

Desafío Imagenológico

Presentamos esta nueva sección con la finalidad de despertar el interés de nuestros lectores.

Desafío Imagenológico consiste en la presentación de casos de diferentes especialidades, en los que apoyados en la historia clínica y las imágenes, puedan hacer un diagnóstico diferencial o acercarse al diagnóstico que más se ajuste al caso presentado.

Sus opiniones pueden remitirlas al correo actasmedicas@hospitalalcivar.com.

Las respuestas válidas o que más se acerquen al diagnóstico del caso serán publicadas en la siguiente edición y se les otorgará un incentivo por la participación acertada.

Caso clínico No. 2

Dr. Henin Mora B., Neurocirujano Hospital Alcívar.

Dr. Roberto Ramirez C., Neurocirujano Hospital IESS.

Dr. Leopoldo Rugel L., Médico Residente de Neurocirugía IESS.

Historia Clínica del Caso

Paciente masculino de 41 años de edad, nacido y residente de Milagro, sin antecedentes patológicos de importancia, ingresa en diciembre del 2008 por cuadro clínico de 9 años de evolución que se inicia con dolor lumbar irradiado a miembros inferiores y disminución progresiva de fuerza muscular en miembros inferiores de predominio derecho que progresa desde incapacidad parcial y luego total para la marcha. Al examen físico se encuentra hipotrofia del cuádriceps crural de predominio derecho, paraparesia 2/5 clonus bilateral, hiperreflexia e hipoestesia en dermatoma L-2. La tomografía muestra conducto vertebral ensanchado de D11 a L3 incluido el receso foraminal izquierdo (fig.1), por masa intrarraquídea-extramédular. La resonancia indica dilatación posterior del canal medular y agujeros de conjunción en niveles de D11 a L3. Ligeras atrofias medulares posteriores (fig.2). Con la inyección de medio de contraste no se produjeron modificaciones (fig.3).



Fig. 1 TC Lumbar con canal vertebral ensanchado desde D11 a L3

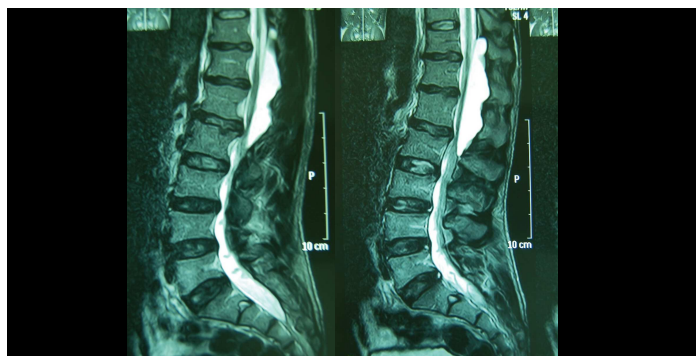


Fig. 2 RMN demuestra dilatación posterior del canal medular con atrofia medular inferior.

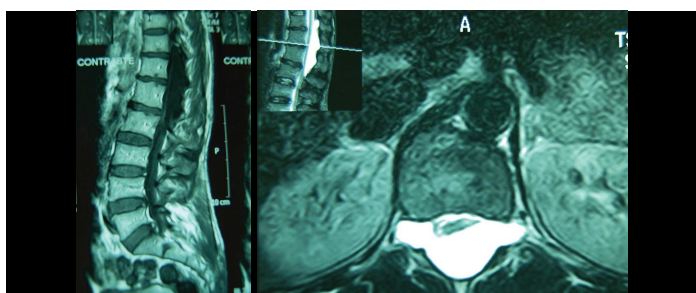


Fig. 3 RMN con medio de contraste que no evidencia alteraciones nuevas

Se realiza cirugía en posición decúbito ventral, laminectomía total de L1-L2, encontrándose a la apertura dural quiste intrarraquídeo- intradural-extramedular (fig.4), con líquido de color amarillo (fig.5), que fluye al incidir la duramadre, además de erosión de las láminas L1 y L2.

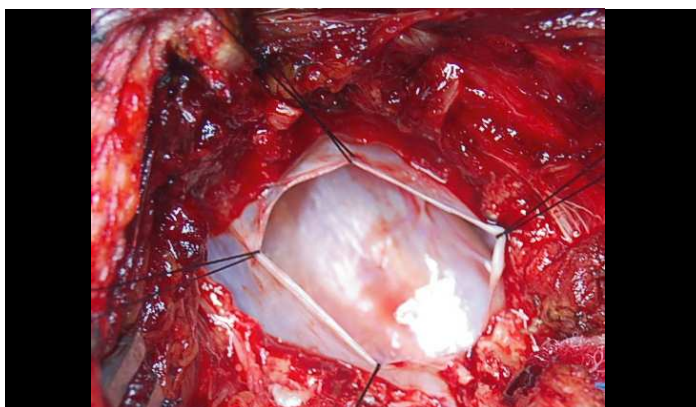


Fig. 4 Imagen de lesión intrarraquídeo-intradural-extramedular

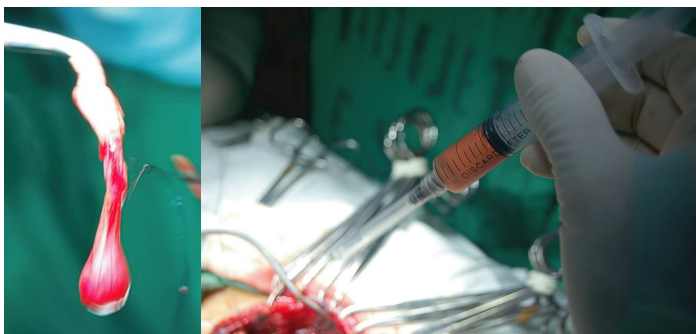


Fig. 5

¿Qué examen considera usted que debe ser realizado y que espera encontrar?