



Dolor Torácico de Origen Osteomuscular

Autoras: Dra. Alicia Kassian Rank. Directora del Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor, Hospital General de México. Dra. Erika Corral Kassian. Facultad de Medicina de la Universidad Anáhuac.

El síndrome doloroso torácico crónico es una entidad frecuente que en la mayoría de los casos se origina exclusivamente por padecimientos cardiopulmonares como el cáncer pulmonar, que en muchos países es la segunda causa de muerte después de la enfermedad cardiovascular.^{1,9,10,11,12,13}

El cáncer de mama también puede provocar dolor torácico.^{11,12} En ocasiones este tumor ocasiona irritación del nervio intercostobraquial o de nervios del plexo braquial, lo cual conduce al paciente a un dolor neuropático como episodios de dolor lancinante. Para controlar estas molestias son de gran utilidad los neuromoduladores y los opioides.¹¹

Algunas veces las metástasis óseas se relacionan con dolor y otros síntomas, cuando están localizadas en costillas producen dolor (en el sitio donde se encuentre la lesión) en forma de neuralgia intercostal por infiltración frecuente de esta fibra nerviosa. Si existen metástasis en columna vertebral, comúnmente aparece dolor de espalda con signos y síntomas de compresión radicular o medular que a veces amerita la colocación de catéteres continuos epidurales para mitigar el dolor junto con manejo de medicamentos neuromoduladores. Es posible que haya invasión del plexo braquial como resultado de infiltración metastásica, que requiere la colocación de catéteres sobre el mismo (o bloqueo lítico del ganglio estrellado) para brindar una analgesia continua.^{11,12}

El síndrome de dolor posmastectomía consiste en dolor persistente en el tórax anterior, axila y partes medial y posterior del brazo, tras el acto quirúrgico sobre la mama. Generalmente aparece de dos a seis sema-

Referencias Bibliográficas

1. Fineman S. Long-term post-thoracotomy cancer pain management with interpleural bupivacaine. *Anesth Analg* 68:694-697, 1989.
2. Burch GE, Giles TD. Cardiac causalgia. *Arch Int. Med* 125:809, 1970.
3. Fam AG, Smythe H. Musculoskeletal chest wall pain. *Can Med Assoc J* 133:379-389, 1985.
4. Travel J, Simmons DC. Myofascial pain and dysfunction. Baltimore 1983, Williams and Wilkins.
5. Bonica JJ. Clinical applications of diagnostic and therapeutic nerve blocks. Springfield III, 1959. Charles C. Thomas.
6. More DC. Regional blocks. Springfield III, 1965. Charles C. Thomas.
7. Matamala AM et al. Percutaneous anterior approach to celiac plexus using. *Br J. Anaesth* 62:637-640, 1989.
8. Melzack R, Wall PD. Textbook of pain. Edinburgh, 1984. Churchill Livingstone.
9. Prithvi Raj. Tratamiento práctico del dolor. Segunda edición. Mosby year book, España 1993. Pág. 250-261.
10. Loeser JD et al. Bonica's management of pain. Third edition. Lippincott Williams and Wilkins.
11. Harrison's principles of internal medicine. New York: Mc Graw-Hill 1998: 552-562.
12. Travis WD, Travis LB. Lung cancer. *Cancer* 1995:75-191-202.
13. Murray JF. Textbook of respiratory medicine, 2nd edition. Philadelphia. Saunders, 1999.

nas después de la cirugía con una incidencia de 5 a 20 por ciento. Con frecuencia la causa de este síndrome es la lesión del nervio intercostobraquial, el cual es una rama del segundo nervio intercostal. La mastectomía radical también puede dañar ramas cutáneas del cuarto y quinto nervios. El dolor posmastectomía es quemante, ardoroso, lancinante, intenso y se acompaña de alodinia, parestesias, disestesias, hiperpatía e hiperestesias. A menudo los movimientos del brazo exacerbaban el dolor. Por tratarse de dolor neuropático el tratamiento se basa en neuromoduladores o en bloqueos epidurales antiinflamatorios. Ciertos autores prefieren bloqueos paravertebrales torácicos o intercostales.^{2,5}

Una gran variedad de enfermedades músculo-esqueléticas provocan dolor torácico y pueden confundirse con dolores neuropáticos. Tal es el caso de los padecimientos de médula espinal (mielopatías y lesiones de las raíces espinales dorsales o mixta secundaria a osteoporosis, fractura de vértebras, formación de osteofitos).

Las lesiones de los nervios espinales y de los nervios intercostales, denominadas neuralgias, tienen una etiología variable. Sus causas más frecuentes son traumas, cirugía, infecciones y compresión, que pueden lesionar estas estructuras y provocar dolor. Ejemplo de estas situaciones son los síndromes dolorosos postoracotomía o posmastectomía. Las fracturas de costilla suelen producir lesiones y trauma de los nervios intercostales, con dolor subsecuente que se exagera con los movimientos respiratorios. Las neuritis intercostales idiopáticas normalmente se resuelven en 15 días y ocasionan dolor muy intenso, mientras que los problemas degenerativos como mononeuropatías diabéticas son causas comunes en este ámbito. El tratamiento está dirigido, si se trata de un proceso agudo, al manejo con AINE's combinado con opioides además de la posible aplicación de bloqueos intercostales antiinflamato-

rios o líticos (alcohol o fenol) en caso necesario; cuando se sospecha de problemas crónicos degenerativos (neuropatía) se pueden administrar neuromoduladores.⁵

Entre las lesiones óseas se incluye cualquier tipo de patología en las vértebras, costillas, cartílagos costales, esternón y la articulación esternoclavicular, tuberculosis ósea, fractura de vértebra y enfermedad de Paget. La artritis costovertebral se asocia a enfermedades tales como osteoartritis y espondilitis anquilosante. El dolor generalmente se presenta en estas articulaciones y puede exacerbarse con los movimientos respiratorios, al toser o estornudar; la terapéutica consiste en AINE's.

