SOCIETAT CATALANA DE REUMATOLOGIA

DORSÀLGIES D'ORIGEN VISCERAL

R. FÍGULS, M. CASADEMONT, A. DAUDER, I. DALMAU, R. TORRES

En parlar de les dorsàlgies hom pensa generalment en un procés dorsal osteo-articular; tanmateix, en algunes ocasions el dolor dorsal constitueix una manifestació d'un procés visceral.

Aquestes dorsàlgies d'origen extraraquidi poden constituir un problema diagnòstic, sobretot si es tracta d'un pacient adult amb una espondilosi dorsal latent, les imatges radiològiques de la qual ens poden fer pensar que són la causa de les seves molèsties.

Per tant, hem de ser prudents abans de diagnosticar una dorsàlgia per dorsatrosi un cop descartada una etiologia visceral.

La nostra experiència en aquests processos ens demostra que davant d'una dorsàlgia d'evolució prolongada, davant d'una dorsàlgia que es va agreujant o davant d'una dorsàlgia que no cedeix amb els antireumàtics habituals, hem de sospitar una visceropatia.

Hem de tenir present que la dorsartrosi ben poques vegades és dolorosa, tot i que la deterioració discal sigui relativament freqüent.

Aquesta manca de dolor és deguda a la poca mobilitat de les vèrtebres dorsals: les deu primeres vèrtebres dorsals es troben unides a vint costelles per mitjà de les articulacions costotransverses i costovertebrals; aquestes costelles, a la vegada, es reuneixen a la cara anterior del tòrax per mitjà dels cartílags costals i l'estèrnum.

Només les vèrtebres dorsals més distals D_{11} i D_{12} gaudeixen d'una mobilitat que podem equiparar a les vèrtebres lumbars altes, ja que estan articulades amb les costelles flotants.

Així mateix, l'artropatia degenerativa de les articulacions costovertebrals i costotransverses no acostuma a ser dolorosa i, quan produeix dolor, aquest es posa de manifest amb una intensitat mitjana i generalment respon aviat al tractament mèdic adequat.

Per arribar a un diagnòstic correcte hem de realitzar un estudi meticulós del pacient:

ANAMNESI.

Antecedents	Afecció visceral antiga Procés vertebral antic

Precisar els caràcters del dolor dorsal:

A) Forma d'inici (progressiu, ràpid, post-traumàtic).

B) Localització (precís o difús, fix o canviant). En les dorsartrosis el dolor està ben localitzat, gairebé sempre de situació baixa.

C) Irradiació (regió lumbar, cervical, al cinturó o hemicinturó).

D) Horari (al final del dia, amb el cansament, predomini nocturn). En les dorsartrosis el dolor és provocat o aguditzat per la tos, la respiració profunda i algunes postures.

E) Forma d'evolució (capriciosa, en procés d'agreujament).

F) Efecte del tractament aplicat (cedeix amb el tractament o no cedeix).

EXPLORACIÓ. — A) Pell (estafilocòccia cutània, psoriasi, neurofibromatosi, herpes zòster).

Estàtic: presència de curvatures anormals.

B) Raquis.

Dinàmic: Presència d'una rigidesa.

Pressió i percusió amb el pacient en decúbit ventral sobre pla dur. Buscar els punts dolorosos que han de correspondre amb la radiografia.

Mobilització de la columna vertebral.

C) Examen clínic dels altres aparells.

EXAMEN RADIOLÒGIC. — Hem de demanar sempre:

— Front i perfil centrats sobre la regió dolorosa.

— Radiografia simple de tòrax per tal de verificar l'estat del cor i la regió pleuro-pulmonar.

Aquest estudi el podem completar amb:

— Plaques centrades a la zona de trànsit cèrvico-dorsal i dorsolumbar, ja que, generalment, són dues zones poc visibles en la placa habitual.

— Plaques oblíqües a 3/4 del raquis dorsal, per tal de veure les apòfisis articulars posteriors i les espinoses.

— Tomografia.

