

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2011;26:174-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 62 años, mujer, sin antecedentes patológicos a destacar, que acude a la unidad de dolor derivada por un especialista en cirugía ortopédica y traumatología, con el diagnóstico de presunción de afectación del nervio de Lusk.

La paciente presentaba, desde hacía 3 meses, dolor en glúteo derecho, que se irradiaba hacia muslo, con sensación de quemazón muy intensa (escala visual analógica [EVA]: 7-8). La paciente refiere que este dolor le apareció después de realizar un ejercicio de gimnasia en hiperextensión

del tronco. El dolor le limitaba mucho su actividad laboral (odontóloga).

Ante una exploración clínica inespecífica, con dolor lumbar irradiado a glúteo derecho, asociado a dolor en cara anterior de ambos muslos, sin signos radiculares deficitarios y sin alteración de los reflejos, para orientar el diagnóstico, ante la posibilidad de una radiculopatía de origen lumbar, se solicitó una resonancia magnética (RM) que detectó una voluminosa hernia discal L3-L4 derecha, que condiciona una estenosis grave del canal raquídeo a este nivel (Fig. 1).

Se instauró de inicio un tratamiento analgésico con diclofenaco 50 mg/8 h, gabapentina a dosis crecientes, hasta 400 mg/8 h, tramadol a dosis crecientes hasta 50 mg/8 h y clonacepam por la noche. Ante la falta de respuesta al tratamiento farmacológico



Figura 1. RM lumbar que muestra una voluminosa hernia discal L3-L4 de proyección posterior parasagital derecha, que condiciona una estenosis grave del canal raquídeo a dicho nivel, afectando al espacio foraminal derecho y comprimiendo la raíz L4 derecha. Acusados cambios degenerativos osteodiscales L4-L5 que condicionan una moderada estenosis foraminal bilateral.

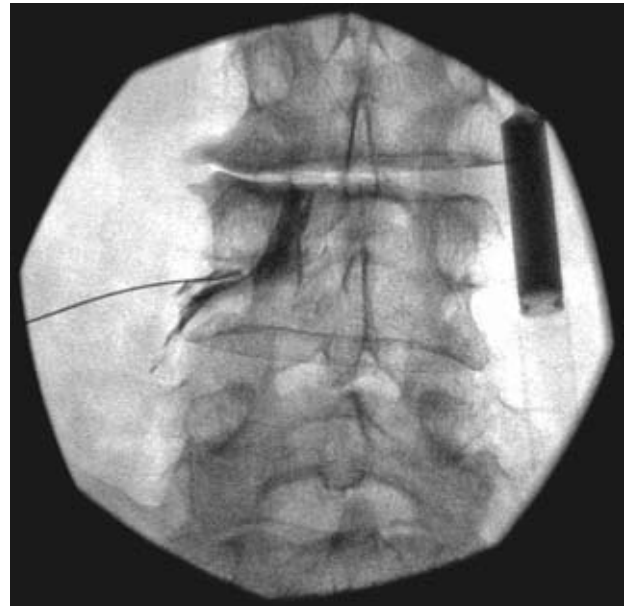


Figura 2. Visión del espacio L3-L4 en oblicua derecha.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 3. Visualización de la aguja en el foramen en proyección lateral.

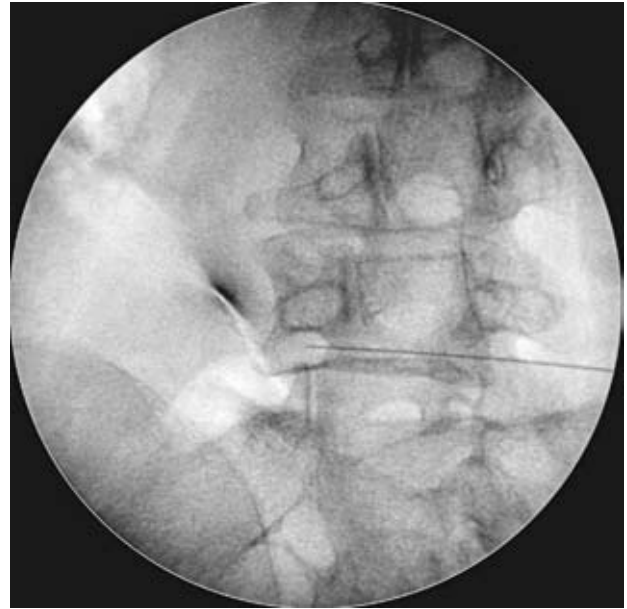


Figura 4. Localización en proyección oblicua del foramen L5-S1.

y la gran limitación funcional, se propuso tratamiento mediante un bloqueo foraminal de la raíz L3-14 derecha guiada por escopia y con neuroestimulación, con anestésico local ropivacaína y triamcinolona 40 mg (Figs. 2 y 3).

