

Rev. Soc. Esp. Dolor
11: 383-384, 2004

Bloqueo palmar. A propósito de un caso

F. Linares del Río¹, A. Espejo[†], M. A. de las Heras², M. Damas² y H. López-Cano³

Linares del Río F, Espejo A, de las Heras MA, Damas M, López-Cano H. Palm blockage. Case reporting. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 383-384.

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes problemas para la población anciana es el dolor derivado de los procesos degenerativos que afectan a sus articulaciones. Esta patología es el paradigma del dolor que ha traspasado el valor del síntoma, para incluirse de lleno en el concepto de la enfermedad. Para la artrosis del anciano no existe tratamiento etiológico y aliviar el dolor es lo único para mejorar su calidad de vida y evitar que surjan complicaciones de otros sistemas.

La osteoartrosis es un proceso degenerativo que afecta a la sinovial de las articulaciones y que se caracteriza por la destrucción progresiva del cartílago articular y la remodelación reactiva del hueso subcondral adyacente (1).

El proceso degenerativo comienza a partir de un fallo en el balance entre formación y catabolismo del cartílago articular (2). El tejido óseo subcondral se ve envuelto en los cambios y aumenta su actividad osteogénica formando hueso periarticular, aparecien-

do las deformidades osteoarticulares características de la enfermedad evolucionada (3).

El dolor artrósico de las manos puede condicionar mucho la autonomía del paciente, ya que afecta las maniobras finas que se utilizan para el autocuidado y las tareas rutinarias de la vida diaria.

Este dolor puede proceder de la sinovial dañada, del hueso adyacente deformado, de irritaciones producidas en los tejidos circundantes por los osteofitos, de las lesiones ligamentosas o capsulares o de distensiones tendinosas o musculares.

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés, diagnosticada de artritis reumatoide con gran afectación de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, en tratamiento desde hacia 3 años con Durogesic® 50 µg.h⁻¹.

Acude a nuestra Unidad por escasa mejoría de la sintomatología dolorosa, lo que le produce gran incapacidad funcional con incapacidad de prensión de objetos y movimientos finos de las manos.

Se realizaron dos bloqueos palmares en cada mano con 10 cc de bupivacaína 0,75% y 40 mg de Depomoderin con un intervalo de una semana entre cada uno de ellos.

La paciente experimentó una mejoría global del dolor del 70% y de la funcionalidad de ambas manos, permitiéndole una vida autosuficiente seis meses después de realizar el último bloqueo sin presentar ningún efecto secundario o complicación derivada de la técnica.

La técnica se realiza en condiciones de asepsia con un acompañante que mantenga los dedos ligeramente hiperextendidos, con la finalidad de tensar la fascia palmar. Localizamos el lugar de punción a

¹Jefe de Sección

²Adjunto

³Médico Residente

[†]En su Memoria

Unidad de Dolor. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Recibido: 11-06-04.

Aceptado: 16-06-04.

3 cm del punto de corte de una línea imaginaria que se dirige desde el 3^{er} dedo de la mano hasta la muñeca y la línea de flexión de esta. Previamente realizamos una habón subcutáneo con lidocaína al 2% y a continuación inyectamos con una aguja i.v., aproximadamente a 1 cm de profundidad, 7 cc de bupivacaína 0,75% + Depomoderin 40 mg con una inclinación de 45 °C. Para la localización exacta de la zona a infiltrar vamos manteniendo presión continua sobre el émbolo de la jeringa, notando un aumento de resistencia al llegar a la fascia palmar y una pérdida de la misma al atravesarla, llegando en ese momento a la zona de inyección previa aspiración. Debido a que la realización del habón subcutáneo es muy dolorosa, como alternativa podemos realizar iontoforesis con lidocaína previa a la infiltración en la zona de punción.

DISCUSIÓN

El bloqueo palmar proporciona una mejoría funcional y analgésica clara en el tratamiento de la patología ósea degenerativa de la mano. Aunque notifi-quemos esta técnica a raíz de un caso clínico, nuestra experiencia con ella se remonta a ocho años. Hemos

observado sus beneficios en diversas patologías óseas degenerativas como: artritis reumatoide, artrosis, síndrome de dolor regional complejo, procesos de rigidez articular en articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas. En todos los casos anteriores se consiguió acelerar y aumentar la efectividad del tratamiento rehabilitador.

CORRESPONDENCIA:

Hilario López Cano
C/ Conde de Ureña, 54 D.
29012 Málaga
e-mail: hilalopez@hotmail.com
Telf.: 666 446 451

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Den Berg WB. Pathophysiology of osteoarthritis. *Joint Bone Spine* 2000; 67: 555-6.
2. Sinkov V, Cymet T. Osteoarthritis: understanding the pathophysiology, genetics, and treatment. *J Natl Med Assoc* 2003; 95: 475-82.
3. Molloy ES, Mc Carthy GM. Hydroxyapatite deposition disease the joint. *Curr Rheumatol Rep* 2003; 5: 215-21.