

CASO CLÍNICO (Mes de enero 2011)

Dr. Fco Javier Mondéjar Gómez, Dr. Gerardo Pastor Saura, Dra Carmen Rodríguez Ruiz

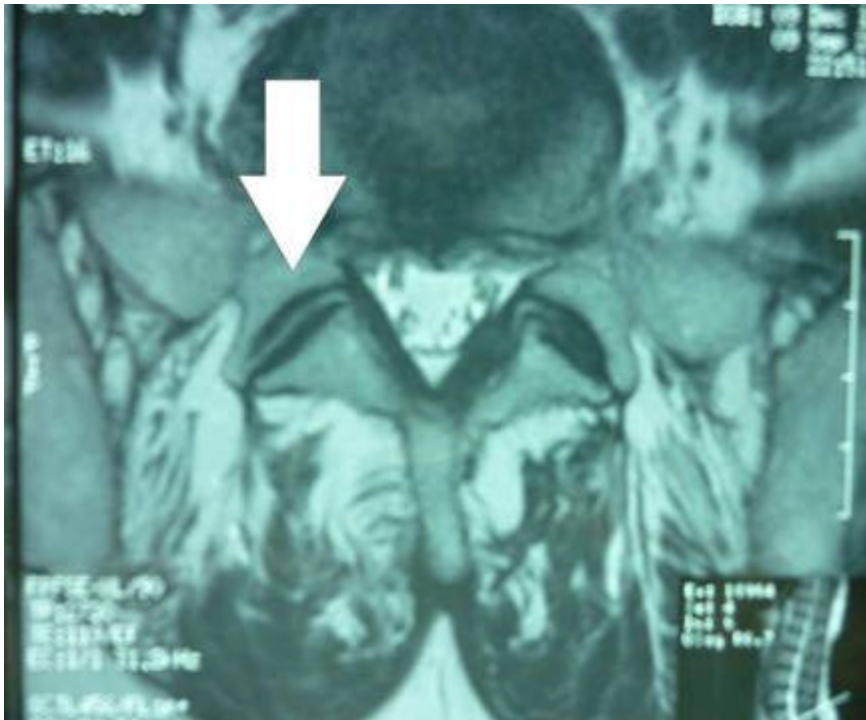
SEGUNDA PARTE

- Síndrome de dolor miofasciales con puntos gatillo en glúteos, y dolores referidos en localizaciones de irradiación de SMF de psoas y cuadrado lumbar.
- Síndrome facetario derecho L5-S1.
- Otros más infrecuentes:
 - Patología articulación coxo-femoral o sacro-iliaca derecha.
 - Tumores óseos.
 - Patología ocupante de espacio en cavidad pélvica

