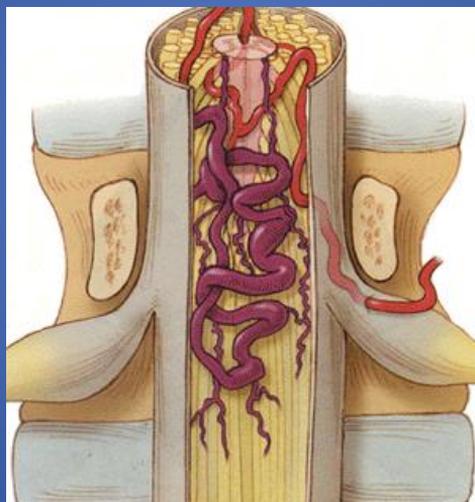


# FÍSTULA ARTERIO-VENOSA DURAL ESPINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE DEBILIDAD PROGRESIVA DE MIEMBROS INFERIORES: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Autores: San Miguel, Constanza; Castiglione, Eduardo Luis; Conde Blanco, Manuel; Sotelo Benavides, Harol; Saguier, Fernando; Perotti, Juan Pablo*



A pesar de ser la malformación vascular espinal más frecuente, las fístulas arterio-venosas espinales durales (SDAVF) son infrecuentes y suelen ser infradiagnosticadas. Las mismas, si no son tratadas adecuadamente, pueden producir una morbilidad considerable pudiendo llegar a para o tetraplejía progresiva.

Describimos el caso de un paciente adulto con múltiples consultas por debilidad progresiva de ambos miembros inferiores.

Paciente masculino de **65 años** de edad, con antecedentes de **trasplante** hepático secundario a cirrosis por NASH, hipertensión arterial y **diabetes**, en tratamiento con **tacrolimus**, valsartán e insulina, que consulta al servicio de emergencias por debilidad de ambos miembros inferiores de siete meses de evolución, dificultad en la marcha y en la incorporación de la posición sedente.

### Examen físico

- Debilidad severa en los músculos flexores de ambas caderas, a predominio proximal.
- Hiporreflexia osteotendinosa bilateral
- Aumento de la base de sustentación

### Estudios de laboratorio

- Glucemia 132 mg/dL
- Hemoglobina glicosilada 5,2%
- Hemograma, folato y vitamina B12 normales

