



## PARAPARESIA EN PACIENTE PORTADOR DE BOMBA DE INFUSIÓN INTRATECAL

A.M. Panadero Alcalá | C. Margarit Ferri | V. Lopez Gil | Y. Sastre Peris | L. Gómez Salinas | B. Eiden

Unidad del dolor, Departamento de Salud de Alicante, Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis. ISABIAL

### CASO CLÍNICO

Varón de 62 años con un adenocarcinoma de páncreas estadio IV con metástasis hepáticas no subsidiario de cirugía, en tratamiento con quimioterapia. Diabético tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales e insulina. Presenta dolor abdominal en epigástrico con irradiación en cinturón de difícil control a pesar de utilizar altas dosis de opioides. Sin respuesta a la realización de un bloqueo neurolítico del plexo celíaco.

Se decide colocar una bomba de infusión intratecal de morfina y ziconotide.

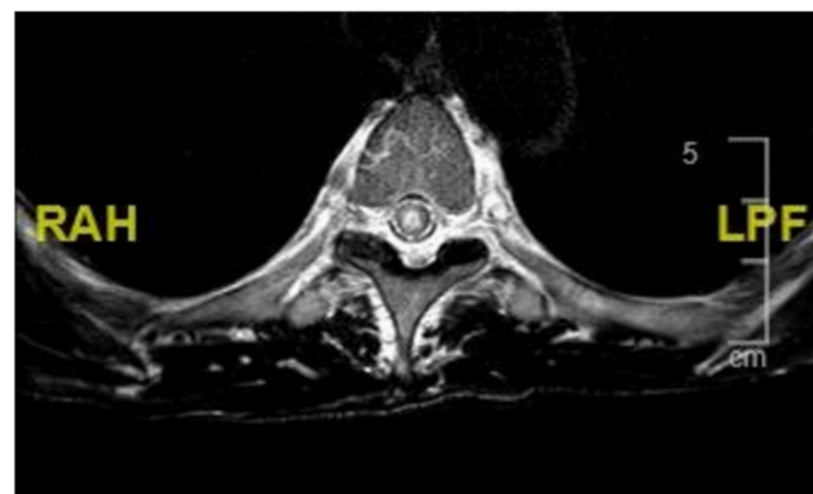
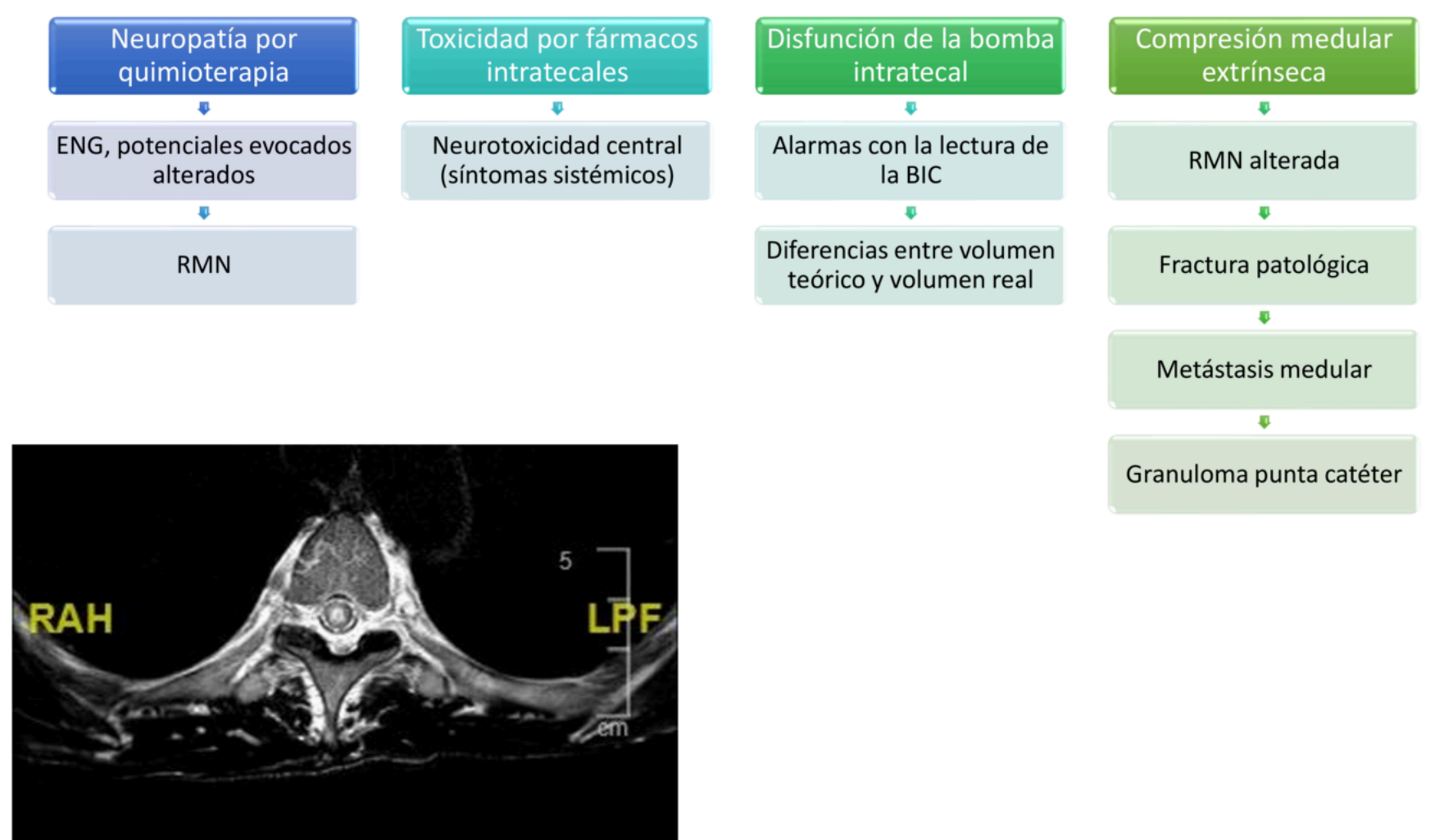
A los 19 días del postoperatorio, presenta un cuadro de paraparesia e hipoestesia progresivos en ambos miembros inferiores desde el ombligo, que va empeorando progresivamente hasta presentar una incapacidad completa para mantener la bipedestación. Nos planteamos el diagnóstico diferencial de las posibles causas del cuadro: lesión medular por compresión extrínseca (fractura patológica, metástasis a nivel medular, granuloma en la punta del catéter de la bomba de infusión intratecal), neuropatía por quimioterapia, toxicidad por fármacos administrados intratecales, disfunción de la bomba intratecal.

