

## 424/969 - INFARTO MEDULAR: OTRA CAUSA DE MIELOPATÍAS AGUDAS

D. González Armas<sup>1</sup>, E. Quiroz Flores<sup>2</sup>, D. Santana Castillo<sup>3</sup> y C. Gómez Vildosola<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud CotoLino. Castro Urdiales. Cantabria. <sup>3</sup>Médico de Familia. Hospital Comarcal de Laredo. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 48 años, Fumador de 15 paquetes/año, HTA crónica en tratamiento con olmesartán/amlodipino 40/10 mg; DM tipo LADA GAD e IA2 positivos, controlado con dulaglutida; glargin; metformina; hipercolesterolemia; obesidad grado II. Refería cuadro clínico agudo de dolor de perfil neuropático intenso que se extendía desde región dorso-lumbar hasta extremidades inferiores, asociado a disminución de fuerza y sensibilidad termo-algésica en EEII predominio izquierdo; al cabo de unas horas disfunción de esfínteres, por lo que fue derivado a servicio de urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paraparesia con predominio en extremidad inferior izquierda (EII); nivel sensitivo T8: sensibilidad táctil hasta T7; con hipopallestesia en EII. RCP extensor izquierdo; flexor derecho. Reflejos osteotendinosos rotulianos. Derecho: disminuido; izquierdo: abolido. Lasègue y Bragard a nivel de EII. Laboratorio: triglicéridos suero: 225 mg/dl; HbA1C: 12,0%; Ac Anti-IA2 1.245 UI/ml (positivo). Imágenes: RM de columna dos segmentos sin contraste: se descartó causa compresiva. RM de columna tres segmentos con contraste: lesiones intramedulares, a la altura de T3-T4, T9, T10 y T11 que sugerían etiología isquémica. El paciente fue ingresado para estudio por servicio de neurología, durante este tiempo mejoró progresivamente la debilidad en extremidad inferior derecha, sin embargo, extremidad inferior izquierda ha evolucionado a espasticidad. Dolor neuropático sólo se genera con movimiento de extremidad inferior izquierda. Recupera funcionalidad de esfínteres. Finalmente, paciente fue derivado a Hospital parapléjicos de Toledo.

**Orientación diagnóstica:** Mielopatía isquémica.

**Diagnóstico diferencial:** Mielitis transversa. Mielopatía compresiva.

**Comentario final:** La mielopatía isquémica es una entidad poco frecuente, que se origina como resultado a la isquemia de arteria extravertebral. Se asocia con factores de riesgo cardiovascular (arteroesclerosis aórtica), aunque se han descrito otras causas como; cardioembólicas, hipoperfusión, disección aórtica, poliartritis nodosa. Se presenta como un dolor dorsal súbito e intenso, seguido por debilidad flácida bilateral rápidamente progresiva de extremidades, perdida de sensibilidad y disfunción de esfínteres, según el nivel afecto (más frecuentemente a nivel torácico). Los déficits neurológicos causados suelen ser irreversible o resolverse de forma parcial con el tiempo. El manejo está centrado en terapia rehabilitadora, ya que en muchos de los casos el tratamiento de la causa no es posible.

### Bibliografía

1. Sánchez B, Pérez G. Patología vascular medular isquémica, hemorrágica y malformaciones vasculares. Medicine. 2007;73(9):4674-81.

**Palabras clave:** Mielopatía. Médula.