

IMAGEN Y DOLOR

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente mujer de 67 años diagnosticada de mieloma múltiple y derivada a la Unidad de Dolor por intensas algias en el raquis lumbar. No presentaba otros antecedentes patológicos de interés.

Su dolor se centraba en la zona lumbar, era continuo y aumentaba considerablemente con la deambulación y en bipedestación. La escala visual analógica de intensidad del dolor durante el día era de 8 (EVA de 0 a 10).

En la resonancia magnética se objetivaba lesión vertebral lumbar (Fig. 1).

Los principales parámetros de laboratorio fueron: anemia; velocidad de sedimentación globular, 98; proteinemia, 92; electroforesis proteica: banda monoclonal en la región gamma; inmunoglobulina G tipo alfa; calcemia elevada, y albúmina y función renal normales.

El dolor que provocan estas lesiones osteolíticas puede ser de dos tipos:

- Nociceptivo. Invasión ósea. Osteólisis (fracturas), expansión ósea del propio tumor, rotura del periostio.
- Neuropático. Infiltración paraproteína o compresión nerviosa.

En el caso de la paciente en cuestión, el dolor fue catalogado en un principio de nociceptivo, y cuando llegó a nuestra Unidad de Dolor estaba siendo tratada con dexametasona y lenalidomida (por su proceso oncológico), bifosfonatos endovenosos y morfina, que se aumentó de 20 a 80 mg/12 h para poder obtener una buena analgesia.

Pero el tratamiento con morfina a estas dosis era muy mal tolerado y la paciente presentaba un estado

constante de mareo, con algún vómito ocasional, somnolencia y cansancio.

La rotación con metadona no le había proporcionado buena analgesia y también era mal tolerada a altas dosis, motivo por el cual fue derivada a la Unidad de Dolor.

El primer paso fue valorar la técnica de administración del fármaco opioide por vía espinal, pero dado que las metástasis óseas eran lumbares, preferimos probar primero con asociación de opioides con diferentes afinidades a receptores opioides.

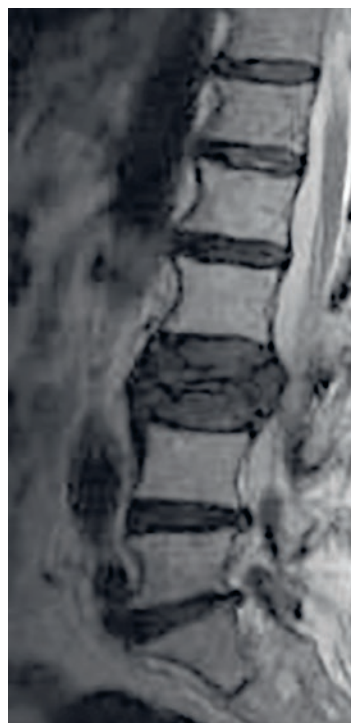


Figura 1. Afectación del mieloma en el raquis lumbar.

El tratamiento fue:

- Morfina (MST) 40 mg/12 h.
- Oxicodona (Oxycontin) 20 mg/12 h.

Este tratamiento proporcionó a la paciente una analgesia aceptable (EVA de 3) con escasos efectos adversos, sin sedación ni somnolencia, ni vómitos ni náuseas, aunque persistía el cansancio, pero era mejor tolerado.

Comentario

El dolor más frecuente del mieloma es nociceptivo y está causado por:

- Osteólisis: fracturas, inestabilidad, reducción umbral nociceptor (liberación de sustancias locales: citocinas, potasio, histamina).
- Infiltración en la médula ósea (expansión): aumento de la presión intraósea y activación del periostio por expansión ósea del propio tumor, rotura del periostio.

El tratamiento de elección son los opioides orales. El hecho de haber recurrido a la combinación de dos opioides fue para intentar disminuir los efectos adversos con la combinación de dosis bajas de cada uno de ellos, que tienen diferente afinidad por los receptores opioides.

De todas formas, aunque en la práctica clínica diferentes opioides se usan simultáneamente, esta modalidad terapéutica no es la recomendada y solo debe usarse en casos especiales y por facultativos que conocen y usan asiduamente estos fármacos.

CASO 2

Paciente varón de 69 años remitido a la Clínica del Dolor por el Servicio de Neurocirugía a causa de un cuadro de dolor en las extremidades inferiores (EEL) con la deambulación.

Como antecedentes patológicos destacaban:

- No alergias.
- No alteraciones respiratorias, salvo apnea del sueño, teniendo que llevar una prótesis para dormir.
- Cuadros de taquiarritmias tratados con β -bloqueantes.
- No diabetes.
- Accidente cerebrovascular transitorio leve hacía tres años.

La medicación habitual consistía en:

- Ácido acetilsalicílico 100 mg/día.
- Aclofenaco 100 mg/12 h.
- Pregabalina 150/12 h.

Como antecedentes personales, el paciente estaba jubilado y vivía con su mujer en un piso con ascensor. Era autónomo en cuanto a sus quehaceres diarios.

La historia de dolor se inició unos 14 meses atrás, cuando el paciente empezó a notar, de forma paulatina, dificultad al andar por dolor lumbar más radicular en EEL. Este dolor se iniciaba cuando llevaba unos 150 m aproximadamente, pero cada vez el camino que podía recorrer se hacía más corto. En el momento de la visita era de poco más de 50 m.

El dolor era más intenso en las EEL y cedía al descansar. No dolor en reposo ni en sedestación ni en decúbito.

Al iniciar el tratamiento con pregabalina, el dolor había mejorado, pero solo transitoriamente. La medicación le proporcionaba un cierto grado de somnolencia, lo cual interfería muy poco con su actividad diaria. La EVA era de 8,5.

