



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2755 - FÍSTULA DURAL ESPINAL: RETO EN ATENCIÓN PRIMARIA

P. Sánchez Sánchez^a, F. Juan Espert^a, E. Montava Jiménez^b, D. Faneytt^b, M. Dueñas Ruiz^c y A. Ruiz Peláez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Alaquás. Valencia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alaquás. Valencia. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alaquás. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años con debilidad progresiva en miembros inferiores de tres meses de evolución, con dificultad para la deambulación de forma intermitente. Asocia síndrome urinario irritativo sin clara afectación de esfínteres. Antecedentes: gonartrosis izquierda avanzada, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica y síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Exploración y pruebas complementarias: Neurológica: hiporreflexia y paraparesia proximal 4/5 en miembros inferiores. Capaz de caminar de puntillas. Hipoestesia en guante y calcetín. Deambulación autónoma posible. Analítica: normal. Electromiograma: polineuropatía distal simétrica grado leve desmielinizante con afectación de fibras motoras. Potenciales evocados compatibles con lesión medular. Resonancia magnética lumbar: engrosamiento de señal de la médula dorsal distal y cono medular. Resonancia magnética medular con gadolinio: dilatación del conducto ependimario, engrosamiento y alteración de señal intrasustancia de médula dorsal distal y cono medular segmento T10-L1, identificando imagen lineal anterior hipointensa en t2 sugestiva de fistula dural. Arteriografía: hallazgos compatibles con fistula dural.

Juicio clínico: Fístula dural espinal a nivel de D10.

Diagnóstico diferencial: Polineuropatía por déficit de vit. B12, miopatía por estatinas, polineuropatía diabética, lesiones medulares (isquémicas, compresivas, inflamatorias), estenosis del canal medular.

Comentario final: La fistula dural espinal es una comunicación arteriovenosa entre una o varias arterias durales y una vena radicular, produce hipertensión venosa retrógrada, pérdida de regulación de los vasos y edema medular. Conduce a isquemia medular y mielopatía progresiva, Representan el 3% de las lesiones espinales con una incidencia anual de 5 a 10 casos por millón de habitantes. Patología adquirida, excepcional antes de los 40 años, y más frecuente alrededor de los 60 años. Clínicamente se manifiesta con síndrome de cola de caballo, lentamente progresivo. El diagnóstico de certeza es angiográfico, debiendo estudiarse la vascularización medular. El tratamiento es la oclusión de la vena de drenaje de la fistula por acceso quirúrgico o vía endovascular (embolización), como en este caso.

Bibliografía

1. Ortega-Suero G, Porta Etessam J, Moreu Gamazo M, Rodríguez-Boto G. Fístulas arteriovenosas espinales del adulto. Manejo de una serie de casos de Neurología. Neurología. 2017;doi.org/10.1016/j.nrl.2016.12.001.
2. Krings T, Geibprasert. Spinal dural arteriovenous fistulas. Am J Neuroradiol. 2009;30:639-48.

3. Krings T, Mull M, Gilsbach JM, Thron A. Spinal vascular malformations. Eur Radiol. 2005;15(2):267-78.

Palabras clave: Fístula. Malformación. Neuropatía.