



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

V-016 - MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE MAV INTRAMEDULAR D9-D11 CON ANEURISMAS A FLUJO Y CONGESTIÓN VENOSA: EMBOLIZACIÓN Y RESECCIÓN QUIRÚRGICA

L.B. López López, J. Casado Pellejero, J. Van Popta, S. Vázquez Sufuentes, P. Alcázar Cid, J. Moles Herbera y L.M. González Martínez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Resumen

Introducción: Las MAV intramedulares son entidades poco frecuentes. La mayoría asocian componente intraparenquimatoso y extrapial. La técnica de resección subpial tiene la ventaja de desvascularizar el nidus intraparenquimatoso con exéresis del componente extrapial preservando o minimizando la disección del cordón medular.

Caso clínico: Paciente de 32 años en seguimiento en consultas de neurocirugía tras hallazgo casual de MAV intramedular D9-D11. Inició clínica sensitiva en extremidad inferior derecha (EID) y espasticidad en ambas extremidades inferiores (EEII), debilidad L2-L3 4/5 en EEII con caídas y dificultad para la marcha. En RM medular presentó MAV con componente nidal intramedular a nivel D9-D11, congestión venosa, compresión y efecto masa sobre cordón medular. La arteriografía supraselectiva mostró aferencias de arterias intercostales D10 y D12 izquierda, D11 derecha y L1-L2 bilaterales. D12 y L2 de características fistulosas y aneurismas a flujo en L1 y L2. Se decidió intervención quirúrgica previa embolización con *coils* y *magic-glue* de aportes fistulosos y aneurismas a flujo (D11, D12, L1 derecha y L2 izquierda). Se realizó laminoplastia D9-D12, disección de aferencias, eferencias y nidus malformativo con resección subpial. La intervención transcurrió sin complicaciones en la monitorización neurofisiológica. En el posoperatorio inmediato fue valorada por Unidad de Lesionados Medulares con ASIA D, Ashworth 2 en EEII, SCIM 53/100. Tras un mes de rehabilitación presentó recuperación completa de balance motor, persistencia de hipoestesia tacto-algésica y propioceptiva (D9-L1) y SCIM 88/100.

Discusión: La colaboración y manejo multidisciplinar de este tipo de malformaciones neuronales permite una reducción del flujo de los puntos fistulosos y cierre de los aneurismas a flujo con mayor riesgo de sangrado, y de esta forma facilita la resección quirúrgica y las posibles complicaciones del proceso. La resección subpial se presenta como una técnica efectiva y segura en nuestra experiencia en las MAV intramedulares.