La exploración física era completamente normal.

Las pruebas de imagen mostraron:

- Radiografía simple AP y perfil de columna lumbar:
 - Osteoporosis + espondilosis lumbar generalizada, con anterolistesis de L5.
- Resonancia magnética:
 - Discopatía y anterolistesis grado I-III de L5 sobre S1 que condiciona un estrechamiento en los agujeros de conjunción, de predominio del lado izquierdo con probable afectación de la raíz saliente.

Con el diagnóstico de claudicación neurógena con importante incapacidad para andar, se le realizó un bloqueo epidural vía caudal administrándole 8 ml de ropivacaína al 0,2% y 9 mg de betametasona. El bloqueo caudal se realizó mediante escopia y administración de contraste para observar la correcta colocación de la aguja y difusión del fármaco. Una vez visualizado el espacio epidural, se administró lentamente la sustancia descrita (Fig. 2). El procedimiento transcurrió sin incidencias. Previamente se había informado al paciente de la técnica y los fármacos, y este había dado su consentimiento por escrito.

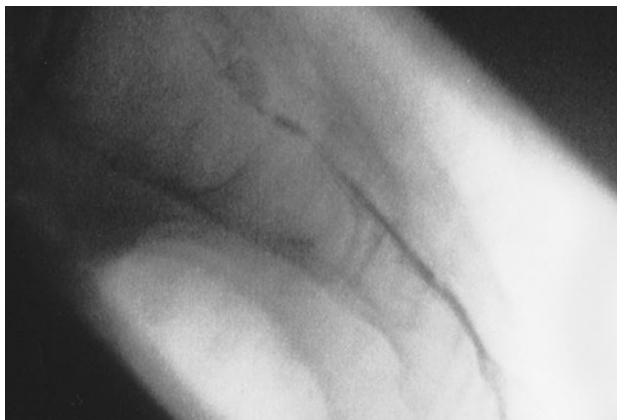


Figura 2. Bloqueo caudal realizado mediante escopia, donde se observa la posición de la aguja y el contraste dentro del espacio intradural.

En el control realizado al mes, la EVA medida en cuanto podía andar sin tener que detenerse había mejorado hasta 3,5, lo cual le permitía andar unos 30 min sin pararse, y al hacerlo mejoraba rápidamente. A los tres meses, la EVA era de 7, pero solo circunscrita a una extremidad inferior, la izquierda, y más concretamente por la raíz de S1.

Se decidió entonces, tras informar al paciente y este dar su consentimiento por escrito, realizar una radiofrecuencia pulsada (RFP) de la raíz de S1 izquierda mediante el catéter epidural de Cosman/Reig. Dicha técnica se realizó también bajo visión radioescópica, entrando por el agujero sacro y visualizando el catéter, que se debía introducir hacia la derecha y cerca del agujero de conjunción de S1. Tras llegar con el catéter al *target* deseado, estimulamos para reproducir el dolor de la extremidad inferior izquierda, territorio de S1, tras lo cual realizamos una RFP durante 4 min y administramos 2 ml de ropivacaína al 0,2% y 4 mg de dexametasona previa visualización con contraste (Fig. 3).

Con este procedimiento, el paciente lleva actualmente ocho meses con ligera claudicación neurógena (EVA de 3), pero habiendo mejorado tanto su claudicación como su calidad de vida.

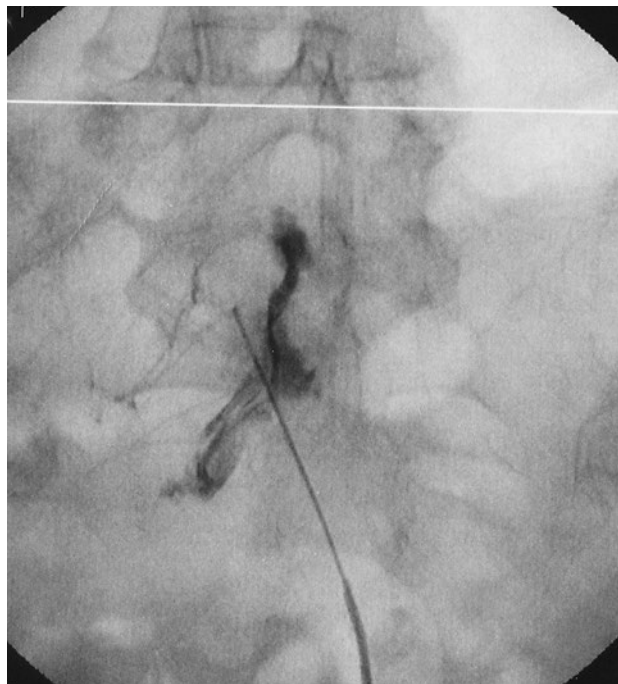


Figura 3. Catéter estimulable epidural para realizar la técnica de RFP.

Comentario

La claudicación neurógena por estenosis del canal es hoy en día una de las enfermedades del raquis lumbar más frecuente entre la población mayor. Esto les produce una gran contrariedad, ya que ven muy limitadas sus actividades diarias al no poder casi andar. Y en muchas ocasiones son personas mayores pero sanas. El tratamiento es quirúrgico, pero debido a la edad en muchas ocasiones tanto el cirujano como el paciente rehúsan la intervención.

La primera opción sería la administración de corticoides vía epidural, pero la evidencia es escasa. En estos casos, y si existe una clara raíz afectada, la RFP de la raíz accediendo al espacio epidural con catéter estimulable es una técnica a tener presente en estos pacientes.