

Abordaje multimodal del dolor crónico. Cervicalgia por síndrome de cirugía fallida

JÚLIA CASAS I ESCUDERO, CARMEN MORENO BLAS, VIOLETA FERRER GRÀCIA, AINA PERELLÓ BRATESCU
Y DAFNA SCHORR COHEN

RESUMEN

Mujer de 55 años con cervicalgia de siete años de evolución con múltiples intervenciones terapéuticas (quirúrgicas, farmacológicas y no farmacológicas), e importante impacto del dolor en la esfera psicosocial. Los opioides son un grupo de fármacos con escasa evidencia en el manejo del dolor crónico no oncológico (DCNO), por lo que no deberían ser considerados uno de los pilares del tratamiento. El tratamiento no farmacológico debería ser la base en el manejo del DCNO. Asimismo, un enfoque holístico y global que abarque la esfera psicológica es esencial dada la estrecha relación con trastornos mentales que pueden desembocar en la aparición de fenómenos como el catastrofismo.

Palabras clave: Dolor crónico. Opioides. Manejo del dolor.

ABSTRACT

A 55 year-old woman suffering from cervical pain for 7 years who has gone through several therapeutical interventions (surgical, pharmacological and non-pharmacological) with a severe pain impact on the psychosocial sphere. Opioids are drugs with scarce evidence for the treatment of non-oncological chronic pain and should not be the base of it. The non-pharmacological treatment should be the base in the management of non-oncological chronic pain. Additionally, an holistic and global approach that comprehends the psychological sphere is essential due to the close relation with mental disorders that can lead to pain catastrophizing. (DOLOR. 2022;37:7-11)

Keywords: Chronic pain. Opioids. Pain management.

Corresponding author: Júlia Casas i Escudero, jcasasescudero@gmail.com; Carmen Moreno Blas, carmenmorenoblas@gmail.com; Violeta Ferrer Gràcia, violetaferreg@gmail.com

HISTORIA CLÍNICA

Antecedentes

Mujer de 55 años con antecedentes de hipercolesterolemia sin tratamiento; síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada en tratamiento con micofenolato; insomnio tratado con flurazepam; depresión en tratamiento con venlafaxina y trazodona, en seguimiento por centro de salud mental de adultos (CSMA) y psicología privada; dispareunia en seguimiento por ginecología.

En la esfera social, vive sola, sin pareja ni hijos. Divorciada recientemente, ha vuelto a vivir al domicilio familiar con su padre. Dueña de una peluquería en la que trabajó hasta 2017, cuando tuvo que abandonar su actividad laboral debido al dolor y cerrar el negocio por dificultades económicas secundarias a los elevados costes de los tratamientos privados que realizó. Posible consumo abusivo de alcohol, no confirmada por la paciente.

Enfermedad actual, exploración física, pruebas complementarias y abordajes terapéuticos realizados

La paciente acude por cervicalgia persistente a pesar de tratamientos quirúrgicos y farmacológicos previos.

El cuadro inició en 2015 cuando consultó en el centro de atención primaria (CAP) por omalgia derecha y cervicalgia, destacando en la exploración física una contractura en el músculo trapecio derecho y limitación en la supraelevación de la extremidad superior derecha. Se inició entonces tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), benzodiazepinas y posteriormente corticosteroides orales, sin mejoría. Realizó tratamiento con radiofrecuencia pulsada en clínica privada con la que tampoco obtuvo mejoría.

Ese mismo año, la paciente reconsultó a urgencias del CAP en múltiples ocasiones por el mismo motivo, añadiéndose a la exploración una limitación en la flexión, lateralización y rotación de la columna cervical; dolor a la abducción a 60° y dolor a la palpación de musculatura trapezoidal derecha, motivo por el cual fue derivada de forma preferente a traumatología.

Se realizaron infiltraciones de corticosteroides en el hombro derecho y plexo braquial (raíces C5-C6), con

mejoría parcial pero reiniciando dolor a las pocas semanas. Ese mismo año inició rehabilitación en un centro privado.

Se realizó una ecografía de hombros que destacó una entesopatía bilateral a nivel de los tendones supraespinosos con calcificaciones.

En 2016, dada la persistencia de la clínica, se solicitó una resonancia magnética nuclear (RM) que mostró la presencia de una hernia discal C5-C6 lateral derecha con compresión sobre C6 derecha nivel intraforaminal. Se realizó una densitometría que evidenció osteoporosis inducida por fármacos (corticosteroides pautados para el manejo del dolor de la hernia discal).

