

Rev Soc Esp Dolor  
2018; 25(3): 191-192

**¿Es el manejo conservador el mejor recurso para el tratamiento de un pseudomeningocele como complicación del implante de un dispositivo de liberación continua de fármacos intratecales para control del dolor?**

DOI: 10.20986/resed.2017.3547/2016

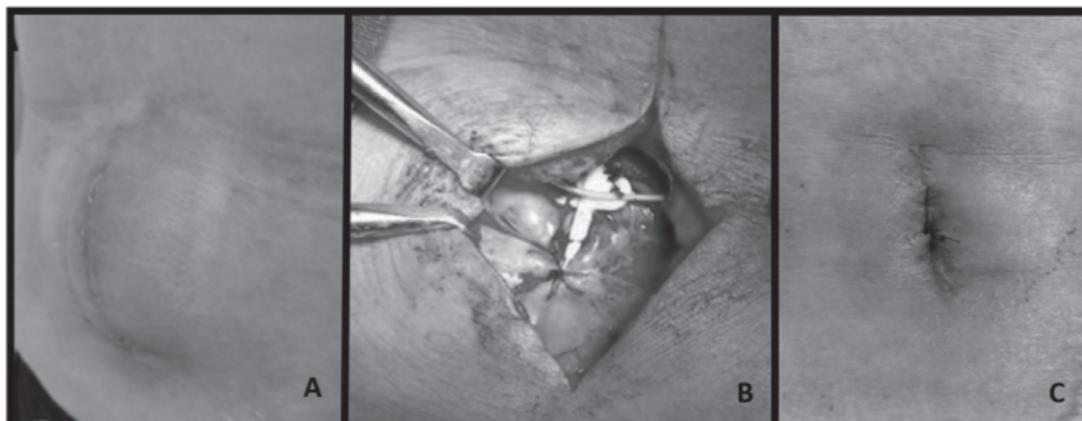
*Sr. Director:*

Nos dirigimos a usted para exponer el presente cuestionamiento y aportar nuestra opinión fundada en la experiencia obtenida en el servicio de clínica del dolor del Centro Médico Nacional “20 de noviembre” ISSSTE. Dentro de la gama de recursos para el tratamiento y manejo del dolor crónico que contamos los algólogos, se encuentran los procedimientos intervencionistas; de ellos la neuromodulación, ya sea química o eléctrica, se presenta como una de las alternativas importantes para el alivio del mismo. Una de las posibles complicaciones del implante de un dispositivo intratecal para el alivio del dolor crónico refractario es la formación de un pseudomeningocele, el cual se reporta que se puede presentar entre un 0,2 y un 13 %, y conlleva un riesgo potencial de producir otras complicaciones con síntomas incapacitantes, tales como una fístula o neuroinfección, con la imperiosa necesidad del retiro del dispositivo implantado. Los pseudomeningoceles son una colección extradural de líquido cefalorraquídeo originado por la pérdida de integridad de las meninges (duramadre y aracnoides), debido al ingreso de la aguja y el catéter

hasta el espacio subaracnoideo, donde dicho líquido se fuga a través del agujero producido, formando un mecanismo de válvula unidireccional (1,2). Diversos autores describen un algoritmo de manejo que empieza con el manejo conservador, mediante las medidas de estricta vigilancia neurológica, reposo, vendaje abdominal y el tratamiento farmacológico para el alivio de los síntomas asociados. Si este manejo expectante no corrige el problema, se sugiere la aplicación de parches hemáticos epidurales y, por último, la corrección quirúrgica del defecto dural que se puede realizar mediante laminectomía o afrontando los tejidos musculares y fascias circundantes al ingreso del catéter en la columna lumbar (3).

Es importante hacer un análisis: si el implante del dispositivo intratecal tiene un efecto satisfactorio en el alivio en el paciente con dolor crónico de difícil control, y conociendo que el manejo conservador implica dilación del tiempo, incomodidad, necesidad de traslados más frecuentes del paciente a la unidad médica para su revisión, con el consiguiente riesgo de neuroinfección por el desarrollo de gérmenes patógenos y posible retiro del dispositivo, nos hacemos esta pregunta: ¿es conveniente y costo-eficiente tal manejo?

Bajo la experiencia lograda en nuestra práctica, proponemos que una vez identificado el desarrollo del pseudomeningocele, y más aún de manera preventiva, el manejo podría ser la colocación de una sutura tipo jareta de afrontamiento en el plano muscular profundo por el cual ingresa el catéter hasta el espacio intratecal (Figura 1), pues de esta manera se controla la fuga eficazmente sin recurrir a



**Fig. 1.** A. Pseudomeningocele formado posterior al implante de una bomba intratecal. B. Jareta realizada en plano muscular profundo en el sitio de ingreso del catéter al neuro eje. C. Pseudomeningocele resuelto posterior al afrontamiento en el plano muscular profundo.

la realización de otro procedimiento neuroquirúrgico de mayor complejidad y riesgo, además de evitar las complicaciones mencionadas y, con esto, disminuir la necesidad de retirar el dispositivo implantado. Que en caso de ser necesario, consideramos es una catástrofe que impacta la relación entre seguridad, costos y eficacia de los tratamientos intervencionistas en el dolor crónico refractario.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**L. F. Román Echavarría<sup>1</sup>, J. R. Hernández Santos<sup>2</sup>,  
M. E. Peralta Rodríguez<sup>3</sup>, F. Criollo Muñoz<sup>3</sup>  
y J. C. Torres Huerta<sup>4</sup>**

*<sup>1</sup>Médico Residente de Algología, <sup>2</sup>Jefe de Servicio y Profesor Titular del curso de Alta Especialidad de Algología y Algología Intervencionista, <sup>3</sup>Médico Residente de Algología Intervencionista y <sup>4</sup>Médico Adscrito y Profe-*

*sor Adjunto del Curso de Algología Intervencionista y asesor. Servicio de Clínica del Dolor del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ciudad de México, México*

Correspondencia: Juan Carlos Torres Huerta  
drtorres@dolortech.mx

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hawk M, Kim KD. Review of spinal pseudomeningoceles and cerebrospinal fluid fistulas. *Neurosurg Focus* 2000;9(1):e5.
2. Stearns L, Boortz-Marx R, Du Pen S, Friehs G, Gordon M, Halyard M, et al. Intrathecal drug delivery for the management of cancer pain: A multidisciplinary consensus of best clinical practice. *J Support Oncol* 2005;3(6):399-408.
3. Vodapally Ms, Thimineur MA, Mastroianni PP. Tension pseudomeningocele associated with retained intrathecal catheter: A case report with a review of literature. *Pain Physician* 2008;1(3):355-62.