

MIELOPATIA DE CAUSA INHABITUAL

González Eizaguirre, A; Caballero Romero, I; Díaz Cuervo, I; Matute Nieves, A; Fernández Valle, T; Rouco Axpe, I; Bilbao Villabeitia, I; Zarranz Imirizaldu, JJ
Servicio Neurología. Hospital Universitario de Cruces

Se trata de un varón de 43 años, sin antecedentes de interés.

Consulta por 3-4 años de debilidad progresiva proximal de brazo derecho, sin trastorno sensitivo asociado ni dolor.

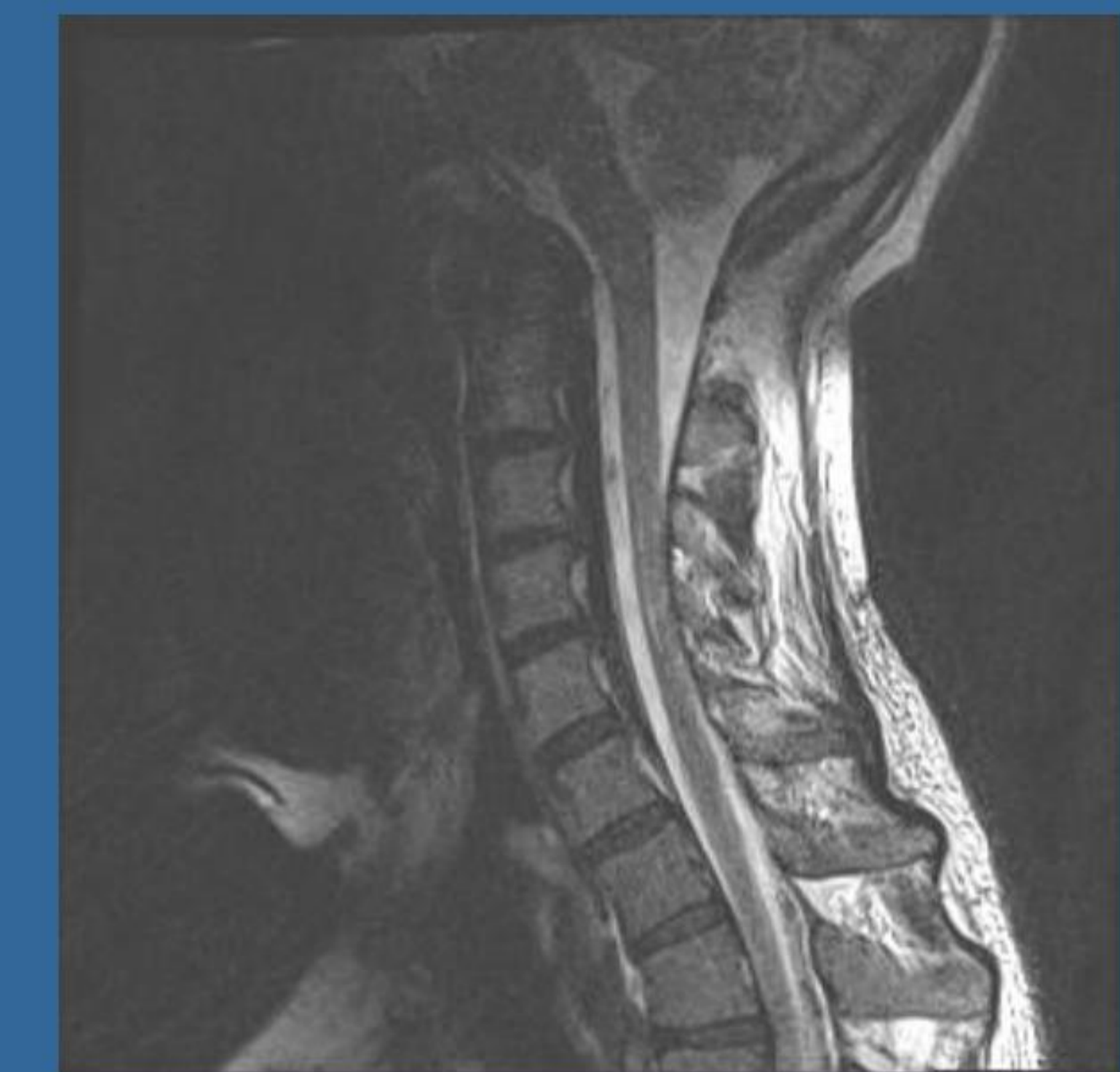
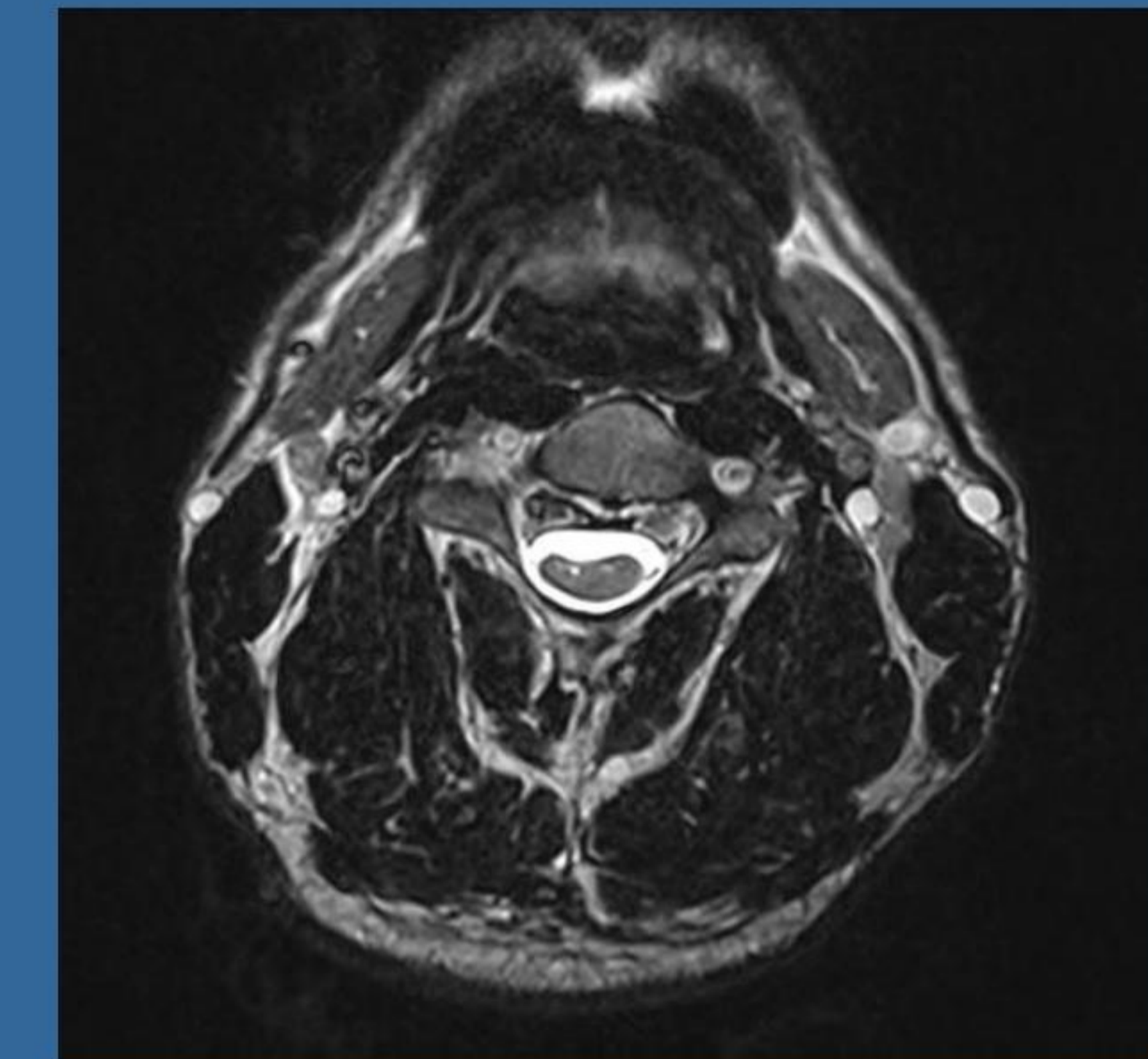
A la exploración presenta una paresia de deltoides bíceps y supinador largo de brazo derecho, con amiotrofia importante. Fasciculaciones aisladas en deltoides. Resto normal.

