

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2012;27:109-12

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente mujer de 94 años remitida a la unidad de dolor por intensa omalgia izquierda que conllevaba gran impotencia funcional.

Destaca como antecedentes patológicos: hipertensión arterial controlada con medicación (nimodipino y enalapril) y operación de cataratas bilateral sin problemas.

Dolor

El cuadro de dolor por el cual es visitada en nuestra unidad se origina hace 6 meses al sufrir una caída casual sobre hombro izquierdo, presentando una fractura de epífisis proximal de húmero izquierdo. Fue tratada mediante tratamiento conservador, estando inmovilizada durante 6 semanas.

A partir de esta fractura e inmovilización la paciente presenta dolor en toda la zona cervicobraquial izquierda, tanto en reposo como en movilización,

acompañado de gran impotencia funcional. Toda esta sintomatología no había mejorado con técnicas de rehabilitación ni analgésicos tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINE) + paracetamol. Su calidad de vida había empeorado enormemente, pues necesitaba de ayuda constante.

Las radiografías que aportaba a los 6 meses de la fractura mostraban pseudoartrosis de hombro (Fig. 1).

Actitud terapéutica

Con el diagnóstico de hombro congelado por el proceso anterior descrito se decide retirar tratamiento farmacológico (AINE, paracetamol y tramadol) y programar para una infiltración con radiofrecuencia pulsada del nervio supraescapular izquierdo.

Una vez informada la paciente y familiares y habiendo obtenido su consentimiento informado, se realiza la técnica anteriormente descrita siguiendo los parámetros que ilustran la figura 2. Una vez



Figura 1. Radiografía hombro derecho con el diagnóstico de pseudoartrosis.



Figura 2. Técnica de localización del nervio supraescapular con la aguja de radiofrecuencia.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

localizado por estimulación sensitiva y motora el nervio supraescapular, se realiza una radiofrecuencia pulsada (40 V, 2 min) y se administra 5 ml de ropivacaína 0,2% con 40 mg de trigón depot.

A los 15 min había recuperado el 50% de su funcionalidad, pero en la visita realizada a los 20 días esta recuperación era de un 30%, aproximadamente. Por tal motivo, se realizó la misma técnica por segunda vez, recuperando a los 3 meses un 50% de su funcionalidad.

Comentarios

Las técnicas mínimamente invasivas en los procesos osteodegenerativos en personas de edad avanzada (esta paciente tiene 94 años) son una alternativa muy válida por dos motivos fundamentales: a) por evitar más tratamiento farmacológico, y b) porque el abordaje local de las patologías dolorosas ofrecen en muchas ocasiones un riesgo-beneficio muy positivo en cuanto a beneficio. Al ser sus complicaciones escasas, los hacen de elección en estas patologías, en que tanto la cirugía como otros procedimientos más invasivos estarían relativamente contraindicados.

CASO 2

Paciente de 72 años derivada a la unidad de dolor desde el servicio de rehabilitación por dolor sacrococcígeo de 2 años de duración.

Presentaba como antecedentes patológicos un hipotiroidismo tratado con Eutirox y una alergia a las pirazolonas y penicilina.

Está jubilada (era maestra) y vive con su marido. Su calidad de vida antes del dolor era excelente.

Historia del dolor

Hace 2 años y a raíz de una caída casual (tropezó en la calle y cae hacia atrás, quedándose sentada), inicia dolor en la zona sacra y cóccix. Las radiografías realizadas demostraron una fisura en dicha zona, pero no siguió ningún tipo de tratamiento. A los 6 meses de la caída, el dolor era tan intenso e incapacitante (no podía estar más de 5-10 min sentada) que acudió a un traumatólogo. Hizo varias tandas de diferentes analgésicos, y finalmente la enviaron a rehabilitación. Ante el fracaso de todos los tratamientos, la derivan a nuestra unidad de dolor.



Figura 3. Técnica de localización e infiltración del ganglio impar o de Walter, observando el contraste que se desliza cefálicamente por la parte anterior del sacro.

El dolor que presentaba la paciente tenía una intensidad máxima, a la sedestación, de 9, y de 4 con la deambulación. También aparecía al estar unas horas en la cama (tenía que estar en decúbito lateral). No obstante podía dormir unas 5 h.

Era un dolor en la zona del cóccix (sobre todo a la palpación), sin irradiación ni debilidad muscular y con la sensibilidad conservada. Reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. No claudicación a la marcha. No disfunción de esfínteres.

La tomografía computarizada (TC) lumbosacra llegando al cóccix no mostraba alteración sacrococcígea y discopatías degenerativas con disminución de los espacios lumbares más acusada en L5-S1 con abombamiento discal posterior.

Con el diagnóstico de coccigodinia se informa a la paciente y se programa para realizar una infiltración del ganglio de Walter o impar.

Tras firmar su documento de consentimiento informado se realiza la técnica indicada bajo visión por escopia y con la paciente en decúbito prono.

Con aguja de 22 G 5 cm se atraviesa el ligamento sacrococcígeo y se deja la aguja insinuada en la parte anterior del cóccix, teniendo en este punto mucha precaución de no introducir demasiado la aguja (punción de recto).