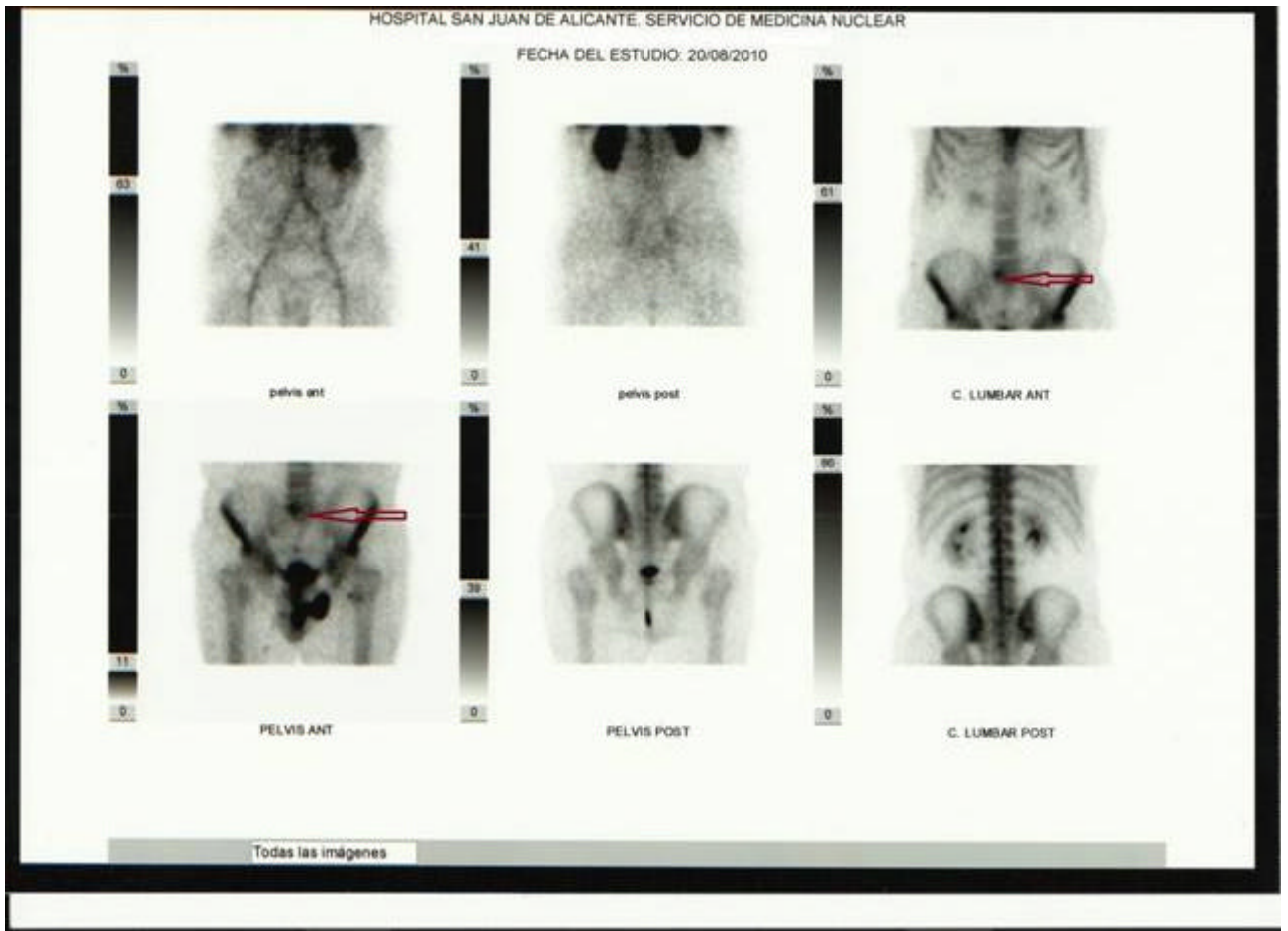
El patrón de dolor referido del paciente orienta hacia una patología a nivel de interapofisarias en columna lumbar asociado a PG miofasciales en cuadrado lumbar, psoas y especialmente a glúteos.

El paciente aporta RMN lumbar informada de hernia discal central L5-S1 sin compromiso radicular, y en ella se aprecia hipertrofia de articulaciones interapofisarias lumbares sobre todo L5-S1 y más derecha.

Ante la irradiación inguinal se solicitó también Rx pelvis-caderas y RMN pélvica que fueron normales.



Aunque la discopatía L5-S1 con frecuencia puede asociarse a un dolor en la nalga (miofascial glúteo), se pensó en la posibilidad de un **síndrome facetario** ya que en la exploración existía un dolor intenso muy localizado a la palpación en la pars articular L5-S1 derecha. Dado que la RM tampoco muestra hallazgos muy concluyentes a dicho nivel se solicitó un SPECT gammagráfico lumbar en el cual el radiotrazador mostraba un foco de hipercaptación a nivel de articulación interapofisaria derecha compatible con la sospecha diagnóstica.



Se inició tratamiento fisioterapéutico con estiramientos y modalidades terapéuticas sobre grupos músculos implicados en el SMF con escasa respuesta. Así mismo mejoró con TXB-A sobre glúteos medio y menor pero de manera parcial.

