

Nombre:	Fernando
Apellido:	Brahm
Otros Autores:	María Dolores Monedero, Jaime Salvador, Anthony Vizarreta, Juan Manuel Pazos
E-mail:	fernandobrahm@hotmail.com
Hospital:	Hospital Doctor Peset
Ciudad:	Valencia
Título:	Cefalea y lumbalgia aguda como presentación de hemorragia subaracnoidea (HSA) secundaria a malformación vascular espinal (MVE).
Presentación:	Hombre de 72 años que acudió a Urgencias por cefalea y vómitos, asociados a dolor lumbar de inicio brusco tras realizar esfuerzo. El examen físico mostró signos meníngeos, por lo que se realizó TC craneal para valorar posible HSA que resultó normal. El diagnóstico de HSA se confirmó tras punción lumbar. El dolor lumbar agudo y la presencia de sangre en el LCR planteó el origen espinal de la HSA, por lo que se realizó TC de columna urgente con contraste, donde se identificó una pequeña lesión hiperdensa intradural extramedular a la altura de T11, confirmando en una RM y arteriografía posteriores una malformación vascular con signos de sangrado en el saco te cal.
Discusión :	El paciente fue intervenido quirúrgicamente y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de fístula arteriovenosa dural. Las MVE representan el 4% de los procesos expansivos medulares y se clasifican en 4 tipos: tipo I o Fístula arteriovenosa dural, tipo II o malformación arteriovenosa intramedular, tipo III o malformación arteriovenosa intramedular extensa y tipo IV o fístula arteriovenosa intradural perimedular. La tipo I, que representa el 80% del total, consiste en una comunicación directa entre una arteria radicular y una vena de drenaje intradural, condicionando un aumento de presión en el sistema venoso que impide la correcta irrigación medular que determina un proceso isquémico, expresándose como una mielopatía lentamente progresiva. Una forma infrecuente de presentación es la HSA, ya que el 85% de éstas son secundarias a patología aneurismática.
Conclusión:	Las MVE son una causa infrecuente de HSA. Sin embargo, una TC craneal normal y dolor lumbar agudo deben hacer sospechar este diagnóstico. Aunque la RM y la arteriografía son las pruebas de elección para valorar esta patología, en el contexto de Urgencias, una TC medular con inyección rápida de contraste puede orientar el origen de la HSA.
Bibliografía:	Arauz. A., López. M., Cantú. C., Barinagarrementeria. F. (2007), Nonaneurysmal subaracnoid hemorrhage. Neurología. 22(8), 502-506. Hayashi. K., Takahata. H., Nakamura. M. (2004), Two cases of spinal arteriovenous malformation presenting with subarachnoid hemorrhage. Neurological Surgery. 32(6), 605-611. Minami. S., Sagoh. T., Nishimura. K., Fujisawa. I., Noma. S., Itoh. K., Togashi. K., Oda. Y., Matsumoto. M. (1988), Spinal arteriovenous malformation: MR imaging. Radiology. 169(1), 109-115. Henríquez. C. (2003), Fístula arteriovenosa dural raquídea con drenaje venoso perimedular. Revista chilena de radiología. 9(2), 70-74. Mantilla. M., Villanueva. P., Mellado. P., Tevah. J., Tagle. P (2003), Fístula

	arteriovenosa espinal: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 41(1), 25-30.
Pie de foto:	TC de columna vertebral con contraste iv. en fase arterial en cortes coronal (A) y sagital (B) y RM de columna vertebral con secuencia potenciada en T2. En la TC (A y B) se identifica un pequeño realce focal de contraste de 5 mm de diámetro en la vertiente lateral derecha del conducto espinal a la altura de T11 (felchas), que en la RM (C) se confirma como una lesión dural hipointensa de carácter serpentiginoso, sugerente de vasos anómalos en el conexto de una malformación arteriovenosa.