La visualització d'una imatge banal, com pot ser una discreta escoliosi o una osteofitosi vertebral, no han de descartar una altra lesió associada greu. Finalment, no podem acontentar-nos amb unes radiografies antigues. Han de ser recents, tot i que les antigues poden tenir un valor per a fer un estudi comparatiu.

EXÀMENS COMPLEMENTARIS. — Laboratori.

Exploració visceral (gastro-duodenal, E.C.G., etc.).

J. M. I. (66 anys l'any 1974).

De sobte li ve, durant la nit, un dolor a la regió dorsal i, simultània-

ment, a la regió xifoïdal i als dos avantbraços. El dolor era més intens a la regió dorsal.

Aquesta crisi de dolor s'anà repetint durant alguns dies, de predomini dorsal. Dues o tres vegades al dia. Durava pocs minuts. Era un dolor molt desagradable i inquietant. De vegades tenia una irradiació tènue al maxil·lar inferior. Fou tractat amb antireumàtics sense que millorés.

A la mateixa consulta (la primera visita al nostre Servei) pateix una crisi que cedeix immediatament amb Cafinitrina (un minut).

Més tard el cardiòleg confirmà una isquèmia miocàrdica i es féu càrrec del malalt. Al cap d'uns mesos li sobrevingué un infart de miocardi, del qual es va recuperar.

Raigs X: Radiografies dorsals normals.

COMENTARI. — Les crisis anginoses nocturnes, difícils de pronosticar, pressagiaven l'infart que es va produir al cap d'uns mesos.

F. V. G. (82 anys l'any 1978).

Pacient diagnosticat per un cardiòleg, de coronariopatia isquèmica i que rebia tractament amb Isoket Retard (nitrat d'acció prolongada).

Ve a la nostra consulta perquè presenta un dolor dorsal entre D_3 i D_6. Explica que és un dolor una mica «intern», no superficial, dins de la columna. Aquest dolor li provoca una suor freda. Taquicàrdia de 106 p./m.

Quan se li pressiona les columnes dorsal i cervical no sent dolor, tot i que pateix una certa limitació dels girs dorsals i dels girs i inflexions cervicals. Aquesta mobilització no és dolorosa.

Es pren una pastilla d'Isoket i al cap de 2-3 minuts el dolor cedeix.

Després ens diu que aquest dolor l'ha sentit diverses vegades de fa dos dies (i que fa 4-5 dies que ha deixat de prendre Isoket Retard), i que es produeix d'una manera espontània. Quan el té augmenta si camina, però no li apareix precisament en fer moure les cames. El descriu com a «terrible» i angoixós. De vegades dura hores, tot i que de forma intermitent.

Raigs X: Presenta una cervicartrosi C_5-C_6-C_7 i una discreta espondilosi dorsal difusa.

COMENTARI. — S'ha descrit que el dolor coronari, a més de la regió precordial, es pot iniciar en altres punts: als dos canells, a la regió interescapular, a l'epigastri, etc., i que pot irradiar a les espatlles, la mandíbula i ambdós braços.

Persona de 53 anys l'any 1974.

Acut a la consulta adreçat per un internista després de sotmetre's a una revisió general. El motiu de la consulta era un dolor intens a la columna dorsal.

En aquesta revisió que li fou practicada figurava un informe de cardiologia en el qual s'afirmava que el cor era normal. Podria ser que només se li hagués practicat un E.C.G.

El dolor havia començat una setmana abans, de manera sobtada, era intens i tendia a augmentar. Si el pacient descansava al llit notava un lleu

alleujament, però en posar-se de peus esdevenia més intens. Quan arribava a aquesta intensitat sobrevenia una suor freda, pallidesa i angoixa.

El pacient portà unes radiografies practicades una setmana abans, en les quals vam apreciar una discreta espondilosi dorsal que ens semblà que no justificava les molèsties.

A través de la radioscòpia vam veure una imatge de distensió de l'aorta descendent que ens féu pensar en un aneurisma d'aorta.

No hi havia asimetria del pols.

Laboratori: En unes anàlisis fetes la setmana anterior no s'aprecia hipercolesterolèmia, ni alteració d'altres greixos. Wassermann i complementàries O.K. La resta de l'anàlisi era també normal.

