

Compresión Radicular L5 por Quiste Sinovial Facetario

Reporte de Caso

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo¹

¹ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México

Fecha de recepción del manuscrito: 04/Noviembre/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 23/Marzo/2020

Fecha de publicación: 01/Septiembre/2020

DOI: 10.5281/zenodo.4136662

Resumen— Compresión Radicular L5 por Quiste Sinovial Facetario

Introducción: La lumbalgia con datos de compresión radicular representa una sintomatología frecuentemente vista en la consulta de rehabilitación; los quistes sinoviales lumbares como etiología de la misma son poco frecuentes, siendo lesiones relacionadas con la degeneración de las articulaciones facetarias. Su localización predominante es a nivel de L4- L5, siendo la resonancia magnética el método de elección para su diagnóstico. La cirugía es la mejor alternativa si existe dolor persistente y sintomatología neurológica. **Caso Clínico:** Paciente femenino de 51 años de edad, sin antecedentes de interés, quien acudió a consulta de Rehabilitación por un cuadro de compresión radicular L5, de tres meses de evolución, el cual no respondía al tratamiento farmacológico pautado. Con diagnóstico por resonancia magnética de quiste sinovial lumbar L5 derecha fue canalizada a Neurocirugía efectuando hemilaminectomía y cistectomía, y posteriormente programa de rehabilitación, dando de alta a la paciente asintomática. **Conclusión:** La lumbalgia por compresión radicular por quiste sinovial facetario es infrecuente, sin embargo debe ser parte del diagnóstico diferencial. **Rev Med Clin 2020;4(3):e01092004006**

Palabras clave—Quiste sinovial facetario, compresión radicular

Abstract— L5 root compression due to facet synovial cyst

Introduction: Low back pain with root compression represents a symptomatology frequently seen in the rehabilitation departments. Lumbar synovial facetary cysts are rare, being lesions related with facet joints degenerations. Its predominant location is at L4-L5 level, magnetic resonance imaging is the choice method for its diagnosis. Surgery is the best alternative if there is persistent pain and neurological symptoms. **Case Report:** A 51-year-old female patient, without a history of interest, who went to the Rehabilitation consultation with three-month L5 root compression evolution, which did not respond to the prescribed pharmacological treatment. Whit L4/L5 synovial cyst diagnosed by magnetic resonance, She was sent to Neurosurgery, performing hemilaminectomy and cystectomy and rehabilitation program, discharging asymptomatic patient. **Conclusion:** Low back pain due to root compression due to facet synovial cyst is rare, however it must be part of the differential diagnosis. **Rev Med Clin 2020;4(3):e01092004006**

Keywords—synovial facetary cysts, lumbar root compression

INTRODUCCIÓN

Los quistes sinoviales facetarios (QSF) son lesiones degenerativas intraespinales y extradurales que se originan de la cápsula de la articulación facetaria.¹ Por su localización, pueden causar compresión del saco dural y de la raíz espinal manifestándose con un cuadro de compromiso radicular. Actualmente son debatidos tanto

Datos de contacto: Luis Gerardo Domínguez-Carrillo, Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato, León, Guanajuato, Mex., Tel: 47 72674900, lgdomínguez@hotmail.com

su clasificación y patogenia como su tratamiento óptimo. Ante un paciente que presenta dolor radicular, en especial de raíces lumbares bajas, se piensa habitualmente en hernia discal, estenosis foraminal o estenosis espinal; rara vez se plantea el diagnóstico diferencial de quiste sinovial pues son lesiones poco frecuentes, por lo que al diagnóstico se llega por estudios de imagen.² Para su tratamiento, existen varias alternativas terapéuticas, siendo la quirúrgica la más eficaz. Al presentarse una paciente en Rehabilitación, con datos de lumbalgia más compresión radicular L5 derecha que no había respondido a tratamiento conservador habitual, los estudios mostraron QSF como origen de su sintomatología, siendo el motivo de esta comunicación.

REPORTE DE CASO

Femenino de 51 años de edad, sin antecedentes de interés, quien acudió a consulta de Rehabilitación por un cuadro lumbalgia asociado a compresión radicular L5 derecha, de dos meses de evolución, el cual no respondía al tratamiento farmacológico pautado. A la exploración física en rehabilitación presentó marcha antálgica asociada a estepeaje de pie derecho, con desviación de tronco a la derecha, postura con discreta flexión de columna lumbar y desviación a la derecha del tronco en relación con la pelvis, presencia de espasmo muscular en paravertebrales derechos a nivel dorso-lumbar; signo de Lasègue positivo a 30° en MPI; examen clínico muscular paresias glúteo medio derecho 3/5 al igual que bíceps crural; tibial anterior, peroneos, extensor del dedo gordo y extensor común de los dedos con calificación 2/5 respectivamente; hipoestesia en territorio L5 derecho; ROT normales, no Babinski. Se efectuó el diagnóstico de lumbalgia asociada a compresión radicular L5 derecha por posible hernia discal L4/L5. Se solicitó RMN la cual mostró: quiste sinovial facetario L4/L5 derecho con compresión de saco dural y de raíz L5 derecha (**Figura 1**). La paciente fue derivada a neurocirugía efectuando hemilaminectomía y cistectomía; el resultado histopatológico mostró membrana sinovial de características normales; posteriormente recibió programa de rehabilitación por 4 semanas, dando de alta a la paciente asintomática y con fuerza muscular normal.

