PATOLOGÍAS Y PRESTACIONES

Dolor crónico

Las patologías más frecuentes de ***dolor crónico*** son las siguientes:

Neuralgia del trigémino

Se trata de un trastorno de dolor extremo crónico con espasmos musculares incontrolables que afecta al nervio trigémino y altera sus funciones. La padecen 5 de cada 100.000 personas, frecuentemente mujeres mayores de 50 años.

Causa

No se conoce con exactitud la causa, se sospecha que se debe al latido de una arteria o compresión de una vena cercana al nervio como resultado del envejecimiento, un tumor, anormalidad cerebral, lesión quirúrgica, accidente cerebro vascular, traumatismo facial o puede guardar relación con la esclerosis múltiple.

Síntomas

Sus síntomas pueden incluir neuralgia occipital, dolor punzante o como una descarga eléctrica de diversa duración, que puede ser localizada o diseminada, producida de manera espontánea o que se desencadena por ejemplo al tocarse el rostro, masticar, hablar o cepillarse los dientes. Afecta a un lado del rostro a la vez.

Diagnóstico

El abordaje de la neuralgia del trigémino comprende un examen físico, el estudio de síntomas y una exploración neurológica. También se realizan estudios de diagnóstico por imágenes que pueden poner en evidencia este trastorno, como: tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética (RM) y la angiografía por resonancia magnética.

Tratamiento: cirugía

El objetivo del tratamiento de neuralgia del trigémino que se somete a intervención quirúrgica es la descompresión del nervio trigémino y la desaparición o mejoría del dolor, o que sea mejor controlado con el tratamiento farmacológico.

Tipos de cirugía:

- ***Micro descompresión vascular de la raíz del nervio trigémino:*** esta cirugía se realiza mediante la apertura del cráneo (craneotomía) en la región posterior de la cabeza, para acceder al origen del nervio afectado e interponer un material (músculo, teflón u otro) entre el nervio y la arteria o vena adyacente, descomprimiendo así al nervio trigémino.
- ***Balonamiento percutáneo del ganglio de Gasser:*** este procedimiento se realiza cuando no hay una clara compresión vascular del nervio trigémino y la arteria o vena adyacente, de manera que se introduce un electrodo en la mejilla bajo control radiológico, hasta llegar al ganglio de Gasser y se comprime mediante un balón que tiene ese catéter en su punta. Con esta maniobra se produce una lesión controlada de todas las ramas trigeminales con desaparición del dolor, para realizarla, es necesario aplicar anestesia general.
- ***Termo coagulación percutánea del ganglio de Gasser:*** esta cirugía consiste en la introducción de un electrodo en la mejilla, bajo control radiológico, hasta llegar al ganglio de Gasser y lesionar de manera controlada mediante radiofrecuencia (calor) la rama trigeminal causante del dolor. El paciente en todo momento está despierto salvo en el momento de la lesión en que es sedado y anestesiado a nivel local.

Cefalea de Arnold

La ***Cefalea de Arnold o neuralgia occipital*** es una inflamación secundaria crónica o lesión de los nervios occipitales a nivel de las vértebras cervicales. Es una enfermedad frecuente y ocurre mayormente en mujeres de alrededor de 50 años.

Síntomas

Sus síntomas pueden incluir un fuerte dolor tipo punzada o calambres en la parte posterior de la cabeza o en la base del cráneo, que puede irradiarse a otros sectores de la cabeza; dolor detrás de los ojos y fotofobia, excesiva sensibilidad del cuero cabelludo, mareos, náuseas, pitidos en los oídos, congestión nasal y dolor al mover el cuello. Puede afectar a un solo lado de la cabeza.

Causas

La pueden provocar contracturas en los músculos que rodean los nervios occipitales, traumatismo cervical, artritis o degeneración articular y con menos frecuencia está asociada a un tumor, enfermedad del disco cervical, malformaciones, neuralgia pos herpética, vasculitis, gota, diabetes, mellitus, infecciones o esclerosis múltiple.

Diagnóstico

El abordaje de la cefalea de Arnold comprende un examen físico y exploración neurológica. Los estudios de diagnóstico por imágenes que pueden poner en evidencia este trastorno son radiografías, resonancia magnética (RM) y tomografía axial computada (TAC).

Tratamiento: cirugía

El objetivo del tratamiento de la cefalea de Arnold que se somete a intervención quirúrgica es la descompresión de los nervios occipitales, la desaparición o mejoría del dolor, o un mejor control con tratamiento farmacológico.

Tipos de cirugía

- Técnica percutánea de estimulación nerviosa periférica de los nervios occipitales
- Radiofrecuencia pulsada de los ganglios de la raíz dorsal C2 y C3

Cefalea en racimos o cluster

Es una cefalea trigeminal de dolor extremo crónico de 7 a 8 brotes diarios, con una duración de entre 15 y 180 minutos, agrupados como racimos en la zona periocular en un lado de la cabeza. Ocurre cada 2 ó 3 días, en determinados horarios (ritmo circadiano) durante uno a tres meses, seguidos por remisión de meses o años.

Afecta a 1 de entre 500 y 1.000 personas, frecuentemente a hombres entre 20 y 50 años. Se trata de una afección altamente incapacitante que impide realizar cualquier actividad alguna durante el brote y puede dejar secuelas como agotamiento.

