



## 160/377 - Infratratamiento en el dolor lumbar crónico

F.J. González Rodríguez<sup>a</sup>, M. Molina Pavón<sup>b</sup>, R.M. Yang Lai<sup>b</sup>, A.I. Fernández González<sup>c</sup> e I.L. Martín Roldán<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Andévalo Occidental. Huelva. <sup>b</sup>Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Sanlúcar la Mayor. Sevilla. <sup>c</sup>Enfermera. Unidad de Gestión Clínica Andévalo Occidental. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Trabajador de la construcción, 40 años, sin otros antecedentes médicos de interés, que acude por cuadro de lumbalgia crónica, irradiada a pierna izquierda, de 3 años de evolución con aumento progresivo de la sintomatología. Hace 1 año fue diagnosticado de discopatía degenerativa lumbar múltiple y radiculopatía S1 izquierda asociada. Tras tratamiento ineficaz con AINE, ha tomado tramadol y pregabalina sin mejoría, y no tolerado, persistiendo la sintomatología y dificultando su actividad laboral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Limitación a los movimientos lumbares espontáneos y excesiva rigidez a dicho nivel, con marcha lenta. En decúbito prono, dolor a palpación en musculatura paravertebral lumbar izquierda y contractura muscular. Movilidad con limitación de la flexión < 30°, dolor (EVA = 6) a nivel lumbar en reposo y aumenta hasta 8-9 con el movimiento; resto exploración normal. Pruebas complementarias: RM: discopatía degenerativa múltiple y radiculopatía S1 izquierda asociada.

**Juicio clínico:** Lumbociática crónica mal tratada.

**Diagnóstico diferencial:** Dolor lumbar inespecífico. Dolor lumbar inflamatorio. Dolor lumbar asociado con radiculopatía. Dolor lumbar asociado a otra causa medular específica.

**Comentario final:** El paciente, en la actualidad, está con una dosis de 100 mg de tapentadol cada 12 horas, consiguiendo una disminución del dolor lumbar y radicular hasta hacerse soportable. También ha mejorado el estado de ánimo y la funcionalidad. No ha presentado efectos adversos relevantes (estreñimiento, náuseas, somnolencia). Son precisos controles periódicos del paciente para controlar evolución.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ballantyne JC. Opioid analgesia: perspectives on right use and utility. *Pain Physician*. 2007;10(3):479-91.
2. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med*. 2007;146(2):116-27.

3. Chou R, Clark E, Helfand M. Comparative efficacy and safety of long-acting oral opioids for chronic non-cancer pain: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(5):1026-48.
5. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB. Opioids for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD006146.
6. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD004959.
7. Devulder J, Richarz U, Nataraja SH. Impact of long-term use of opioids on quality of life in patients with chronic, non-malignant pain. *Curr Med Res Opin*. 2005;21(10):1555-68.
8. Annemans L. Pharmacoeconomic impact of adverse events of long-term opioid treatment for the management of persistent pain. *Clin Drug Investig*. 2011;31(2):73-86.
9. Broekmans S, Dobbels F, Milisen K, Morlion B, Vanderschueren S. Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: is there a problem? *Eur J Pain*. 2009;13(2):115-23.