

Dolor: un síntoma guía

ALEJANDRO CARMONA ARREDONDO*, MARÍA DEL MAR MONERRIS TABASCO, LAURA GÓMEZ LINARES,
IRENE FERRER-BONSOM CASTAN Y ENRIC LLOVET VIAPLANA

RESUMEN

Una correcta anamnesis y exploración física son básicas para realizar una adecuada orientación diagnóstica y plan terapéutico ante cualquier tipo de dolor. Esto nos permitirá filiar bien sus características para poder llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de un paciente derivado desde consultas externas de neurología por dolor crónico en el muslo izquierdo, catalogado inicialmente como dolor neuropático; que tras valoración y seguimiento en nuestra unidad, finalmente fue diagnosticado de dolor oncológico secundario a lesión metastásica. Es sumamente importante reevaluar a cualquier paciente remitido a la unidad del dolor, prestando atención a cualquier signo de alarma. Esto podrá servirnos de guía para el diagnóstico de otras entidades como las neoplasias malignas, cuyo pronóstico se verá influenciado por un tratamiento precoz.

Palabras clave: Dolor. Neuropático. Síntoma. Diagnóstico. Neoplasia.

ABSTRACT

A correct anamnesis and physical examination are basic to carry out an adequate diagnostic orientation and therapeutic plan for any type of pain. This will allow us to define its characteristics well in order to carry out a good differential diagnosis. We present the case of a patient referred from Neurology department due to chronic pain in the left thigh, initially classified as neuropathic pain. After evaluation and follow-up in our unit, he was finally diagnosed with cancer pain secondary to a metastatic lesion. It is extremely important to reassess any patient referred to the pain unit, paying attention to any warning signs. This may serve as a guide for the diagnosis of other diseases such as malignant neoplasms, whose prognosis will be influenced by early treatment. (DOLOR. 2023;38:43-8)

Keywords: Pain. Neuropathic. Symptom. Diagnosis. Neoplasm.

Corresponding author: Alejandro Carmona Arredondo, jandro7@hotmail.es

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de un paciente varón, de 60 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumador, sin otros hábitos tóxicos. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Soltero, vive con su madre.

Antecedentes

Como antecedentes patológicos presenta una fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol y betabloqueada con bisoprolol, y dislipidemia en tratamiento con estatinas. Síndrome depresivo por el que realizó tratamiento durante dos años con anti-depresivos (en seguimiento por psiquiatría de forma privada), que actualmente no toma por mejoría del cuadro. Presentó una bacteriemia por *Staphylococcus aureus* en 2018 por la que realizó tratamiento antibiótico, con un ecocardiograma sin vegetaciones y como único hallazgo relevante una insuficiencia mitral moderada y dilatación biauricular moderada, con función sistólica global levemente deprimida (fracción de eyección del ventrículo izquierdo: 45%). También presenta aplastamientos a nivel vertebral que le condicionan un dolor crónico por el que precisa analgesia a demanda.

También presenta como antecedente una neoplasia de esófago por la que realizó tratamiento con quimioterapia y radioterapia neoadyuvante, con posterior esofagectomía total tipo Ivor Lewis, libre de enfermedad en controles sucesivos. Como secuela presenta una disfagia secundaria por estenosis esofágica por la que realiza dilataciones endoscópicas de forma periódica.

Enfermedad actual

El paciente es derivado desde consultas externas de neurología por dolor en muslo izquierdo¹⁻⁴.

Refiere dolor localizado en muslo izquierdo (tanto cara anterior como posterior) de aproximadamente seis meses de evolución, que define como punzante. Niega sensación de calambre, parestesias o disestesias. Comenta un inicio progresivo y sin un traumatismo previo que lo justifique. Previo a ello, el paciente presentó un episodio de lumbalgia con irradiación a miembro inferior derecho que fue estudiado y orientado como radiculopatía que posteriormente se autolimitó. Durante la anamnesis dirigida,

no es capaz de precisar el dolor en la escala de dolor numérica. Refiere que debido al dolor actual ha dejado de caminar, ya que este es diario y continuo, pero de curso oscilante y empeora con la deambulacion. Mejora con el reposo. No se evidencian signos de alarma: no fiebre, no pérdida de apetito. Sí que ha perdido peso, aunque se atribuye a que presenta disfagia secundaria a la estenosis esofágica. El dolor no interfiere con el sueño.

Debido a ello, se inició tratamiento con neuromoduladores, en este caso gabapentina que se aumentó hasta 300 mg/8 h, además de tramadol 50 mg/12 h, con mal control del dolor, por lo que finalmente se decidió derivar a nuestra unidad para valoración.

