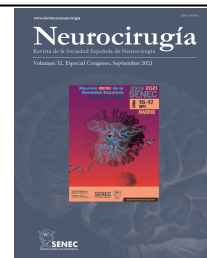




Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C-0158 - FÍSTULA ARTERIOVENOSA C1-C2 TIPO I, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

N. Frade Porto, G. Blasco García de Andoain, P. González Tarno, A. Martín Segura, A. Álvarez-Sala de la Cuadra, A. Madero Pohlen y J. Fernández Alén

Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Las fístulas arteriovenosas espinales (FAV) representan únicamente el 3% de todas las lesiones medulares. Se cree que las FAV espinales son lesiones adquiridas y rara vez se presentan en individuos menores de 50 años, aunque la etiología exacta aún no se ha determinado. Las FAV espinales durales (clasificadas como tipo I según Spetzler-Martin) constituyen el subtipo más frecuente siendo su localización predominante torácica. Presentamos el caso de un varón diagnosticado de una FAV a nivel C1-C2 intervenido quirúrgicamente.

Métodos: Varón de 51 años sin antecedentes de interés que acude a servicio de Urgencias por debilidad muscular generalizada y disfonía que progresa en las primeras 12 horas a tetraplejia flácida con necesidad de intubación orotraqueal. En arteriografía se identifica fístula arteriovenosa intradural con aporte desde rama radicular C1-C2 (tipo I según la clasificación de Spetzler-Martin) asociando mielopatía a nivel cervical y bulbar en angioRM realizada. NO se logró realización de de embolización selectiva por dificultad en el acceso por lo que se procedió a clipaje quirúrgico.

Resultados: El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante un abordaje cervical posterior para el clipaje de pie de vena mediante laminectomía C1-C2 con monitorización neurofisiológica intraoperatoria y control tras clipaje con verde de indocianina para comprobar adecuado cierre de punto de fístula. Se realizó AngioRM posoperatoria comprobando obliteración completa. Tras intervención quirúrgica el paciente fue extubado a las 72 horas e inició rehabilitación motora. Al alta a centro de rehabilitación el paciente presentaba paresia proximal 3/5 en miembros inferiores y portaba sondaje vesical. En la evolución posoperatoria el paciente lograba deambulación con dos apoyos.

Conclusiones: La técnica microquirúrgica para el clipaje de fístulas arteriovenosas espinales ofrece una mejor visualización y control directo del punto de fístula comparado con el abordaje endovascular permitiendo una obliteración completa en la mayoría de los casos.