### Electromiograma

- Compromiso de fibras mielínicas distales en ambos miembros inferiores

**¿CÓMO SE INTERPRETA  
EL CUADRO  
INICIALMENTE?**



**POLINEUROPATÍA DIABÉTICA**

**POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE CRÓNICA  
(CIDP)**

**MIELITIS TRANSVERSA LONGITUDINAL EXTENSA**

**OTRAS PATOLOGÍAS DESMIELINIZANTES**

**FÍSTULA ARTERIO-VENOSA DURAL ESPINAL**

SE INTERPRETA INICIALMENTE COMO  
NEUROPATÍA AXONAL PERIFÉRICA DE  
PROBABLE ETIOLOGÍA DIABÉTICA



RECONSULTA POR EMPEORAMIENTO DE  
SINTOMATOLOGÍA



SE PLANTEA COMO DIAGNÓSTICO  
DIFERENCIAL A LA CIDP



Estudios de  
laboratorio

- IgA plasmática normal (182 mg/dL)
- FAN negativo
- ANCA negativo

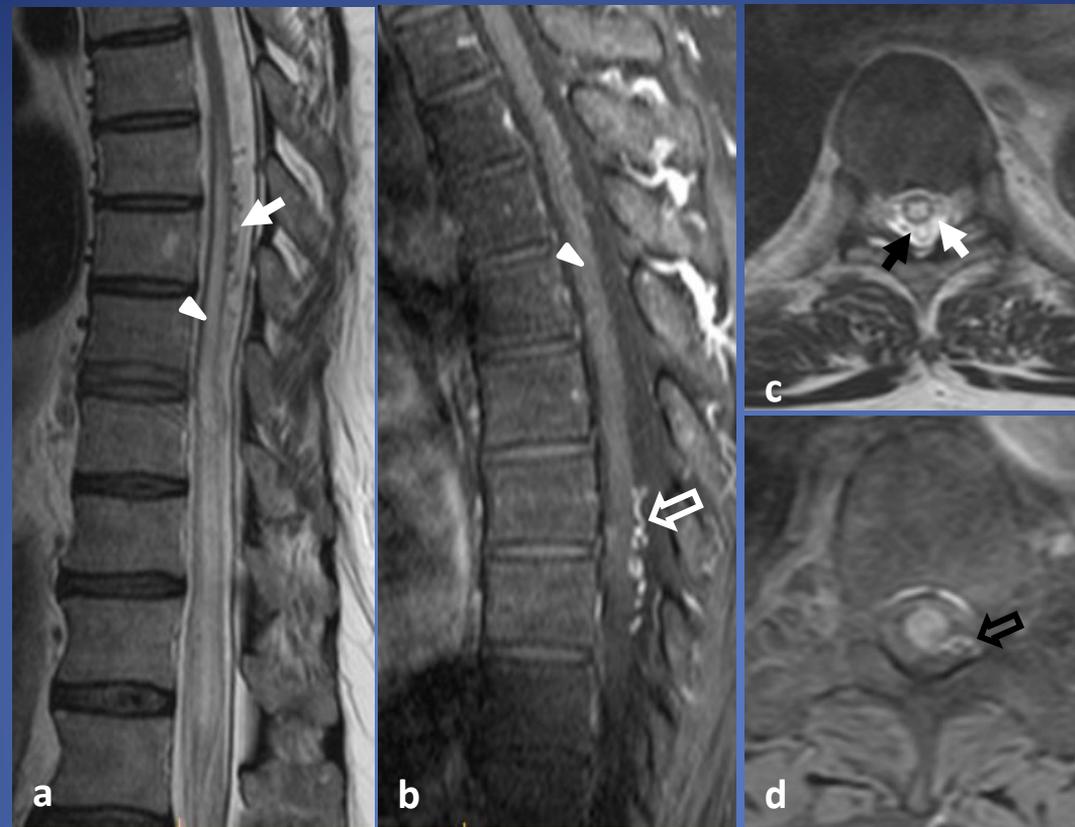
Punción lumbar

- Incoloro
- Glucosa 65 mg/dL
- Proteínas 0,9 g/dL
- Aislados hematíes
- Cultivos negativos