Tipos

Por su periodicidad se clasifican en cefalea en racimos episódica (CRE), racimos con periodos de remisión de meses o años, y cefalea en racimos crónica (CRC) es el 10% de los casos, con brotes de más de un año o remisión inferior a un mes. Cuando la enfermedad supera los 20 años el 20% de los casos de CRE se transforma en CRC.

Síntomas

Sus síntomas pueden incluir dolor agudo o muy agudo, como una punzada, severa, constante y de carácter uniforme detrás o arriba del ojo o en la zona temporal, que se puede irradiar a la dentadura, garganta, cuello y hombro. También puede provocar que los ojos se pongan rojos, lagrimeo, caída y edema del párpado, empequeñecimiento de la pupila, secreción y obstrucción nasal, náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia, agitación y agresividad y síndrome de Claude-Bernard-Horner.

â€‹Causas

La causa que provoca esta cefalea no se conoce, pero se la relaciona con una mayor actividad en el hipotálamo, por lo general su aparición es esporádica, aunque a veces es hereditaria. Puede desencadenar un brote la inyección de histamina subcutánea, el estrés, ciertos alérgenos, cambios estacionales, el sueño, un traumatismo craneoencefálico, entre otros.

Diagnóstico

El abordaje de esta afección comprende un examen físico, y exploración neurológica. Los estudios de diagnóstico por imágenes que pueden poner en evidencia este trastorno de dolor crónico son: la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética

(RM).

Tratamiento: cirugía

El objetivo del tratamiento de cefalea en racimos o cluster que se somete a intervención quirúrgica es la descompresión del nervio afectado y la desaparición o mejoría del dolor, o que sea mejor controlado con el tratamiento farmacológico.

Tipos de cirugía

- ***Rizotomía por radiofrecuencia o termocoagulación del ganglio de Gasser:*** esta cirugía consiste en la introducción de un electrodo en la mejilla, bajo control radiológico, hasta llegar al ganglio de Gasser y lesionar de manera controlada mediante radiofrecuencia (calor) la rama trigeminal causante del dolor. El paciente en todo momento está despierto salvo en el momento de la lesión en que es sedado y anestesiado a nivel local.
- ***Microdescompresión vascular de la raíz del nervio trigémino:*** se realiza mediante la apertura del cráneo (craneotomía) para acceder al origen del nervio afectado e interponer un material (músculo, teflón u otro) entre el nervio y la arteria o vena adyacente.
- ***Estimulación profunda cerebral para la activación de la zona periventricular del hipotálamo***.

Síndrome de espalda fallida

Este síndrome ocurre después de una cirugía de espalda (hernia de disco, estenosis, etc) cuando el dolor crónico no se resuelve del todo o persiste, y en casos muy raros se agrava. Afecta entre el 15 y el 60 % de los casos.

Causas

Suele deberse a una mala evolución del proceso de recuperación que puede derivar en fibrosis (cicatrización excesiva) en la piel y en el espacio que ocupan las raíces nerviosas en el canal medular, a la reaparición de las hernias discales, o inestabilidad de la columna.

Síntomas

Los síntomas pueden incluir dolor intenso y persistente en la zona afectada ya sea lumbar en glúteos y piernas ó cervical y brazos que se alivia escasamente con el tratamiento de fármacos o rehabilitación. Con el tiempo puede producirse atrofia muscular, debilidad en las piernas e imposibilidad para caminar o disfunción de la vejiga o intestino.

Diagnóstico

El abordaje de este síndrome comprende un examen físico y exploración neurológica. Los estudios de diagnóstico por imágenes que pueden poner en evidencia este trastorno son: resonancia magnética (RM), radiografías dinámicas o funcionales.

Tratamientos

Los médicos especialistas harán inicialmente un manejo médico-farmacológico del dolor. Ante una falta de respuesta se realizará una junta multidisciplinaria con una reevaluación clínica, física y psicológica. Si el cuadro del paciente cumple con los criterios de aceptación para “test de intento” se sugiere para este síndrome la cirugía de estimulación epidural medular (EME).

El objetivo del tratamiento del síndrome de espalda fallida que se somete a cirugía es la reducción del dolor neuropático mediante la neuromodulación ajustable no destructiva, realizada mediante un dispositivo multiprogramable con uno o más electrodos denominado neuroestimulador que ofrece dosis terapéuticas de corriente eléctrica a la medula espinal.

Cirugía

La técnica quirúrgica para la implantación del neuroestimulador consta de dos tiempos.

- **El primero**, permite realizar una prueba temporal o TRIAL prolongado de varios días, para determinar el potencial de mejora del dolor neuropático y la familiarización con el dispositivo por parte del paciente. Con el uso de radioscopia, por vía posterior se introducen uno o dos electrodos en el espacio epidural hasta el nivel objetivo (target), mediante hemilaminectomía (con electrodos de placa o paleta con la resección parcial de las láminas de las vértebras afectadas), o por vía percutánea (con electrodos de asa de alambre, sin resecar parcialmente las láminas). Luego se exteriorizan unos cables prolongadores conectados a un generador externo de pulso interno o batería, normalmente colocado en la cintura, similar al que el paciente tendrá definitivamente.
- **En el segundo tiempo** (tiempo de implantación) si la prueba mejora el cuadro en al menos un 50% del dolor y/o 50% de la

capacidad de independencia y/o disminución de la medicación y sus reacciones adversas, se realizará la implantación quirúrgica en un bolsillo subcutáneo (por debajo de la piel) de un generador de pulso interno o batería.