

IMAGEN Y DOLOR

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 65 años que acude a la Unidad de Dolor, derivado por el Servicio de Neurocirugía, por presentar dolor muy intenso a nivel lumbar, con irradiación a extremidades inferiores (EII), hasta el tobillo.

Este dolor lo presentaba desde hacía 10 años, pero en el último año la sintomatología había empeorado mucho y presentaba una claudicación a la marcha a los 15 min. Refería una escala visual analógica (EVA) de 6-7 y en ocasiones de 8.

Como antecedentes patológicos destacaba una intervención quirúrgica para resección de un osteófito cervical a nivel de C3, hacía tres años, que precisó una traqueotomía por complicaciones en el postoperatorio inmediato. Alergia al metimazol.

En la exploración física presentaba un Lasègue +40°, hipoestesia L5 izquierda, hiporreflexia rotuliana y aquilea izquierda, dificultad a la marcha de talones y palpación dolorosa en paravertebrales lumbares izquierdas.

En la resonancia magnética (RM) destacaban cambios degenerativos discales L4-L5 y L5-S1, y extrusión discal posterolateral izquierda L4-L5 y L5-S1.

El paciente había recibido diversos tratamientos farmacológicos, gabapentina, pregabalina, tramadol, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), clonazepam, paracetamol, obteniendo una mejoría parcial del dolor. Cuando acudió a nuestra unidad solo tomaba paracetamol y AINE de rescate.

Había realizado también tratamiento rehabilitador en varias ocasiones, obteniendo mejoría mientras

realizaba el tratamiento, pero después volvía a empeorar.

Dada la larga evolución del cuadro clínico y la poca mejoría obtenida con los tratamientos farmacológicos y de rehabilitación, se propuso realizar un bloqueo caudal.

Se realizó el bloqueo bajo control de amplificador de imagen y se administró betametasona 12 mg. En el control realizado al mes, el paciente había obtenido una mejoría importante y presentaba una EVA de 5 (Figs. 1 y 2).

Al cabo de dos meses se realizó un nuevo bloqueo caudal, administrando la misma dosis de betametasona, y en el control realizado a los seis meses el paciente presentaba una EVA de 2.



Figura 1. Visión radioscópica de perfil de columna sacra, visualizándose el hiato sacrococcigeo.

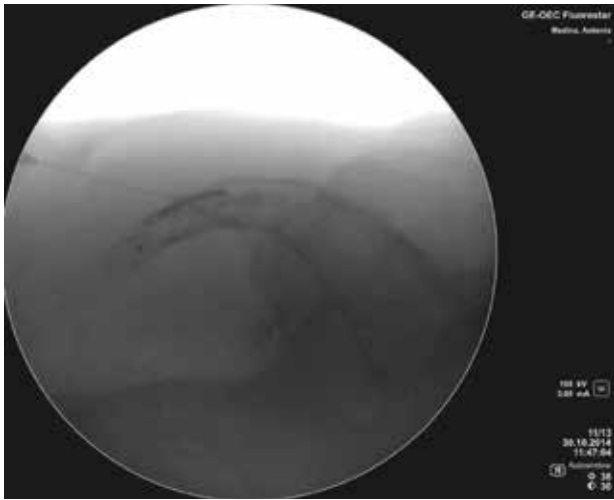


Figura 2. Visión radioscópica con contraste y visualización del espacio epidural posterior y anterior.

CASO 2

Paciente de 48 años derivada a la Unidad de Dolor, por el Servicio de Traumatología, por presentar lumbociatalgia bilateral desde hacía dos años.

Como antecedentes patológicos destacaban hipertensión, hipotiroidismo e hipercolesterolemia.

Además del dolor radicular bilateral, la paciente refería una claudicación neurógena a la marcha de

ambas EEII a los 300 m. En la exploración clínica, el Lasègue derecho aparecía ya a los 30°.

Aportó electromiografía, que mostraba radiculopatía con trazado crónico en raíz L5 derecha.

En la RM destacaba una hernia discal preforaminal y foraminal derecha L5-S1, protrusión discal L4-L5 central y compresión de ambas raíces L5.

Estaba realizando tratamiento con diclofenaco, tramadol, metamizol y gabapentina, sin obtener mejoría. Presentaba una EVA de 6, y cuando realizaba paseos, EVA de 7 y en algunas ocasiones de 8.

Había realizado tratamiento fisioterápico sin resultado efectivo.

En un centro privado le habían realizado dos bloqueos epidurales, con un intervalo semanal, que le proporcionaron una mejoría parcial y transitoria de un mes.

En nuestra unidad se le propuso realizar un bloque caudal con 12 mg de betametasona. Este bloqueo se realizó bajo control de escopia y ecografía. Se mantuvo tratamiento farmacológico con gabapentina y tramadol (Figs. 3-5).

En la revisión al mes del bloqueo, la paciente refirió una gran mejoría, del 70%, presentando una EVA de 3. En los controles sucesivos se pudo disminuir de forma gradual el tratamiento. En el control realizado al año, persistía la mejoría del dolor y había mejorado sustancialmente la funcionalidad.



Figura 3. Visión ecográfica corte transversal, visualizando ligamento sacrococcígeo a nivel de los cuernos sacros.



Figura 4. Visión ecográfica corte longitudinal, visualizándose el ligamento sacrococcígeo.



Figura 5. Visión ecográfica corte longitudinal, visualizándose la aguja que atraviesa el ligamento sacrococcígeo.

COMENTARIO

La anestesia epidural por vía caudal fue descrita en 1901 y precedió en varios años a la vía lumbar. En 1917, Thompson recalcó las posibles dificultades de la técnica debidas a la gran variedad de tipos y formas de huesos sacros descubiertos en la población normal, motivo por el cual fue abandonada durante varios años.

El resurgir de la anestesia caudal se experimentó en 1940 cuando se actualizó el bloqueo caudal para el alivio del dolor en el trabajo de parto. La

anestesia y analgesia regional caudal es un procedimiento moderadamente simple y seguro, y las escasas complicaciones que presenta han hecho que exista una amplia difusión de esta técnica. Es una técnica más sencilla que el bloqueo por vía lumbar.

El hiato sacrococcígeo es una escotadura en forma de V invertida de la pared posterior del conducto sacro. El espacio caudal es el componente sacro del espacio epidural. En el canal sacro se alojan cinco raíces sacras, el nervio coccígeo, el *filum terminalis* y el final del plexo venoso epidural. Este espacio no está cubierto por hueso, sino por el ligamento sacrococcígeo denso, que es análogo a los ligamentos supraespinal e intraespinal de los niveles vertebrales lumbar, torácico y cervical. El volumen medio del conducto sacro es de 30-35 ml.

Se elige la vía del hiato sacrococcígeo en los pacientes que presentan radiculalgias L5 y/o S1 por estenosis de canal o discopatías, y sobre todo en pacientes que presentan dificultades para el abordaje lumbar, como artrodesis o alteraciones estáticas del raquis.

Se aconseja realizar la técnica del bloqueo epidural por vía caudal con la ayuda de un arco de fluoroscopia para asegurarse de que exista un correcto posicionamiento de la aguja. Su utilización de forma rutinaria puede disminuir la aparición de posibles complicaciones.

Recientemente se está introduciendo la técnica de ecografía para el abordaje caudal.