



SDRC AGUDIZADO SECUNDARIO A MIGRACIÓN DE DISPOSITIVO DE NEUROESTIMULACIÓN DEL GRD: a propósito de un caso.

S. Mohamed El Azzouzi, L. Garcarena Odriozola, D. Hernández Varela, M. Gálvez Padilla, G. Díaz Peña, C. Horas Barrera. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC)

INTRODUCCIÓN

La **neuromodulación** consiste en la alteración de la actividad nerviosa a través de la entrega dirigida de un estímulo ya sea químico o eléctrico, en localizaciones específicas del cuerpo. Se fundamenta en la neuroplasticidad. Actuando a nivel neuronal, celular, neurohumoral y de compartimento.

La neuroestimulación del **ganglio de la raíz dorsal (GRD)** ha sido utilizada en los últimos años de manera eficaz para tratar casos de **SDRC tipo I y II**, proporcionando una cobertura más precisa del dolor.

Por su parte, el **SDRC (Síndrome de dolor regional complejo)** consiste en un cuadro clínico de dolor neuropático crónico secundario a lesión ósea/partes blandas (**tipo I**) o a lesión nerviosa (**tipo II**), acompañado de signos y síntomas vegetativos.

MOTIVO DE CONSULTA

Signos clínicos y gamma-gráficos de SDRC tipo II.

ANTECEDENTES PERSONALES

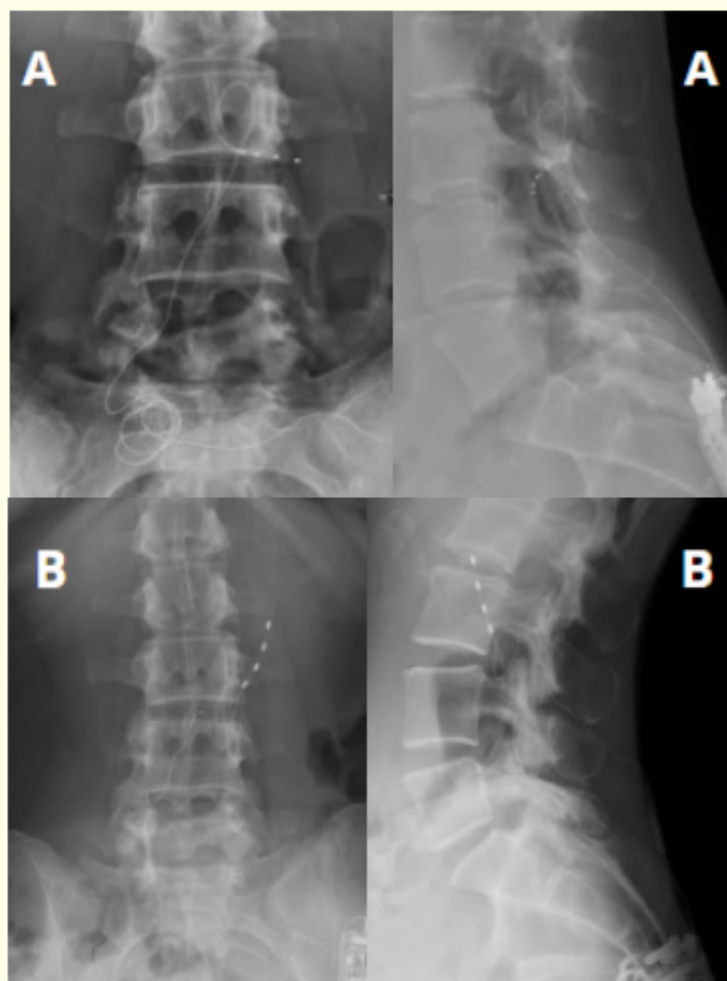
Mujer de 41 años sin antecedentes de interés. Con antecedente de múltiples intervenciones quirúrgicas en la rodilla izquierda tras traumatismo accidental.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer que tras el diagnóstico de SDRC II se decide tratar con **radiofrecuencia lumbar** (simpatectomía) hasta en dos ocasiones, con mejoría del dolor, pero no de la sudoración y de corta duración. Tras esto, se decide implantación de **neuroestimulador GRD L3** izquierdo, tras mapeo intraoperatorio.

Se sigue a la paciente en consultas externas refiriendo notable mejoría del dolor. Tras un año de tratamiento efectivo, la paciente refiere sentir pinchazos en el muslo sin movimiento asociado. En este momento, se solicita una radiografía lumbar (**A**) en la que no se aprecian hallazgos de interés.

En la revisión anual, la paciente refiere pinchazos en la cara externa del muslo, con mejoría del dolor, pero con zonas de descarga desagradables, por lo que se sospecha de parestesia sobrante. Tras revaloración semestral, la paciente indica presentar contracciones del cuádriceps sin estímulo previo, no dolorosas pero incómodas. Dados estos hallazgos, solicitamos nueva radiografía lumbar (**B**), para comprobar posible migración, donde apreciamos la punta colocada en el psoas, siendo esta la causa del cambio de estimulación y contracción muscular (pudiendo ser por estimulación muscular directa o del plexo lumbar).



CONCLUSIONES

Se ha demostrado que la **neuroestimulación del GRD** es una alternativa terapéutica eficaz en casos de SDRC II. No obstante, debemos hacer un seguimiento riguroso del mismo y estar alerta a signos y síntomas que nos hagan sospechar una malfunción/malposición de este. Ante cambios en la cobertura del dolor o empeoramiento **es importante siempre comprobar con prueba de imagen** la correcta colocación del electrodo.