Exploración física

En el momento de la exploración el paciente presenta un hábito caquético y es portador de ortesis dorsolumbar. A nivel visual destaca cierta hipotrofia cuadrípital izquierda, aunque pese a ello no presenta déficit motor de miembros inferiores ni tampoco déficit sensitivo por metámeras. No empeora con maniobras de Valsalva. No alodinia. Las caderas son libres y no dolorosas. Los reflejos osteotendinosos pese a que son hipoactivos, están presentes de forma global.

Exploraciones complementarias

Al paciente se le realizaron las siguientes pruebas complementarias previo a la primera visita en nuestra unidad:

- Tomografía computarizada (TC) toracoabdominal: estructuras mediastínicas centradas, sin evidencia de adenopatías en sus territorios. No se observan adenopatías a nivel de hilos pulmonares ni en las regiones axilares. Estructuras cardio-mediastínicas sin alteraciones significativas. Espacios pleurales libres. Parénquima pulmonar sin alteraciones significativas. Cambios posteriores por hernia posterior secundarios a cirugía sin cambios significativos. A nivel abdominal presenta hígado de medida y morfología normal. No lesiones ocupantes de espacio. Múltiples lesiones hipodensas sin cambios significativos. No dilatación de la vía biliar intrahepática ni extrahepática. Vesícula biliar globulosa sin contenido en su interior. Eje esplenoportal permeable. Bazo de medida normal y densidad homogénea. Páncreas y glándulas suprarrenales de morfología, situación y medida normales. Riñones de morfología y medida normal. Sin

dilatación de la vía urinaria. No hay alteraciones funcionales ni imágenes de litiasis. No se observan adenopatías retroperitoneales, pélvicas ni ingles de medida significativa. No líquido libre. Estructuras pélvicas normales. No confirmó lesión lítica en rama pubiana izquierdo. Conclusión: estudio toracoabdominal sin signos de progresión.

- Resonancia magnética cervico-dorsolumbar: en el sector cervicodorsal se observa un aumento de la cifosis dorsal secundaria a diversos aplastamientos vertebrales localizados de D7 a D10 y con pérdida más homogénea de la altura de D7 y D8. Se observa una irregularidad de platillos vertebrales inferiores a D6 y mínima presencia de sustitución de señal de medula ósea que por distribución y localización sugiere un patrón de edema óseo en relación con fractura subaguda o no consolidada. Canal raquídeo de diámetro normal y agujeros de conjunción libres. El cordón medular muestra señal y morfologías normales. Sector dorsolumbar donde se observa alineamiento sagital conservado pese a la disminución de la altura de los cuerpos vertebrales de D11 y platillo vertebral inferior de D12 donde no se observa patrón de edema ni alteración de la señal de medula ósea. Canal raquídeo de diámetro normal y agujeros de conjunción libres. *Conus* medular de señal y morfología normales. Raíz de la cola de caballo sin alteraciones.
- Electromiografía: el estudio es compatible con una mínima lesión radicular axonal motora L4 izquierda de curso crónico. La pérdida axonal es muy leve. No se ha observado atrapamiento del ciático poplíteo externo izquierdo en la rodilla.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Inicialmente y tras valoración en consultas, el paciente se orientó inicialmente como dolor crónico de dudoso origen neuropático. Pese a que el paciente no cumplía criterios en la escala DN4, sí que refería dolor de características punzantes. Ante la situación clínica que presentaba, sin hallazgos significativos ni en la exploración física ni en las pruebas complementarias, se decidió como estrategia inicial:

- Aumentar la dosis de neuromoduladores con pauta ascendente de gabapentina según tolerancia hasta 900 mg cada 8 h junto con analgesia convencional con tramadol que se aumentó hasta 100 mg/12 h.

- Solicitar visita con traumatología en la unidad de columna para valoración por los antecedentes y hallazgos en pruebas complementarias de aplastamientos vertebrales (condicionan que el paciente sea portador de ortesis dorsolumbar).
- Desestimar por el momento técnicas infiltrativas tanto por la exploración como por los hallazgos en las pruebas complementarias de aplastamientos vertebrales.
- Visita sucesiva de forma presencial en un plazo máximo de un mes para valoración de nuevo.

DISCUSIÓN

Durante el curso evolutivo y previo a la visita sucesiva que tenía programada, el paciente acude de forma espontánea a las tres semanas a nuestra unidad en silla de ruedas, acompañado de su hermana. Refiere empeoramiento grave del dolor, por lo que se realiza una nueva valoración del caso.