El pacient fou remès una altra vegada al cardiòleg el qual confirmà un aneurisma dissecant d'aorta descendent.

J. F. L. (67 anys el 1978).

Pacient poagrós que al llarg de 20 anys ha tingut crisis fluxionàries monoarticulars als canells i els tarsos, els quals cedeixen amb Corchidina, malgrat que les darreres crisis sembla que són més rebels.

El dia 24 de gener de 1978 li sobrevé un dolor molt intens a l'esquena que irradia a la paret anterior del tòrax, i que li fa difícil respirar (dispnea). No irradia als braços. No hi ha suor. Augmenta en respirar i, al cap d'una mica, sent calfreds i febre de 37,5° C.

Presenta, a més, una crisi poagrosa al colze D., al turmell i a les metacarpofalàngiques 1.ª i 2.ª de la mà I (fins ara les crisis havien estat sempre monoarticulars).

Exploració: Respiració superficial. El dolor del tòrax augmenta en el decúbit supí i millora assegut. T.A. 100/70.

Percussió: L'àrea cardíaca esdevé més gran.

Auscultació: Tons apagats. En aquest moment no hi ha frecs.

En el decúbit supí no es palpa la punta.

Hepatomegàlia blana i dolorosa.

Raigs X: Cor més gran. Mobilitat molt escasa (per radioscòpia). Les sines no estan lliures. El cor en forma triangular. Els angles cardiofrènics estan abombats. Imatge de doble contorn al costat I.

E.C.G.: Elevació de ST (punt J elevat) a II i precordials V_4-V_5-V_6.

Laboratori:

Urea . . .	101	mg/100 ml.		V.S.G.	18/40
Àcid úric . .	6,4	»	»	Hematies	5.100.000
Glucèmia . .	87	»	»	S.G.O.T.	30
Colesterol . .	130	»	»	S.G.P.T.	24
Triglicèrids .	108			C.P.K.	7 m UI/ml.
Lípids . . .	208				

H. B. D. (64 anys el 22 de setembre de 1976).

El març de 1976 comença a tenir dolors a la regió dorsal. Durant els mesos que van de març a setembre el dolor ha augmentat amb intensitat.

Diu que el dolor se'l nota a la zona de trànsit cervicodorsal, a la columna dorsal i a la zona de trànsit dorso-lumbar. El dolor és contínu tot

i que predomina a la nit i a la matinada. Amb una aspirina hi troba millora però no arriba a cedir. No irradia als braços, ni a la cintura. Aquest quadre és acompanyat de tos sense expectoració. Al començament el dolor no augmentava amb la tos però darrerament sí.

Sensació d'astènia, anorèxia i pèrdua de pes discreta (2 quilos en tres-quatre mesos).

Antecedents de broncopneumònia als 31 anys. Fuma un paquet diari.

Exploració: Cifosi dorsal harmònica. Les inflexions cervicals estan limitades i són doloroses. L'exploració de la columna dorsal i lumbar és negativa.

No té adenopaties ni visceromegalies.

Laboratori: V.S.G. de 45 a primera hora. Fosfotases alcalines augmentades.

Raigs X: Cervicartrosi discreta (uncartrosi C_6-C_7). Espondilosi dorsal molt discreta. Bloc vertebral congènit a D_{10}-D_{11}. Una gran espondilosi amb osteofitosi molt marcada a L_1-L_2. Sacre basculat. A la radiografia antero-posterior dorsal alta podem apreciar, a la zona hilioapical I, una imatge densificada i arrodonida.

Radiografia simple de tòrax: A la regió hilioapical esquerra (regió supraaòrtica) hi ha una imatge tumoral del volum d'una mandarina.

Tomografia: Podem apreciar la imatge tumoral, de forma bilobulada, a la regió hilioapical esquerra, amb infiltració de la pleura apical bilateral (si bé aquesta darrera lesió pot correspondre a un procés respiratori antic). La tràquea es troba desplaçada cap a la dreta.

