



# DOLOR NEUROPÁTICO INCOERCIBLE TRAS AVULSIÓN TRAUMÁTICA DEL PLEXO BRAQUIAL

*García Moreno, P.; Cartagena Sevilla, J.; Rodríguez Navarro, M.A.; Rubio Mora, G.; López Marín, J.; Fernández Hernández, N.; Benítez Jiménez, M.*

## INTRODUCCIÓN

La avulsión traumática del plexo braquial es una entidad que se caracteriza por un cuadro de dolor neuropático severo y representa un grave problema de difícil tratamiento<sup>1</sup>.



## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 43 años politraumatizado en accidente de tráfico que había sido intervenido de fractura de C2 desplazada y C7, fractura de clavícula derecha y posteriormente, de reconstrucción de plexo braquial con transferencia de nervio espinal a nervio supraescapular, quedándole un dolor neuropático incoercible en miembro superior derecho. Preciso múltiples ingresos posteriores, durante los cuales se le realizó EMG que informó de axonotmesis total postganglionar de grado muy severo de los troncos superior, medio e inferior del plexo braquial derecho.

Había sido tratado mediante, radiofrecuencia pulsada (RFP) + bloqueo con anestésicos locales de tronco radial y cubital del plexo braquial, implante de estimulador medular paramedial derecho y lesiones DREZ (Dorsal Root Entry Zone) a nivel cervical. A pesar de ello y de combinación de hasta 4 antiepilépticos, antidepresivos duales, opioides, e incluso perfusión intravenosa de ketamina, en ningún momento se había conseguido controlar el dolor.

Ingresa en nuestro hospital con dolor neuropático en región cubital de antebrazo hasta 3º, 4º y 5º dedos de mano derecha tanto en cara palmar como dorsal. Tras ajuste de tratamiento analgésico es dado de alta, volviendo a ingresar realizándosele nueva RFP + bloqueo del plexo e incremento progresivo de dosis de fármacos. Es ingresado en UCI para coma inducido, añadiéndose al tratamiento perfusión de ketamina y dexmedetomidina i.v y posteriormente, tiazidina a dosis plenas, lo que permitió la suspensión de dicha perfusión. Se realiza test intratecal con morfina y con 200 mcg de ziconotida que son negativos. El paciente continuó ingresado en planta precisando altas dosis de fármacos antineuropáticos y opioides asociando importante alteración psíquica con crisis de agitación y signos de posible adicción.

Finalmente, implantamos bomba intratecal programable dejando la punta del catéter a nivel C4-C5. Actualmente, presenta buen control del dolor con infusión basal de morfina 0,1 mg/día + bupivacaína 0,75 mg/día y bolos de 0,1mg de morfina y 0,75mg de bupivacaína, hasta un máximo de 6 bolos en 24 horas.

## CONCLUSIONES

Ante la nula respuesta a todas las técnicas analgésicas, a pesar de test intratecales negativos, el implante de una bomba intratecal asociando morfina y bupivacaína, dejando el catéter próximo a la zona metamérica afectada, puede ser efectivo.

## REFERENCIAS

1. Cortiñas M., Moreno-Pardo G., Uña S., Arcasa M., Calero M.R., Parra R. et al. Avulsión del plexo braquial traumático no controlado con remifentanyl: Papel de la analgesia epidural cervical. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2007 Abr; 14( 3 ): 194-196.