



VALORACIÓN CONTINUADA DE LA NECESIDAD DE BOMBA INTRATECAL

Marlin Rodríguez, Elías^{1,2}; Panadero Alcalá, Ana²; Sastre Peris, Yolanda²; López Gil, Vicente²; Agüado Sempere, Isidro^{1,2}; Eiden, Benedikt²; Gómez Salinas, Luis².

1. Unidad de Farmacología Clínica. Departamento de Salud de Alicante, Hospital General Universitario Dr. Balmis

2. Unidad del Dolor. Departamento de Salud de Alicante, Hospital General Universitario Dr. Balmis.

INTRODUCCIÓN

La espasticidad es una alteración motora caracterizada por un aumento anormal del tono muscular, que genera rigidez, dolor y limitaciones funcionales (1,2). Está asociada a lesiones del sistema nervioso central, presentes en condiciones como parálisis cerebral, esclerosis múltiple, ictus y traumatismos craneoencefálicos(2,3). Su tratamiento es multidisciplinario e incluye abordajes rehabilitadores, farmacológicos y, en ciertos casos, quirúrgicos (4). El baclofeno, un agonista del receptor GABA, es el fármaco más utilizado para controlar la espasticidad; su administración oral presenta eficacia en hasta un 87 % de los pacientes (5,6). En casos de espasticidad severa y refractaria, se recurre a la administración intratecal mediante bomba implantada, debido a la baja biodisponibilidad del baclofeno oral (6,7).

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 60 años con **paraplejía espástica** postraumática. Tratamiento baclofeno oral ineficaz, lo que llevó a la implementación de una **bomba intratecal (BIC)** en 2011. Recambio de BIC en 2018. Úlcera infectada en 2019, tratada con cirugía y antibióticos. En 2025 aparece nueva úlcera.

Línea Temporal del Caso Clínico



ANTECEDENTES

Síndrome de Ogilvie.
Tromboembolismo pulmonar tras traumatismo medular.

CUADRO CLÍNICO DE DOLOR

Paraplejía espástica con dolor en MMII tras politraumatismo que no se controló adecuadamente con baclofeno oral.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento con baclofeno intratecal es efectivo para la espasticidad severa, pero conlleva riesgos importantes como infecciones y complicaciones en el sitio de implantación.
2. En este caso, la presencia de infecciones graves justificó el explante del sistema BIC.
3. La transición a baclofeno por vía oral resultó ser una alternativa viable, con buena evolución clínica.
4. El manejo de dispositivos implantados requiere una reevaluación constante y vigilancia estrecha para detectar y tratar complicaciones a tiempo.
5. El seguimiento a largo plazo debe incluir el control de infecciones como una complicación potencial relevante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pandyan AD, Gregoric M, Barnes MP, Wood D, Van Wijck F, Burridge J, et al. Spasticity: clinical perceptions, neurological realities and meaningful measurement. Disabil Rehabil. 2005;27(1- 2):2-6.
2. Wissel J, Manack A, Brainin M. Toward an epidemiology of poststroke spasticity. Neurology. 2013;80(3 Suppl 2):S13-9.
3. Francisco GE, McGuire JR. Poststroke spasticity management. Stroke. 2012;43(11):3132-6.
4. O'Dell MW, Lin VW. Spasticity management in the neurorehabilitation setting. In: Lin VW, editor. Spinal Cord Medicine: Principles and Practice. 2nd ed. New York: Demos Medical Publishing; 2010. p. 655-74.
5. Becker WJ. Baclofen. In: Campbell WW, editor. DeLong's The Neurologic Examination. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
6. Narayan RK, Michel ME, Ansell B, Baethmann A, Biegon A, Bracken MB, et al. Clinical trials in head injury. J Neurotrauma. 2002;19(5):503-57.
7. Meythaler JM, McCary A, Hadley MN, Want A. Prospective study of continuous intrathecal baclofen therapy for spasticity. Am J Phys Med Rehabil. 1997;76(5):395-402.