

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2013;28:150-2

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 63 años que presenta como antecedentes patológicos una diabetes *mellitus* tipo II, en tratamiento con antidiabéticos orales, e hipoacusia de nacimiento.

Acudió a la Unidad del Dolor derivado por el Servicio de Rehabilitación, con el diagnóstico de dolor cervical con irradiación a ESD secundario a cambios degenerativos a nivel cervical.

El paciente presentaba desde hacía un año dolor en la región cervical que le irradiaba a ESD, con una escala visual analógica (EVA) de 6-7, aunque en ocasiones de 8. Además, refería parestesias nocturnas que le impedían conciliar el sueño.

En la resonancia magnética (RM) se apreciaron cambios artrósicos degenerativos osteodiscales, con hernia discal C3-C4 que ejercía una discreta compresión sobre la raíz de C4 derecha.

En el EMG se detectó una radiculopatía crónica de C4 que cursaba con una leve-moderada pérdida axonal.

El paciente había realizado diferentes tratamientos farmacológicos con mejoría parcial, y también había recibido sesiones de fisioterapia que le mejoraron al principio, pero que después no fueron efectivas.

Seguía el siguiente tratamiento analgésico: tramadol 50 mg/8 h, clonazepam 0,5 mg/noche y pregabalina 150 mg/12 h.

Ante la poca respuesta a la terapia farmacológica, se propuso tratamiento mediante un bloqueo foraminal de la raíz C3-C4 derecha, en posición decúbito lateral izquierdo, guiada por tomografía computarizada (TC), con anestésico local (ropivacaína 0,2%, 2 ml) y betametasona 4 mg (Figs. 1 y 2).

Al mes de realizar el bloqueo, el paciente experimentó una mejoría del 50%. Al cabo de dos meses se le realizó un nuevo bloqueo que mejoró la sintomatología y le permitió disminuir el tratamiento farmacológico, hasta poder suspenderlo a los cuatro meses del bloqueo. Actualmente sigue controles periódicos en la Unidad del Dolor.



Figura 1. Imagen lateral del paciente en decúbito lateral izquierdo. Aproximación de la aguja a nivel del foramen C3-C4 derecho.

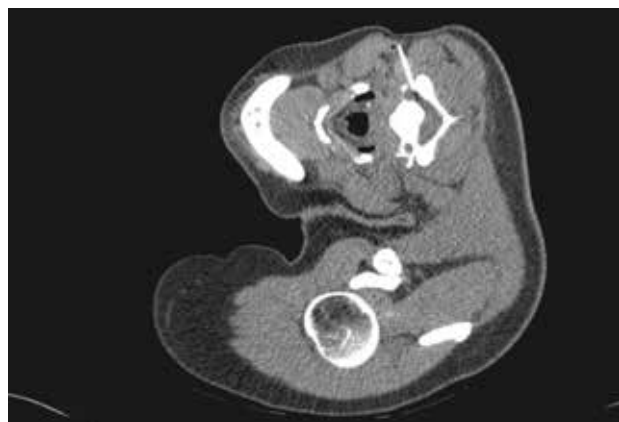


Figura 2. Introducción de la aguja en el foramen C3-C4 derecho.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 3. Aguja en la entrada del foramen de conjunción C5-C6 izquierdo. Colocación del paciente en decúbito lateral derecho.



Figura 4. Colocación de la aguja a nivel del foramen C5-C6 izquierdo.

CASO 2

Paciente de 65 años, mujer, con antecedentes patológicos de hipertensión y úlcus gastroduodenal, que fue remitida a la Unidad del Dolor desde atención primaria. En varias ocasiones había optado por tratamiento con fisioterapia por cervicalgias mecánicas, que resultó poco efectivo.

Cuando acudió a nuestra unidad, la paciente refería dolor intenso en la región cervical que le irradiaba hacia las dos EESS, aunque más hacia la izquierda, presentaba contractura de la musculatura del trapecio izquierdo y refería sensación de hormigueos en ambas EESS.

Este dolor se había iniciado de forma lenta hacía unos dos años, pero en los últimos meses se había acentuado y le impedía el descanso nocturno. Refería una EVA de 7.