DISCUSIÓN

En 1885, Baker fue el primero en describir la formación de quistes sinoviales adyacentes a una articulación, de ahí el epónimo de quiste de Baker que se presenta en hueco poplíteo en gonartrosis³

Los quistes sinoviales pueden desarrollarse en cualquier articulación. En 1950, se describió el primer caso de QSF a nivel lumbar originando compresión radicu-

lar. Los QSF sinoviales son infrecuentes en las articulaciones facetarias, con incidencia de 0.002 a 0.8%, se localizan (68.4%) a nivel de L4/L5 (como en este caso); (21%) en L5/S1; siendo de 5% tanto en L1/L2 como en L2/L3. La serie más grande reportada pertenece a Lyons con 194 casos.⁴ Se desarrollan en articulaciones facetarias por artrosis y degeneración ocasionadas por alteraciones biomecánicas,⁵ y pueden ser resultado de traumatismo agudo y/o crónico, lo que origina una lesión capsular y herniación de la membrana sinovial. La presencia de espondilolistesis en 33% de los casos y la hiper movilidad en 60% de los casos es el principal factor etiológico en su formación. Se les observa con mayor frecuencia en la sexta década de la vida, la mayoría de los estudios reportan predominio femenino con relación 2:1. En la última década, con la tecnología de TAC y RMN se han incrementado los reportes.⁶

De inicio, en este caso, no se pensó en síndrome facetario, pues la irradiación del dolor era francamente radicular, a diferencia del síndrome facetario en que el dolor habitualmente se limita al tercio medio de cara posterior de muslo.⁷ Los síntomas más comunes reportados en QSF son: radiculopatía dolorosa (85%), claudicación de una raíz (44%), alteraciones de sensibilidad (43%) y paresia (en 27% de los casos), aunque también pueden presentarse manifestaciones de claudicación intermitente por estenosis espinal y más raramente síndrome de cauda equina (1-13%).

De los estudios de imagen, las radiografías simples son de poca utilidad, excepto para excluir espondilólisis y espondilolistesis; la TAC y la RMN son las modalidades diagnósticas recomendadas, siendo la última el estudio de elección, ya que es la que mejor demuestra la lesión,⁸ pues el QSF aparece bien circunscrito, de localización extradural y adyacente a la articulación; el contenido proteínico del quiste puede ser demostrado por tener mayor señal de intensidad que la del líquido cefalorraquídeo en ponderaciones T1 y T2.⁸ Existe controversia con respecto al manejo de los QSF a nivel lumbar, puesto que no existe un estándar de oro o guías establecidas, ya que es una situación infrecuente. Se puede implementar tratamiento conservador, y de no lograr cambios, las técnicas invasivas que incluyen aspiración del quiste e infiltración con esteroides pueden intentarse.⁹ La técnica quirúrgica habitual es la hemilaminectomía asociada con la resección del quiste (técnica aplicada en este caso);¹⁰ a veces, se realiza una fusión concomitante en casos seleccionados que cursan, además, con inestabilidad vertebral.^{11,12} Histológicamente, la pared interna de los QSF está formada por epitelio cúbico o pseudo-estratificado sin diferencias con los