Refiere mejoría parcial del dolor la primera semana con la estrategia inicial de aumentar los neuromoduladores, pero posteriormente comenta un empeoramiento progresivo del dolor en extremidad inferior izquierda que le imposibilita la marcha condicionando uso de silla de ruedas. Reinterrogando nuevamente al paciente, comenta dolor en muslo izquierdo y tercio proximal de pierna izquierda. Es de curso oscilante y empeora con la carga, con claudicación en el momento de la visita. En esta ocasión refiere dolor 7 en reposo que aumenta a 10 con la carga/deambulación en la escala de dolor numérica. Niega presencia de calambres, parestesias, quemazón, prurito ni alodinia. Pese a esto, sí que comenta sensación punzante a nivel de muslo.

Visualmente está más caquético que en la visita previa. Desde el servicio de nutrición se recomendó suplementación con batidos hiperproteicos pero el paciente no los tolera. A la exploración física presenta hipotrofia cuadricepsal izquierda, sin presencia de lesiones ni alteraciones dermatológicas. No hay déficit motor ni sensitivo por metámeras. Presenta dolor en muslo izquierdo al movilizar la articulación coxofemoral izquierda, aunque esta es libre y no dolorosa. A nivel lumbar la exploración es anodina.

Dada la situación clínica que presenta el paciente, con una exploración física sin alteraciones significativas, sin traumatismo en la zona dolorosa y con el antecedente de neoplasia esofágica se planteó la siguiente estrategia:



Figura 1. Radiografía lateral de fémur izquierdo. Aumento de densidad cortical.

- Realización de radiografías de cadera y fémur para valoración de lesiones óseas (paciente en tratamiento con acenocumarol, antecedente oncológico, malnutrición...).
- Valoración de técnica infiltrativa una vez realizadas las pruebas complementarias.
- Mantener mismo tratamiento con gabapentina 900 mg/8 h y aumentar tramadol a 200 mg/12 h.
- Solicitar visita de control en una semana para revalorar el caso.

Posteriormente a la semana, se realiza la visita de control. El paciente refiere mejoría parcial del dolor en reposo, aunque aún precisa de silla de ruedas para la deambulación por el dolor. En la exploración física no hay cambios respecto a la visita previa y el dolor es de las mismas características, sin variaciones. Se valoran las radiografías (Figs. 1 y 2) donde se observan los siguientes hallazgos:

- Las lesiones observadas en las radiografías de fémur son coincidentes con la región dolorosa. Se reinterroga al paciente que refiere no haber presentado traumatismos ni la realización de intervenciones en la zona. Ante esta situación y los antecedentes oncológicos del paciente, se solicita de forma urgente una gammagrafía ósea (Fig. 3), por la sospecha de que las lesiones puedan tener un origen tumoral⁵⁻⁶.
- El informe de la gammagrafía ósea revela los siguientes hallazgos: intensa fijación difusa en el



Figura 2. Radiografía anteroposterior de fémur izquierdo. Rarefacción ósea e hiperdensidad y vacuolas.

tercio medio del fémur izquierdo, que sugiere M1 en el contexto del paciente. Si bien también podría tratarse de una lesión neoplásica primaria o enfermedad de Paget. Hiper captación focal a nivel de borde externo escapular izquierdo que no permite descartar M1. Heterogénea captación de raquis dorsolumbar y refuerzos articulares en hombros en relación con afectación artrodegenerativa y/o sobrecarga.

Ante los hallazgos descritos en la gammagrafía, se decide realizar estudio de extensión con tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC)⁷. Además y ante la persistencia del dolor y con la orientación diagnóstica posterior con un origen mixto del dolor, se decide realizar pauta descendente de gabapentina e iniciar parche de fentanilo 25 mcg/72 h.

El informe de la PET-TC (18-fluorodesoxiglucosa [18FDG]) muestra lo siguiente:

- Cabeza, cuello y tórax: en el parénquima encefálico existe una distribución difusa y homogénea sin alteraciones en la captación fisiológica ni asimetrías interhemisféricas destacables. Distribución fisiológica del radiofármaco en anillo de

