

Trastorno de estrés postraumático: ¿el gran olvidado de nuestras unidades del dolor? Serie de tres casos clínicos y revisión de la literatura

ANNA FERNÁNDEZ-ESMERATS*, ANTONIO OJEDA NIÑO, OSCAR COMINO TRINIDAD, BARTOMEU RAMIS BOU
Y CHRISTIAN DÜRSTELER TATXÉ

RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por la presencia de síntomas cognitivos y del estado de ánimo tras un evento emocional traumático o una amenaza actual o percibida¹. Es una enfermedad incapacitante que se asocia con ansiedad, depresión, trastorno por abuso de sustancias, suicidio, muerte temprana y aumento del uso de los servicios médicos². Su relación con el dolor crónico (DC) está documentada, existiendo series donde hasta el 10% de los pacientes con DC son diagnosticados de TEPT³. A pesar de esta clara relación entre el TEPT y el DC son pocos los estudios controlados que estudian esta relación, y la descripción de esta evidencia aún está en un estado incipiente⁴. El objetivo de nuestro trabajo es presentar tres casos clínicos derivados a nuestra unidad del dolor por diversos síndromes dolorosos y que presentaron un cribaje positivo en la lista de verificación del TEPT-versión civil (PTSD, *Checklist-Civilian Version*). Los tres pacientes tenían síntomas de años de evolución y no habían sido previamente diagnosticados de este trastorno. Además, presentaban dolor intenso con una severa interferencia para las actividades diarias, pensamientos catastróficos en torno al dolor, ansiedad, depresión y dos de ellos un cribaje positivo para sensibilización central. Con ello queremos ilustrar la dificultad de manejo de esta población y la necesidad de un abordaje multimodal y multidisciplinario.

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático. Dolor crónico. Catastrofización. Ansiedad. Depresión.

ABSTRACT

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is characterized by the presence of cognitive and mood symptoms after a traumatic emotional event or a current or perceived threat¹. It is a disabling disease that is associated with anxiety, depression, substance use disorder (SUD), suicide, early death, and increased use of medical services². Its relationship with Chronic Pain (CP) is documented, and there are series where up to 10% of patients with CP are diagnosed with PTSD³. Despite this clear relationship between PTSD and CP, few controlled studies have studied this relationship, and the description of this evidence is still in an incipient state⁵. The objective of our work is to present three clinical cases referred to our Pain Unit for various pain syndromes that presented a positive screening in the PTSD Checklist-Civilian Version (Table 1). All three patients had symptoms of years of evolution and had not been previously diagnosed with this disorder. In addition, they presented severe pain with severe interference in daily activities, catastrophic thoughts about pain, anxiety, depression, and two of them had a positive screening for central sensitization (see Table 2). With this we want to illustrate the difficulty of managing this population and the need for a multimodal and multidisciplinary approach. (DOLOR. 2021;36:94-9)

Key words: Post-traumatic stress disorder. Chronic pain. Catastrophizing. Anxiety. Depression.

Corresponding author: A. Fernández-Esmerats, afermandeze@clinic.cat

Tabla 1. PTSD *Checklist-Civilian Version* (PCL-C). Traducción al español

Ahora voy a leer una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una lesión. Dígame cuánto le ha molestado cada una de estas cosas desde que estuvo ingresado en la unidad de cuidados intensivos.					
	Para nada	Un poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
A. Tener recuerdos, pensamientos perturbadores o imágenes que se repiten de un evento traumático anterior	1	2	3	4	5
B. Tener sueños perturbadores y que se repiten de un evento traumático anterior	1	2	3	4	5
C. Actuar o sentir de repente como si la lesión ocurriera otra vez (como si lo volviera a vivir)	1	2	3	4	5
D. Sentirse muy disgustado (preocupado o afligido) cuando algo le recuerda la situación	1	2	3	4	5
E. Tener reacciones físicas (como latidos fuertes del corazón, le cuesta respirar, suda mucho) cuando algo le recuerda ese evento traumático	1	2	3	4	5
F. Evitar pensar o hablar sobre ese evento o evitar sentir algo que tenga que ver con eso	1	2	3	4	5
G. Evitar actividades o situaciones porque le recuerdan el evento	1	2	3	4	5
H. Tener dificultad para recordar lo que pasó durante ese evento (sin contar lo que no podría recordar por estar inconsciente)	1	2	3	4	5
I. Perder interés en las actividades que antes disfrutaba	1	2	3	4	5
J. Sentirse distante o aislado (alejado) de otras personas	1	2	3	4	5
K. Sentir insensibilidad emocional o incapacidad de sentir amor por sus seres queridos	1	2	3	4	5
L. Sentir como si su futuro será más corto (o interrumpido) de alguna manera	1	2	3	4	5
M. Tener dificultad para quedarse dormido o seguir durmiendo	1	2	3	4	5
N. Sentirse irritado o tener arrebatos de coraje	1	2	3	4	5
O. Tener mucha dificultad para concentrarse	1	2	3	4	5
P. Estar siempre muy «alerta», vigilante o en guardia	1	2	3	4	5
Q. Sentirse sobresaltado o asustado por cualquier cosa	1	2	3	4	5

CASO N.º 1

Historia clínica n.º 1

Mujer de 37 años, fumadora de 10 cigarrillos/día. Antecedentes de crisis epilépticas tras traumatismo craneo encefálico en la infancia, con un trasplante hepático (TH) por porfiria aguda intermitente (PAI) y neuropatía periférica secundaria a esta enferme-

dad, además de trastorno ansioso y depresivo mayor. Presenta dolor abdominal visceral y neuropático que se inicia con las crisis de PAI y se mantiene tras el TH. Dolor de fuerte intensidad (escala verbal numérica [EVN] basal 6, con picos de dolor irrup-tivo EVN 9) que condiciona severa limitación fun-cional. Manejo con opioides mayores a dosis altas (fentanilo y morfina), siendo diagnosticada poste-riormente de trastorno por abuso de sustancias (TUS). En este contexto, se deriva a unidad del dolor.

Tabla 2. Cuestionarios realizados

Caso clínico	1	2	3
BPI <i>average pain item</i>	7,6	6,5	7,5
BPI Puntuación intensidad	6,5	6,25	8,5
BPI Puntuación interferencia	8,7	6,75	6,5
PCS ≥ 30	–	Sí (32/52)	Sí (50/52)
Cuestionario DN4	5/10	6/10	4/10
HADS ansiedad ≥ 8	Sí (10)	Sí (11)	Sí (14)
HADS depresión ≥ 8	Sí (12)	Sí (15)	Sí (16)

BPI: *Body Pain Index*; PCS: *Pain Catastrophizing Scale*; DN4: Dolor Neuropático en 4 cuestiones; HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

Caso clínico n.º 1

En la anamnesis en nuestra unidad destacan: síntomas de ansiedad, depresión e insomnio; comenta recuerdos negativos de su estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI), con pesadillas donde reexperimenta el trauma vivido y además refiere dolor generalizado. La tabla 2 describe los distintos cuestionarios realizados, destacando un cribaje positivo para trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El examen físico destaca caquexia, fascies inexpressiva, dolor a la palpación superficial y profunda de abdomen (Fig. 1A). Las distintas pruebas de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética [RM]) no evidenciaron sustrato del dolor abdominal.

Se ensayan múltiples tratamientos, destacando diversos anticonvulsivantes, antidepresivos, lidocaína y ketamina endovenosa, bloqueo del plano del músculo transversario (TAP *block*) y *mindfulness*, siendo todos inefectivos. Posteriormente, y previo bloqueo diagnóstico positivo de los nervios esplácnicos, se realiza neurólisis por radiofrecuencia (Fig. 2), con buen resultado analgésico durante tres meses (EVN 2-3). Actualmente en tratamiento con duloxetina, gabapentina y metadona, y en seguimiento por el servicio de psiquiatría (unidad de adicciones) y la unidad del dolor.

CASO N.º 2

Historia clínica n.º 2

Mujer de 31 años, natural del Rumania, exfumadora. Con antecedentes de trastorno de ansiedad, obesidad

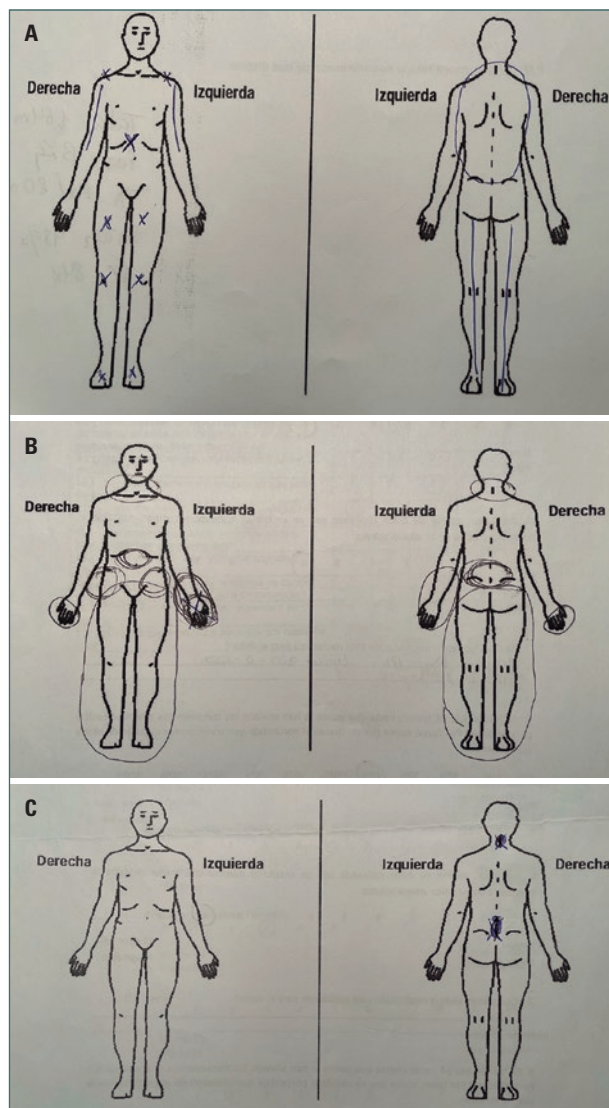


Figura 1. *Body Pain Index* (BPI). A: BPI caso 1. B: BPI caso 2. C: BPI caso 3.



Figura 2. Neurólisis por radiofrecuencia de los nervios esplácnicos.

mórbida sometida a cirugía bariátrica con dolor abdominal crónico en tratamiento con opioides mayores. Ingreso hospitalario prolongado por desnutrición proteico-calórica severa, *shock séptico* por perforación colónica complicada con coagulación intravascular diseminada y uso de vasopresores a altas dosis con necrosis extensa cutánea que precisa de colgajos y amputación de varias falanges de las manos (todas las de la mano izquierda y la mitad de la mano derecha).

Caso clínico n.º 2

Presenta dolor continuo de características neuropáticas postamputación y posteriormente probable síndrome doloroso regional complejo tipo II en extremidad superior izquierda, EVN 10/10 (Fig. 1B). Contexto social difícil, refiere abusos en su infancia en el entorno familiar. También refiere recuerdos intrusivos de su estancia en UCI. Se realizan cuestionarios (Tabla 1), presentando cribaje positivo al TEPT.

Presenta escaso alivio del dolor a pesar del aumento de dosis y ensayo de múltiples fármacos. Destaca el fentanilo transdérmico hasta 100 mcg e inicio de morfina (pauta realizada en otro centro) hasta dosis de 60 mg c/4 h. Se decide rotación de opioides a metadona 5 mg c/8 h y se realiza bloqueo del ganglio estrellado extremidad superior izquierdo con alivio de la sintomatología. Actualmente sigue controles por el servicio de psiquiatría y la unidad del dolor.

CASO N.º 3

Historia clínica n.º 3

Hombre de 44 años, sin hábitos tóxicos, extrabajador de la construcción. Con antecedentes de trastorno de depresión mayor y ansiedad. Derivado a la unidad del dolor por médico de cabecera. Refiere dolor dorsolumbar de ocho años de evolución que no mejora tras tratamiento conservador. Refiere que el dolor comienza tras accidente laboral por caída de tres metros de altura de un andamio, con probable traumatismo craneoencefálico, que requiere ingreso en cuidados intensivos.

Caso clínico n.º 3

Al examen físico, destaca dolor a la flexoextensión lumbar y dolor a la palpación de apófisis espinosas

cervical, dorsal y lumbar (Fig. 1C). Tratamiento crónico con tapentadol, duloxetina y diazepam. Situación social compleja, vive solo y tiene escaso soporte familiar; incapacidad laboral desde el accidente (47%). Al interrogatorio dirigido explica pesadillas en torno al accidente y recuerdos negativos asociados a este. Se realizan cuestionarios (Tabla 1), presentando cribaje positivo al TEPT. Se deriva a psicología para valoración y se indica RM dorsolumbar. No acude a visitas de control posteriores.

DISCUSIÓN

El TEPT se caracteriza por recuerdos intrusivos, evasión, hipervigilancia y reactividad, síntomas cognitivos y del estado de ánimo, que se derivan de un evento emocional traumático o de una amenaza actual o percibida¹. Tiene una prevalencia en nuestro entorno de un 6% en hombres y un 12% en mujeres⁵, pero esta varía en un 20-80% en grupos de riesgo¹. La ansiedad y depresión, así como eventos traumáticos en la infancia, se han propuesto como un *link* entre el TEPT y el dolor¹.

Los pacientes que reciben tratamiento para el DC son diagnosticados de TEPT en un 10% de los casos³. Ambas entidades se pueden presentar de manera conjunta en un 20% de los pacientes en el ámbito comunitario, aumentando a un 30% en pacientes de clínicas ambulatorias de salud mental, 46,1% en pacientes con DC tras un accidente de tráfico y en un 49-80% en veteranos del ejército de los EE.UU.⁵.

Se ha propuesto un modelo fisiopatológico que atribuye la alta coprevalencia de DC y TEPT a una reducción basal y/o aumento estimulado por el estrés del neuropéptido Y y esteroides neuroactivos gabaérgicos. Además, también puede haber una disregulación anormal de los opioides, sistema endocanabinoide y sistema inmunitario⁵. Todo ello relacionado con evidencia clínica de sensibilización central¹. Parece probable que la relación entre ambos trastornos sea bidireccional. Ambos desórdenes están conectados por medio de factores cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos. El dolor podría servir como un estímulo traumático para el desarrollo del TEPT, y la hiperactivación, la intolerancia al estrés y la atención selectiva propia del TEPT podrían exacerbar el dolor, lo que explicaría que los pacientes aquejados de ambas condi-

ciones presenten síntomas más graves y un mayor nivel de discapacidad⁴.

A los tres pacientes se les realiza el test del TEPT-versión civil (PTSD, *Checklist-Civilian Version*), siendo positivos. El cuestionario valora 17 preguntas que corresponden a los criterios diagnósticos B, C y D del TEPT según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) IV (reexperimentación intrusiva, evitación y activación, respectivamente). Una puntuación igual o superior a 44 indica la presencia de síntomas de TEPT o «posible caso» (Tabla 1).

A destacar que dos de los pacientes evaluados presentaron pensamientos catastróficos en torno al dolor con una escala de catastrofismo alterada (Tabla 1). El catastrofismo es un constructo multidimensional de procesos cognitivos y emocionales negativos exagerados ante una experiencia dolorosa real o anticipada, compuesto de magnificación, rumiación e indefensión. Se sabe que los pacientes con valores altos de catastrofismo presentan mayor probabilidad de padecer dolor durante el postoperatorio, mayor prevalencia de dolor crónico (DC) y peor respuesta al tratamiento⁶.

El TEPT puede influir en la percepción del dolor, ya que se ha descrito que los pacientes con TEPT reportan en mayor grado sensibilización central ante un estímulo doloroso¹. Empleamos el Inventario de Sensibilización Central⁷, obteniendo una relación positiva en dos de los pacientes.

Otro aspecto importante es que tanto el TUS como el uso de los opioides es más frecuente en pacientes con TEPT^{3,8}. Estos pacientes pueden tener desregulación opioide endógena que puede resultar en niveles disminuidos endógenos de opioides, y, por tanto, en una disminución del umbral del dolor⁸. Los pacientes con TEPT y DC reciben mayores dosis de opioides, más de un tipo de opioide a la vez, y con más frecuencia opioides crónicamente⁸. El dolor musculoesquelético y el dolor neuropático tienen una mayor relación con el TEPT, empeorando los síntomas e incrementando el mal uso de los opioides⁸. Por ello, antes de prescribir opioides en el tratamiento de DC no oncológico es aconsejable valorar la presencia de TEPT en la población de riesgo para presentarlo⁸.

