

Mujer de 69 años con paraparesia progresiva

H. Sarasibar, A. Estremera, G. Amengual, M. Usón¹

Caso clínico

Mujer de 69 años que acude al Servicio de Neurología por un cuadro de un año de evolución de pérdida de fuerza de predominio distal, asociada a sensación de quemazón, que se inició en extremidad inferior izquierda y posteriormente se hizo bilateral. La paciente no refiere clínica de claudicación de la marcha ni alteración de la fuerza o sensibilidad en extremidades superiores.

En la exploración física destaca una paraparesia 4/5 con mayor afectación izquierda, hipoestesia táctil en ambas extremidades inferiores, reflejos profundos o de estiramiento muscular presentes y simétricos, reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo e indifferente derecho. Pares craneales normales.

Se realiza una Resonancia Magnética (RM) craneal, cervical y lumbar en la que no se detectan hallazgos que justifiquen la patología.

El estudio electrofisiológico descarta la existencia de polineuropatía en miembros inferiores.

El líquido cefalorraquídeo es acelular, con ligera elevación de las proteínas y ausencia de bandas oligoclonales.

Tras empeorar la sintomatología de la paciente, se realiza una RM de columna dorsal con secuencias SE potenciadas en T1 y FSE potenciadas en T2; dada la intolerancia de la paciente a la posición en decúbito supino no fue posible completar el estudio con contraste endovenoso. La RM muestra una lesión nodular ovoidea bien delimitada, de aproximadamente 1.5 cm. de eje mayor, localizada en el interior del canal raquídeo a la altura de D9-D10. La lesión, de localización intradural extramedular, comprime y desplaza anteriormente la médula espinal, observándose signos sugerentes de mielopatía por compresión (hiperintensidad de señal en secuencias potenciadas en T2).

El diagnóstico diferencial de una lesión nodular intradural extramedular incluiría, entre otras, los tumores del complejo nervio-vaina (por ejemplo el schwannoma), el meningioma y las metástasis leptomeningeas.

La paciente fue remitida al Servicio de Neurocirugía. Tras la exéresis de la lesión, el diagnóstico anatomopatológico fue de meningioma.



Fig 1. Lesión nodular intradural extramedular, isoíntensa respecto a la médula espinal, que comprime la médula anteriormente



Fig 2. Lesión nodular intradural extramedular, ligeramente hipertensa respecto a la médula espinal. Hiperintensidad de señal en la médula espinal adyacente

Servicio de Radiología. Hospital Son Llàtzer.
1-Servicio de Neurología. Hospital Son Llàtzer.

Comentario

A la hora de establecer un diagnóstico de las lesiones intrarraquídeas es fundamental su localización, que puede ser extra o intradural (y a su vez estas últimas pueden ser intra o extramedulares). En nuestro caso se trataba de una localización intradural extramedular.

El diagnóstico diferencial de una lesión en esta localización es el siguiente:

-Tumor del complejo nervio-vaina, es el más frecuente, con mayor incidencia en la cuarta década de la vida. El 59 % de las lesiones son de localización intradural extramedular, el 27% extradurales y el 14% presentan un componente intra y extradural (en "reloj de arena"). En la RM, en secuencias ponderadas en T1 son lesiones hiperintensas respecto al músculo y en las secuencias ponderadas en T2 son marcadamente hiperintensas, aunque pueden presentar áreas centrales hipointensas. Captan contraste de forma variable.

- Meningioma, es el segundo en frecuencia. Son lesiones con mayor incidencia en la quinta y sexta

décadas de la vida y que afectan con mayor frecuencia a mujeres. El 80% son de localización torácica, sobre todo posterolaterales. En secuencias potenciadas en T1 son iso o hipointensos respecto a la médula mientras que en T2 son ligeramente hiperintensos. Captan contraste de forma intensa y homogénea.

-Diseminación leptomeníngea de un tumor. El 73% se localizan a nivel lumbosacro. El estudio de RM suele ser normal; sin embargo en un 15-20% de los casos, puede observarse captación lineal y fina o realce nodular tras la administración de gadolinio endovenoso.

Bibliografía

1. Magnetic Resonance Imaging of the brain and spine. Volumen II. Scott W. Atlas. Tercera Edición. 2002.
2. Pocket Radiologist. Spine Top 100 diagnoses. Brant-Zawadzki. 2002.
3. Imaging of tumors of the spinal canal and cord. Zimmerman RA, Bilaniuk LT. Radiol Clin North Am 1988; 26: 965-1007.

