

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2012;27:205-7

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 45 años afecto de intensas algias dorsolumbares izquierdas de 3 años de evolución.

Antecedentes patológicos

Cólico nefrítico con prostatitis en 2007.

Adenocarcinoma suprarrenal operado hace 3 años (suprarrenalectomía) y buen control de su enfermedad. Debido a este proceso el paciente recibe medicación sustitutiva que permita el buen funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

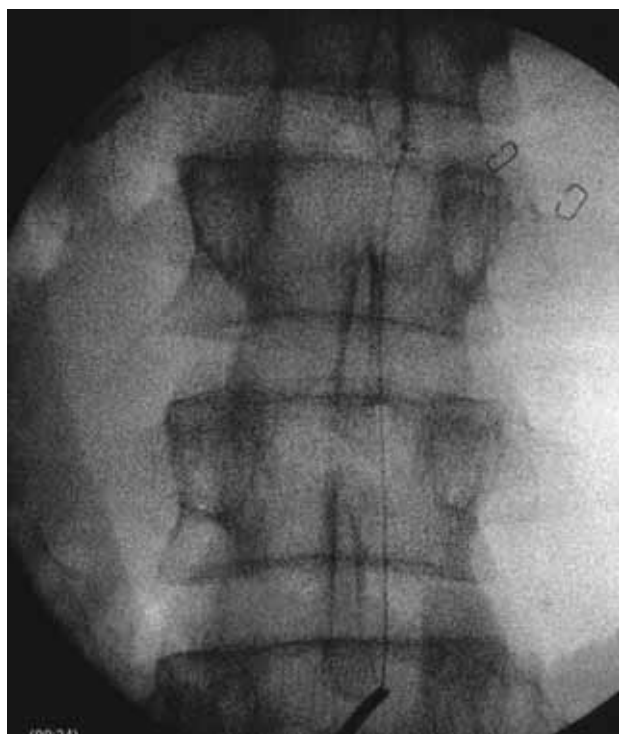


Figura 1. visualización de la introducción del catéter intradural sin sacar la guía. Nivel D12-L1.

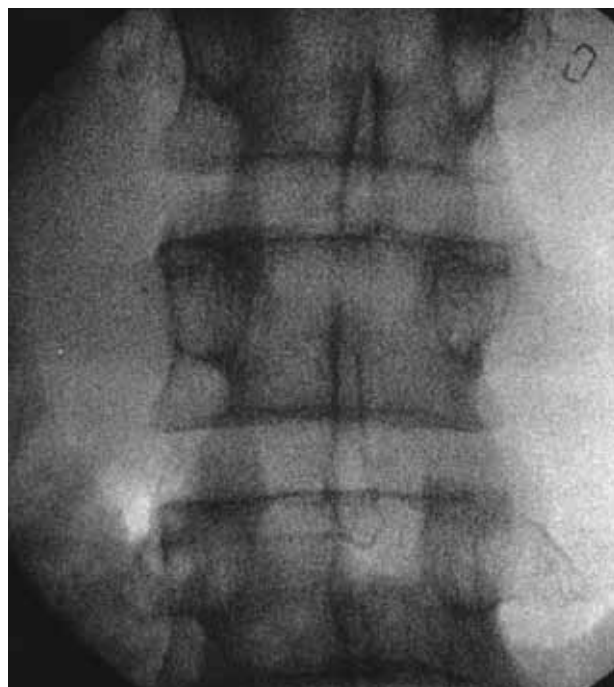


Figura 2. Visualización de la parte distal del catéter (punto en L1) una vez retirada la guía del catéter.

Dolor

Desde la intervención (hacia 3 años) que el paciente presentaba intensas algias incapacitantes en la región intercostal baja izquierda que correspondía a la zona de la suprarrenalectomía. El dolor no había remitido a lo largo del tiempo en cuanto a intensidad (escala visual analógica [EVA]: 10!!) pero sí se había hecho más intolerante.

Presentaba alodinia, hiperestesia, dolor corrosivo y pequeñas descargas con hormigueo residual.

Había recibido tratamiento con capsicina parche, antiepilépticos, antidepresivos y opioides mayores con escaso efecto analgésico.

Fue remitido a nuestra unidad de dolor para valoración de otros posibles tratamientos.

Tratamiento en la unidad de dolor

Debido a la localización intercostal izquierdo correspondiente a los niveles de D8-9-10, se realizó en un primer momento la técnica de la radiofrecuencia pulsada + infiltración de los nervios intercostales de los niveles descritos. La técnica se realizó buscando la localización e irradiación del dolor que presentaba el paciente mediante estímulo sensitivo.

