ISQUEMIA AGUDA DE MÉDULA ESPINAL: (Case Report)

200

- AUTORES: Piantino Emiliano; González Martin; Arri Camila; Kilgelmann Gustavo; Giménez Sebastián; Froullet Cristian;
- Diagnóstico por Imágenes.
- Santa Fe, Argentina.

- Los autores no presentamos conflictos de interés.

- Mail: emilianopiantino@gmail.com

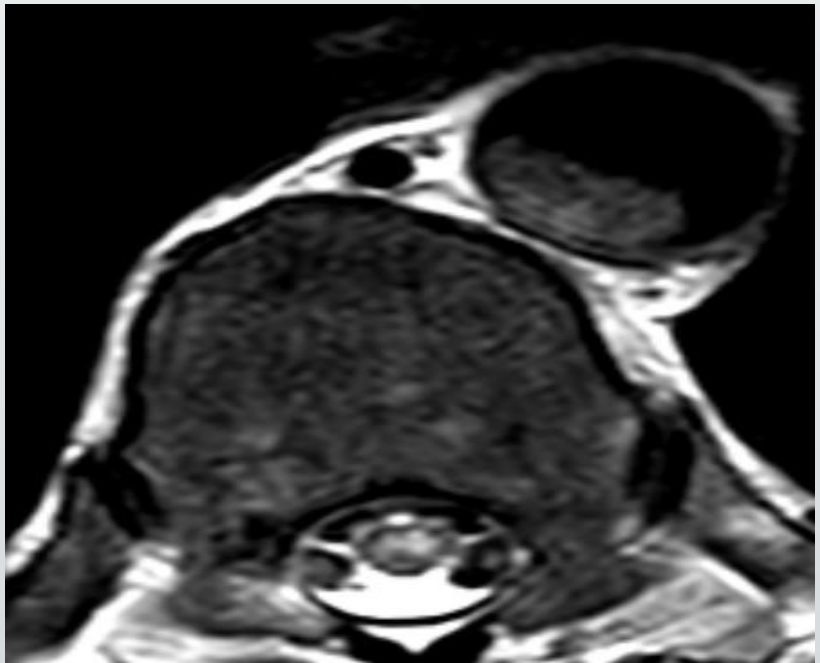
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

PRESENTACIÓN DEL CASO:

- Paciente de sexo femenino de 71 años, ex tabaquista con antecedentes de policitemia vera. Refiere episodio de traumatismo por caída de propia altura de una semana de evolución. Consulta actualmente por dolor lumbar que irradia a miembros inferiores, agregando en las próximas horas paresia de miembro inferior izquierdo y a las 24 hs pérdida de sensibilidad y plejía de ambos miembros.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS:

En la RMN de columna se observa extensa hiperintensidad de la médula espinal en T2 y STIR que se extiende desde D7 hasta D12, afectando los dos tercios anteriores con leve expansión de la misma.
En los cortes axiales se observa el signo de "ojo de búho o de serpiente" y afectación en forma de "H" por compromiso de la sustancia gris.
En cortes sagitales el "signo del lápiz".
En DWI restricción a la difusión de la médula (no mostrada en las imágenes)
El cuerpo vertebral D10 presenta hiperintensidad geográfica en T2 y STIR que sugiere isquemia vertebral.
Trombo hemicircunvalar mural posterior en la aorta torácica.



DISCUSIÓN:

- La **isquemia de médula espinal** es una patología aguda poco frecuente y de mal pronóstico. La etiología más frecuente en adultos es la patología aórtica (ateromatosis, aneurisma, trombosis, disección, cirugía) seguida de hipotensión sistémica, malformaciones arteriovenosas espinales, coagulopatías, etc. Las causas idiopáticas representan el 40%.
  En niños lo más frecuente son las malformaciones cardíacas y traumatismos.
- Los síntomas se desarrollan entre las primeras 12 - 72 Hs, con dolor de espalda intenso, pérdida del control vesical e intestinal, paraplejía, paraparesia o tetraplejía. Puede presentarse con insuficiencia respiratoria e hipotensión sistémica.
- La RMN es el patrón de oro para el diagnóstico y permite excluir otras causas de síndrome medular agudo. En fase hiperaguda puede ser normal o detectarse lesiones medulares en DWI que es la secuencia más sensible. Suelen visualizarse lesiones hiperintensas en T2 y STIR, siendo característico encontrar lesión en "ojo de búho o serpiente" en cortes axiales y el "signo del lápiz" en imágenes sagitales.

CONCLUSIÓN:

- Los signos de ojos de búho/serpiente, el signo del lápiz y la restricción a la difusión son importantes para el diagnóstico en RMN de isquemia medular, así como descartar otras causas de síndrome medular agudo.

  Es de buena práctica buscar patología aórtica que pudiera ser la desencadenante de la misma.

BIBLIOGRAFÍA:

- Da Paz Oliveira G, Rezende Soares NL, Da Paz Oliveira G, Pessoa Vale B. Isquemia medular aguda:relato de caso. J Vasc Bras. 2014;13:336-9.
- Neves WS, Kakudate MY, Cêntola CP, Garzon RG, Poça d'Água A, Sanches R. Isquemia medular aguda:relato de caso. Radiol Bras. 2008;41:63-6.
- Escobar Mallada B, Benítez Vázquez AM, Redondo Buil P, Meilán Martínez E, Santamarta Liébana A, Ayala S. Isquemia medular aguda. SERAM. 2012;S-0107.