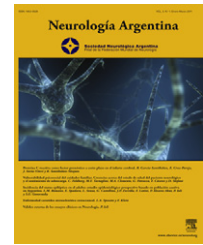




Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Casuística

Síndrome de médula anclada de inicio en el adulto: 4 casos. Aportaciones de la estimulación magnética en el diagnóstico

José Manuel Pardal-Fernández^{a,*}, Elena Lozano-Setién^b, David Pinilla^c, Iván Iniesta-López^d y María Rodríguez-Vázquez^e

^a Sección de Neurofisiología Clínico, Hospital General Universitario de Albacete, España

^b Servicio de Radiología, Sección de Neurorradiología, Hospital General Universitario de Albacete, España

^c Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario de Albacete, España

^d Department of Neurology, The Walton Center, Liverpool, United Kingdom

^e Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Albacete, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de julio de 2011

Aceptado el 24 de agosto de 2011

Palabras clave:

Médula anclada

Espina bífida

Estimulación magnética

Columna vertebral

Lipoma

R E S U M E N

Introducción: El síndrome de médula anclada es una malformación de la región caudal de la columna vertebral de inicio inhabitual en la vida adulta. Provoca ocupación de espacio que compromete raíces y médula caudal, resultando en un trastorno variable de la marcha de progresión lenta y asimétrica.

Casos clínicos: Presentamos 4 pacientes adultos diagnosticados en el área de Albacete en 2009 con características clínicas típicas, neuroimagen demostrativa, estigmas cutáneos específicos y electrodiagnóstico confirmatorio de síndrome de médula anclada, así como evolución clínica y tratamiento requerido en todos los casos. En los 4 pacientes realizamos estudio de la vía motora piramidal mediante técnica de estimulación magnética transcraneal, aportando en todos ellos una buena tipificación del proceso, incluso en alguno en momentos incipientes de su desarrollo.

Conclusiones: Presentamos 4 individuos con síndrome de médula anclada de inicio sintomático en la vida adulta. En todos ellos los estigmas de la piel orientaron en el diagnóstico. La evaluación de la vía motora mediante electromiografía, y especialmente estimulación magnética, ayudaron a la caracterización, así como a la diferenciación de otras enfermedades que pudieran provocar confusión, en especial enfermedad de motoneurona. La electrofisiología es un instrumento eficiente que puede facilitar el manejo del síndrome de médula anclada.

© 2011 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josempardal@yahoo.es (J.M. Pardal-Fernández).

Tethered cord syndrome of adult onset: 4 cases. Contributions of magnetic stimulation in diagnosis

A B S T R A C T

Keywords:

Tethered cord
Bifid spine
Magnetic stimulation
Vertebral column
Lipoma

Introduction: Tethered cord syndrome is a malformation of the spine start flow uncommon in adulthood. Root causes commitment and conus medullaris, resulting in a slow and lopsided variable disorder, especially walking.

Clinical cases: 4 adults with typical clinical features, neuroimaging demonstration, specific cutaneous stigmata confirmatory electrodiagnostic and developments and treatments. In every study conducted pyramidal motor pathway by transcranial magnetic stimulation technique, obtaining a good offense, even in some cases emerging at a time.

Conclusions: We present 4 patients with tethered cord syndrome started in adulthood. All had skin stigmata. The electromyography and transcranial magnetic stimulation, especially lumbar showed adequate characterization and differential diagnosis. Electrophysiology is an efficient exploration and it can facilitate the diagnosis and management of tethered cord syndrome.

© 2011 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de médula anclada (SMA) de inicio en la vida adulta constituye un raro conjunto de manifestaciones resultado de diversas malformaciones regionales de la médula caudal. Provoca inmovilidad estructural por defecto del cierre óseo y/ o medular caudal, y la consecuente fijación de estructuras intracanaliculares, es decir, una médula fija dentro de una columna en crecimiento. Pueden ser procesos abiertos, como el meningocele o el mielomeningocele, o cerrados en los que es habitual encontrar asociados lipomas o quistes dermoides. El mecanismo responsable del daño neurológico reside en las alteraciones crónicas y progresivas de la irrigación médulo-radicular por procesos de elongación y/ o compresión que conllevan con el tiempo una disfunción neuronal regional¹.

El SMA suele diagnosticarse en la infancia y solo en raras ocasiones en adultos. Los afectados presentan debilidad progresiva y amiotrofia asimétrica en piernas, hipoarreflexia, a veces trastornos sensitivos poco significativos y en algunos piramidismo como resultado del conflicto por tracción en las regiones más caudales de la médula.

El estudio de cualquier lesión focal de la vía piramidal mediante estimulación magnética transcraneal (EMT) está considerado un método de valoración funcional motora informativo. Esto es así incluso para procesos oligosintomáticos o en aquellos en los que no se evidencien todavía signos clínicos de enfermedad²⁻⁵. Los parámetros más importantes a evaluar son latencias, que viene a ser el tiempo transcurrido entre el estímulo y el músculo diana. Metodológicamente es un método simple que consiste en la estimulación del córtex motor primario en el cuero cabelludo y de la médula cervical y lumbar en el territorio correspondiente (niveles de columna vertebral correspondiente). El período que se tarda en recorrer la vía piramidal desde el córtex y el punto cervical o lumbar constituye el tiempo de conducción central (TCC) córtico-cervical o córtico-lumbar, respectivamente. El estímulo es indoloro, inocuo y sencillo, lo que convierte esta técnica, además de en muy sensible, en una herramienta de gran eficiencia.

Presentamos 4 casos de SMA iniciados en la vida adulta en el área de Albacete (España) en el año 2009 en los que valoramos clínica, neuroimagen y neurofisiología, incluyendo EMT, y revisamos la bibliografía sobre el tema.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente varón de 31 años, español, que acudió a consulta por trastorno progresivo de la marcha con pérdida de masa muscular en la pierna derecha en los últimos tres años. No refirió antecedentes familiares o personales de interés. En ningún momento ha presentado calambres o contracturas musculares, sintomatología sensitiva relevante en las piernas, alteraciones esfinterianas, lumbalgia o cérvico-dorsalgia. En la exploración neurológica las funciones corticales y los pares craneales fueron normales. Se objetivaron pies cavos, y desde el punto de vista motor una debilidad importante en la pierna derecha, en flexión plantar de tobillo-dedos 0-1/ 5 (*Medical Research Council*), en flexión dorsal y eversión 3/ 5, en flexión de rodilla 3/ 5, en extensión de rodilla 4/ 5. Asimismo presentó amiotrofia derecha muy marcada de la región gemelar, e importante aunque en menor medida pretibial. Era significativa la hiperreflexia de miembros inferiores, con aumento de área reflexógena, algo más marcada en la pierna izquierda, con difusión llamativa a la extremidad contralateral, así como fasciculaciones en la musculatura afectada derecha. El reflejo cutáneo plantar era bilateralmente indiferente, y no se encontraron alteraciones en la exploración de las sensibilidades ni tampoco ataxia.

En la piel de la región sacra, en la línea media, el paciente mostró un orificio cutáneo del tracto fibroso (*fig. 1*), hallazgo que en los primeros exámenes no fue descubierto. Las resonancias magnéticas nuclear (RMN), craneal y cérvico-torácica fueron normales. Sin embargo, en la RMN lumbo-sacra (*fig. 2*) se apreció un lipoma de unos 3 cm, posterior a S1-S2, junto a espina bífida por detrás de S3, con comunicación de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3076913>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3076913>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)