

Lumbociática derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comunicación de un caso

Dr. Abraham Krivoy
Dr. Jaime Krivoy
Dr. Mauricio Krivoy

Krivoy A., Krivoy J., Krivoy M. Lumbociática derecha producida por quiste sinovial vertebral. Comunicación de un caso. Centro Médico. 1993; 39:116-118.

RESUMEN

Primer caso tratado quirúrgicamente. Comunicamos este caso femenino de 71 años de edad con severa clínica lumbociática derecha con anestesia del área lateral del muslo con 1 año de evolución. Su clásica posición posterior o postero-lateral en la Resonancia Magnética, permite descargar la composición discal. El tratamiento quirúrgico, extirpación del quiste produjo notable recuperación inmediata al paciente con seguimiento de 8 meses. Se trata del primer caso quirúrgico comunicado en la literatura local.

SUMMARY

A 71 years old female with right lumbociatic pain and external right thigh anesthesia evolution since 12 months. This kind of cyst were found in both cervical and lumbar spine; in these case, it was located between L4-L5 in the postero-lateral right part of the canal with severe compressive effect at the dural sac. The improvement was in the immediate post-operative days and persisted until his last control in 8 month. These is the first case report with these problem in the local literature.

PALABRAS CLAVES

Quiste Sinovial, Quiste Gangliomas, Lumbalgias, Facetectomía.

INTRODUCCION

El origen de estos quistes se atribuye a la sinovia de los apófisis articulares en la unión de las facetas. También se le considera su origen del ligamento amarillo y como su localización es común, se le propone el nombre de quistes yuxtafacetales a todos los quistes hallados en esta común región.¹

El primer caso se halló en la región cervical quien previamente habría sufrido una fractura, requiriendo fusión. Aunque el origen de estos quistes se le puede correlacionar con traumas, la historia de tal trauma no se ha encontrado en muchos casos.²

La postura terapéutica, preconizada ha sido la excisión quirúrgica, otros autores han preconizado la aspiración o la inyección.³

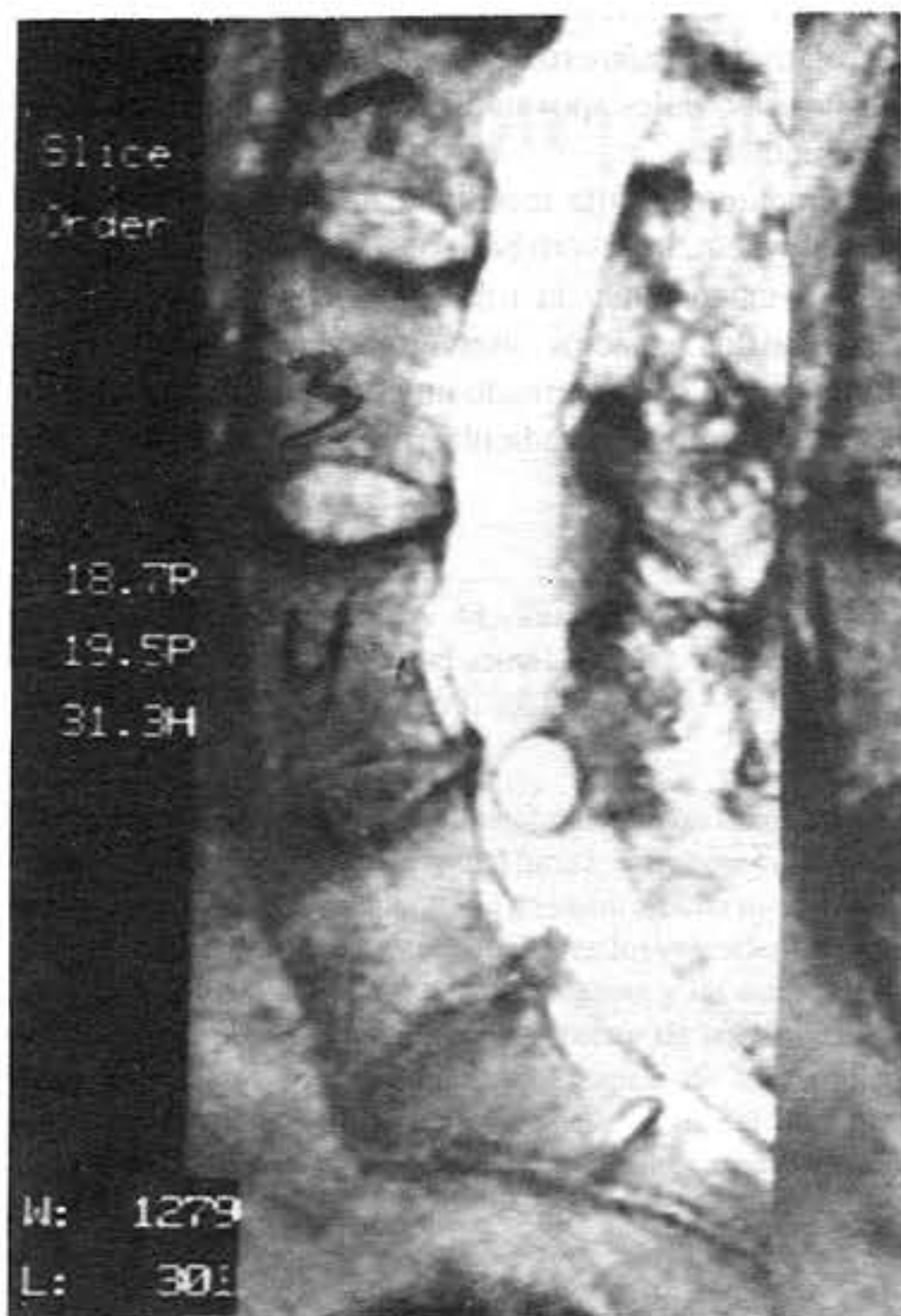
CASO CLINICO

M.M., femenino de 71 años de edad. Evolución de 12 meses que comenzó dolor severo incapacitante progresivo tipo lumbociática derecha.

