



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/1154 - EL DOLOR PROTAGONISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

L. Díaz Carrillo

Médico de Familia. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años sin antecedentes de interés que presenta cervicalgia irradiada a miembros superiores (MMSS) de predominio izquierdo, parestesias y pérdida de fuerza episódica. Lumbalgia con dolor radicular en MII, aumenta con discretos esfuerzos y no mejoría con reposo ni analgésicos habituales. Controla esfínteres. No traumatismos o sobreesfuerzos. Tratamientos: desketoprofeno, metamizol, deflazacort, diazepam, fisioterapia, pregabalina, fentanilo, bloqueos facetarios. Citalopram. Artroplastia de hombro sin prótesis. Radiofrecuencia facetas lumbares, Laminectomía L4-L5, L5S1. Alta demanda clínica en consulta y urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Marcha normal. Limitación movilidad raquis cervical y lumbar. Lasègue izquierdo positivo a 40°. Valorada por traumatología y neurocirugía. Radiología: pinzamiento del espacio C3-C4 y L5-S1. Protrusión L4-L5. RMN cervical y lumbar: Hernia discal C3-C4 focal izquierda. Protrusión posterior sobre espacio subaracnoideo anterior C6C7. Hernia discal contenida L4-L5 segmentaria izquierda. Hernia discal no contenida L5-S1 focal izquierda. Analítica normal. Eco-doppler venoso y arterial de MMSS: compresión venosa leve de la vena subclavia izquierda. Angio TC MMSS normal. RMN hombro: pinzamiento espacio subacromial a nivel de ligamento coracoacromial deformando el tendón del supraespinoso. EMG/ENG MMSS: afectación desmielinizante raíz C7 con afectación izquierda.

Orientación diagnóstica: Hernia discal C3-C4 focal izquierda. Protrusión posterior sobre espacio subaracnoideo anterior C6-C7. Hernia discal contenida L4-L5 segmentaria izquierda. Hernia discal no contenida L5-S1 focal izquierda.

Diagnóstico diferencial: Síndrome opérculo torácico. Discopatía facetaria vs dicogénica. Tendinosis.

Comentario final: Existen multitud de pacientes con clínica que precisan tratamiento continuado del dolor. Debe quedar claro que el médico de familia es el que va a centrar el caso y seguirlo independientemente de valoraciones de otras especialidades. Como primera línea debemos estar formados para atender ese dolor y empatizar, posibilitando el dialogo y feedback con el paciente para la obtención de los mejores resultados clínicos. Ante clínica de dolor de larga evolución debemos tener presente la posibilidad estar frente a una sensibilización central. Existe y debemos saber abordarla con apoyo de servicios cómo salud mental, unidad del dolor, etc.

Bibliografía

1. Aguilar-Luque J, Herrera-Silva J, García-Martínez F. Tratamiento del dolor crónico en Atención Primaria. Rev Soc Esp Dolor. 2000;7:453-9.
2. Sepulveda JD. Ars Medica. Revista de Ciencias Médicas, 2018.
3. Fernández M, Bouzas D, Maldonado S, et al. Guía básica de fármacos y dolor.
4. Rivas M. Guía de manejo del dolor. Herramientas de autoayuda. Sociedad Española del dolor.

Palabras clave: Dolor. Analgesia. Discopatía.