



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3415 - DOCTOR, ANDO RARO

I. Fernández Salcedo^a, A. de Pieri Rivas^b, L. González-Tarrio Polo^c y C. Castillo Venegas^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 42 años, sin antecedentes de interés salvo lumbalgias de repetición, que acude a consulta por cuadro de debilidad y parestesia proximal en MMII y genitales que se desencadenan con la deambulación y bipedestación, asimétrico, predominio izquierdo, de 3-4 meses de evolución. Asocia además dolor dorso-lumbar irradiado hacia glúteos y dificultad para la micción.

Exploración y pruebas complementarias: No apofisalgias, dolor leve en musculatura paravertebral bilateral dorsal que no limita movimientos. Pulsos pedios presentes y simétricos. Aumento del tono muscular en MMII que condiciona marcha discretamente espástica de forma bilateral. Hipoestesia en glúteos, resto área genital y MMII normal, hiperreflexia rotuliana y aquilea. RCP extensor bilateral. Se solicita radiografía dorsolumbar que descarta alteraciones óseas vertebrales, ni disminución aparente de los espacios intervertebrales. Se calcula ITB, que presenta un valor normal (0,92).

Orientación diagnóstica: Dados antecedentes y habiéndose descartado origen vascular, se deriva preferente a servicio de Traumatología, dónde se realiza RNM sin contraste. No se objetivan estrechamientos de canal lumbar ni alteraciones a nivel vertebral salvo dos protrusiones que no justifican clínica. Se deriva a Neurología dónde se le realiza angioRM dorso-lumbar, que se informa como mielopatía desde D6 hasta el cono medular sin lesiones focales intramedulares, alta sospecha de una posible fístula arteriovenosa dural. Se solicita angiografía medular con carácter preferente y valoración por Neurocirugía a Hospital de referencia.

Diagnóstico diferencial: Se engloba en tres categorías según la afectación: extramedular (estenosis de canal lumbar secundarias a hernias, espondilolistesis o artrosis), intramedular (tumores, mielopatías relacionadas con retrovirus...), o malformaciones vasculares.

Comentario final: Las fístulas durales son una patología poco frecuente que suele afectar a varones entre 40-70 años, iniciándose con clínica de paraparesia y posteriormente trastornos genitourinarios y claudicación. De no intervenir quirúrgicamente termina por producir paraplejía. No se ha logrado precisar la causa de esta clase de fístulas, pero se considera que se trata de una patología adquirida que parece iniciarse con una trombosis a nivel de la vena radiculomedular, que altera el sistema de drenaje a nivel distal.

Bibliografía

1. Henríquez CM. Fístula arteriovenosa dural raquídea con drenaje venoso perimedular. Rev Chil Radiol. 2003;9(2).

Palabras clave: Fístula dural. Claudicación neurógena.