

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2013;28:190-2

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 48 años de edad remitido a la Clínica del Dolor por el Servicio de Traumatología por algias en la pierna izquierda.

Como antecedentes patológicos y personales presentaba: alergia a penicilina y sulfamidas, neumonía hacía dos años, fumador de un paquete al día e intervención quirúrgica por colelitiasis por laparoscopia hacía cinco años.

No presentaba alteraciones psicopatológicas destacables.

El paciente trabaja de carpintero, con lo cual pasa muchas horas en bipedestación. En aquel momento estaba de baja laboral, pero es autónomo, lo cual dificulta su estado de baja laboral.

Dolor

Hace dos meses inició de forma súbita un cuadro de dolor lumbar, que irradiaba por la parte posterior del muslo, rodilla y parte lateral de la pierna izquierda llegando al maléolo. Respetaba el pie. El dolor era más intenso en la pierna que en la zona lumbar, y el paciente lo describía como una corriente eléctrica. Era un dolor constante e irritante que no cedía con ninguna postura. Acudió a un traumatólogo, que le recetó reposo más Inzitan[®] inyectable (dexametasona). Con ello mejoró aproximadamente un 50% durante un mes, pero el dolor recidivó con las mismas características e incapacidad, por lo que fue derivado a la Clínica del Dolor.

En nuestra primera visita se le objetivó signo de Lassegue y Bragard positivos en la pierna izquierda, dorsoflexión dolorosa y puntos gatillo en la zona paravertebral L4-5-S1 izquierda. La sensibilidad y la fuerza se mantenían intactas.

Como prueba de imagen, el paciente tenía una resonancia magnética (RM), que mostraba una hernia



Figura 1.

discal paramedial izquierda no extruida L4-5. Afectaba a la raíz de L5 izquierda.

Con el diagnóstico de dolor radicular por afectación de la raíz de L5 izquierda por afectación del disco, se propuso la administración de corticoides epidurales dirigida por radiografía (Rx). Se informó al paciente, quien firmó el consentimiento.

Se colocó al paciente en decúbito prono, el arco en posición cráneo-caudal para borrar el doble contorno. Se localizó el espacio epidural vía paramedial izquierda, localizando el espacio con la pérdida de resistencia al agua y observando la correcta difusión del contraste en la imagen anteroposterior y lateral de radioescopia (Fig. 1). Se administró ropivacaína 0,15% 6 ml + trigon depot 60 mg.

El dolor desapareció paulatinamente tras la realización de la técnica descrita.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 2. Técnica de realización de infiltración facetar lumbar bajo visión directa por escopia. Proyección antero-posterior y con el paciente en decúbito prono, donde se visualiza la colocación de las agujas para dicha infiltración.



Figura 3. Colocación de las agujas para infiltración facetar L4-5, L5-S1 izquierdas en posición del arco de radioescopia en lateral.

CASO 2

Paciente mujer de 75 años remitida a la Clínica del Dolor por el Servicio de Reumatología con el diagnóstico de lumbalgias crónicas, que no respondían al tratamiento conservador de analgesia más fisioterapia.

Como antecedentes patológicos presentaba: alergia a metamizol, glaucoma en el ojo D > I, hipercolesterolemia familiar en tratamiento y litiasis vesical, con dos sesiones previas de litotricia.

Dolor

Historia de dolor lumbar crónico de unos cinco años de evolución, pero exacerbado en los últimos seis meses.

La paciente describía el dolor como pulsátil o como algo que apretaba en la región lumbar izquierda y que irradiaba ligeramente hacia la parte posterior del muslo. Por regla general, se aliviaba con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y reposo, pero en los últimos seis meses se había incrementado tanto en el tiempo como en la intensidad del dolor durante los episodios. La escala visual analógica (EVA) que ella consideraba era de 6,5, pero aumentaba hasta 9,5 en los momentos de más dolor (solían corresponder después del ejercicio, o sea, al andar durante más de una hora).

Su estado general era correcto, así como la analítica (bioquímica y hematología), pero su calidad de vida estaba bastante mermada por el dolor.

A la exploración se observó: no signos externos de cifosis ni escoliosis, no asimetrías en las extremidades inferiores (EEII) y dorso-flexión ligeramente dolorosa, aunque la dorso-extensión de la columna lumbar estaba muy limitada por el dolor. Se encontraron puntos dolorosos paravertebrales lumbares L4-L5 I > D. El signo de Lassegue y de Bragard eran negativos, y la fuerza, la sensibilidad y los reflejos OT se conservaban y eran simétricos.

Como prueba de imagen se solicitó una tomografía computarizada (TC), que mostró signos de hipertrofia de carillas articulares lumbares bilaterales, que afectaban básicamente a los espacios L4-L5 y L5-S1.

Con el presunto diagnóstico por la clínica, exploración y TC de dolor lumbar facetar, y una vez dado su consentimiento informado y firmado, se realizó una infiltración sobre la articulación facetar L4-L5 y L5-S1 del lado izquierdo, ya que era la zona de más dolor. La técnica se realizó bajo visión por escopia (Figs. 2 y 3) sin complicaciones. Se administró ropivacaína 0,2% 1,5 ml + trigon depot 10 mg en cada faceta.

En el control posterior a los 30 y 90 días de haber realizado la técnica, la paciente refirió un alivio parcial, pero importante, en cuanto pudo mejorar su deambulaci3n. EVA de 2 y 3, respectivamente.

COMENTARIOS

La enfermedad del raquis lumbar es sumamente frecuente hoy en día.

La artrosis o deformidad de las articulaciones facetarias o de las carillas articulares, tanto en la región cervical como en la región lumbar, es una de las causas más frecuentes en la enfermedad dolorosa del raquis. El diagnóstico debe hacerse por la clínica, exploración y pruebas de radiodiagnóstico, pero aun así, y como en toda enfermedad del raquis, puede ser complicado y crearse falsos positivos. No obstante, si creemos que en nuestro paciente esto es una causa de dolor, el abordaje de las carillas articulares es el tratamiento recomendado.

En la región lumbar podemos realizar primero un bloqueo diagnóstico o incluso terapéutico con anestésico local más corticoides de la carilla articular

o del ramo medial, y pasar o no, dependiendo de la duración del alivio del dolor, a una técnica más definitiva de radiofrecuencia pulsada o por calor.

Los corticoides epidurales vía interlaminar, caudal o transforaminal son la técnica de elección en las neuritis/radiculalgias álgicas no deficitarias.

Los dos pacientes comentados son casos de dolor del raquis que se encuentran con relativa frecuencia en las clínicas del dolor y, por tanto, nos ilustran la realización de un tratamiento mínimamente invasivo, fácil de realizar y con escasas complicaciones, pero que, por contra, puede ser de gran utilidad para nuestros pacientes.