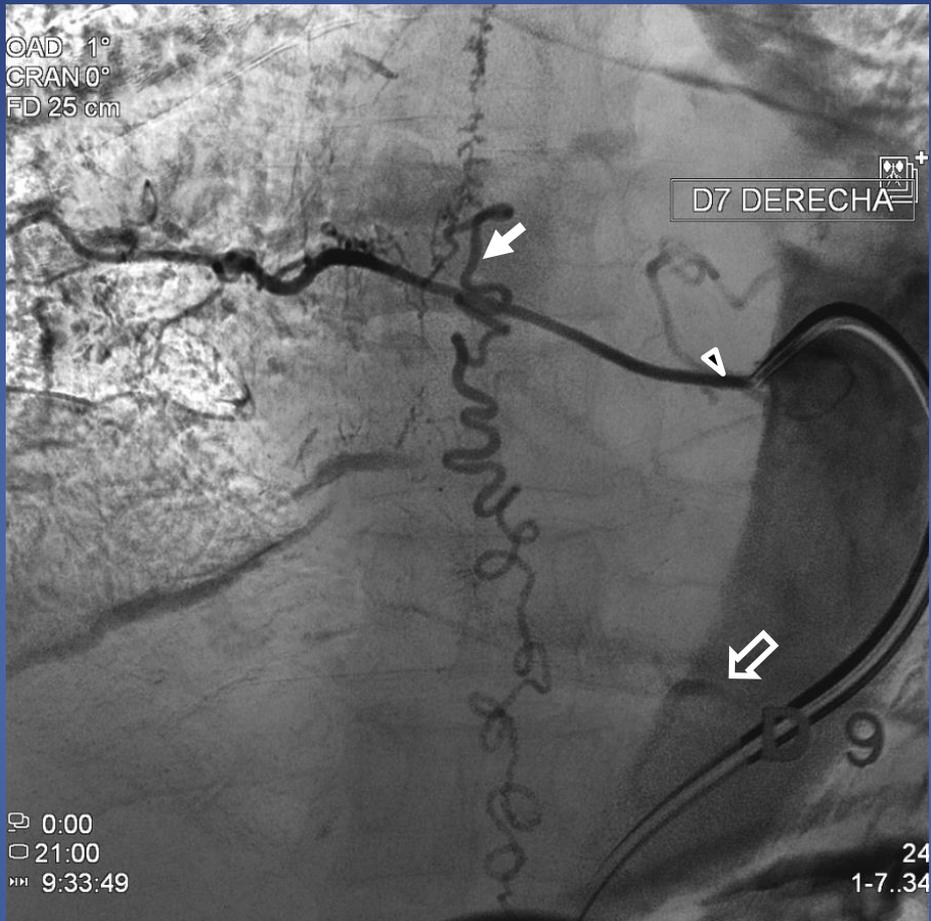
RESONANCIA MAGNÉTICA (RM) DE  
COLUMNA COMPLETA CON CONTRASTE

## **RM DE COLUMNA COMPLETA CON CONTRASTE**



Resonancia magnética de columna dorsolumbar con contraste. (a) Corte sagital en ponderación T2 y (b) T1FS con contraste, evidencia hiperintensidad de señal difusa (cabeza de flecha) desde T7 hasta el cono medular, asociado a múltiples estructuras serpinginosas perimedulares posteriores, con vacío de flujo (flecha blanca) y opacificación postgadolino (flecha vacía). (c) Corte axial T2 demuestra edema centromedular (flecha negra) y el vacío de flujo descrito previamente. (d) Corte axial T1FS con contraste, demuestra la opacificación de las estructuras vasculares descritas previamente.

## ANGIOGRAFÍA CON SUSTRACCIÓN DIGITAL (DSA)



Se evidencia malformación arterio-venosa intradural extramedular fistulosa (flecha blanca), a nivel de D7 derecha (cabeza de flecha). La misma se extiende caudalmente visualizándose hasta los segmentos lumbares.

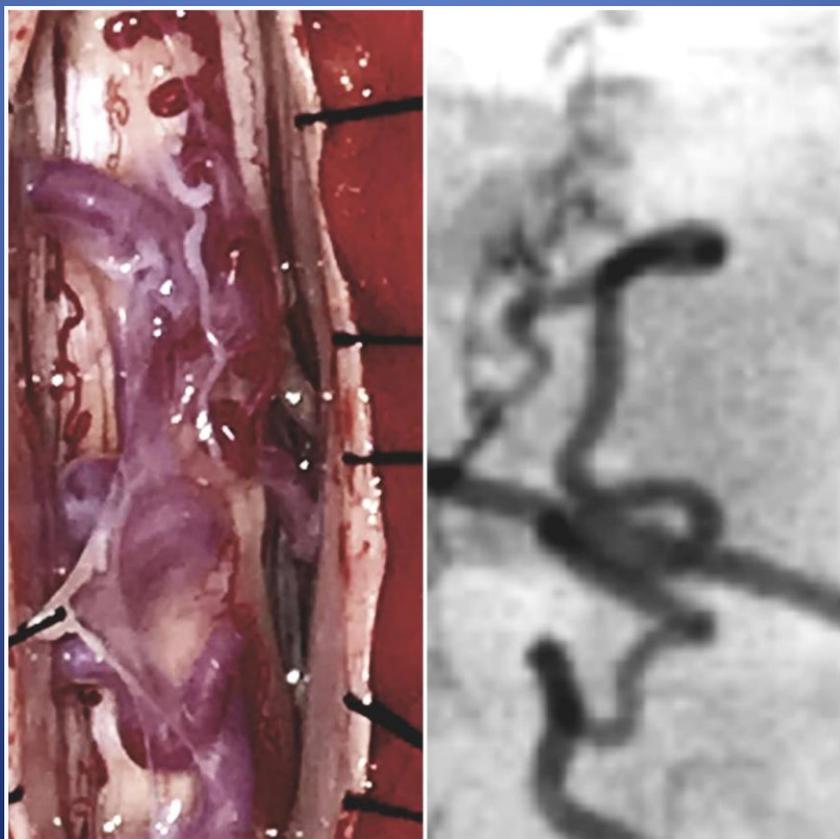
Obsérvese el nacimiento de la arteria de Adamkiewicz del lado derecho en el segmento D9 (flecha vacía).

# FÍSTULA DURAL ARTERIO- VENOSA PERIMEDULAR (SDAVF)



## NEUROCIRUGÍA

LAMINECTOMÍA DORSAL  
+  
EXÉRESIS DE SDAVF



El paciente presentó una **evolución rápidamente favorable**, sin foco evidente y con igual fuerza en ambos miembros inferiores.