Amb unes farinetes opaques podem veure que l'esòfag es troba també rebutjat cap a la dreta.

El pacient fou traslladat al Servei de Respiratori on, en fer-li l'exploració, se li trobà a més una disminució del murmuri vesicular i de les vibracions vocals a la part superior de l'hemitòrax esquerre.

Broncoescòpia: A l'entrada del tronc lobar superior hi ha una protrusió extrínseca. La mucosa és fràgil, sagna amb facilitat.

Broncoaspirat i legrat bronquial: Citologia tumoral de carcinoma anaplàstic del bronqui.

J. M. A. (66 anys el 4 de març de 1977).

Antecedents de diverses crisis de lumbàlgia fa uns cinc anys, per la qual cosa hom li aconsellà de portar una cotilla ortopèdica.

Dolor a la base de l'hemitòrax esquerre, al nivell de les costelles 8.ª, 9.ª i 10.ª i a la cara anterior i lateral.

El dolor no és gaire intens, no té una continuïtat, apareix irregularment. Quan aspira amb profunditat li torna. El dolor va començar a manifestar-se després d'un esforç (exercici gimnàstic desmesurat i trasllat d'objectes pesats).

Exploració: Dolor discret en pressionar i percudir la zona de trànsit dorso-lumbar de la columna vertebral.

Creiem que es tracta d'un esguinç muscular intercostal o, fins i tot, d'una fractura costal i demanem, per tant, radiografies de columna.

Raigs X: Manifesta espondilartrosi lumbar difusa amb degeneració discal múltiple (que ja existia en unes radiografies anteriors).

A la columna dorsal només hi apreciem una espondilosi tènue, però, en canvi, hi veiem un embassament pleural esquerre.

Laboratori: V.S.G. de 37 a primera hora.

La pacient va passar al Servei de l'Aparell Respiratori per tal d'investigar la pleuritis. Després no en sabérem res més.

Al cap de pocs dies li apareix una dispnea provocada per l'embassament pleural que esdevingué més intensa i que féu necessari el drenatge.

Aquests drenatges s'hagueren de repetir de forma sistemàtica ja que l'embassament pleural es reproduïa amb força rapidesa.

La V.S.G. s'accelerà i arribà fins a 105 a primera hora.

L'examen de líquid pleural donà un líquid hemàtic, sero-fibrinós, sense gèrmens, però amb cèl·lules neoplàstiques.

El pneumòleg arribà a la conclusió que es tractava d'una metàstasi pulmonar, però no s'arribà a determinar el tumor primitiu (procés ovàric o digestiu?).

V. S. P. (72 anys l'1 d'octubre de 1973).

Com a antecedent patològic d'interès figura una hèrnia diafragmàtica d'hiat diagnosticada feia un any i mig.

El motiu de la consulta consisteix en un dolor dorsal que irradia al costat dret, per sota de l'escàpula.

Aquestes molèsties van començar fa tres anys, segons que sembla de forma sobtada, tot i que no ho recorda gaire bé. Ha passat temporades sense dolor.

És un dolor quasi continu, que no li impedeix d'agafar el son. Per la nit, un cop al llit, el dolor disminueix la intensitat i arriba a cedir. Assegueda, les molèsties persisteixen. La intensitat del dolor és variable, però no arriba a ser irresistible.

Quan aquest dolor li molesta més és quan es lleva pels matins. S'ha aprimat tot i que no sap quant. La família, però, no li nota una pèrdua de pes.

Exploració: Pes 63 quilos. Cara pàl·lida. Dolor a la pressió de D_8-D i L_5-S_1. Mobilitat dorsal i lumbar bones. L'exploració neurològica d'extremitats va bé.

Raigs X: Vèrtebra cuneïforme a D_9, amb espondilosi. La paret posterior de D_9 està indemne (correspon a un aixafament vertebral antic). Rarefacció òssia difusa del raquis. Artrosi lumbar a L_3-L_4-L_5. Augment de la cifosi dorsal. Calcificació dels cartílags costals.

Laboratori: V.S.G. 16/34.

Fosfatases alcalines de 58 mU/cc (V.N. de 20-48 mU/cc).

