

424/658 - MELANOMA Y ALODINIA

E. Gamero de Luna¹, I. Mora Ortiz¹, M. Vázquez Blanco¹ y E. Gamero Estévez²

¹Médico de Familia. Centro de Salud El Juncal. Sevilla. ²Bioteecnólogo. Departamento de Genética Humana. Universidad McGill. Canadá.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años, hipertensa e hiperlipémica, intervenida por melanoma Spitzoide en cara lateroexterna de la pierna izquierda. Refirió intenso dolor durante la infiltración anestésica y parestesias prolongadas en el primer dedo. Reintervenida a los 40 días para ampliación de márgenes. Durante la infiltración notó dolor intenso en antepié, primer y segundo dedo, seguido de anestesia prolongada (48 horas). Posteriormente presentó zonas de hipoestesia y parestesia dolorosa, a veces quemante, de intensidad progresiva que aumentaba al tocar la herida y dolor disruptivo, como un calambre, desencadenado por algunos movimientos.

Exploración y pruebas complementarias: Fuerza y reflejos conservados. Maniobra de Herrrera positiva. No debilidad a la dorxiflexión del pie. Zonas de hiperestesia y parestesia en cara anterointerna del antepié y primer dedo, con patrón dinámico y estático superficial. El roce desencadena dolor, que desaparece al aumentar la presión. Puntos de hiperalgesia al monofilamento. Tolera el calor con anestesia al frío en el punto de mayor dolor. EVA 4, disruptivo 8.

Orientación diagnóstica: Alodinia. Lesión del nervio peroneo (NP) superficial.

Diagnóstico diferencial: La lesión del NP superficial se manifiesta principalmente por alteraciones sensitivas a diferencia de la compresión del NP profundo y común. Descartar cuadros de desaferentación, síndrome miofascial, compartimental, de dolor regional complejo y otras neuropatías compresivas.

Comentario final: La lesión nerviosa es el principal mecanismo de las alteraciones sensoriales que frecuentemente (> 80%) se presenta en la cirugía del melanoma. Estas alteraciones muestran diferentes perfiles individuales y son el principal predictor del dolor. En nuestro caso, el patrón dinámico y estático superficial es compatible con la afectación nerviosa, aunque la alteración del patrón térmico aporta complejidad a la valoración sin poder descartar otros mecanismos en el mantenimiento del dolor. La exploración de la alodinia incluye el estudio de puntos gatillo, mapeo de las zonas de anormalidad, determinar la intensidad dolorosa mediante la respuesta al hisopo de algodón, al estímulo frío/calor (20-40 °C), a la digitopresión y al monofilamento. El manejo del dolor incluyó gabapentina, duloxetina, amitriptilina y lidocaína tópica.

Bibliografía

1. Jensen T, Finnerup NB. Allodynia and hyperalgesia in neuropathic pain: clinical manifestations and mechanisms. Lancet Neurol. 2014;13:924-35

2. Salahadin A. Complex regional pain syndrome in adults. Disponible en: <https://www.uptodate.com> (acceso marzo 2019).

Palabras clave: Alodinia. Hiperalgesia. Dolor neuropático.