El síndrome de Tietze es un dolor intenso localizado en el segundo y tercer cartílagos costales y se acompaña de datos de inflamación local importante que puede progresar hasta verse como una masa. Se manifiesta frecuentemente en pacientes de la segunda y tercera década de edad. Las causas son desconocidas, pero se asocia con problemas reumáticos, trabajos manuales pesados y deficiencia nutricional, o se ve precedido de procesos respiratorios severos. Las lesiones generalmente son unilaterales y abarcan una sola región. La evolución es crónica, de curso autolimitado, con exacerbaciones y remisiones. Aunado a ello el edema e inflamación local pueden persistir por mucho tiempo, incluso años.

El síntoma principal del síndrome de Tietze es el dolor de intensidad variable en la cara anterior del tórax que a veces se puede irradiar a toda la cara anterior del tórax, hombro y cuello. Aunque las radiografías simples suelen ser normales, el diagnóstico se realiza clínicamente y la TAC puede ser de ayuda para descartar otras patologías, por ejemplo, tumores.¹² La costocondritis es relativamente frecuente, causa dolor sobre la cara anterior del tórax y puede simular un dolor de origen

cardíaco.³ Su etiología es desconocida, y la inflamación de los cartílagos costales puede causar dolor intenso que se agrava con los movimientos del tórax. A diferencia del síndrome de Tietze, la costocondritis no se acompaña de inflamación intensa con crecimiento local, abarca más cartílagos costales (preferencialmente del segundo al quinto) y su incidencia es más alta en la mujer arriba de los 40 años. Se asocia a veces con padecimientos arteriales coronarios y síndromes miofasciales. El tratamiento radica en el uso de AINE's combinados con opioides, así como en la aplicación de calor local y otras terapias físicas. En ocasiones es necesario realizar bloqueos intercostales sobre la línea axilar posterior.^{5, 6, 9} Los tumores de los cartílagos son otra entidad desencadenante de dolor torácico y resulta muy importante hacer su diagnóstico diferencial con el síndrome de Tietze. Comúnmente su abordaje es quirúrgico.¹¹

La dislocación costocondral secundaria a trauma produce dolor intenso en el sitio de lesión, de tipo continuo, lancinante y, a veces, de carácter ardoroso. Debido a la intensidad del dolor puede ser necesario infiltrar el área o hacer bloqueos de nervios intercostales, lo cual calmará el dolor y permitirá la manipulación y la reducción de esta luxación.^{3,4,11}

La xifoalgia es un síndrome caracterizado por dolor intenso sobre el apéndice xifoides. Su etiología y fisiopatología se desconocen, pero a veces se presenta concomitantemente con enfermedad coronaria cardíaca, padecimientos intestinales, artritis y con alteraciones metabólicas. La frecuencia del dolor es variable, pero puede aparecer varias veces al día; tiene una duración que varía de minutos a algunas horas y persiste por semanas o meses. Cuando la administración de AINE's y opioides no mitiga el dolor se recurre a la infiltración de la articulación xifoesternal con lidocaína y esteroides. Esto proporciona un alivio más efectivo

Diagnóstico Clínico Según Origen del Dolor en el Segmento Tórax.

Origen

Pleuropulmonar

- Pleurodinia
- Derrame pleural
- Neumotórax
- Traqueobronquitis
- Neumonía
- Neoplasia
- Tromboembolismo pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- Mediastinitis

Cardiovascular

- Angina de pecho
- Infarto agudo de miocardio
- Estenosis aórtica
- Aneurisma disecante de aorta
- Prolapso de válvula mitral
- Miocardiopatía hipertrófica
- Pericarditis
- Miocarditis
- Síndrome de Dressler
- Síndrome pospericardiotomía

Músculo-Esquelético

- Costocondritis (síndrome de Tietze)
- Xifoalgia
- Fractura costal
- Mialgia
- Síndrome de Pancoast
- Compresión de la región superior del tórax, costilla cervical o anomalías de primera costilla o clavícula
- Radiculitis cervical (artritis, artrosis, etc.)
- Cifoescoliosis
- Espondilitis anquilopoyética
- Infecciones de la pared torácica

del dolor. En casos extremos se recomienda la resección quirúrgica.^{6,11}

Dentro de los síndromes miofasciales, los músculos paravertebrales son detonantes de dolor muscular de la cara posterior del tórax y es muy común que esté originado por alteración en la dinámica postural de la columna.⁴ El dolor puede ser reproducido por presión sobre el área y suele mejorar con el masaje y los bloqueos interfasciales con anestésicos locales.⁵ **DOLOR**