Hematies, 3.380.000.

Pèrdua de ferro.

Presentava a més una discreta hiperglicèmia que l'endocrinòleg va tractar amb una dieta adequada però sense medicació.

Amb aquestes dades hom pensà en una pacient que tenia osteoporosi, que fa temps que tingué un aixafament vertebral i que les molèsties actuals corresponien a l'espondiloartrosi d'aquest segment.

Fou aleshores quan demanàrem consulta a l'internista perquè vam intuir que hi havia alguna cosa més que se'ns escapava: per què no cedia el

dolor amb el tractament? ¿Quin valor podia tenir la pallidesa de la pacient o l'hèrnia diafragmàtica?

L'internista arribà a la conclusió que es tractava d'una hèrnia diafragmàtica d'hiat, paraesofàgica i alguna cosa també per escorriment (mixta), que sagnava (microhemorràgiques).

En tractar adequadament l'anèmia que patia i amb protectors de la mucosa (antiàcids), millorà en dos mesos d'una manera rellevant (sense que li calgués prendre antireumàtics).

R. O. F. (62 anys el 1977).

Pacient ingressat a l'Hospital de la Creu Roja per haver tingut un infart de miocardi. És recupera d'aquest procés i surt de la unitat de cures intensives per passar a la sala.

El cardiòleg que el tractava ens demana consulta a causa d'un dolor dorsal que ell considera de probable etiologia reumàtica. Descarta l'origen cardíac perquè és un dolor que dura molta estona (ben al contrari del dolor anginós) i no cedeix amb cafinitrina.

És un dolor irregular tant en l'horari com en la forma de presentar-se: de vegades apareix espontàniament, altres vegades apareix després de moure's o de menjar. Però també apareix quan el malalt descansa al llit. El cardiòleg el refereix entre D_4 i D_7 de vegades irradia a la paret interior del tòrax. No és un dolor intolerable però sí que de tant en tant és força intens. No ve acompanyat de trastorns neurovegetatius. El mateix pacient diu que és diferent del dolor anginós.

Exploració: Dolor en pressionar i percudir la columna dorsal des de D_5 a D_{10}

Els girs dorsals són una mica dolorosos i estan discretament disminuïts.

Raigs X: Vèrtebra cuneïforme a L_1 i hèrnia intraesponjosa a L_2 (aixafament antic probable).

Espondilosi dorsal discreta.

Davant de les característiques d'aquest dolor pensem en l'origen visceral, però la insistència dels cardiòlegs ens induí a tractar el pacient amb Indometacina i un derivat de la Fenilbutazona. El resultat fou molt dubtós: el dolor reaparegué als dos dies d'iniciar el tractament.

Davant d'aquesta situació, i ara ja d'acord comú amb l'equip de cardiologia, vam suggerir als internistes que indaguessin una altra etiologia per a aquest dolor i, finalment, en l'estudi radiogràfic amb contrast hi aparegueren aquests diverticles esofàgics:

Dos diverticles esofàgics. L'inferior epifrènic probablement mixt, per pulsió i tracció, que dóna una imatge arrodonida; l'altre, força més alt, probablement per tracció amb una imatge que esbossa la cúspide d'una tenda d'acampar.

COMENTARI. — La clínica d'aquests diverticles depèn de la seva repleció i, si són molt grans, poden provocar un espasme esofàgic.

Pacient de 32 anys el 1960.

Ve a la consulta perquè té un dolor dorsal al nivell de D_8-D_9. Aquest dolor li sobrevé de forma espontània, sense que tingui relació amb l'esforç ni amb els canvis de postura. Tampoc no sembla que guardi relació

amb les hores dels àpats ja que de vegades es presenta just després de menjar i de vegades molt després d'haver-ho fet.

Té antecedents de pirosi després dels àpats, tot i que de forma molt inconstant.

Exploració: Osteo-articular negativa.

Raigs X: Radiografies de columna dorsal i lumbar normals.

