

# IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2014;29:95-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ<sup>1</sup>  
M.<sup>a</sup> VICTORIA RIBERA CANUDAS<sup>2</sup>

## CASO 1

Paciente mujer de 45 años derivada a nuestra Unidad del Dolor por cuadro de intenso dolor en extremidad inferior izquierda.

Como antecedentes patológicos destaca epilepsia desde la infancia, tratada con tegretol, e hipercolesterolemia, tratada con estatinas.

Respecto al cuadro de dolor, dos años antes la paciente fue operada de una artroplastia total de cadera derecha y en el postoperatorio inmediato presentó una importante impotencia funcional de la extremidad afectada.

Fue diagnosticada por clínica y electromiografía (EMG) de lesión del nervio femoral derecho.

La impotencia funcional fue revirtiendo con el tiempo y mucha fisioterapia, pero no el dolor, que fue aumentando de intensidad.

A su ingreso en la Unidad de Dolor se objetivó que su dolor se localizaba en la parte superior e interna de la rodilla derecha, y se irradiaba también por la cara anterior por toda la pierna, pero respetaba el tobillo y el pie.

Era un dolor quemante, punzante, con exacerbaciones diarias a modo de descargas.

Asimismo, presentaba un cuadro intenso de ansiedad y catastrofismo que exacerbaba su sintomatología, hasta el punto de que había requerido ingresos hospitalarios para su tratamiento.

La escala analógica visual (EVA) era de 9 durante las 24 h.

Su tratamiento consistía en fentanilo transdérmico 100 µg, un parche cada tres días, acompañado de fentanilo transmucosa de 200 µg 3-4/día en las exacerbaciones.

Nuestro primer tratamiento consistió en: visitas y tratamiento psicoterápico por el psicólogo de la

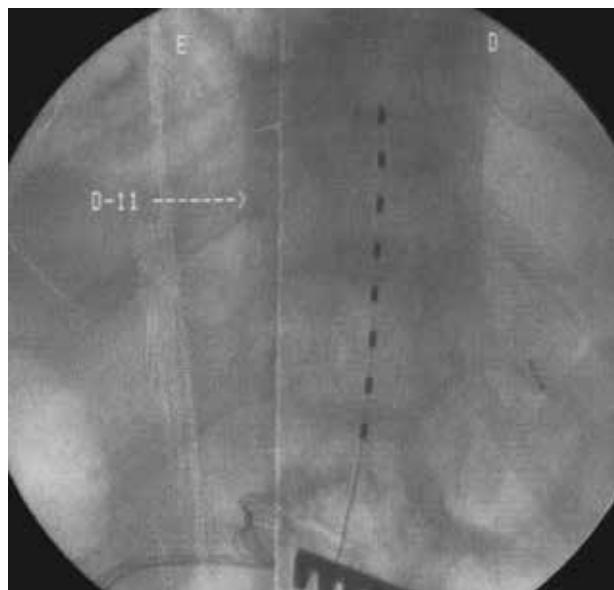


Figura 1. Estimulador medular octopolar.

Clínica del Dolor; retirar el fentanilo transmucosa; intentar disminuir el fentanilo transdérmico, y programar a la paciente para estimulación epidural.

A los cuatro meses de su llegada a la Unidad del Dolor y habiendo cumplido los objetivos marcados, la paciente fue programada para estimulación epidural: en un primer momento, electrodo octopolar a nivel de D10-11-12 dirigido por escopia (Fig. 1); a los 15 días y tras obtener una buena-excelente analgesia se realizó el implante definitivo.

## CASO 2

Paciente varón de 34 años derivado a nuestra Unidad del Dolor para tratamiento de algias de gran intensidad en el pie izquierdo.

Clínica del Dolor

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

<sup>2</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron  
Barcelona



**Figura 2.** Inicio de colocación de la aguja 15 cm para la realización del bloqueo simpático.



**Figura 3.** Difusión del contraste en la parte anterior del cuerpo vertebral.

Como antecedentes patológicos, destaca que fue operado de amigdalectomía en la infancia y que padece alergia a los ácaros.

Respecto al cuadro de dolor, se remonta a seis meses antes en que, tras sufrir una rotura ligamentosa en el tobillo izquierdo y posterior inmovilización, empieza el dolor más edema y persistencia de la impotencia funcional en el pie izquierdo.

Se realizaron múltiples tratamientos locales y de fisioterapia, pero no se consiguió ningún resultado en cuanto a los síntomas descritos.

Además, se añadía un gran cuadro de ansiedad por no poder llevar una vida normal, lo que condicionaba enormemente su estado laboral y personal. Su calidad de vida estaba muy alterada.

A la exploración se observó en comparación con el otro pie que no tenía dolor: pie más caliente y sudoroso, edematoso y más enrojecido. Presentaba también alodinia e hiperestesia.

El paciente valoraba todas estas alteraciones con una EVA > 8.

Los tratamientos analgésicos previos consistían en pregabalina a dosis de hasta 300 mg/12 h, duloxetina 60 mg/día y tramadol retard 100 mg/12 h.

Con el diagnóstico de dolor regional complejo tipo 1 (distrofia simpática refleja) y tras información y firma del consentimiento informado, se realizó un bloqueo con anestésico local del ganglio simpático lumbar, nivel L2-3 izquierdo. La técnica se realizó bajo control con escopia (radiografía [Rx]) (Figs. 2 y 3). Asimismo, se midió la temperatura del pie afecto previo a la técnica, durante y después a fin de observar los cambios de este parámetro tras la simpatectomía producida por fármacos.

A los ocho días, el dolor había disminuido en la EVA a 4, por lo que se empezó rápidamente con la fisioterapia para poder movilizar mejor el pie.