Tras el fracaso de estas opciones terapéuticas previas se decide infiltración con betametasona 1 ml más mepivaina 1 ml en la interapofisaria derecha, mejorando progresivamente el paciente hasta quedar totalmente asintomático a los 3 meses hasta la actualidad con EVA de “0”.

DISCUSION

Hirsch en 1963 y Mooney y Robertson en 1976 reproducían dolor facetario con la inyección intraarticular de suero salino hipertónico.

La infiltración facetaria con esteroides y anestésico es utilizada ampliamente dentro de la práctica clínica mundial con el significado de tratar a aquellos

pacientes en los que se cree que la articulación interapofisaria es la causa de los síntomas del dolor de espalda del paciente.

El dolor lumbar originado de las interapofisarias no ha sido demostrado por estudios que lo relacionen con cambios radiográficos o anatómo-patológicos. El valor del TAC o RMN en el diagnóstico de la enfermedad facetaria permanece inconcluso: cambios degenerativos en las facetas pueden verse en pacientes asintomáticos.

La escintigrafía ósea tomográfica computerizada con emisión de fotón (SPECT) tiene más sensibilidad en la detección de la lesión facetaria y permite afinar la localización anatómica en aquellos pacientes con clara clínica que apoye la sospecha diagnóstica.

Un estudio reciente sugiere que el SPECT podría ayudar a identificar pacientes que

podieran beneficiarse de la inyección facetaria, como sucede en el caso que ha sido presentado.

Sin embargo, la efectividad de esta terapia para el alivio de corto-largo plazo del dolor es controvertida y se requieren más estudios bien diseñados

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Scientific approach to the assessment and management of activity –related spinal disorders. A monographic for clinicians. Report of Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987;12(7 Suppl): 51-59.
- 2.- American College of Radiology: ACR Appropriateness Criteria: low back pain. 1996 (Revisada en 2008)
- 3.-Saket Tibrewal Osman H Khan and Sheo B Tibrewald. Facet joint injection in lower back pain—is it continued use justified?. Journal of the Royal Society of Medicine. Vol 100. July 2007.301-302
- 4.-Ghormley RK. Low back pain with special reference to the articular facets, with presentation of an operative procedure. JAMA 1933;101:773.

- 5.- Hirsch C, Ingelmark B-E, Miller M. The anatomical bases for low back pain. *Acta Orthop Scand* 1963;33:1
- 6.- Glover JR. Arthrography of the joints of the lumbar vertebral arches. *Orthop Clin North Am* 1997;8:37-42.
- 7.- Moran R, O'Connell D, Walsh MG. The diagnostic value of facet joint injections. *Spine* 1988;13:1407.
- 8.- Dory MA. Arthrography of the lumbar facet joints. *Radiology* 1981;140:23-7.
- 9.- Eisentein SM, Parry CR. The lumbar facet arthrosis syndrome. *J Bone Joint Surg* 1987;69B:3
- 10.- Jackson RP, Jacobs RR, Montesano PX. Facet joint injection in low back pain. A prospective statistical study. *Spine* 1988;13:966
- 11.- Bogduk N: International spinal injection society guidelines for the performance of spinal injection procedures. Part 1. Zygoapophysial joint blocks. *Clin J Pain* 1997;13:285–302
- 12.- Schwarzer AC, Wang SC, O'Driscoll D, et al. The ability of computed tomography to identify a painful zygapophysial joint in patients with chronic low back pain. *Spine* 1995;20:907–12
- 13.- Pneumaticos SG, Chatziioannou SN, Hipp JA, Moore WH, Esses SI. Low back pain: prediction of short-term outcome of facet joint injection with bone scintigraphy. *Radiology* 2006;238:693–8
- 14.- Fairbank JCT, Park WM, McCall IW, O'Brien JP. Apophysial injection of local anaesthetic as a diagnostic aid in primary low back pain syndromes. *Spine* 1981;6:598–605