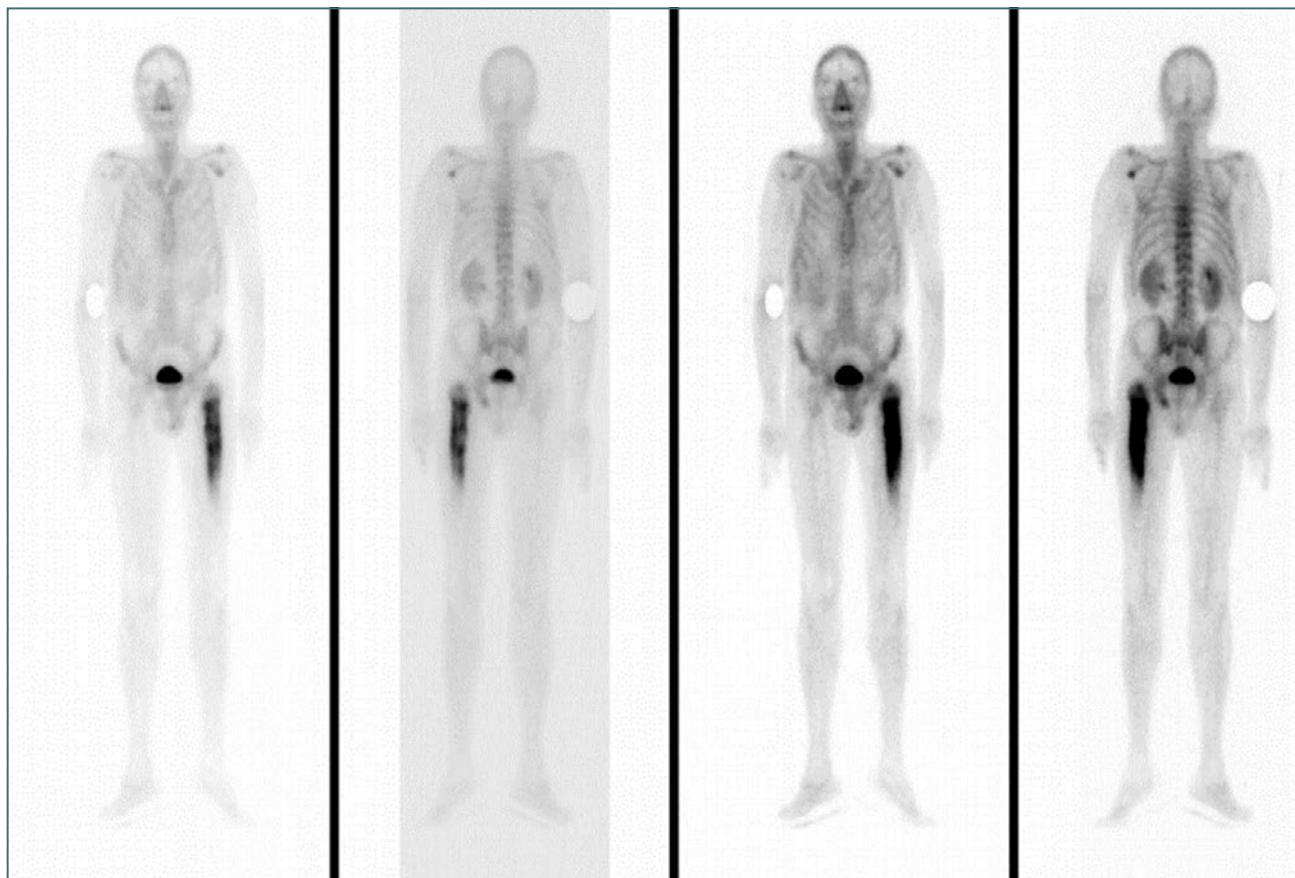


Figura 3. Gammagrafía ósea con captación en tercio distal de fémur.

Waldeyer y regiones cervicofaciales sin captaciones focales sugestivas de malignidad. Cambios posquirúrgicos por esofagectomía total con reconstrucción esofágica mediante tubulización gástrica, con algún área con captación de la FDG que podría estar en relación con etiología reactiva-inflamatoria y asociada a las suturas quirúrgicas. En mediastino y axilas no se observan ganglios aumentados de tamaño ni aumentos patológicos de la captación de la FDG. En pulmón no se aprecian lesiones ni aumentos de la captación del radiofármaco que sugieran malignidad. En las imágenes de fusión se aprecia opacidad subsólida y subpleural en periferia del lóbulo superior derecho que no asocia captación significativa de la FDG y de etiología indeterminada.

- Abdomen y pelvis: el hígado, bazo y páncreas no muestran lesiones ni aumentos de la captación de la FDG que sugieran malignidad. Suprarrenal izquierda aumentada de tamaño que no asocia captación patológica de la FDG actualmente. En retroperitoneo, mesenterio y región inguinal bilateral no se evidencian ganglios aumentados de

tamaño ni aumentos patológicos de la captación de la FDG. Captación fisiológica de la FDG en asas intestinales, sin lesiones hipercaptantes sospechosas en la actualidad.