Los signos positivos del examen físico fueron:

- **Hipoestesia** en zona posterior-externa de muslo derecho
- **Motilidad Activa:** severa limitación antálgica a los movimientos espinales
- **Pasiva y tono:** Lasegue derecho + a 30°
- **Marcha:** Antálgica
- **Fuerza:** conservada
- **Trofismo, Esfínteres:** bien
- **Reflejos Osteotendinosos:** hiperreflexia aquiliana bilateral 4 +.
- **Diagnóstico:** Dolor ciático derecho y del femorocutáneo derecho
- **Resonancia Magnética Lumbar:** 29-1-92 Quiste Sinovial intracanalicular L4-L5 derecho con severa compresión de raíces. (Ver foto)
- **Electromiografía:** 30-01-92: Degeneración S1
- **Operación:** 17-02-92: Laminectomía L4-L5-S1, y extirpación de quiste sinovial intra-canal, de 1,5cms. de diámetro con contenido grisáceo que se extirpó. La parte adherente a la dura se dejó in situ para no dañar la duramadre.

FIGURA 1



R.M. Lumbar donde primer cortes corresponde al tercio derecho, muestra la imagen circular de localización postero-lateral con severa compresión de las estructuras adyacentes.

FIGURA 2



El campo quirúrgico permite visualizar el estuche dural en su parte superior (flechas incompletas) y abajo y a la derecha, señala el quiste sinovial abierto (flechas cerradas), con la severa compresión de la dura y muy adherido a la contigua articular.

- **Evolución Post-Operatoria:** Inmediata, fue satisfactoria.
- **Biopsia:** Tejido fibroso con cambios mixoides, hialinización, zona central, cavitada, delimitada por capa de células aplanadas.
En la literatura revisada,^{1,2,3,4} la edad osciló entre 49 y 79 años. En la mayoría de los casos no se halló antecedentes traumáticos. El tiempo de evolución antes de la cirugía osciló entre 2 meses y un año antes de llegar a la cirugía. El dolor fue la manifestación prevalente acompañado o no de debilidad en el miembro inferior doloroso.
En pocos casos, había debilidad de ambos miembros inferiores. La patología piramidal ha sido descrita en los quistes sinoviales cervicales del ligamento cruzado.¹
El dolor en algunos pacientes no se resolvió, pero se hizo más tolerable.
En la cola de caballo presionada por el quiste, su electro-

miograma (EMG), mostró franca denervación. Las radiografías simples suelen dar los cambios propios de la edad de tipo degenerativos e hipertróficos. La Espondilolistesis no es rara en el nivel del quiste.
La mielografía sigue siendo muy valiosa, donde el defecto de llenamiento siempre es mayor que el que daría una hernia discal y más extendida, arriba y/o abajo.
La tomografía computada (T.C.) y la Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.) son los elementos diagnósticos por excelencia, donde en área como la adontoides y el ligamento cruzado, tienen su mayor aplicación.
La cirugía está dirigida a la extirpación del quiste que no raras veces se adhiere marcadamente a la dura y que en su interfase se hace inseparable.
La hemilaminectomía con facetectomía parcial es la indicación precisa.

DISCUSION

La mielografía sola, además del defecto amplio de llenamiento o de un bloqueo total, no puede hacer el diagnóstico positivo preoperatorio del quiste sinovial o ganglión y cuando mucho, por la posición posterolateral del defecto, se puede sospechar un fragmento de disco secuestrado. Se ha comunicado hemorragia intraquística que produciría una clínica de instalación aguda, encima de un cuadro doloroso crónico.

Se han comunicado un anillo cálcico en la T. C. del quisto sinovial.¹

Se han comunicado quistes gaseosos que suelen originarse en el vacío de articulaciones contiguas.⁴

La presunta formación del quiste se realiza en base a especu-

laciones: salida del líquido sinovial de la cápsula adyacente, por aumento de movilidad de las articulares, degeneración inicial y desarrollo quístico de la sinovia, desarrollo de tejido sinovial latente o metaplasia tisular.

El relativo alto número de espondilolistesis coexistiendo con los quistes sinoviales apoyan el argumento de la alta movilidad de las articulares.

Igualmente esta alta motilidad ha sido mencionada como causa del vacío intervertebral o signo de Knutsson durante 1942.⁵ La extensión y la tracción son los movimientos que más afectan los espacios intervertebrales y disminuye con la flexión. De aquí se ha formado un pseudo quiste gaseoso con la clínica de compresión radicular procedente del inter-espacio vertebral.⁴