En cuanto al manejo terapéutico, el bloqueo del ganglio estrellado (caso 2) ha mostrado efectividad en el TEPT^{9,10}. Con respecto al bloqueo espinal (caso 1), este es una alternativa eficaz en el trata-

miento del dolor abdominal persistente¹¹. Estas técnicas forman parte del arsenal terapéutico que utilizar y deben emplearse como parte del manejo multimodal junto con terapias de desarrollo cognitivo conductual, como reestructuración cognitiva, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y relajación¹².

Los tres casos presentados ilustran que la presencia del TEPT debe ser valorada en los pacientes que sufren de DC. Como se ha descrito, ambas patologías pueden coexistir e interactúan negativamente en el resultado del tratamiento. Mejorar los síntomas del TEPT alivia el dolor en pacientes con DC y TEPT y mejora la calidad de vida de los pacientes que presentan un síndrome poscuidados intensivos².

Frases clave:

- Hay suficiente evidencia para afirmar que hay una asociación entre el DC y el TEPT. También hay relación entre la sensibilización central y el TEPT. De igual modo, la catastrofización, la ansiedad/depresión y eventos traumáticos se han relacionado con el desarrollo y mantenimiento de ambas entidades.
- El TEPT es un factor de riesgo para TUS, por lo que el uso de opioides en el manejo del DC no oncológico se ha de hacer bajo estricta vigilancia e informando al paciente y familiares de estos factores de riesgo. Se aconseja realizar un cribaje del TEPT antes de la prescripción de estos fármacos en pacientes de riesgo.
- Las técnicas intervencionistas forman parte del arsenal terapéutico, siendo un eslabón más en el abordaje integral de estos pacientes que debe incluir terapias cognitivo-conductuales. Mejorar los síntomas de TEPT alivia el dolor y mejora la calidad de vida en pacientes con DC y TEPT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moeller-Bertram T. Evidence for acute central sensitization to prolonged experimental pain in posttraumatic stress disorder. *Pain Med*. 2014;15(5):762-71.
2. Church D. Reductions in pain, depression and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. *J Sci Heal*. 2014;10:162-9.
3. Bilevicius E, Sommer JL, Asmundson GJG, El-Gabalawy R. Posttraumatic stress disorder and chronic pain are associated with opioid use disorder: Results from a 2012-2013 American nationally representative survey. *Drug Alcohol Depend*. 2018;188:119-25.
4. Martínez AEL, Pérez LG, Párraga GTR. Post-traumatic stress disorder and chronic pain: links between psycho and patho(logie). *Psychol Writings*. 2009;3(1):8-19.
5. Fishbain DA, Pulikal A, Lewis JE, Gao J. Chronic pain types differ in their reported prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and there is consistent evidence that chronic pain is associated with PTSD:

- An evidence-based structured systematic review. *Pain Med.* 2017; 18(4):711-35.
6. Sullivan MJL, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain.* 1998;77(3):253-60.
 7. Cuesta-Vargas AI, Roldan-Jimenez C, Neblett R, Gatchel RJ. Cross-cultural adaptation and validity of the Spanish central sensitization inventory. *Springerplus.* 2016;5(1):1837.
 8. López-Martínez AE, Reyes-Pérez Á, Serrano-Ibáñez ER, Esteve R, Ramírez-Mestre C. Chronic pain, posttraumatic stress disorder, and opioid intake: A systematic review. *World J Clin Cases.* 2019;7(24):4254-69.
 9. Rae Olmsted KL, Bartoszek M, Mulvaney S, McLean B, Turabi A, Young R, et al. Effect of stellate ganglion block treatment on post-traumatic stress disorder symptoms: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(2):130-8.
 10. Restrepo Garcés CE, Gómez Bermudez CM, Jaramillo Escobar S, Jazmín Ramírez L, Lopera LM, Vargas JF. Bloqueo de ganglio estrellado. *Rev Soc Esp Dolor.* 2012;19(2):101-7.
 11. Cura ÁB, Salto VA, Mestas Nuñez RS, Mestas Nuñez FA, Canosa HA. Neurólisis del plexo celíaco: una alternativa eficaz en el tratamiento del dolor abdominal persistente. *Revista Argentina Diagnóstico por Imágenes.* 2016;5(13):59-63.
 12. Adán JCM, Beltrán FM, Bernad BM. Tratamiento de personas adultas con trastorno de estrés postraumático II. Aperturas psicoanalíticas. *Rev Psicoanálisis.* 2019;3(61):1-39.