La analgesia que se consiguió fue de una disminución de un 30-40% durante 24 h.

Por tanto, se decidió valorar la administración intratecal de fármacos iniciándose por el opioide de referencia que es la morfina.

Se realizaron dos dosis test con 0,5 y posteriormente 1 mg de morfina sin conservante mediante una punción única intratecal. La analgesia conseguida fue del 70% referente a la EVA previa con una duración de 8 h la primera dosis (0,5 mg) y de 18 h con la segunda (1 mg).

Ante la efectividad de la técnica se procedió, tras firmar el documento de consentimiento informado (DCI), al implante definitivo en quirófano y con anestesia general. Aunque no es estrictamente necesario que los pacientes estén bajo una anestesia general, el hecho de ser una persona joven, con buen estado general pero ansiosa por el proceso, hace que la técnica se haga con mayor comodidad para todos.

El implante, por tanto, se realizó en decúbito lateral, y en un mismo tiempo se procedió a la colocación del catéter intratecal (dirigido por escopia hasta llegar a nivel de D12-L1) (Figs. 1 y 2), bolsillo subcutáneo en fosa ilíaca derecha y a través de una tunelización conexión catéter bomba intratecal.

El inicio de la dosis fue de morfina intratecal 1 mg/día y se mantuvieron dosis de oxicodona retard 10 mg/12 h. No hubo efectos adversos salvo ligero prurito y retención urinaria las primeras 24 h, que desaparecieron a las 48 h.

Fue dado de alta a los 4 días de la intervención con una EVA de 4 sin alodinia ni hiperestesia y con una dosis de 1,2 mg/día

Al mes la evolución sigue siendo la misma y las dosis de opioide oral han podido ser disminuidas en su casi totalidad.

CASO 2

Paciente de 70 años derivado a la unidad de dolor por el servicio de oncología por dolor en rodilla derecha.

Antecedentes patológicos

Hipertensión arterial en tratamiento médico.

En diciembre de 2007 se diagnostica carcinoma de células claras renal derecho. Se realizó nefrectomía ampliada derecha.

En 2010 evidenció una progresión radiológica ganglionar, suprarrenal (SR), hepática y abdominal (implantes en pilares diafragmáticos y músculo paravertebral derecho).

Presentaba también gonalgia derecha por invasión tumoral a este nivel que molestaba la deambulación que no cedía a pesar del tratamiento con opioides mayores. Por tal motivo fue derivado a la unidad del dolor.

Tratamiento en la unidad del dolor

En la primera visita se evidencia: gonalgia izquierda de 5 meses de evolución que se exacerba con el movimiento y la presión y mejora con el reposo. Le impide totalmente la movilidad; de hecho, debe transportarse mediante silla de ruedas. No tiene predominio vespertino/matutino y le impide el sueño.

EVA 1 (reposo), EVA 10 (actividad).

La exploración de la rodilla izquierda no muestra alteración de la sensibilidad.

Piel caliente, movilidad conservada de la articulación de la rodilla, si bien la extensión la realiza con dolor.

Dolor a la palpación en la región de la tibia proximal izquierda.

La gammagrafía ósea sugiere infiltración metastásica tibial pierna derecha.

Resonancia magnética rodilla lesión en tibia proximal compatible con M1.

Dado que el paciente ya estaba en tratamiento con opioides mayores a la dosis máxima tolerable, se pensó en la realización de una técnica analgésica.



Figura 3. Aguja de radiofrecuencia en las proximidades del ganglio raíz dorsal de L3 y L4 derecho.

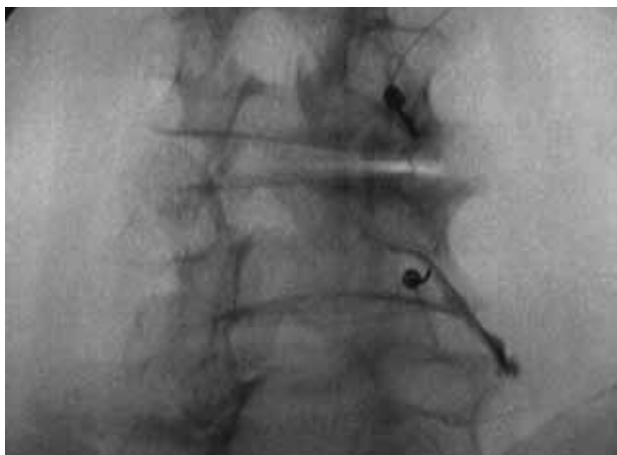


Figura 4. Contraste en las proximidades de la raíz dorsal lumbar de L4.