En febrero de 2017 es intervenida quirúrgicamente en clínica privada realizando una discografía, anuloplastia y nucleólisis. Cinco meses después reconsulta por omalgia derecha con dolor a la movilización activa y pasiva de ESD. Se realizó una tomografía computarizada (TC) que evidenció cambios congruentes con la cirugía cervical realizada, sin otros hallazgos. En marzo de 2018 es reintervenida en la sanidad pública realizando una discectomía C5-C6 e implantando nueva caja intersomática. Realizó de nuevo rehabilitación y fisioterapia con mejoría de cervicobraquialgia.

Al año de la reintervención persiste dolor cervical de características mecánicas. Se inician infiltraciones de toxina botulínica en trapecio derecho y romboides bilaterales. Adicionalmente se realiza rizólisis cervical derecha y ablación por radiofrecuencia.

En octubre de 2021, tras un nuevo empeoramiento clínico, se decide cambiar la caja intersomática, con lo que presenta mejoría del dolor neuropático pero aumenta la contractura en músculo trapecio derecho.

En ese momento se decide derivar a la unidad del dolor de su hospital de referencia, quienes orientan el cuadro como un síndrome miofascial crónico postquirúrgico.

Actualmente la paciente presenta dolor dorsal de características somáticas y neuropáticas, irradiado a cervicales, región occipital y trapecio de forma bilateral, lancinante, con parestesias en extremidad superior izquierda y sensación de descargas a nivel occipital. Escala visual analógica (EVA) basal de 9 y picos de dolor con EVA de 10, que se desencadenan con el mínimo movimiento y se alivian con la inmovilización.

La paciente se muestra reticente a la disminución de dosis o retirada del sulfato de morfina, mostrándose

ansiosa y hostil al plantear dicha posibilidad en consulta. Presenta rumiación acerca de su dolor y preocupación por demostrarlo ante el personal sanitario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A continuación se presentan las principales patologías que se deben tener en cuenta a la hora de estudiar el dolor cervical.

- Alteraciones músculo-articulares: hernias discales, espondilólisis, contracturas musculares y miopatías.
- Patologías inflamatorias: subluxación atlo-axoidea en contexto de enfermedad reumatológica, espondilitis anquilosante, polimialgia reumática y arteritis de células gigantes.
- Síndromes de atrapamiento de nervios periféricos o estructuras neurovasculares a nivel torácico: síndrome del desfiladero torácico, trastornos del plexo braquial, patología del hombro, distrofias del hombro y de la mano.
- Infecciosas: discitis, osteomielitis, meningitis y neuropatía herpética.
- Neoplásicas: metástasis (principalmente cáncer de pulmón, mama y riñón), tumores óseos primarios, mieloma múltiple o tumores de vértice pulmonar.
- Dolor cervical referido:
 - Cardiovasculares: cardiopatía isquémica, disección vascular o aneurismas aórticos.
 - Gastrointestinales: esofagitis, hernia hiatal o úlcera péptica.
- Enfermedades sistémicas: sarcoidosis y enfermedad de Paget.
- Dolor crónico primario, sin causa fisiológica: fibromialgia, fatiga crónica y depresión.
- Otros (menos frecuentes):iringomielia, tumores intramedulares, síndrome de Parsonage y Turner, osteítis humeral y angina cervical (clínica isquémica cardíaca referida a las raíces C5-D1¹).

TRATAMIENTO

Al inicio del episodio (2016) la paciente realizó tratamiento con antiinflamatorios, benzodiazepinas y

corticosteroides orales. Posteriormente se añadieron gabapentinoides (pregabalina), antidepresivos (amitriptilina) y opioides débiles (tramadol).

Ante la ausencia de mejoría se iniciaron opioides fuertes (OF) (morfina de acción larga y corta), requiriendo dosis de hasta 35 mg/12 h a principios de 2022 que se han ido reduciendo por la unidad del dolor y su médica de familia.

Otros tratamientos realizados a nivel local fueron las infiltraciones de corticosteroides infiltrados y toxina botulínica.

En el último mes la paciente ha estado recibiendo morfina de acción larga 20 mg/12 h, dexketoprofeno 25 mg/8 h, morfina de acción corta 10 mg de rescate (2 veces al día) y pregabalina 300 mg/12 h. En la última visita se ha realizado un cambio terapéutico de morfina de acción larga por tapentadol, con buena respuesta inicial hasta el momento, mejorando el componente neuropático de su dolor.

Además la paciente mantiene tratamiento antidepresivo con venlafaxina, trazodona y flurazepam.

Los tratamientos no farmacológicos que realiza son: fisioterapia tres veces/semana y terapia con infrarrojos dos veces/semana, acupuntura puntualmente, caminar 40 minutos/día y estiramientos matutinos.