Sospitem un procés digestiu i remetem el pacient al digestòleg. Aquest el cita per a uns dies més tard perquè vol fer-li un estudi gastroduodenal. Creient, però, que el dolor és d'origen mecànic li recomana un antirreumàtic (en forma de supositoris que el pacient no arriba a utilitzar). Al cap de dos dies ingressa urgentment a causa d'una perforació.

En l'acte quirúrgic se li trobà un ulcus duodenal de paret exterior.

COMENTARI. — L'ulcus duodenal té més tendència a sagnar i a perforar que no pas el d'estòmac.

Quan l'ulcus està a la paret posterior hom diu que el dolor queda referit a la regió dorsal baixa.

M. F. M. (63 anys el 15 de juliol de 1976).

Fa més d'un any que es queixa d'un dolor a l'hemitòrax esquerre, a la zona subcostal esquerra, en forma de cinturó. El dolor ha esdevingut continu i cada vegada més intens malgrat que pren indometacina i diversos analgèsics.

Ara els dolors són insuportables. Al llit, amb l'esquena recolzada fa menys mal, però no es pot posar de costat. Aquest dolor no té cap relació amb els moviments. Fa uns dies que sent dolor quan tus o esternuda.

El dolor és acompanyat d'astènia de fa 4-5 mesos, d'anorèxia des de fa un mes i de fàstics a la carn. Aprimament de 5 quilos en 3-4 mesos. Restrenyiment. Mai no pateix ni nàusees ni vòmits.

Exploració: No se li troben visceromegalies. Dolor quan es palpa l'epigastri i l'hipocondri esquerre.

A la columna vertebral apreciem una cifosi dorsal de molta arcada i dolor en pressionar i percudir la columna dorsal.

Laboratori: V.S.G. de 45 a primera hora. Hematies de 3.690.000 per mmc i Hb de 10,6.

Raigs X: Cifosi dorsal amb espondilartrosi dorsal baixa a partir de D_6. El procés espondilopàtic augmenta intensament al raquis lumbar: artrosi lumbar interapofisària de L_4 a S_1. Malaltia de Baastrup. Vores anteriors de D_{11} i D_{12} desflocats que fan pensar en una possible metàstasi (imatge dubtosa).

Radiografia simple de tòrax normal.

Exploració gastroduodenal: Extensa regió infiltrativo-vegetant de cos gàstric, que infiltra des de la porció subcardial fins a la zona inicial de l'antre, embolicant tot el perímetre gàstric i que provoca un defecte de repleció profund a la gran curvatura. La imatge és d'aspecte netament neoformatiu amb amputació de plecs i mamellons que disgreguen el dibuix mucós; probablement neoformatiu.

Es procedí a la gastrectomia i li practicàrem un Bilroth I.

Anatomia patològica: Adenocarcinoma gàstric mitjanament diferenciat.

J. A. T. (57 anys el maig de 1975).

Com a antecedents patològics d'interès figura el diagnòstic d'embòlia pulmonar ocorreguda l'any 1972, tot i que no quedà prou clar. Tenia un E.C.G. evocador d'aquest procés, però el cardiòleg que ens assessorà en aquest cas dubta d'aquell diagnòstic.

Era un pacient afeccionat a la beguda, tot i que vam tenir moltes dificultats per saber la quantitat.

Malaltia actual: Dolor al flanc D., poc intens, que apareix quan porta l'automòbil. Dura pocs minuts. Al cap d'uns dies el dolor torna i dura d'una a dues hores, també mentre condueix el cotxe. De mica en mica aquest dolor es fa més freqüent i més intens. Més tard li revé en realitzar altres moviments o esforços. Darrerament, fins i tot mentre escrivia; en aquesta ocasió el dolor fou més intens i vingué acompanyat de taquicàrdia i dificultat de respiració. Trigà molt a cedir malgrat el repòs i prendre un antireumàtic.

Ara el dolor irradia a la cintura, subcostalment, de predomini dret. El dolor apareix fins i tot al llit, tot i que no és cada dia. Apareix amb alguns moviments del tronc, però no sent dolor quan l'hi pressionem, fins quan es tracta d'una crisi. Quan pateix aquestes crisis relaciona de vegades el dolor a les espatlles i els genolls, que cedeixen amb l'exercici, tot i que hi ha limitació de funcions.

