

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR. 2014;29:174-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO CLÍNICO 1 Y 2

Se describen dos tipos de dolor con dos etiologías distintas y diferentes tratamientos en la misma paciente.

Mujer de 76 años derivada a la Clínica del Dolor desde el Servicio de Neurocirugía por lumbalgia crónica no quirúrgica.

Como antecedentes patológicos presentaba: dislipemia, bronquitis, hernia de hiato, insuficiencia venosa en las extremidades inferiores, anemia ferropénica crónica y síndrome depresivo.

Como antecedentes quirúrgicos destacaban adenoma hipofisario transesfenoidal y hemicolectomía por adenoma vellosos.

HISTORIA DEL DOLOR LUMBAR

Dolor lumbar bilateral de años de evolución, más en el lado izquierdo e irradiado a la cara posterior de ambas extremidades, llegando al talón y pie solo en el lado izquierdo.

Las características eran de dolor opresivo, continuo y con exacerbaciones en la zona lumbar. En ocasiones (al andar), la paciente lo describía como lancinante, tipo corriente eléctrica, en la extremidad inferior. Empeoraba al levantarse de la silla, cuando acababa de hacer alguna actividad o caminar y con el movimiento.

Hacía tiempo este dolor lumbar mejoraba con la flexión anterior del tronco y las piernas recogidas, pero ahora ya no. No toleraba ninguna posición.

En ocasiones, el dolor interrumpía el sueño.

Las valoraciones eran: escala visual analógica (EVA) de 9 del dolor radicular (caso clínico 1) y EVA de 7 del dolor lumbar (caso clínico 2). El cuestionario de dolor neuropático cuatro preguntas era de 1.

Los tratamientos que había realizado hasta el momento consistían en infiltración faceta lumbar de L3-S1 bilateral sin respuesta, antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno esporádico) y Lyrica hasta 150 mg/12 h también sin mejoría.

EXPLORACIÓN FÍSICA

No dolor a la presión de espinosas lumbares y sacroilíacas. No dolor a la palpación de musculatura paravertebral. Dolor con la flexión anterior del tronco y movimientos de rotación. No dolor con hiperextensión. Signo del arco negativo. Reflejos osteotendinosos simétricos bilateral. Fuerza y sensibilidad conservada.

Lasègue izquierdo ligeramente positivo. Bragard negativo bilateral. Fabere izquierdo dolor lumbar izquierdo. Psoas negativo bilateral. Cuadrado lumbar izquierdo positivo. Piramidal izquierdo positivo. Marcha de puntillas positivo izquierdo y talones normal.

La tomografía computarizada (TC) mostró cambios hipertróficos importantes con osteofitosis marginal, afectación posterior de L5-S1, discopatía con disminución de la altura L4-L5-S1, con pinzamiento posterior en el último nivel asociado a osteófito posterior condicionando un compromiso del agujero L5-S1 izquierdo, espondiloartrosis lumbar del segmento estudiado con estenosis de canal y compromiso foraminal L5-S1 izquierdo.

La resonancia magnética también corroboró los hallazgos descritos en la TC y añadió el compromiso radicular: leve retrolistesis L5, signos degenerativos de discopatía a nivel lumbar y compromiso de raíz S1 izquierda por protusión discal L5-S1.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente presentaba dos tipos de dolor:

- Dolor radicular por estenosis segmentaria y afectación de la raíz de S1 izquierda.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 1. S1 izquierdo. Posición de la aguja.



Figura 2. Imagen de la raíz de S1 izquierda.

- Lumbalgia atribuible a discopatías múltiples de años de evolución.

Ambos dolores eran debidos a la degeneración discal de su raquis lumbar, comportando tanto dolor radicular al andar, por compresión de la raíz de S1 izquierda, como lumbar I > D también al andar y por compresión discal (prácticamente existía ya muy poco disco intervertebral).

TRATAMIENTOS

Caso clínico 1

Se inició tratamiento intervencionista de su radiculopatía S1 izquierda, ya que cuando aparecía el dolor era cada vez más incapacitante e intenso.

Se realizó, con el consentimiento informado de la paciente, una radiofrecuencia pulsada de la raíz de S1. Colocando a la paciente en decúbito prono, se localizó mediante visión directa por escopia el agujero intervertebral de S1 (Fig. 1). Se procedió a colocar la aguja y se comprobó mediante estimulación sensitiva y motora. Como se localizó bien el estímulo sensitivo, se procedió a realizar la radiofrecuencia pulsada de 2 min.

A continuación, se administró contraste para visualizar la raíz de S1 (Fig. 2) y 1,5 ml de ropivacaína al 0,2%. La técnica se llevó a cabo sin incidencias.

A los dos meses de haber realizado el procedimiento descrito, la paciente no presentaba dolor radicular, pero seguía presentando intensas lumbalgias mecánicas al andar y con la bipedestación.

Caso clínico 2

Las lumbalgias atribuidas a sus discopatías fueron tratadas con otra técnica mínimamente invasiva.

Se realizó, con el consentimiento informado de la paciente, una radiofrecuencia pulsada del ganglio de L2 bilateral. Se colocó a la paciente en decúbito prono, se localizó mediante visión directa por escopia los niveles vertebrales de L1-L2-L3-L4 y el triángulo inferior bilateral del cuerpo vertebral de L2 (por debajo de la carilla articular). Se procedió a colocar la aguja en antero-posterior (Figs. 3-5) y lateral a fin de introducirla lo más cerca posible del ganglio de la raíz dorsal de L2, y se comprobó mediante estimulación sensitiva y motora. Como se localizó bien el estímulo sensitivo, se procedió a realizar la radiofrecuencia pulsada de 2 min bilateral.

La técnica no presentó ninguna incidencia remarkable.

Los controles a los 2 y 4 meses mostraron un alivio del dolor lumbar considerable, con una EVA de 3-4.



Figura 3. Abordaje del ganglio dorsal de L2 izquierdo.

OTROS TRATAMIENTOS DESCRITOS PARA EL DOLOR DISCAL

- Inyección intradiscal de corticosteroides.
- Terapia electrotérmica intradiscal.
- Biacuplastia intradiscal.
- Termocoagulación intradiscal por radiofrecuencia.
- Bloqueo de ramo comunicante.
- Radiofrecuencia pulsada del ganglio de L2 bilateral (descrita por Yakamura al incidir sobre la inervación de los discos inferiores, que al parecer se reúnen en el ganglio de L2).

No existe evidencia científica de ninguna técnica para la mejora del dolor discal, solo casos descritos y experiencias personales. Describimos la técnica del abordaje del ganglio de L2 bilateral, ya que evitamos intervenir directamente sobre el disco



Figura 4. Imagen ampliada del abordaje del ganglio dorsal de L2 izquierdo.



Figura 5. Abordaje del ganglio dorsal de L2 derecho.

lumbar (siempre se deben poner antibióticos por posible discitis).

Si incidimos sobre el ganglio de L2, no debemos poner corticoides particulados.