

IMAGEN Y DOLOR

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente de 75 años, mujer, que fue derivada a la Unidad de Dolor por el Servicio de Ginecología, por presentar dolor a nivel lumbar bajo, de cuatro meses de evolución.

Como antecedentes patológicos destacaban: anexectomía bilateral, biopsias peritoneales y citología de Douglas por laparoscopia, habiéndose descartado proceso maligno.

La paciente había sido intervenida en numerosas ocasiones de la rodilla derecha con resultado no satisfactorio, estando pendiente de una nueva revisión quirúrgica de la prótesis total, así como de una neulolisis peripatelar por persistencia de dolor anterior de rodilla.

En la historia clínica realizada en nuestra Unidad, destaca una marcha invalidante por lumbalgia continua y lumbociatalgia L5 derecha, relacionada con discopatía L4-L5, demostrada por RM. El componente neuropático del dolor radicular había cedido tras la práctica de una infiltración foraminal realizada en nuestra Unidad hacía un año.

En el momento actual, la paciente experimentaba un dolor de instauración reciente, con importante limitación funcional para los cambios posturales y la marcha, EVA de 7-8. El dolor le impedía el descanso nocturno.

La paciente reconocía este tipo de dolor como diferente al episodio de lumbociatalgia del que había sido tratada previamente. En la exploración clínica se descartaron signos de sufrimiento radicular, ni irritativos ni motores, los reflejos eran normales y la marcha no claudicaba. La paciente, sin embargo, explicaba dolores insoportables a los cambios posturales tanto en sedestación como en decúbito. El dolor se extendía a región sacra y a cara anterior

del hemiabdomen inferior. El dolor no había cedido con analgésicos, AINE, miorelajantes y corticoides. La paciente no toleraba los morfínicos por severo estreñimiento.

Estaba en tratamiento con paracetamol 1 g/8 horas, ibuprofeno 600 mg/8 horas y metamizol de rescate.

Ante la eventualidad de fractura por *stress* de alguna vértebra lumbar, se solicitó una Rx (Fig. 1) y una RM (Fig. 2), que demostraron la persistencia de las discopatías ya conocidas, el empeoramiento de la estenosis mixta de canal L4-L5 y la existencia de una fractura-hundimiento del platillo superior de L2 de características osteopénica/osteoporótica.

Se propuso a la paciente la realización de una radiofrecuencia del ramo medial lumbar.

La técnica se realizó bajo control de amplificador de imagen y el nivel fue de L1 a L3 bilateral. Se realizó radiofrecuencia convencional en cada nivel durante 90 segundos y con una temperatura de 80 °C



Figura 1. Perfil de columna toracolumbar centrado que demuestra la existencia de severa osteopenia/osteoporosis y fractura/hundimiento de platillo superior de L2.

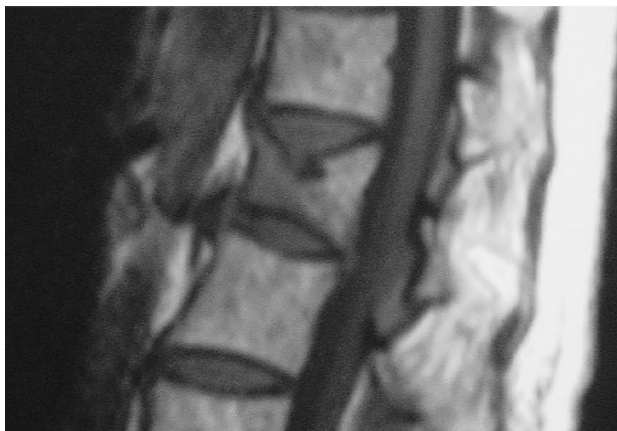


Figura 2. Imagen de RM de columna lumbar centrada en L2 que demuestra la existencia de fractura/hundimiento del platillo superior de L2 con herniación intrasomática del disco L1-L2 en el soma de L2. A este nivel se descarta la existencia de protrusión posterior del disco.

con administración posterior de triamcinolona y ropivacaína al 0,2%.

Se derivó a la paciente al Servicio de Reumatología para control de la osteoporosis.

En el control realizado a los 2 meses, había mejorado la sintomatología, presentaba un EVA de 4 y podía descansar por la noche. Se pudo disminuir el tratamiento con AINE hasta suspenderlos.

CASO 2

Paciente de 69 años de edad, derivada a la Unidad de Dolor por el Servicio de Rehabilitación, con antecedente de lumbalgia crónica y síndrome depresivo crónico de 10 años de evolución, que ha requerido múltiples ingresos en Urgencias y visitas por unidades de columna y psiquiatría de varios hospitales. Ha seguido tratamientos médicos y fisioterápicos por discopatías lumbares con resultados parciales.

