

IMAGEN Y DOLOR

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente, mujer de 67 años, que acudió a la Unidad de Dolor derivada por el Servicio de Traumatología por presentar dolor intenso a nivel de la cara radial de ambas muñecas, sobre todo en la izquierda.

Este dolor lo presentaba desde hacía tres años, pero en el último año había empeorado mucho, había perdido fuerza en la mano, se le caían los objetos y el dolor la despertaba por las noches.

No refería alergias ni otros antecedentes patológicos de interés.

Había sido diagnosticada de enfermedad de De Quervain bilateral y de rizartrosis en la mano izquierda.

Había realizado tratamiento con fisioterapia, férulas de inmovilización y tomaba antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de forma esporádica, cuando

presentaba más dolor, pero ninguno de los tratamientos instaurados le mejoraba el dolor ni la funcionalidad de la mano.

Le habían realizado infiltraciones con corticoides en dos ocasiones, mejorando la sintomatología durante tres meses, pero posteriormente volvía a empeorar.

Refería una escala visual analógica (EVA) de 6/10 en reposo. Presentaba periodos de agudizaciones con tumefacción, gran rigidez y EVA de hasta 9.

Clínicamente la paciente presentaba dolor y crepitación a la movilización activa y pasiva de la base de ambos pulgares con rigidez irreductible y cierre del primer espacio interdigital, compensado en la mano izquierda con hiperextensión de la articulación metacarpofalángica del pulgar.

Las radiografías actuales de frente y perfil de la muñeca constataban una artrosis peritrapezoidal, con



Figura 1. Radiografía anteroposterior comparativa de muñecas y manos que muestra artritis destructiva de las interfalángicas distales de ambas manos y artrosis peritrapezoidal, con especial afectación de la trapeciometacarpiana y una hiperextensión de la metacarpofalángica en la mano izquierda.



Figura 2. Radiografía de perfil comparativa de muñecas y manos que muestra artritis destructiva de las interfalángicas distales de ambas manos y artrosis peritrapezoidal, con especial afectación de la trapeciometacarpiana, con presencia de osteofitos en ambos lados.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona



Figura 3. Radiografía de perfil comparativa de ambas manos que demuestra la existencia de una subluxación trapeciometacarpiana de ambos pulgares, con existencia de un osteofito cubital en trapecio que mantiene la subluxación irreductible de la base del primer metacarpiano.

especial afectación de la trapeciometacarpiana, así como una hiperextensión de la metacarpofalángica en la mano izquierda (Figs. 1 y 2).

Dados los antecedentes de resultados infructuosos con los tratamientos habituales, se le propuso la infiltración intraarticular con ácido hialurónico.

Esta infiltración se realizó bajo control de escopia, en condiciones de esterilidad, administrando 1 ml de ácido hialurónico en una única dosis.

Se prescribió tratamiento analgésico posterior a la infiltración con paracetamol, ibuprofeno de rescate y lidocaína tópica durante dos días.

En el control realizado al mes, la paciente había mejorado mucho la sintomatología dolorosa y la funcionalidad de la mano, presentaba una EVA de 2 y el dolor no la despertaba por las noches.

En la revisión de los seis meses la paciente continuaba con la mejoría.

CASO 2

Paciente, mujer de 48 años, derivada a la Unidad de Dolor por el Servicio de Rehabilitación por presentar dolor en la base del pulgar izquierdo, invalidante, de dos años de evolución.

Paciente con mano predominante izquierda y de profesión enfermera.

Cuando fue derivada a la Unidad de Dolor había realizado diversos tratamientos mediante AINE, fisioterapia en varias ocasiones, férulas de descarga,



Figura 4. Imagen de la infiltración intraarticular bajo control de amplificador de imagen.

diurnas y nocturnas, e infiltración intraarticular con corticoides, que le mejoraron los síntomas durante dos meses, pero posteriormente inició de nuevo el mismo dolor que tenía previamente.

La paciente refería una EVA en reposo de 5-6 y crisis de dolor lancinante, invalidante, con EVA de 8-9 en los movimientos de pinza media y fina con la mano izquierda, lo que le impedía realizar la mayor parte de las actividades profesionales y le había obligado a solicitar la baja laboral.

En las radiografías que aportaba, destacaba una subluxación con artrosis de la articulación trapeciometacarpiana de la mano izquierda y signos incipientes de rizartrrosis en la mano derecha (Fig. 3).

Dada la poca mejoría conseguida con los tratamientos previos, se le propuso la infiltración intraarticular con ácido hialurónico de alta viscosidad.

Este tratamiento se realizó bajo control de escopia, en condiciones de esterilidad, administrando 0,8 ml de ácido hialurónico (Fig. 4).