## DISCUSIÓN

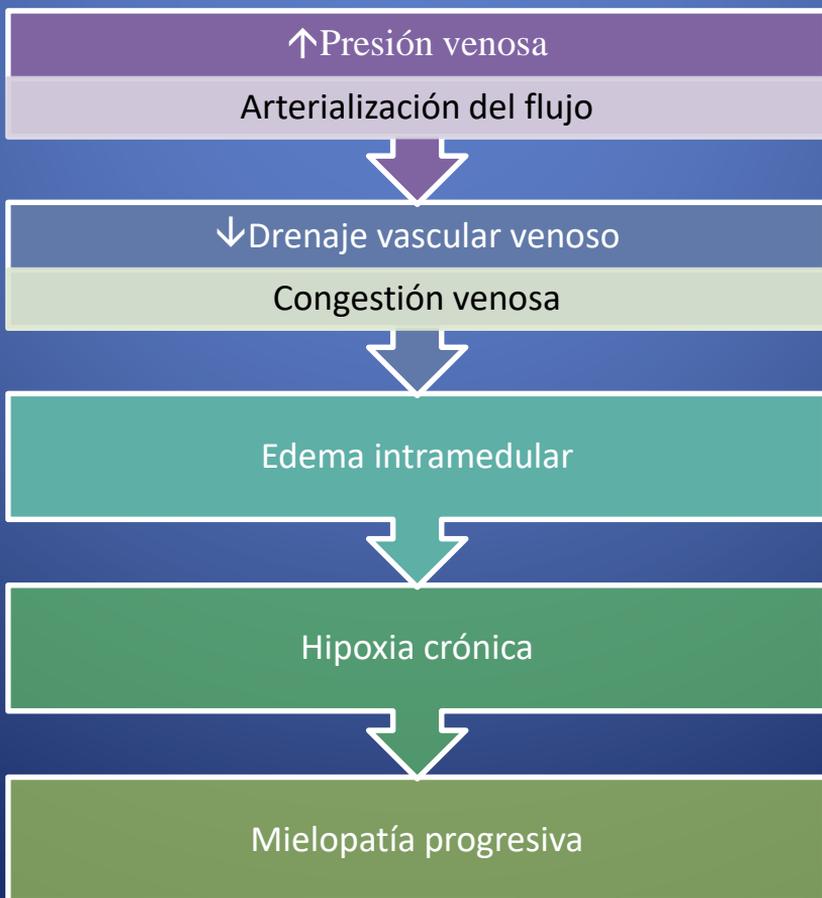
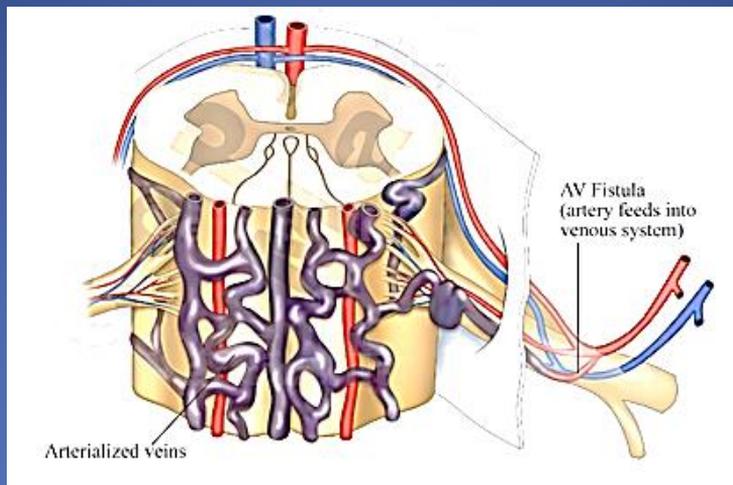
Las SDAVF son la causa más frecuente de malformaciones vasculares de la médula espinal y una causa **potencialmente tratable** de debilidad progresiva. Estas son entidades raras e infradiagnosticadas.

Debido a que la presentación clínica es **inespecífica**, suele ser confundida con polineuropatía sensorial o desmielinizante, así como con atrofia muscular espinal o tumores medulares. Es por este motivo que el neurroradiólogo es frecuentemente la primera persona en plantearse la posibilidad de este diagnóstico.

A pesar de los avances en las técnicas de resonancia, la **DSA** sigue siendo necesaria para una localización anatómica precisa, planeamiento y ejecución terapéutica.

## DISCUSIÓN

Generalmente se presentan en hombres de edad avanzada, en la región dorsolumbar de la duramadre, donde las arterias radiculomeníngeas drenan en las venas radicales:



# DISCUSIÓN

Signos imagenológicos  
para la aproximación  
diagnóstica

T1

Hipointensidad  
intramedular y vacío  
de flujo en la médula  
espinal

T1 C+

Realce parcheado  
intramedular y de los  
vasos serpinginosos

T2

Hiperintensidad difusa  
intramedular y **vacío de  
flujo serpinginosos** en la  
médula espinal

## CONCLUSIÓN

Si bien las SDAVF son la causa más frecuente de malformaciones vasculares espinales, las mismas son causas infrecuentes de debilidad progresiva de miembros inferiores.

Con el caso presentado esperamos que se pueda incluir la patología como diagnóstico diferencial, dado que con su diagnóstico temprano y tratamiento adecuado se evitaría una gran morbilidad y daño potencialmente irreversible.