- Músculo esquelético: lesiones hipermetabólicas y sugestivas de M1 en escápula izquierda (SUVmáx 3,74), isquion izquierdo (SUVmáx 5,19) y la más significativa de carácter lítico y con desestructuración de la cortical en el fémur izquierdo (SUVmáx 8,41). Conclusión: estudio PET-TC que muestra lesiones hipermetabólicas en escápula, isquion y fémur izquierdos, sugestivos de malignidad.

Posterior a la realización de la PET-TC y ante la orientación hacia un origen tumoral de las lesiones en fémur, se decide realizar una biopsia de estas con resultado de metástasis de adenocarcinoma esofágico.

Evolución

Con los resultados de las pruebas complementarias solicitadas, el paciente fue diagnosticado de recidiva de su patología oncológica.



Figura 4. Enclavado endomedular de fémur izquierdo.

Con el ajuste de tratamiento con fentanilo transdérmico presentó una mejoría significativa, pero pese a esto fue preciso intervenirle de las lesiones en fémur, por lo que se realizó un enclavado endomedular (Fig. 4) en dicha localización.

Posteriormente fue valorado por oncología médica por la que el paciente fue tributario de realización de tratamiento paliativo con radioterapia y quimioterapia con correcta tolerancia. Presentó buen control del dolor con fentanilo transdérmico que precisó de aumento hasta 37.5 mcg/72 h, permitiendo la deambulación de nuevo^{8,9}.

Pese a esto, a los tres meses del diagnóstico, el paciente presentó progresivamente un deterioro y declive funcional muy marcado que requirió ingreso hospitalario. Presentó progresión de la enfermedad en controles sucesivos, con empeoramiento a nivel clínico, por lo que finalmente el paciente fue *exitus*.

Estamos delante del caso de un paciente que acude a la unidad del dolor, ya valorado previamente por diversos especialistas con una orientación diagnóstica, en este caso de dolor neuropático, que finalmente y en visitas sucesivas fue diagnosticado de patología oncológica.

CONCLUSIÓN

Es prioritaria la realización de una exhaustiva anamnesis y exploración física ante cualquier paciente que acude a la consulta, ya que nos permitirá una correcta orientación diagnóstica.

Hay que prestar siempre atención a los signos de alarma y banderas rojas, ya que en estos casos el dolor puede ser el único síntoma de patologías como son las neoplasias¹⁰.

Es preciso reevaluar y revalorar a los pacientes de forma periódica. Esto nos permitirá ajustarnos a la situación clínica que presenta el paciente y realizar un tratamiento correcto y dirigido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chu EC, Trager RJ. Thoracic Schwannoma as an unusual cause of sciatic pain in the chiropractic office: A case report. *Am J Case Rep.* 2022;23:e938448.
2. Trager RJ, Prosak SE, Getty PJ, Barger RL, Saab ST, Dusek JA. Ischial osteochondroma as an unusual source of pregnancy-related sciatic pain: a case report. *Chiropr Man Therap.* 2022;30(1):45.
3. Fujii Y, Nishisho T, Tezuka F, Iwanami A, Yamashita K, Toki S, et al. Hemangioblastoma of the Cauda Equina: A case report and review of the literature. *J Med Invest.* 2022;69(3.4):312-5.
4. Ansari MN, Gupta A, Jain DK, Rana D. The Ewing's sarcoma of cervical spine-a rare occurrence. *Spinal Cord Ser Cases.* 2022;8(1):68.
5. Manceau C, Lagarde S, Pericart S, Gamé X. Bilateral renal lymphangiomatosis causes swelling and lower back pain. *Lancet.* 2022;399(10343):2309.
6. Falk S, Dickenson AH. Pain and nociception: mechanisms of cancer-induced bone pain. *J Clin Oncol.* 2014;32(16):1647-54.
7. Heir GM, Johnson SA, Kuchukulla M, Kalladka M, Mangal J. Secondary trigeminal neuralgia diagnosed in orofacial pain setting as epidermoid tumor. *Quintessence Int.* 2022;53(7):624-30.
8. Figura N, Smith J, Yu HM. Mechanisms of, and adjuvants for, bone pain. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2018;32(3):447-58.
9. Slatkin N. Cancer-related pain and its pharmacologic management in the patient with bone metastasis. *J Support Oncol.* 2006;4(2 Suppl 1):15-21.
10. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1437-49.