

## INFARTO MEDULAR ANTERIOR POST PROCEDIMIENTO

IGNACIO SAGUIER PADILLA, IRENE DE LA VEGA VEDOYA, SILVIA FOLGAR, FLAVIO MERCADO

División Neurología, Hospital de Clínicas José de San Martín,  
Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

E-mail: ignaciosaguierp@gmail.com

Varón de 33 años, con antecedentes de LES, síndrome antifosfolípídico, anticoagulado, TEP bilateral y síndrome de la silla turca vacía con hidrocefalia no comunicante. Internado por hemoptisis secundaria a lesión exofítica interpretada como micótica, por lo que recibió tratamiento con voriconazol. El paciente persistía con hemoptisis y se realizó una embolización selectiva de la arteria bronquial derecha. Posterior al procedimiento, evolucionó con debilidad crural derecha grave, incontinencia urinaria y dolor dorsal. Al examen físico se constató paresia crural grave con predominio proximal, sin alteraciones sensitivas y esfínter anal normotónico. Se realizó una resonancia

magnética de médula espinal completa que evidenció una imagen focal en el cordón anterior derecho a nivel del segmento T3-T4 en T2/STIR (Figs. 1 y 2). Se interpretó como síndrome medular anterior, causado por infarto medular, post embolización de la arteria bronquial derecha.

El infarto de la médula espinal constituye el 5%-8% de los casos de mielopatía aguda. La causa aquí presentada, constituye la complicación más grave de la embolización de la arteria bronquial, presentándose en 1.4%-6.5% de los procedimientos, debido a la migración de las partículas inyectadas a través de la arteria radiculomedular o de las arterias intercostales.

Figura 1 |



Figura 2 |

