

2012 Noviembre, 3(2): 1-1

Un caso curioso de bloqueo medular agudo no traumático.

Autores: David Kraber, Morante Marcelo, Martinez Jorge, Yasmin Saad, Lutti Adrian.

Lugar de Trabajo: Instituto médico platense. Calle 51 n° 315.

E-mail de contacto: kraberdavid@yahoo.com.ar, davidkraber@hotmail.com

Introducción

A continuación se presenta un caso de baja prevalencia y manejo clínico dificultoso.

Paciente de 55 años con antecedentes de reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica en el 2008, anticoagulada, que consulta por paraplejia aguda no traumática asociada a dolor dorsal alto y vómitos alimenticios de instalación brusca. En el examen físico se constata nivel medular T6 sin otros hallazgos. Se descartó posible endocarditis infecciosa con ecocardiograma transtorácico y 4 hemocultivos negativos.

RIN: 2.9. Laboratorio dentro de la normalidad. Se realizó TAC de columna descartando posible compresión traumática. Una Resonancia magnética de columna evidencia hematomielia y zonas de mielitis con cambios de señal a la altura de T6 que pudieran corresponder a infarto medular. Durante la internación presentó alteración del sensorio, asociado a síndrome vertiginoso central y en una TAC de encéfalo se evidencian zonas de infarto con hemorragia en fosa posterior que obliga a suspender la anticoagulación. Se aumenta la dosis de corticoides a 80 mg/día de deltisona, permaneciendo la paciente estable.

Se realizó una angiografía medular y cerebral: en la primera se informa falta de vasculatura, mientras que en la cerebral se observa lesiones estenosantes de múltiples vasos. Los estudios de laboratorio detectan: ERS 40 mm/hr, PCR 6, FAN, Test del látex, VDRL, C3, C4, Crioglobulinas, ANCA c y ANCA p: negativos. La punción Lumbar (PL) se realizó en 4 ocasiones sin obtener Líquido céfalorraquídeo (LCR) por bloqueo del canal medular. Se inicia pulsos de esteroides y se otorga el alta con seguimiento por equipo multidisciplinario.

Objetivos

Dar a conocer un caso de baja prevalencia, difícil manejo clínico y mal pronóstico.

Conclusión

El caso reportado fue interpretado como una vasculitis primaria de cerebro sin confirmación anatomopatológica por la dificultad de biopsiar arterias intracerebrales, situación que ocurre en gran parte de los casos reportados en la literatura, por lo cual se describen los siguientes criterios diagnósticos:

- 1) déficit neurológico adquirido que permanece inexplicable luego de una evaluación completa.
- 2) un angiograma cerebral diagnóstico que incluye áreas difusas de estrechamiento simétrico de vasos con áreas de dilatación o de alteración vascular, desplazamiento de los vasos u oclusión de los mismos.
- 3) ausencia de evidencia de una vasculitis sistémica o cualquier otra condición que pueda ser semejante desde el punto de vista angiográfico.