El EMG muestra en extremidad superior derecha datos de afectación neurógena severa C5; C6 y C7 y crónica, actualmente sin datos de denervación activa salvo alguno aislado en deltoides. En extremidad superior izquierda se encuentran datos de afectación neurógena en C5 y C7 así como una descarga de alta frecuencia en primer interóseo. Normalidad en extremidades inferiores

En la RM columna cervical se objetiva una colección líquida epidural anterior desde C2 hasta C6 que aumenta en flexión. Adelgazamiento del cordón medular cervical desde C3-C4 a C5 asimétrico de predominio derecho, mielomalacia en cordones anteriores.

Realizamos un angioRM columna que presenta una dilatación y congestión del plexo venoso de espacio epidural anterior cervical, sin datos de fístula arteriovenosas.

La arteriografía cerebral y de columna cervical muestra una agenesia de ambas venas yugulares internas con circulación colateral a través del plexo venoso basilar.



El paciente está clínicamente estable. Se ha optado por una actitud expectante. En caso de empeoramiento valoraremos realizar angioplastia con stent de las venas yugulares.

Actualmente existe escasa bibliografía acerca de mielopatías de evolución progresiva y crónicas secundarias a dilatación de plexo epidural por alteración de drenaje venoso.

Una causa similar y rara de lesión medular, son las varices epidurales. Su incidencia de 1%-4% (lumbar, se desconoce cervical), siendo un 0.5% sintomáticas (radiculopatías). Su tratamiento consiste en laminectomía descompresiva, laminectomía con resección de la variz epidural o bypass de seno venoso a vena yugular interna