Quan explorem apareix dolor a la pressió de D_{12}-L_1-L_2. Els moviments desencadenen també dolor.

No hi ha trastorns urinaris.

Raigs X: Imatge suggestiva d'hiperostosi d'anquilosament senil. Artrosi interapofisària de L_3-L_4-L_5 i degeneració discal L_2-L_3.

Laboratori: En unes anàlisis practicades 15 dies abans de la primera visita hi havia una V.S.G. al voltant de 20 (22) a primera hora; la resta era normal.

A cardiologia li troben un buf telesistòlic lleugerament rude 2/6 al mesocardi.

Raigs X: Cor engrandit i hils grossos.

E.C.G.: Una gran hipertròfia i sobrecàrrega ventricular dreta. Hipertròfia d'aurícula dreta. A V_1-$R/_3T$ negativa profunda.

Impressió: Lesió cardíaca congènita, que afecta el cor dret. Però aquestes lesions no justifiquen les crisis doloroses.

Més tard aquest dolor es comença a relacionar amb la ingesta, n'apareixen les crisis una hora després i no depèn de la quantitat ni la qualitat dels menjars. Dura més: 45', i és d'una intensitat que decreix. El dolor ve acompanyat de dispnea, desassossec i angoixa.

F. D. L. (65 anys el juliol de 1976).

Des del maig de 1976 té dolor a la zona de trànsit dorso-lumbar (D_{12}); aquest dolor és continu, no calma reposant i de predomini diürn. No augmenta amb els moviments ni amb la tos ni esternudant, ni amb la respiració profunda. Irradia a l'abdomen, a la cintura (bilateral). De nit el pacient no pot agafar el son ja que sent dolor a l'hipocondri esquerre.

El malalt havia estat diagnosticat de dolor radicular per afectació del nervi intercostal.

El pacient té un adoloriment abdominal, al qual atribueix el seu malestar general, astènia, anorèxia i depressió nerviosa.

Els dos darrers mesos ha perdut nou quilos.

Presenta, a més, un dolor de tipus mecànic a la columna cervical, per una artrosi cervical de C_3 a C_7 (Raigs X) que no constitueix el motiu de la consulta.

És un pacient diabètic, tractat amb antidiabètics orals des dels 52 anys. En aquest moment es troba descompensat.

Exploració: Dolor viu en pressionar les apòfisis espinoses lumbars. Dolor discret en pressionar les dorsals altes. No hi ha limitacions de la mobilitat.

Puny-percussió de la fossa lumbar dreta dolorosa.

A l'hipocondri dret hi palpem la vora hepàtica.

Raigs X: Espondilartrosi lumbar difusa d'intensitat moderada. A través de la tomografia no apreciem alteracions destructives vertebrals ni discals al nivell de D_{12}. A l'àrea hepàtica, hi veiem una imatge grossa com una oliva, amb clofolla calcària, sospitosa de càlcul biliar.

Laboratori: V.S.G. de 34 a primera hora; glicèmia de 217 mg/100 ml; leucocitosi de 13.600 i α 2 augmentades a 1,2 (V.N. de 0,48 gr/100).

Davant les característiques d'aquest dolor sospitàrem etiologia visceral i el ferem anar al Servei de Medicina Interna:

Exploració cardíaca: Cardioescleròtic aòrtic compensat.

Exploració urològica: Normal.

Exploració gastroduodenal: Estómac alt, hipertònic, amb parets elàstiques i amb decúbit al tros més distal de l'antre, cara inferior bulbar i vorell intern del marc duodenal (imatge de doble fons que fa sospitar l'existència d'un procés expansiu de cap de pàncreas).

Al cap de pocs dies apareix una icterícia acompanyada de colúria i acòlia. No hi ha dolor de tipus còlic. No hi ha febre ni calfreds. I mai no ha tingut clínica de litiasi biliar.