A los 15 días de la infiltración, la paciente había experimentado una mejoría del 90%. A los 3 meses de realizar el bloqueo, la paciente está prácticamente asintomática y no precisa ningún tratamiento.

CASO 2

Paciente de 44 años, mujer, que fue remitida a la unidad de dolor por el equipo de cirugía de raquis del hospital, por presentar dolor intenso en región lumbar que irradia a extremidad inferior derecha, de 4 meses de evolución, que apareció de forma brusca después de realizar un esfuerzo.

Al inicio del cuadro clínico, acudió en varias ocasiones al servicio de urgencias, donde le pautaron antiinflamatorios no esteroideos (AINE), relajantes musculares y tratamiento fisioterápico, que realizó durante 2 meses sin mejoría. Posteriormente, se le pautó tratamiento con pregabalina a dosis crecientes y tramadol, que mejoraron de forma leve el dolor.

Ante la persistencia del cuadro clínico, desde el servicio de urgencias se derivó a un especialista de

raquis, quien solicitó una RM que detectó una protrusión discal posterolateral derecha L5-S1, con compresión de la raíz S1, siendo remitida a nuestra unidad por la persistencia de los síntomas, sin signos deficitarios sensitivos ni motores.

Al valorar a la paciente en la unidad de dolor, presentaba dolor muy intenso (EVA: 8-9), dormía muy mal y prácticamente estaba todo el día en la cama, por lo que se programó para realizar un bloqueo epidural con carácter preferente dentro de la misma semana, mediante anestésico local y triamcinolona 80 mg. A los 15 días, ante la persistencia del dolor (EVA: 6-7), se realizó un nuevo bloqueo epidural, con lo que se obtuvo una mejoría parcial del dolor. Al mes de la realización del bloqueo epidural, se decidió realizar un bloqueo foraminal L5-S1 derecho, con anestésico local, ropivacaína 0,2% y triamcinolona 40 mg, bajo control radioscópico (Figs. 4 y 5).

A la semana y a los 3 meses del bloqueo, la paciente estaba libre de dolor, habiendo reducido el uso de analgésicos a terapia antiinflamatoria esporádica.

DISCUSIÓN

La compresión mecánica de la médula espinal y las raíces nerviosas puede producir dolor radicular y déficits neurológicos.



Figura 5. Comprobación de la raíz mediante contraste.

La radiculopatía puede presentarse en presencia o ausencia de compresión nerviosa evidente. Con la creciente disponibilidad de la RM se observan frecuentemente discopatías asintomáticas, con o sin compresión radicular.

Los síntomas pueden mejorar sin que la compresión varíe de forma evidente. En algunos pacientes, la extirpación quirúrgica de la lesión compresiva no mejora el dolor radicular.

Se cree que la irritación química de la raíz nerviosa por inflamación, desempeña un papel crucial en la génesis de los síndromes de dolor radicular.

Cada vez hay más pruebas científicas que señalan la compleja interacción entre la bioquímica de la alteración discal y los factores mecánicos que contribuyen al dolor radicular.

En pacientes con ciatalgia se ha observado una elevación de PLA2 en la superficie de contacto entre el espacio epidural y el material discal herniado. En muestras quirúrgicas se ha comprobado también la presencia de mediadores inflamatorios (leucotrieno B4 y tromboxano).

El uso de infiltraciones con corticoides en pacientes con radiculalgia postoperatoria está escasamente respaldado en la bibliografía actual.

Sólo se debería practicar la infiltración con corticoides mediante abordaje transforaminal en dolores radiculares si la causa del dolor es por prolapso discal y siempre con control fluoroscópico.