DISCUSIÓN

La manifestación y respuesta al dolor de cada paciente varía en función de factores genéticos, culturales y psicosociales. Por otro lado, el género, la etnia y otras características sociodemográficas del paciente pueden modificar la manera de abordar el dolor por parte del profesional sanitario. Tratar el dolor y reducir el sufrimiento no siempre es equivalente, y a veces, pacientes y clínicos tienen que ajustar las expectativas sobre lo que supone un resultado exitoso².

Ante un paciente que presente cervicalgia, es fundamental realizar una completa historia clínica, incluyendo las características del dolor (somático, visceral, neuropático o nociplástico). Igualmente, resulta esencial una detallada exploración de la estática vertebral, la movilidad del cuello y los déficits neurológicos. Las exploraciones complementarias unidas a la clínica permiten obtener el diagnóstico, aunque no siempre una alteración radiológica implica que sea la causante del dolor¹.

En nuestro caso se llevaron a cabo múltiples pruebas complementarias con hallazgos patológicos y los procedimientos quirúrgicos realizados para revertir dichas alteraciones no han logrado el control de su dolor, evidenciando la falta de correlación clínico-radiológica y la necesidad de un abordaje multimodal del dolor.

A la paciente se le pautaron OF tras múltiples fracasos terapéuticos con tratamientos no farmacológicos (ejercicio, rehabilitación y acupuntura) que han mostrado mayor evidencia en la mejora de la clínica en el dolor crónico no oncológico³. Asimismo, se habían utilizado otros fármacos de primer y segundo escalón (AINE, antidepresivos, tramadol) sin éxito.

La prescripción de opioides para DCNO se ha incrementado en las últimas décadas⁴. Actualmente, la limitada evidencia de su eficacia en DCNO y las dudas sobre su seguridad a largo plazo hacen que las guías de práctica clínica los desaconsejen y recomienden valorar alternativas no farmacológicas con mejores resultados³.

En pacientes con síndrome poslaminectomía y persistencia de dolor neuropático a pesar del uso de analgésicos no opioides, se ha descrito mejoría del control del dolor con tapentadol respecto a otros opioides⁵.

Teniendo en cuenta lo anterior, tras crecientes dosis de sulfato de morfina sin obtener mejoría en el control del dolor en la paciente, se decidió rotar a tapentadol, obteniendo una mejoría inicial mantenida hasta el momento.

En nuestro caso la paciente ha recibido tratamiento con una combinación de todas las familias de fármacos mencionadas anteriormente, por lo que es necesario un seguimiento estrecho para detectar signos clínicos sugestivos de interacción farmacológica, así como adecuar y minimizar la cantidad de fármacos prescritos y retirar aquellos que realmente no están aportando ningún beneficio a la hora de controlar su dolor.

Hay estudios⁶ que han demostrado una tendencia en aumento en la dispensación concomitante de analgésicos opioides y depresores del sistema nervioso central (benzodiazepinas, gabapentinoides, antidepresivos y antipsicóticos) a pesar de los serios riesgos asociados a la combinación de ambos fármacos.

Otro de los posibles efectos adversos que destacar en la prescripción combinada de opioides junto a antidepresivos o antipsicóticos (especialmente en el caso del tapentadol) es el síndrome serotoninérgico⁷.

Otro importante efecto adverso a tener en cuenta de los OF es el riesgo de abuso, adicción, tolerancia o sobredosis. Es importante tener en cuenta el historial de abuso de sustancias estupefacientes del paciente, como en el caso presentado, ya que incrementa el riesgo de adicción.

Dados los efectos adversos y la poca evidencia de eficacia mencionadas anteriormente, la prescripción responsable de opioides para el tratamiento del DCNO requiere una estricta evaluación de riesgos y beneficios, siendo esencial realizar un seguimiento estrecho².

En resumen, se recomienda un enfoque integral del DCNO con un abordaje multimodal, farmacológico y no farmacológico, otorgando un papel protagonista a los pacientes en la mejora de su propia salud y en la gestión de las conductas relacionadas con el dolor. A pesar de la voluntad de abordar el DCNO de manera más integral, la prescripción de OF sigue en aumento por múltiples razones, como la expectativa desproporcionada de la población en la eficacia farmacológica o la falta de acceso a terapias no farmacológicas (fisioterapia, psicoeducación)⁸. Existe una clara dificultad en el acceso a estas terapias desde el sistema de salud pública, obligando a los pacientes a costeárselos, tal como queda reflejado en el caso presentado.

