



0 - Mielopatía aguda-subaguda no traumática. Utilidad de la difusión como secuencia rutinaria en la patología aguda medular

M.M. Jiménez de la Peña, J. Carrascoso Arranz, L. Gómez Vicente, R. García Cobos, A. Álvarez Vázquez y V. Martínez de Vega

Hospital Quirón Madrid, Madrid, España.

Resumen

Objetivo docente: Las mielopatías agudas y subagudas requieren evaluación radiológica con RM urgente. Una vez excluidas lesiones compresivas, el diagnóstico se basará en los hallazgos clínico-radiológicas, por lo que el neurorradiólogo estará familiarizado con los patrones visibles en RM. 1. Revisamos los hallazgos radiológicos de las mielopatías ocasionadas por causas no traumáticas o extrínsecas a la médula o meninges. 2. Sugerimos la etiología isquémica aguda en pacientes con mielopatía aguda y RM negativa, proponiendo la DW como secuencia rutinaria en RM. 3. Sugerimos un algoritmo diagnóstico en el diagnóstico de mielopatía aguda.

Revisión del tema: Revisamos los hallazgos radiológicos de las mielopatías agudas de nuestro centro, en los últimos 7 años. Se les practicó RM de 1.5-3T con secuencias potenciadas en T1-T2, DW y pos-gadolino. Basándonos en una aproximación práctica las clasificamos en tres patrones radiológicos: lesiones extraparenquimatosas compresivas, lesiones parenquimatosas visibles y no visibles en secuencias T2. Al primer grupo pertenecen los procesos inflamatorios/infecciosos/neoplásicos epidurales; en el segundo lesiones con una extensión inferior a tres cuerpos vertebrales como la EM o con una extensión mayor, como infecciones, procesos inflamatorios, vasculares, neoplásicos/paraneoplásicos. Al tercer grupo encontramos lesiones centrales o radiculopatías, que simulan mielopatías pero también en infartos medulares precoces, cuya detección es únicamente posible con DW.

Conclusiones: En la mielopatía aguda, la RM debe realizarse sin demora para excluir tanto causas extrínsecas como intramedulares, siendo imprescindible que el neurorradiólogo esté familiarizado con los patrones visibles en RM. Si no se identifica lesión, la sospecha debe ser isquémica, siendo la DW esencial en el diagnóstico.