



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C-0333 - SIRINGOMIELIA TRAS MIELITIS TUBERCULOSA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y SU MANEJO QUIRÚRGICO

O. Esteban Sinovas, C. Eiriz Fernández, D. García Pérez, L.M. Moreno Gómez, G. García Posadas, J. Delgado Fernández, A.M. Castaño León, I. Panero Pérez y A. Lagares Gómez-Abascal

Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Descripción de un caso de siringomielia tras mielitis tuberculosa.

Métodos: Mujer de 43 años con antecedentes de meningitis y mielitis tuberculosa, complicada con absceso epidural dorsal, intervenida en dos ocasiones para laminectomía T5-T9. Como clínica residual presentaba lesión medular tipo ASIA D con nivel en T4 con intestino y vejiga neurógena. Cinco años después acude a nuestro por aparición de miosis pupilar en ojo izquierdo, con respuesta fotomotora conservada, asociada a ptosis ipsilateral, anhidrosis en hemicara izquierda y disestesias en cinturón en región T6-T7. A nivel motor flexión dorsal del pie izquierdo 1/5 y atrofia musculatura interósea de la mano izquierda con balance muscular 2/5 y con espasticidad en garra. En RM del neuroeje se objetivaba extensa syrinx multicavitada desde C3 al cono, que condicionaba adelgazamiento de la médula espinal, sugestivo de cambios por aracnoiditis tuberculosa. En EMG se comprueba radiculopatía izquierda C8-T1. Con estos hallazgos, se intervino quirúrgicamente a la paciente para implantación de derivación siringopleural mediante laminoplastia de T1 y colocación de catéter distal a nivel de octava costilla.

Resultados: Tras la cirugía hubo mejoría de la clínica, con aumento de la fuerza en la mano izquierda y menor anhidrosis hemifacial. Persiste miosis en ojo izquierdo. En RM postquirúrgica se objetiva disminución del tamaño de la cavidad y en TC adecuado posicionamiento de derivación y absorción de líquido en espacio pleural.

Conclusiones: La siringomielia es una complicación frecuente tras una aracnoiditis granulomatosa. El debut clínico típico consiste en dolor, debilidad, atrofia y disociación termoalgésica. Nuestra paciente presentaba un síndrome de Horner añadido, posiblemente por afectación del núcleo gris intermediolateral simpático de la médula, poco frecuente en series descritas. El manejo quirúrgico usual de primera línea es reseca la cicatriz membranosa, pero aquí se optó por una derivación siringopleural con aceptable evolución.