

500

## PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTOS

# Quiste sinovial intrarraquídeo Presentación de un caso y revisión de la literatura

Dres. ELIGIO G. ORTOLAN, CARLOS A. SOLA y MARCELO F. GRUEMBERG\*

Los quistes sinoviales pueden formarse a partir de cualquier articulación o vaina tendinosa<sup>1, 3, 6, 8</sup>.

En algunas localizaciones pueden ocasionar compromiso neurológico. Encontramos varios casos publicados donde se halló alteración neurológica en los nervios cubital, mediano o ciático poplíteo externo<sup>4, 9, 12</sup>.

Cuando la localización del quiste es intrarraquídea puede dar una variedad de signos y síntomas neurológicos, por lo que una precisa evaluación diagnóstica es imprescindible. Aunque algunos autores nos presentan a la RMI<sup>6, 11</sup> o a la TAC<sup>3, 8</sup> como los métodos de elección, nosotros creemos que ambos métodos se complementan y muestran distintas características de la lesión.

Si bien todos los autores coinciden en que, cuando la clínica lo justifica, el tratamiento pasa por la resección quirúrgica, los avances en los métodos a cielo cerrado con control radioscópico o tomográfico merecen algunas consideraciones.

La siguiente es la primera presentación de un quiste sinovial intrarraquídeo (QSI) de columna lumbar hecha en nuestra Asociación.

D.E., mujer de 42 años de edad, ama de casa. Refiere una lumbociática izquierda de cuatro años de evolución que se intensifica en los últimos días, tomando una distribución claramente radicular,

calmando con reposo. No refiere antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia.

**Examen físico:** Se observa una columna en eje, rígida y dolorosa a la movilidad en todos los planos, especialmente en la extensión.

**Examen neurológico:** Lasegue positivo en MII a 35 grados, disminución de la fuerza en el extensor del hallux izquierdo e hipoestesia en el dermatoma correspondiente a la raíz L5 ipsilateral.

Los exámenes complementarios en sangre son normales. Las radiografías de columna lumbar muestran ligeros signos degenerativos interfacetarios de L3 a S1 y un pinzamiento moderado L5-S1.

**TAC:** A nivel articular L4-L5 del lado izquierdo se constata artrosis facetaria; en relación con la interlínea se observa una formación quística re-

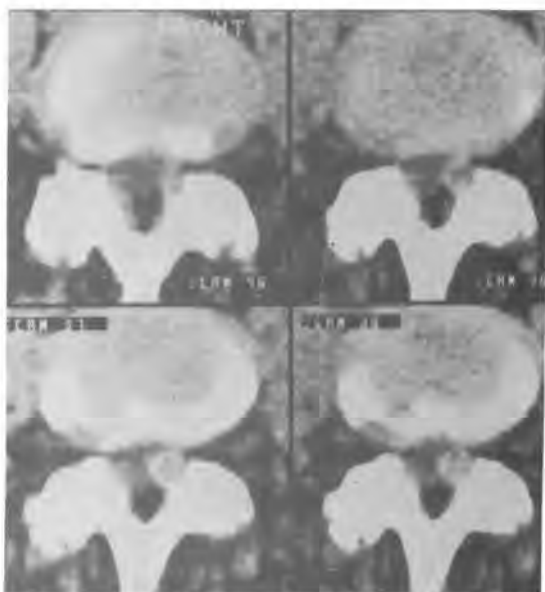


Figura 1

\* Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto de Ortopedia "Carlos E. Ottolenghi", Sección Patología del Raquis.

dondeada de contenido líquido que protruye hacia el canal, desplazando al saco dural (Fig. 1).

**RMI:** Se observa una formación patológica de forma ovoidea, ubicada a nivel del cuarto espacio sobre el sector izquierdo y posterior del espacio peridural. La formación descrita se encuentra en relación con la articulación adyacente y desde allí se desplaza para ocupar el receso lateral izquierdo. Hace cuerpo con la dura sin comprometerla (Fig. 2).

**Intervención quirúrgica:** El 8/9/90, a través de un abordaje posterior, se realiza una hemilaminotomía izquierda de L4; una vez reseca el ligamento amarillo se observa una formación quística que comprime la raíz L5 izquierda. Se reseca el quiste y parte de la articular inferior izquierda de L4.

La paciente fue vista por última vez con seis meses de seguimiento postoperatorio, sin dolor ni déficit motor o sensitivo.

**Informe anatomopatológico microscópico:**

- a) Formación quística de tejido fibrohialino con áreas de calcificación y contenido mucoide.
- b) Tejido óseo con áreas necróticas y neoformación osteocartilaginosa reactiva.

**Diagnóstico:** Ganglión articular con signos artrósicos (Dra. Ana Morandi).

**DISCUSION**

Son varias las estructuras quísticas que pueden ocasionar lumbalgias con o sin compromiso neurológico. Kao y colaboradores<sup>7</sup> proponen una clasificación con tres grupos: 1: quistes perineurales surgidos del ganglio; 2: quistes aracnoideos surgidos en la proximidad de una raíz con o sin comunicación con el saco dural; 3: quistes yuxtafacetarios (este último grupo incluiría a los gangliones y los quistes sinoviales, siendo éste el grupo que nos ocupa).

La diferencia entre quiste sinovial y ganglión estaría dada por la ausencia de un mesotelio y la presencia de un material gelatinoso en el ganglión<sup>6</sup>.