En los últimos 9 meses, la paciente ha experimentado un empeoramiento brusco del dolor que se ha manifestado en forma de dolor toracolumbar con irradiación a región pelviana y sacra. El dolor ha ido empeorando en los últimos meses obligando al tratamiento con ortesis toracolumbar que la paciente no tolera y se le había prescrito tratamiento farmacológico con diclofenaco 2 comprimidos/día, tapentadol 100 mg/12 horas y pregabalin 75 mg/12 horas, con poca respuesta.

La situación clínica al ingreso en nuestra Unidad es la de una paciente totalmente invalidada por dolor

lumbar muy importante, sin aparente irradiación a MMII. El dolor empeora con los cambios posturales incluso en cama. La palpación profunda y la percusión de espinosas lumbares era muy dolorosa. La exploración neurológica descarta déficits motores ni sensitivos que hiciesen pensar en una compresión medular o radicular lumbar relacionada con los diagnósticos previos de lesiones discales. Presentaba un EVA de 8-9.

Dada la instauración aguda del dolor invalidante lumbar alto, sospechamos la existencia de una fractura lumbar o toracolumbar, por lo que solicitamos una Rx y una RM urgentes. Tanto la Rx como la RM (Fig. 3) mostraron la existencia de una fractura-



Figura 3. RM de columna toracolumbar que muestra la existencia de una fractura-aplastamiento del cuerpo de D12 con colapso de un 50% con edema óseo en el margen posterior del platillo superior. No existe evidencia de retropulsión de fragmentos óseos ni ocupación del canal raquídeo. No se evidencia a este nivel componente de partes blandas asociado. Abombamiento asimétrico de los discos intervertebrales D11-D12-L1-L2 y L5-S1 que condiciona estenosis moderadas de los neuroforámenes derechos en los niveles lumbares.

aplastamiento del cuerpo de D12 con colapso de un 50% con edema óseo en el margen posterior del platillo superior.

Dado el antecedente de falta de control del dolor a pesar de los tratamientos prescritos, se propuso a la paciente la realización de una radiofrecuencia de ramo medial.

La técnica se realizó bajo control de amplificador de imagen y el nivel fue de D11 a L1, bilateral.

Se realizó radiofrecuencia convencional en cada nivel durante 90 segundos y con una temperatura de 80 °C con administración posterior de triamcinolona y ropivacaína al 0,2%.

En el control realizado a los 2 meses, había mejorado la sintomatología, presentaba un EVA de 3 y podía descansar por la noche. Se pudo disminuir el tratamiento con morfínicos hasta suspenderlos.

COMENTARIO

Las fracturas vertebrales por compresión debidas a trauma, osteoporosis o de etiología oncológica representan una causa significativa de morbilidad, mortalidad y en cualquier caso son responsables de un considerable gasto para los sistemas de salud. Uno de los problemas sin resolver en muchas de estas fracturas vertebrales es el diagnóstico que con frecuencia se retrasa en semanas o meses. Las terapias habituales incluyen las ortesis, la farmacoterapia analgésica y las técnicas de vertebroplastia.

El dolor inicial en las fracturas vertebrales por compresión puede ser atribuido a la lesión ósea y a los procesos inflamatorios desencadenados en

las proximidades de la misma. Sin embargo, el mecanismo de persistencia del dolor después del traumatismo inicial e incluso después de obtenida la consolidación ósea y ligamentosa relacionadas con la fractura está por establecer.

El debate sobre el dolor y disfuncionalidad en las fracturas por compresión en la osteoporosis ha sido estudiado especialmente con motivo de la vertebroplastia. La analgesia obtenida mediante la misma podría deberse no solo a la reducción de los micromovimientos en el foco de fractura, sino también por la neurolisis producida por la reacción exotérmica provocada por el cemento. En los fracasos de esta técnica se iniciaron los primeros intentos de obtener reducción del dolor de los elementos posteriores vertebrales, tanto ligamentosos como facetarios, mediante la ablación con radiofrecuencia de la rama medial del nervio raquídeo.

A raíz de estas observaciones se ha introducido en las Unidades de Dolor el bloqueo con anestésico local, corticoides y radiofrecuencia de la rama medial del nervio raquídeo en los pacientes con dolor subagudo y crónico por fracturas osteoporóticas por compresión.

El resultado de esta técnica se ha mostrado especialmente efectivo en los casos con mínima lesión del arco vertebral y estaría contraindicado en los casos de grave retropulsión de fragmentos óseos en el canal medular y delante de la presencia de compromiso neurológico.

Faltan artículos que pongan en evidencia clínica la técnica de analgesia mediante ablación de la rama medial mediante radiofrecuencia para el tratamiento del dolor posterior del raquis.