### RMN 3 SEGMENTOS



RMN: Mielopatía desde T1 hasta el cono medular sin objetivarse metástasis óseas u otro signo de compresión y una lesión hipercaptante en la vertebra posterior de la médula espinal a la altura de T7, sugerente de metástasis leptomeningea.

### ALGORITMO DIAGNÓSTICO EN PARAPARESIA EN PACIENTE PORTADOR DE BIC



### EVOLUCIÓN

Tras objetivar dicha lesión se decide iniciar el tratamiento con altas dosis de corticoides para mejorar el edema medular y 5 sesiones de radioterapia con mejoría de la clínica neurológica, del dolor abdominal y desaparición de la lesión en las imágenes de la resonancia de control.

### CONCLUSIONES

Es importante realizar un diagnóstico precoz en pacientes con déficits motores y sensitivo que hagan sospechar de una lesión medular por compresión, ya que está considerado como una emergencia oncológica. Un tratamiento precoz de dichas lesiones puede evitar la pérdida irreversible de la función neurológica y evitar un empeoramiento en la calidad de vida.

### BIBLIOGRAFÍA

Bautista-Hernández, M. Y., & Medina-Villaseñor, E. A. (2011). Síndrome de compresión medular por cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 10(05), 295-302.

Jain, K. K. (2000). An evaluation of intrathecal ziconotide for the treatment of chronic pain. *Expert Opinion On Investigational Drugs*, 9(10), 2403-2410. <https://doi.org/10.1517/13543784.9.10.2403>

Miele, V., Price, K. O., Bloomfield, S. M., Hogg, J. P., & Bailes, J. E. (2006). A review of intrathecal morphine therapy related granulomas. *European Journal Of Pain*, 10(3), 251. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.05.002>

Prager, J. P., Deer, T. R., Levy, R. M., Bruel, B. M., Buchser, E., Caraway, D., Cousins, M. J., Jacobs, M. S., McGlothlen, G. L., Rauck, R., Staats, P. S., & Stearns, L. (2014). Best Practices for Intrathecal Drug Delivery for Pain. *Neuromodulation: Technology At The Neural Interface*, 17(4), 354-372. <https://doi.org/10.1111/ner.12146>