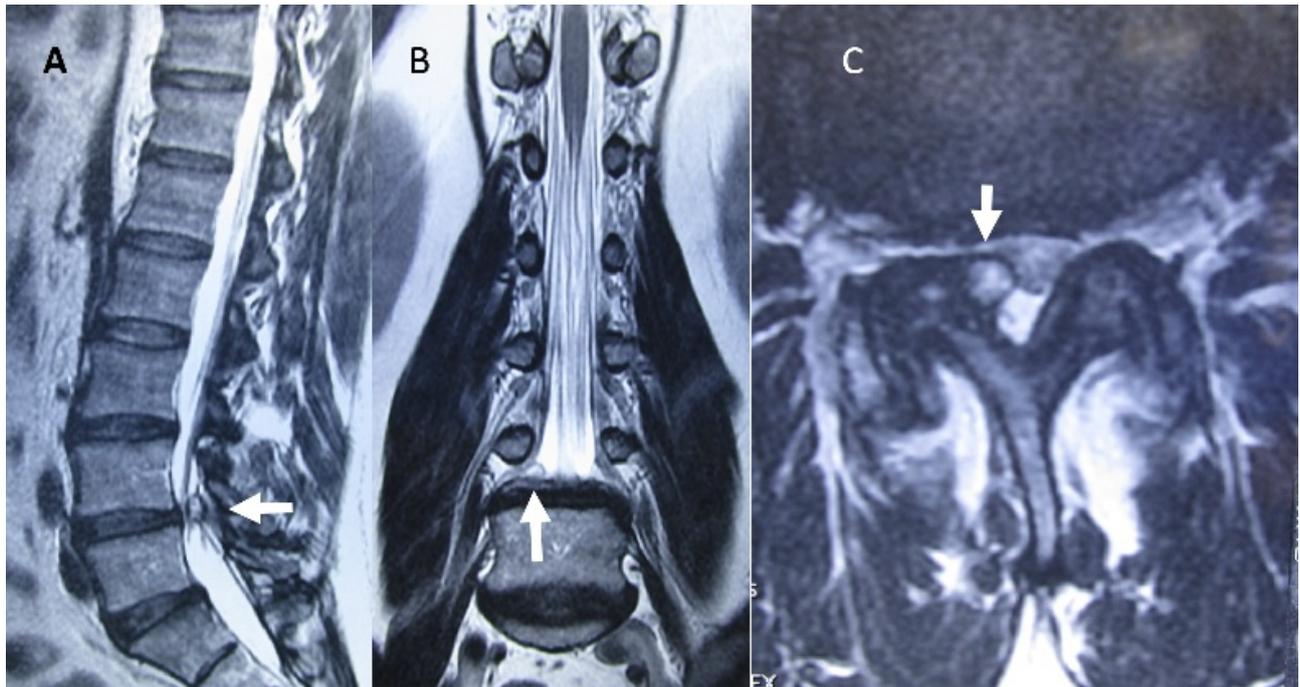


Figura 1: Imágenes de resonancia magnética ponderadas en T2, en (A) corte sagital, en (B) corte coronal, en (C) corte axial, mostrando: a nivel de L4/L5, presencia de quiste sinovial facetario derecho (flecha), ocasionando compresión radicular de la raíz L5 derecha y disminución del espacio dural (canal estrecho) a nivel L4/L5.

hallazgos histológicos de un ganglión del carpo; si bien, en 9% de los casos los QSF pueden ser hemorrágicos.

REFERENCIAS

- [1] Khan AM, Girardi F. Spinal lumbar synovial cysts. Diagnosis and management challenge. *Eur Spine J.* 2006; 15: 1176-1182. doi: 10.1007/s00586-005-0009-4
- [2] Métellus P, Fuentes S, Adetchessi T, Levrier O, Flores-Parra I, Talianu D et al. Retrospective study of 77 patients harbouring lumbar synovial cysts: functional and neurological outcome. *Acta Neurochir (Wien).* 2006; 148: 47-54. doi: 10.1007/s00701-005-0650-z
- [3] Baker WM. Formation of synovial cysts in connection with joints. *Bartholomews Hospital Reports.* 1885; 21: 177-190.
- [4] Lyons MK, Atkinson JL, Wharen RE, Deen HG, Zimmerman RS, Lemens SM. Surgical evaluation and management of lumbar synovial cysts: the Mayo Clinic experience. *J Neurosurg.* 2000; 93 (1 Suppl):53-57. doi: 10.3171/spi.2000.93.1.0053
- [5] Serhan HA, Varnavas G, Dooris AP, Patwadhan A, Tzermiadianos M. Biomechanics of the posterior lumbar articulating elements. *Neurosurg Focus.* 2007; 22: E1-6. DOI: 3171/foc2007.22.1.1
- [6] Alicioglu B, Sut N. Synovial cysts of the lumbar facet joints: a retrospective magnetic resonance imaging study investigating their relation with degenerative spondylolisthesis. *Prague Med Rep.* 2009; 110: 301-309.
- [7] Domínguez CL, Franco DR, Vargas CJ. Síndrome facetario, valoración de 20 criterios diagnósticos. *Rev Mex Reumatol.* 1998; 13: 89-94.
- [8] Domínguez GL, Alcocer MJ, Mora CJ, Domínguez CL. Compresión radicular por quiste sinovial facetario. *Acta Méd Gpo Ángeles* 2015; 13: 34-37.
- [9] Erbas M, Ozdemir U, Toman H, Sahin H, Savluk O, Luleci N. Percutaneous treatment of lumbar synovial cyst: a case report. *Acta Médica Mediterránea.* 2014; 30: 535-537.
- [10] Dagain A, Dulou R, Dutertre G, Delmas JM, Pouit B, de Soultrait F et al. Surgical management of synovial cyst of the lumbar spine: retrospective study of 52 patients. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2008; 94: 289-296. doi: 10.1016/j.rco.2007.11.003
- [11] Khan AM, Synnot K, Camissa FP, Girardi FP. Lumbar synovial cysts of the spine: an evaluation of surgical outcome. *J Spinal Disord Tech.* 2005; 18: 127-131. doi: 10.1097/01.bsd0000156830.68431.70
- [12] Trummer M, Flaschka G, Tillich M, Homann CN, Unger F, Eustacchio S. Diagnosis and surgical management of intraspinal synovial cysts: report of 19 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001; 70: 74-77.