Las opciones eran:

- Radiofrecuencia pulsada del ganglio raíz dorsal correspondiente a las raíces que inervan la rodilla.
- Cordotomía percutánea cervical contralateral a la rodilla afecta.
- Infusión espinal de fármacos.

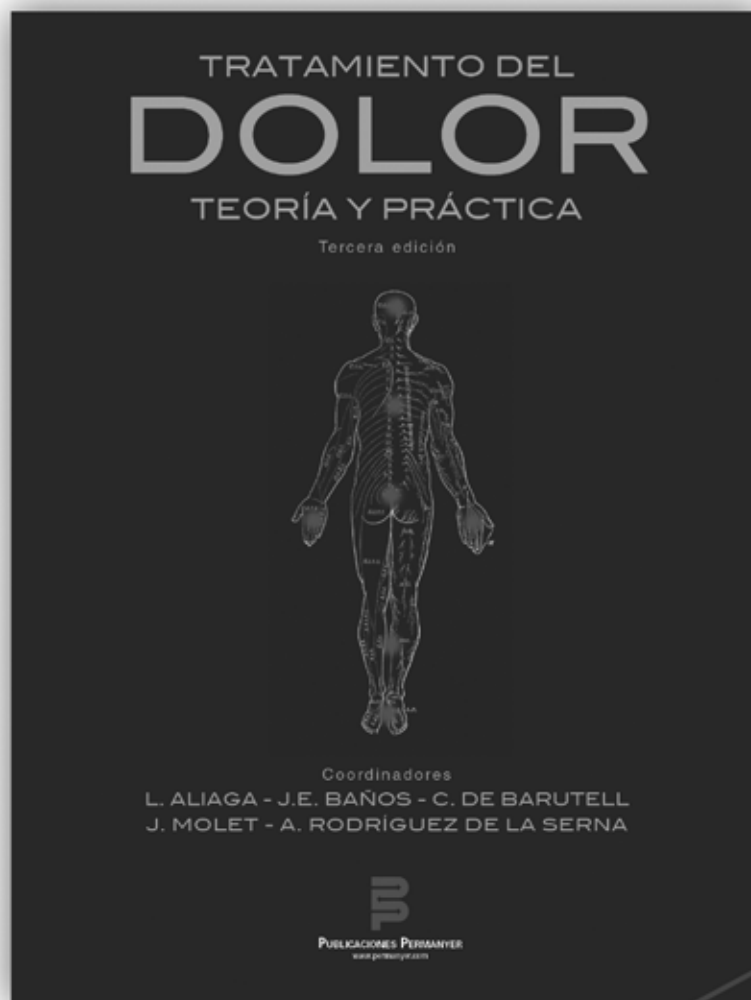
El paciente optó por el momento en aceptar la primera opción y, por tanto, se le realizó una radiofrecuencia pulsada (120") del ganglio raíz dorsal de L3 y L4 derechos dirigido por escopia (Figs. 3 y 4). Tras la realización de esta técnica se administró contraste para visualizar las raíces correspondientes y se administró 1 cm de ropivacaína 0,2% con 20 mg de trigón depot.

Tras 2 meses el paciente presentaba una franca mejoría del dolor en su rodilla derecha al andar.

EVA al movimiento de 4.

DISCUSIÓN

Como conclusión a los dos casos clínicos expuestos, vemos que son pacientes oncológicos en diferentes estadios de su enfermedad, en los que el proceso oncológico o tratamiento ha provocado un dolor de difícil solución, empeorando por lo tanto su calidad de vida. Las técnicas invasivas siempre deben tenerse en cuenta en los pacientes oncológicos dado que, aparte de producir menores efectos adversos, en ocasiones pueden mejorar enormemente su calidad de vida, como nos ilustran los dos casos descritos.



www.permanyer.com

El libro Tratamiento del Dolor. Teoría y Práctica se ha convertido en un texto básico y pilar en lengua española en el habitual tratamiento del dolor por parte del Dr. Bonica. Actualmente en su tercera edición, este valioso libro abarca el dolor como experiencia multidimensional desde un punto de vista global y multidisciplinario. El tratamiento eficaz de los trastornos con dolor es tanto un reto como una obligación para aquellos médicos que tratan con pacientes con dolor.

G.F. Gebhart
President IASP