Se administra contraste, que tiene que difundir cefálicamente justo en la parte anterior del sacro (Fig. 3). Una vez valorada la imagen como correcta,

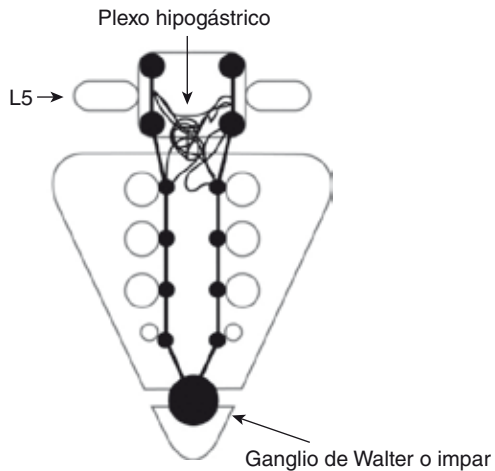


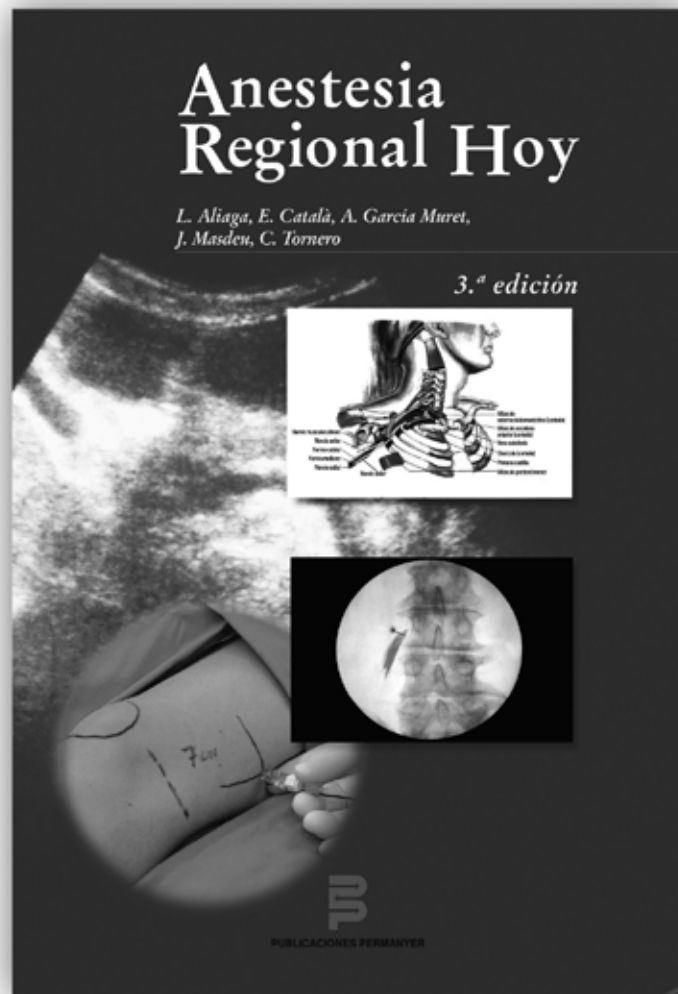
Figura 4. Cadena simpática con el último ganglio llamado impar, porque sólo hay uno, o de Walter.

se administró ropivacaína al 0,2%: 3 ml + trigón depot 40 mg.

La técnica transcurrió sin incidencias, y al control a los 45 días la paciente presentaba una escala visual analógica (EVA) de 3, estando sentado un mínimo de 1 h.

Comentarios

La implicación del sistema nervioso simpático en la generación y, sobre todo, mantenimiento de diferentes entidades álgicas es importante, y, por tanto, un bloqueo diagnosticoterapéutico de la cadena simpática (Fig. 4) en muchas ocasiones nos es de gran utilidad. En los casos de coccigodinia sería el tratamiento de elección, aunque la efectividad no siempre es tan positiva como en el caso descrito. El hecho de que las coccigodinas tengan poco claro su etiopatogenia hacen de esta entidad un cuadro difícil de tratar en muchos pacientes. No obstante, la facilidad de realización de esta técnica (en manos expertas) la hace aconsejable en los pacientes que presentan dolor sacrococcígeo.



www.permanyer.com

La tercera edición del libro *Anestesia Regional Hoy* es el resultado de 28 cursos intensivos teoricoprácticos del bloqueo nervioso, e intenta recopilar la experiencia y «sapiencia» de los múltiples autores que en ellos han participado.

Sabemos que hay libros de anestesia regional insustituibles e inmejorables, pero con *Anestesia Regional Hoy*, tal como indica su nombre, humildemente pretendemos mostrar al lector interesado una visión amplia y actual de las distintas técnicas de anestesia regional que a veces es difícil encontrar en los grandes tratados.

En esta tercera edición se han creado nuevos capítulos y todos los autores se han esforzado para actualizar y hacer más didácticos los capítulos ya existentes.

Deseamos que este libro sea de utilidad para todos aquellos médicos anestesiólogos que quieran iniciarse en la anestesia regional o perfeccionarse en algunos aspectos concretos de la misma.

Los coordinadores

ISBN: 84-934693-2-7

Número de páginas: 784

Precio: 104,00 €