El dolor aumentaba cuando realizaba cualquier tipo de trabajo, y había acudido en varias ocasiones al Servicio de Urgencias. En la última visita, realizada hacía un mes, se le había prescrito tratamiento con miorrelajantes, tramadol y clonazepam, que mejoró de forma leve la sintomatología.

La paciente aportó una RM, en la que se detectaba reducción de los espacios intervertebrales de C5-C6 izquierdo, con tendencia al pinzamiento posterior, signos de deshidratación discal y pequeños complejos osteofíticos posteriores que comprimían ligeramente el saco tecal, con disminución de la amplitud foraminal y compromiso radicular bilateral.

En nuestra unidad se le instauró tratamiento farmacológico con gabapentina 400 mg/8 h a dosis

crecientes y se la programó para realizar un bloqueo foraminal C5-C6 izquierdo, en decúbito lateral derecho, bajo control de TC. Se administró anestésico local (ropivacaína 0,2%, 2 ml) y betametasona 8 mg (Figs. 3 y 4).

A los tres meses del bloqueo, la paciente había mejorado de su dolor, presentaba una EVA de 3 y se le pudo reducir el tratamiento con gabapentina y tramadol.

Discusión

La definición de la *International Association for the Study of Pain* (IASP) del dolor cervical incluye aquel «dolor percibido como originado en la región comprendida entre: por la parte superior, la línea de la nuca; por la parte inferior, la línea transversa que pasaría por la apófisis espinosa de la primera vértebra torácica, y lateralmente, por los bordes laterales del cuello».

El 66% de los adultos experimenta dolor cervical a lo largo de su vida, y el 54% lo ha experimentado durante los últimos seis meses. El dolor cervical puede representar hasta el 10% de las consultas por dolor y puede llegar a tener una incidencia del 40%.

El 80% del dolor cervical se produce por lesiones óseas o musculares, o como consecuencia de la degeneración discal y facetaria.

La radiculopatía cervical se produce por compromiso directo sobre la raíz nerviosa, con dolor irradiado al territorio inervado por esa raíz, siendo las causas más frecuentes de afectación radicular la

Tabla 1. Signos de alerta en dolor cervical

Signos de alerta	Enfermedad asociada
– Síntomas de infección (fiebre, sudoración nocturna) – Factores de riesgo de infección (inmunosupresión, enfermedad infecciosa concomitante, herida penetrante)	Infección
– Traumatismo previo – Uso de corticoides	Fractura
– Edad > 50 años – Historia previa de neoplasia – Pérdida de peso, astenia, anorexia – Disfagia, cefalea, vómitos	Tumor
– Síntomas neurológicos en las extremidades (pérdida de fuerza, alteraciones de la sensibilidad)	Afectación neurológica
– Síntomas o signos cerebrovasculares – Uso de anticoagulantes	Hemorragia cerebral o espinal
– Factores de riesgo cardiovascular – Accidente vascular cerebral transitorio	Aneurisma vertebral o carotídeo

protusión discal y los osteofitos vertebrales, que comprometen el agujero de conjunción por el que la raíz nerviosa sale del canal raquídeo.

La región más frecuentemente afectada es la zona cervical baja y las raíces C5, C6 y C7, con o sin signos y síntomas de irradiación a las extremidades superiores por compresión radicular.

Los síntomas de aparición más frecuentes son: dolor en el cuello con irradiación a hombro y brazo, con parestesias, y bloqueo de la movilidad del cuello. En la exploración física suele existir una limitación de la movilidad activa o pasiva y espasmo o contractura de la musculatura.

Una anamnesis exhaustiva y una exploración física correcta nos pueden mostrar síntomas y signos de alerta de afectación por enfermedad grave (Tabla 1).

El bloqueo de la raíz de los nervios cervicales constituye una técnica que puede ser muy beneficiosa en el tratamiento conservador de los pacientes con dolor radicular cervical, pero es fundamental la selección apropiada del paciente.

La realización de la técnica mediante una TC aumenta la precisión de las inyecciones y ayuda a evitar las estructuras vitales durante la introducción de la aguja, aconsejando la utilización de corticosteroides menos particulados.