



Neurology perspectives



18827 - El ictus que sí duele: ojos de búho

Santos Sánchez de las Matas, L.¹; Rubio Flores, L.²; del Pozo Gallegos, I.³; Baudraxler, F.³; Landaeta Chinchilla, D.¹; Bonelli Franco, Á.¹; Llera López, I.¹; Guillán Rodríguez, M.¹; Barbero Bordallo, N.¹; Martínez Ramos, J.¹

¹Servicio de Neurología. Hospital Rey Juan Carlos; ²Servicio de Neurología. Hospital General de Villalba; ³Servicio de Radiología. Hospital Rey Juan Carlos.

Resumen

Objetivos: El infarto medular es un cuadro infrecuente, grave y potencialmente discapacitante. Muchos pacientes refieren dolor intenso adyacente al nivel del infarto, precediendo a los síntomas, que se suelen desarrollar de forma progresiva en las primeras 12 horas. El síndrome de la arteria espinal anterior es el más frecuente. Presentamos un paciente con infarto medular e imagen típica.

Material y métodos: Caso clínico.

Resultados: Varón de 19 años con paraparesia progresiva de extremidades superiores (EES) y cervicalgia tras movimiento cervical leve esa mañana. En la exploración destaca debilidad en EES de predominio proximal, con reflejos bicipital y estilorradiar abolidos de forma bilateral, sin rigidez meníngea. Se descarta un origen vascular del cuadro a nivel craneal, por TAC y angioTAC normales, y ausencia de xantocromía en LCR. Baja sospecha de origen infeccioso/inflamatorio ante analítica y bioquímica de LCR anodinas, PCR múltiple en LCR negativa y angioTAC de aorta normal. Posteriormente se constata progresión del déficit motor con alteración sensitiva y esfinteriana. La RMN medular urgente describe hiperintensidad en T2 de las astas anteriores del cordón medular cervical (C3-C5) con restricción de la difusión en relación con infarto medular. Durante el ingreso se completa estudio con autoinmunidad, serologías, frotis sanguíneo, ecocardiograma, *shunt* d-i y arteriografía: normales, descartando disección aórtica o anomalía vascular medular.

Conclusión: El diagnóstico requiere pruebas complementarias para descartar otras patologías, así como para identificar causas potencialmente mortales, y la angioTAC en el momento agudo para excluir patología aórtica. En RMN es característica la hiperintensidad en T2 de las astas anteriores, conformando una imagen en "ojos de búho/serpiente".