FISIOPATOLOGIA. — De les tres fulles embrionàries, l'Ectoblast serà l'origen del teixit nerviós i de l'epidermis, el Mesoblast originarà l'esquelet, els músculs, el teixit conjuntiu, l'aparell circulatori i l'aparell renal, i l'Endoblast originarà les glàndules digestives, l'epiteli digestiu i l'epiteli respiratori.

Al final de la 5.ª setmana l'embrió es troba dividit en segments o metàmeres (42 o 44); cada segment és constituït per un parell de somites (recordeu que el somita és el resultat de la segmentació del Mesoblast paraaxial); aquests somites, en evolucionar donaran lloc als dermatoma, miotoma i esclerotoma.

Cada dermatoma, miotoma i esclerotoma d'un mateix somita, són inervats per una mateixa arrel nerviosa sensitiva posterior. El miotoma rep, a més, l'arrel anterior motora.

La distribució segmentària dels dermatomes és molt coneguda mentre que la distribució topogràfica dels miotomes correspon força a la dels dermatomes, tot i que durant el desenvolupament embrionari hi ha alguns miotomes que emigren dels dermatomes. Això explicaria

per què la irritació d'un múscul determinat provoca dolor a una àrea cutània distant del punt estimulat (dolor referit al dermatoma corresponent d'aquell miotoma).

Les vísceres no es desenvolupen a partir dels somites, sinó que ho fan partir de l'endoblast. Però tenen una certa distribució segmentària ja que són inervades per fibres nervioses procedents de les arrels posteriors, on convergeixen precisament les fibres nervioses procedents dels somites.

Les fibres d'origen visceral arriben a les arrels posteriors, viatjant al llarg dels vasos o bé acompanyant les fibres simpàtiques al llarg dels esplàcnics. En arribar a la cadena simpàtica paravertebral la creuen sense fer-hi sinapsi i, a través dels rams comunicants blancs arriben a les arrels posteriors en els ganglis de les quals es troba la neurona corresponent. Val la pena remarcar que qualsevol sensibilitat dolorosa és portada per fibres pròpies del sistema nerviós perifèric, amb la seva neurona cerebro-espinal en el gangli posterior i que, tot i que al llarg del trajecte algunes d'elles viatgen acompanyant el sistema simpàtic, es tracta només de fibres sensitives «emprades».

Ben al contrari de les metàmeres, les quals reben un parell d'arrels posteriors, les vísceres, en la seva inervació, reben fibres nervioses de diverses arrels posteriors (a cada víscera li corresponen diverses metàmeres).

Si seguim a MELZACK i WALL cal suposar que el mecanisme de producció del dolor referit es desenvoluparia al nivell medullar, a través d'una sinapsi entre rams de fibres doloroses de la pell. Tot i això, GORDON i GAZE creuen que aquesta doble convergència d'impulsos viscerals i cutanis es produiria al nivell del tàlem òptic.

BIBLIOGRAFIA

1. ARLET, J.: *Dorsarthrose*, E. M. Q., Apl. I4310, A 20.
2. BARRAQUER-BORDAS: *Neurología fundamental*, Ed. Toray (1968).
3. CAILLET, R.: *Soft tissue pain and disability*, Ed. F. A. Davis Company (1977).
4. FARRERAS-ROZMAN: *Medicina Interna* (volum I), Ed. Marín (1978).
5. GUERIN, B.: *Diagnostic et traitement des dorsalgies*. E.M.Q., Apl., volum 4, 14370, E 10.
6. GUYTON, ARTHUR C.: *Tratado de Fisiología Médica*, Ed. Interamericana, quarta edició (1971).
7. ROTES QUEROL: *Semiología de los reumatismos*, Ed. Espachs (1965).
8. TUCHMANN-DUPLESSIS, H.: *Cuadernos prácticos de embriología*, volums 1, 2 i 3, Ed. Toray-Masson, segona edició (1970).
9. VILASECA-BARCELÓ: *Pequeñas articulaciones intervertebrales*, Ed. Salvat (1946).

Servei de Reumatologia de l'Hospital de la Creu Roja de Barcelona

(Cap: M. CASADEMONT)