

Almudena Isabel	Nombre:
Ureña Vacas	Apellido:
S. Escoda Menendez, S. Bermúdez Nieto, E. García Santana, J Pérez-Templado, I. Gallego Rivera	Otros Autores:
almuvacas90@gmail.com	E-mail:
Ramón y Cajal	Hospital:
Madrid	Ciudad:
INFARTO MEDULAR AGUDO SECUNDARIO A MALFORMACIÓN VASCULAR ESPINAL.	Título:
Acude a urgencias un varón de 70 años por cuadro brusco de pérdida de fuerza en ambas piernas, junto con paraparesia, arreflexia e hipoestesia de MMII e incontinencia de esfínteres. Hallazgos radiológicos: -RM de columna dorsolumbar antes y después de la administración de gadolinio: Se identifica marcado engrosamiento y alteración de la señal del cordón medular a partir del nivel T8 hasta el cono, con restricción en la secuencia de difusión. Se aprecian estructuras vasculares arrosariadas entorno a la porción distal del cordón medular como signo indirecto de malformación vascular. - Arteriografía: a nivel L2 derecho, se objetiva trombosis de la arteria intercostal, existiendo anastomosis arterio-arteriales desde L1 y L3 derechas que vascularizan el segmento de la intercostal L2 post-trombosis. Estos hallazgos pueden estar en relación con malformación vascular medular que ha sufrido fenómenos de trombosis espontánea.	Presentación:
Debemos realizar el diagnóstico diferencial del síndrome medular agudo, cuya causa más frecuente es traumática. Nuestro paciente no contaba este antecedente, por lo que se decidió realizar RM de urgencia sin realizar TC previo. En la RM se observa edema medular (T8-cono) sin identificarse lesiones compresivas, planteando así el diagnóstico diferencial de infarto medular vs mielitis. La restricción en difusión presente permite realizar el diagnóstico de infarto medular en este caso. El infarto espinal supone exclusivamente el 1% del total de infartos siendo la causa más frecuente conocida es una hipotensión prolongada previa al infarto medular, aunque en la mayoría de ocasiones la etiología es desconocida. Una de las causas poco frecuentes es la malformación vascular espinal, siendo la más frecuente entre estas la fístula dural. Esta genera una situación de congestión venosa y mielopatía progresiva que puede agudizarse con infarto. Es típico en estos casos en RM ver edema medular extenso y dilatación de vasos perimedulares, al igual que en nuestro caso.	Discusión :
En una situación de síndrome medular no traumático debemos siempre incluir en el protocolo de RM secuencias de difusión porque nos van a permitir diagnosticar un infarto agudo medular. Por otro lado la existencia de vasos perimedulares nos debe hacer recomendar la realización de arteriografía diagnóstica para descartar fístula dural.	Conclusión:
- Krings T, Geibprasert S. Spinal dural arteriovenous fistulas (2009) AJNR Am J. Neuroradiol 30: 639–48. -Bradley RF, Stewart JH, Russell GB, Levine EA, Geisinger - Krings T, Lasjaunias PL, Hans FJ, et al. Imaging in spinal vascular disease. Neuroimaging Clin N Am 2007;17:57–72	Bibliografía:

Imagen A: STIR sag. Marcada alteración y engrosamiento medular desde T8 a cono. Imagen B: alteración de la difusión en porción distal del cono medular. Imagen C: T2 sagital. Estructuras vasculares arrosariadas perimedulares. Imagen D. Arteriografía. trombosis de arteria intercostal a nivel L2 derecho con anastomosis arterio-arteriales L1-L3.

Pie de foto: