



ESTIMULACIÓN MEDULAR CON DOS ELECTRODOS EN ENFERMEDAD DE DEVIC

García Moreno, P.; Cartagena Sevilla, J.; Borrás Rubio, E.; Benítez Jiménez, M.; Rubio Mora, G.; López Marín, J.; Fernández Hernández, N.

INTRODUCCIÓN

La neuromielitis óptica de Devic es un trastorno autoinmune, inflamatorio y desmielinizante del sistema nervioso central, considerada anteriormente como una forma de esclerosis múltiple (EM). La médula espinal en la resonancia magnética (RM) muestra lesiones que se extienden a lo largo de tres o más segmentos vertebrales, lo que resulta útil para diferenciar esta entidad de la EM¹.



Imagen 1. (A): RMN cerebral, axial, T1, donde no se encontraron lesiones. **(B):** RMN cervical, sagital, STIR, lesión hiperintensa de 25mm de longitud a la altura de C3. **(C):** RMN torácica, sagital, STIR, lesión hiperintensa de 12mm en T5; y además se localizaron múltiples lesiones subcentimétricas en T1, T2-T3, T4, T9, T10 y T11.

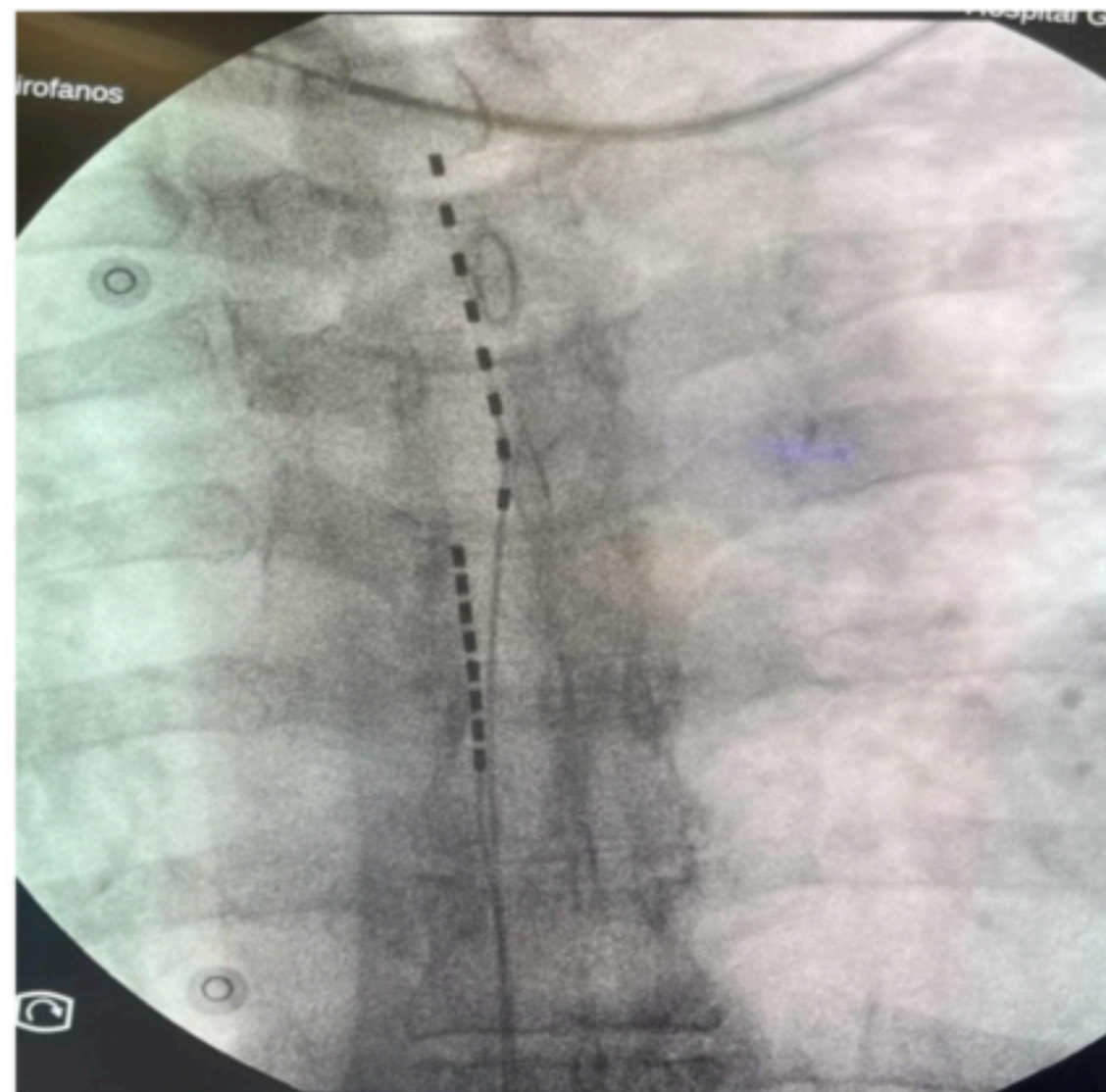
DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 52 años, hipertenso y diabético, diagnosticado de Enfermedad de Devic los dos años previos tras cuadros insidiosos y de repetición consistentes en brotes de neuromielitis aguda con crisis de paraparesia, anemia hemolítica autoinmune y hepatoesplenomegalia.

Remitido a nuestra Unidad del Dolor por presentar, desde el inicio de la mielitis, dolor neuropático con alodinia y disestesia, en región costal izquierda hasta área submamaria, correspondiente a dermatomas T5 y T6. Mostró escasa respuesta clínica con tratamiento farmacológico, parches de lidocaína tópica y de capsaicina al 8%, perfusión intravenosa lenta de ketamina y bloqueo diagnóstico de nervios intercostales T5 y T6, y posterior radiofrecuencia pulsada intracanal, con catéter RCE, de ganglios dorsales de raíces torácicas T5-6-7-8 izquierdos. Tras la cual, el paciente presentó una mejoría clínica importante, aunque poco duradera, por lo que se decidió neuroestimulación dejando 2 electrodos. Uno de ellos posicionado en línea media en platillo superior de T4 y otro más lateral con la punta en T7. Como sugiere la publicación de Burkey², la estimulación de la médula espinal con dos electrodos, en línea media y otro lateral, puede ser eficaz para algunos síndromes de dolor central. En nuestro caso, esta técnica proporcionó una excelente analgesia, encontrándose el paciente asintomático en la actualidad.

CONCLUSIONES

Queremos resaltar la efectividad de la estimulación medular con dos electrodos, uno central y otro lateral, en un caso de alodinia severa, en el contexto de una enfermedad desmielinizante poco conocida, de difícil control con otras técnicas analgésicas intervencionistas.



REFERENCIAS

1. Levy M, Fujihara K, Palace J. New therapies for neuromyelitis optica spectrum disorder. *Lancet Neurol.* 2021 Jan;20(1):60-67.
2. Adam R. Burkey, Shiyi Abl-Yao, Successful Treatment of Central Pain in a Multiple Sclerosis Patient with Epidural Stimulation of the Dorsal Root Entry Zone, *Pain Medicine, Volume 11, Issue 1, January 2010, Pages 127-132.*