



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

P-025 - ARACNOIDITIS ADHESIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A. Madero Pohlen, C. Torres Díaz, P. González Tarno, A. Martín Segura, A. Álvarez-Sala, C. Martínez Macho y J.A. Fernández Alén

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Resumen

Introducción: La aracnoiditis adhesiva (AA) es una enfermedad multifactorial asociada en un 6-16% a intervenciones de columna. Consiste en una inflamación leptomeníngea de grado variable; en casos graves, produce atrofia progresiva y retracción cicatricial. En ocasiones, produce dolor incapacitante o déficit neurológico progresivo. Actualmente no existe cura para frenar la progresión de la AA, y su tratamiento se considera sintomático.

Caso clínico: Varón de 55 años, con antecedente de paraplejía por hematoma local tras punción lumbar. Se realiza laminectomía y fijación L3-L5, mejorando su capacidad funcional. Años después, el paciente consulta por peor capacidad para la marcha, rigidez, e hipoestesia en pelvis. La resonancia magnética (RM) demuestra una AA, consistiendo en adherencias y agrupamiento de la cola de caballo, y una listesis L2-L3 *de novo*. Se interviene para descompresión y fijación del nivel L2-L3, recuperando su situación basal. Tras 5 años percibe bruscamente una paresia superior a la habitual, presentando debilidad para la flexión de cadera y musculatura distal de pierna izquierda. La RM muestra, de nueva aparición, una hernia discal extruida condicionando estenosis grave del receso lateral izquierdo a nivel L1-L2 junto a progresión de la AA con distorsión de la morfología del cordón medular con tracción y adherencias al saco tecal. Se interviene bajo monitorización neurofisiológica (MNIO) para ampliación de laminectomía y punción controlada del quiste lumbar, saliendo abundante líquido. Se coloca drenaje lumbar externo que se retira tras unos días. En la RM de control se evidencia mejoría de estenosis con persistencia de quistes aracnoideos.

Discusión: La AA es una entidad poco frecuente con formación de quistes aracnoideos que pueden comprimir la médula espinal. La etiología es heterogénea siendo el principal factor de riesgo la iatrogenia. El tratamiento es principalmente sintomático, siendo la fenestración de los quistes una opción para disminuir la compresión medular.