La fisiopatogenia que diferencia estas dos lesiones sólo tiene interés histopato-

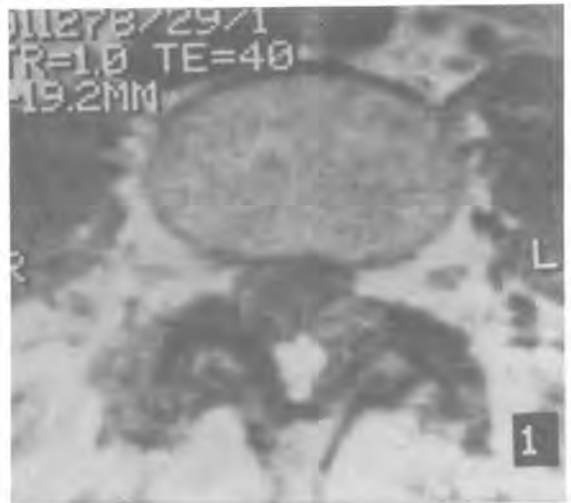


Figura 2

lógico, ya que ambas formaciones quísticas dan síntomas por compresión de estructuras neurológicas y su aspecto radiológico, así como su tratamiento, son los mismos.

La ubicación habitual del QSI es en columna lumbar y el nivel más frecuente L4-L5. Patel<sup>10</sup>, en una extensa revisión, encontró el 80% de los QSI a este nivel, el 15% en los segmentos inmediatamente superior o inferior y el 5% en columna cervical.

La etiología de esta lesión no está completamente aclarada pero la relación con niveles de gran movilidad y su asociación con signos degenerativos articulares es constante y se repite en todas las series.

Los QSI pueden presentarse como hallazgos tomográficos en pacientes con patología a otro nivel<sup>5,13</sup> y también produciendo lumbalgias, lumbociatalgias<sup>13</sup> o cuadros de claudicación neurológica<sup>2</sup>.

Los diagnósticos diferenciales incluyen: secuestros discales, tumores peridurales y quistes meníngeos<sup>6,13</sup>.

La TAC y la RMI juegan un rol muy importante en el diagnóstico y planeamiento preoperatorio. La TAC permite una mayor resolución de la patología ósea adyacente y su relación con el quiste.

Cuando el contenido del quiste es gaseoso (hasta un 40% de los casos en algunas series<sup>13</sup>), la TAC muestra mejor resolución.

La RMI es el mejor método para visualizar el límite entre el quiste y la duramadre, así como también es el estudio más sensible en la detección de patología asociada. Variando los distintos tumores, la RMI nos permite evaluar la composición de la pared quística, así como su contenido.

La radiculografía ha quedado limitada para aquellos casos donde la clínica de claudicación neurológica requiere un estudio dinámico para descartar compromiso a otros niveles.

El tratamiento quirúrgico que se le efectuó a nuestra paciente es el que se describe en la mayoría de las series publicadas, es

seguro, sencillo y sólo encontramos publicado un caso de recidiva en una paciente con artritis reumatoidea<sup>3</sup>.

Björkengren y colaboradores<sup>3</sup> describen un método consistente en la inyección bajo TAC de contraste intraarticular, que permite visualizar la comunicación con el quiste, y la posterior inyección de un corticoide. Si bien los resultados son promisorios, se necesitará de una mayor casuística y un mayor seguimiento para contarlos como tratamiento alternativo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Abdullah A, Chambers R, Dant D: Lumbar root compression by synovial cysts of the ligamentum flavum. *J Neurosurg* 60: 617-620, 1984.
2. Baum J, Hanley E: Intraspinial synovial cyst simulating spinal stenosis. *Spine* 11 (5), 1986.
3. Björkengren AG, Kurz L, Resnick D, Sartoris DJ, Garfin RS: Symptomatic intraspinal synovial cysts: opacification and treatment by percutaneous injection. *AJR* 149: 105-107, 1987.
4. Brooks DM: Nerve compression by simple ganglia. A review of thirteen collected cases. *JBJS* 34-B (3): 391-400, 1952.
5. Gritzka T, Taylor TA: Ganglion arising from a lumbar articular facet associated with low back pain and sciatica. *JBJS* 52-B (3), 1970.
6. Jackson DE, Scott WA: Intraspinial synovial cysts: MR imaging. *Radiology* 170: 527-530, 1989.
7. Kao CC, Winkler SS, Turner SH: Synovial cyst of the spinal facet: A case report. *J Neurosurg* 41: 372-376, 1974.
8. Kurz L, Garfin S, Unger A, Thorme R, Rothman R: Intraspinial synovial cyst causing sciatica. *JBJS* 67-A (6), 1985.
9. Maróttoli O, Didier A: Lesiones nerviosas en los quistes sinoviales. SAOT, 2ª Sesión Científica Ordinaria, 26 de mayo de 1953.
10. Patel C, Sanders WP: Synovial cyst of the cervical spine: case report and review of the literature. *AJNR* 9: 602-603, 1988.
11. Raphael D, Iliva A, Roque C, Pampati M: The advantage of magnetic resonance imaging in diagnosis of the lumbar synovial cyst. *Spine* 244-246, 1990.
12. Seddon HJ: Carpal ganglion as a cause of paralysis of the deep branch of the ulnar nerve. *JBJS* 34-B (3): 386-390, 1952.
13. Wayne L, Trevor A, Turba C: Lumbar intraspinal synovial cysts; recognition and CT diagnosis. *Spine* 12: 1378-1383, 1989.