento ocasionan habitualmente dolor localizado o regional, alrededor de la fractura, cuando se producen desplazamientos, la fractura asocia dolores por compresión o por alteración mecánica de estructuras vecina. Esta situación es especialmente grave en las fracturas aplastamiento de los cuerpos vertebrales de la columna.

Los desplazamientos observados en las fracturas de los cuerpos vertebrales de la columna, sobre todo en las zonas de mayor movilidad como las cercanas a las charnelas cervicotorácicas o la charnela toracolumbar, suelen provocar deformidad en forma de cifosis, inestabilidad que conlleva la deformidad progresiva y dolor por la fractura y la afectación discal, con compresión del saco dural.

A pesar de la instauración precoz de tratamientos ortopédicos para el tratamiento de estas fracturas, con el fin de evitar el progresivo deterioro estructural, el dolor de la fractura, el dolor de las lesiones asociadas y el dolor crónico de las secuelas se plantea como un reto difícil para el médico de atención primaria y los especialistas del aparato locomotor (reumatólogo, traumatólogo y rehabilitador), por lo que con alta frecuencia solicitan la colaboración de los especialistas en dolor.

Otro problema que plantea el control del dolor de este tipo de pacientes es su entorno clínico. Tal y como se ve en la tabla 1, muchos de estos pacientes presentan fracturas osteoporóticas en el contexto de enfermedades sistémicas cuyos tratamientos de base no siempre son perfectamente compatibles con los tratamientos analgésicos habituales, farmacológicos o no.

Por fin, la edad de un alto porcentaje de estos pacientes les incluye en el grupo de enfermos ancianos frágiles, con la dificultad que comporta el uso de terapias farmacológicas por su incompatibilidad o dificultad de manejo.

Los dos ejemplos presentados cumplen los requisitos de muy grave dificultad de manejo del dolor y

Tabla 1. Factores de riesgo de una fractura osteoporótica

No modificables

Antecedente de fractura osteoporótica
Antecedente de fractura osteoporótica en parientes de primer grado
Raza blanca o asiática
Edad avanzada
Sexo femenino
Demencia
Mala salud/fragilidad
Alteraciones metabólicas (osteomalacia)
Enfermedades tejido conectivo (osteogénesis imperfecta)

Potencialmente modificables

Tabaquismo actual
Pérdida de peso (< 57 kg)
Deficiencia estrogénica
– Menopausia precoz (< 45 años) u ooforectomía bilateral
– Amenorrea premenopáusica prolongada (> 1 año)
Otras alteraciones hormonales
– Hipertiroidismo
– Hiperparatiroidismo
Trastornos neoplásicos (mieloma múltiple)
Alteraciones metabólicas (osteomalacia)
Baja ingesta de calcio (muy prolongada)
Medicaciones: corticoides, anticonvulsivantes
Alcoholismo
Caídas repetidas
Actividad física inadecuada/inmovilizaciones prolongadas
Mala salud/fragilidad

Adaptada de la Physicians's Guide to the Prevention and Treatment of Osteoporosis. National Osteoporosis Foundation. Washington (DC), USA.

son representativos de un grupo, cada vez más numeroso, de pacientes en los que la/las fractura/s por fragilidad ósea condicionan gravemente su calidad de vida en un contexto de aumento progresivo de la media de edad activa y de la exigencia de la sociedad de un mejor control del dolor que acompaña a las enfermedades crónicas del aparato locomotor.