En el control realizado al mes y a los seis meses, había obtenido gran mejoría del dolor, presentaba una EVA de 2-3 y la mejoría de la funcionalidad le había permitido reintegrarse a su actividad laboral.

DISCUSIÓN

La artrosis trapeciometacarpiana afecta predominantemente a mujeres a partir de la 5.ª década, con una *ratio* mujer:hombre de 10:1. Es una enfermedad de difícil manejo y que puede causar deformidad, hinchazón, inestabilidad y dolor, con diferentes grados resultantes de invalidez.

Tabla 1.

Estadio I	No hay destrucción articular. Espacio articular ensanchado por el derrame. Subluxación de menos de un tercio	Laxitud ligamentaria. Dolor. Prueba positiva de crujido. Subluxación dorsorradial metacarpiana	Síntomas que aparecen con tareas pesadas, prueba del crujido positiva. Espacio articular estrechado, esclerosis subcondral
Estadio II	Ligera reducción del espacio articular. Osteofitos marginales de menos de 2 mm. Subluxación de un tercio	Crepitación, inestabilidad, subluxación crónica. Cambios radiográficos degenerativos	Dolor con el uso habitual, crepitación. Osteofitos cubitales, subluxación inferior a un tercio
Estadio III	Destrucción articular marcada, con quistes y esclerosis. Osteofitos de más de 2 mm. Más de un tercio de subluxación	Cambios degenerativos de todo el trapecio	Deformación en aducción de la articulación carpometacarpiana en hiperextensión. Artrosis pantrapecial y subluxación de un tercio
Estadio IV	Compromiso de múltiples superficies articulares	Estadio II y III con artritis de la articulación metacarpofalángica	Cambios quísticos y borramiento total del espacio articular. Articulación carpometacarpiana totalmente inmóvil

El 33% de las mujeres posmenopáusicas presenta cambios radiológicos, pero la mayoría tiene síntomas tolerables o compatibles con sus actividades cotidianas. No hay evidencia de que esté relacionada con ninguna actividad en específico. Existen un gran número de enfermedades de mano y muñeca que pueden asociarse (túnel carpiano, enfermedad de De Quervain, artrosis del carpo, entre otras) y que conviene descartar.

Signos y síntomas

Dolor localizado en la base del pulgar, con maniobras agravantes como sostener una taza, girar una llave, abrir frascos a rosca o coser. Disminución de la fuerza de agarre y/o rigidez de la base del pulgar. Deformidad en aducción-flexión del primer metacarpiano.

Para adaptarse, los pacientes intentan buscar una posición más funcional, forzando una hiperextensión de la metacarpofalángica, completando así la deformidad típica de la enfermedad evolucionada.

Existen múltiples clasificaciones pronósticas de la enfermedad, aunque la más habitual para valorar el estadio evolutivo es la clasificación radiológica de EATON (Tabla 1).

Tratamientos

Antiinflamatorios no esteroideos, fisioterapia, férulas de inmovilización, inyección intraarticular de corticoides y tratamiento quirúrgico: artroplastia trapeciometacarpiana, artrodesis trapeciometacarpiana, trapeciectomía (diferentes técnicas).

Además de todos estos tratamientos, dentro de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles en los últimos años para el tratamiento de la artrosis, disponemos de la viscosuplementación intraarticular con ácido hialurónico. El objetivo de la administración intraarticular es restaurar la homeostasis articular.

Las enfermedades degenerativas articulares como la rizartrosis se asocian a una pérdida sustancial de viscosidad del fluido sinovial. Este aumento del estrés mecánico en la articulación, así como cierta pérdida de cartílago articular, parece ser el origen del dolor y su rigidez.

El fluido sinovial, que gracias a su contenido en ácido hialurónico es viscoelástico, se encuentra presente en todas las articulaciones y asegura unas propiedades de lubricación y amortiguación viscoelástica.

El ácido hialurónico constituye una parte natural del líquido sinovial y actúa en las articulaciones como lubricante para los cartílagos y ligamentos. Las inyecciones de ácido hialurónico intraarticulares permiten recuperar la viscosidad y la elasticidad, así como disminuir el dolor y mejorar la movilidad de la articulación.

Utilizamos ácido hialurónico estabilizado NASHA. El ácido hialurónico utilizado en la fabricación del NASHA se biosintetiza a partir de una fuente no animal. El material de origen para el NASHA se obtiene mediante métodos de biotecnología para lograr un producto de alta pureza. El tiempo más prolongado de resistencia en la articulación permite reducir el número de infiltraciones para obtener la eficacia que se desea: efecto analgésico, disminución de la rigidez articular y aumento de la funcionalidad de la mano.