

Isquemia medular aguda tras cirugía de disección de aorta ascendente tipo 1 de DeBakey

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un varón de 68 años que acude a urgencias por episodio súbito de dolor torácico punzante irradiado hacia el dorso. El electrocardiograma y los parámetros analíticos fueron normales. La radiografía de tórax revelaba ensanchamiento mediastínico. La tomografía computarizada (TC) toracoabdominal evidenció una disección aórtica tipo 1 de DeBakey y el ETT mostró insuficiencia aórtica severa. El paciente fue intervenido con carácter de emergencia. La puerta de entrada se situaba en el origen de la arteria subclavia izquierda, con progresión retrógrada hasta la válvula aórtica y anterógrada hacia aorta torácica. En hipotermia profunda y protección cerebral anterógrada, se realizó reemplazo de la aorta ascendente y el arco aórtico, con reimplantación de los troncos supraaórticos y resuspensión de la válvula aórtica.

La evolución en la unidad de cuidados postoperatorios transcurrió sin complicaciones, y se le dio el alta a las 48 h.



Fig. 1. Resonancia magnética de la columna dorsolumbar que muestra imagen hiperintensa en T2 (que era hipointensa en T1) de D7 a L2, compatible con isquemia medular.



Fig. 2. Resonancia magnética de la columna dorsolumbar sin cambios de intensidad de señal en la médula que indiquen isquemia.

El tercer día postoperatorio inicia un cuadro de disestesia/parestesia en miembro inferior izquierdo, que progresa en 24 h a paraplejía de miembros inferiores con pérdida de sensibilidad general D10. La TC craneal descartó signos de isquemia y/o hemorragia y la toracoabdominal demostró ausencia de progresión de la disección. Se solicitó resonancia magnética (RM) de columna dorsolumbar, y objetivó signos compatibles con isquemia medular (fig. 1).

El cuarto día postoperatorio se procedió a drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante catéter lumbar (presión de apertura de líquido cefalorraquídeo, 14 mmHg), y se mantuvo una presión intradural de 5 mmHg. El déficit motor desapareció en ambos miembros inferiores tras 8 h desde la implantación del catéter, mientras que el resto de la clínica neurológica experimentó una reversión progresiva.

Tras la retirada del drenaje de LCR (4 días), se realizó nueva RM de columna dorsolumbar y se evidenció ausencia de signos de isquemia medular (fig. 2).

El paciente fue dado de alta a los 24 días del postoperatorio. En la revisión a los 3 meses del alta, presentaba remisión completa de síntomas neurológicos e íntegra capacidad funcional.

La isquemia medular perioperatoria es una de las complicaciones más graves de la cirugía de la aorta torácica y/o abdominal con una incidencia entre el 4 y el 25%¹⁻³. Sin embargo, la isquemia medular en el postoperatorio de la disección

ción aórtica aguda es infrecuente, y se ha descrito pocos casos^{4,5}. La etiología de la isquemia medular postoperatoria es multifactorial; en su génesis intervienen factores intraoperatorios (insuficiente flujo arterial medular durante el pinzamiento aórtico y parada circulatoria, hipertensión proximal con elevación de la presión del LCR, etc.)^{1,2}, episodios agudos de hipotensión e hipovolemia postoperatorios⁵, oclusión embólica/trombótica de las arterias espinales originadas desde la falsa luz^{4,5} o compresión mecánica debido al *flap* de la disección.

Cuando la paraplejía está establecida, las opciones terapéuticas son escasas y la eficacia del drenaje del LCR, la corticoterapia o la oxigenación hiperbárica es dudosa^{2,6}. En el caso que describimos, a pesar de que el paciente llevaba 24 h con la paraplejía establecida, la mejoría clínica tras el drenaje de LCR fue rápida, y se apreció una completa desaparición del déficit motor a las pocas horas de su aplicación.

Pese a que en la literatura se describen como dudosas las medidas terapéuticas citadas, el drenaje de LCR es una técnica sencilla, rápida y, en nuestro caso, eficaz para la resolución de un déficit motor establecido.

Carlos Martín, Alberto Forteza, Mercedes Navarro y José Cortina

Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wada T, Yao H, Miyamoto T, Mukai S, Yamamura M. Prevention and detection of spinal cord injury during thoracic and thoracoabdominal aortic repair. *Ann Thorac Surg.* 2001;72:80-5.
2. Puttaswamy V, Bennett M, Frawley JE. Hyperbaric oxygenation treatment of acute paraplegia after resection of thoracoabdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 1999;30:1158-61.
3. Wan IY, Angelini GD, Bryan AJ, Ryder I, Underwood MJ. Prevention of spinal cord ischaemia during descending thoracic and thoracoabdominal aortic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001; 19:203-13.
4. Sakurada T, Kikuchi Y, Nakashima S, Koushima R, Kondo N, Kusajima K. A case of paraplegia after replacement of the ascending aorta and the total aortic arch for the DeBakey type I acute aortic dissection. *Kyobu Geka.* 1997;50:1041-4.
5. Medalion B, Bder O, Cohen AJ, Hauptman E, Schachner A. Delayed postoperative paraplegia complicating repair of type A dissection. *Ann Thorac Surg.* 2001;72:80-5.
6. Fleck T, Hutschala D, Weissl M, Wolner E, Grabenwoger M, Austria V. Cerebrospinal fluid drainage as a useful treatment option to relieve paraplegia after stent-graft implantation for acute aortic dissection type B. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2002;123:1003-5.