El impacto a nivel cognitivo-conductual y emocional del DCNO puede favorecer la aparición de catastrofismo, presentando pensamientos negativos sobre el futuro, y con una peor respuesta a tratamientos farmacológicos. Se ha documentado una asociación positiva entre el catastrofismo y los síntomas depresivos. Los sujetos con mayores niveles de catastrofismo son los que presentan mayor riesgo de suicidio^{9,10}.

En la paciente del caso, su trastorno depresivo de base y un probable componente de catastrofización pueden haber influido en la evolución clínica.

La paciente ha sido intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones sin respuesta. El fallo de la cirugía espinal o síndrome de la espalda fallida es un tema polémico, y a la vez frecuente, que condiciona dolor persistente a los pacientes. Si bien la mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento conservador, algunos requieren de tratamiento quirúrgico para intentar aliviar el dolor. Entre el 5 y 20% de los pacientes operados no mejoran o presentan una recaída de los síntomas en un periodo inferior a un año tras la intervención. Ello puede deberse a múltiples factores, tanto propios del paciente como de la intervención¹¹.

En este síndrome están incluidos un grupo muy diverso de pacientes que han sido sometidos a una

gran variedad de cirugías de la columna vertebral, con resultados insatisfactorios¹¹ y la paciente del caso es probable que forme parte de este conjunto.

Tras analizar el caso y contrastarlo con la evidencia científica podemos concluir que es fundamental que en el DCNO se realice un abordaje individualizado y multimodal. El tratamiento no farmacológico debería ser el pilar central de nuestra intervención, aunque en la práctica clínica no siempre es posible, ya que gran parte de estos tratamientos no están financiados por el sistema público de salud y no están al alcance de todos nuestros pacientes.

El uso de opioides está en auge para el manejo del DCNO, aunque han demostrado una eficacia limitada. Debido a sus elevados efectos secundarios e interacciones graves, debemos ser cautelosos a la hora de prescribir y establecer límites en su indicación.

La asociación de dolor crónico y trastornos mentales como depresión y ansiedad son frecuentes y su conjunción puede amplificar ambas y dificultar su manejo. El óptimo abordaje clínico de los pacientes con DCNO debería tener en cuenta ambas patologías de forma sinérgica.

PUNTOS CLAVE

- El DCNO requiere de un abordaje individualizado y multimodal basado en la implementación de terapias no farmacológicas (fisioterapia, psicoeducación, ejercicio) y, en segundo lugar, tratamientos farmacológicos.
- El uso de OF en el manejo del DCNO está aumentando de manera sostenida aunque no ha demostrado evidencia en su eficacia.
- El DCNO tiene un elevado impacto psicológico en los pacientes, por lo debemos tenerlo en cuenta a la hora de su abordaje.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervicalgia y dorsalgia [Internet]. Fistera [última actualización: 16/11/2016]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/cervicalgia-dorsalgia/#26051>
2. Ministerio de Sanidad. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
3. Kirkwood J, Allan JM, Korownyk CS, McCormack J, Garrison S, Thomas B, et al. PEER simplified decision aid: Chronic back pain treatment options in primary care. *Can Fam Physician*. 2021;67(1):31-4.
4. Perelló-Bratescu A, Dürsteler C, Álvarez-Carrera MA, Granés L, Kostov B, Sisó-Almirall A. Trends in the prescription of strong opioids for chronic non-cancer pain in primary care in Catalonia: Opicat-Padris-Project. *Pharmaceutics*. 2022;14(2):237.
5. Vega Rosas A. Efectividad analgésica del tapentadol en el dolor neuropático secundario al síndrome post laminectomía. *Rev Soc Esp Dolor*. 2021;28(2):71-5.
6. Perelló-Bratescu A, Dürsteler C, Álvarez-Carrera MA, Granés L, Kostov B, Sisó-Almirall A. Risk prescriptions of strong opioids in the treatment of chronic non-cancer pain by primary care physicians in Catalonia: Opicat Padris Project. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1652.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Boletín mensual de la AEMPS sobre medicamentos de uso humano del mes de febrero de 2019. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019.
8. Serrat M, Almirall M, Musté M, Sanabria-Mazo JP, Feliu-Soler A, Méndez-Ulrich JL, et al. Effectiveness of a multicomponent treatment for fibromyalgia based on pain neuroscience education, exercise therapy, psychological support, and nature exposure (NAT-FM): A pragmatic randomized controlled trial. *J Clin Med*. 2020;9(10):3348.
9. Maestre C, Zarazaga R, López Martínez E. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*. 2001;17(1):129-37.
10. Peñarroya Bauliés A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011;18(2):77-83.
11. Hernández-Pérez PA. Síndrome de fracaso en la cirugía espinal lumbar. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;14(6):437-46.