

RADICULOPATÍA CON DÉFICIT MOTOR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE QUISTE SINOVIAL FACETARIO . A PROPÓSITO DE UN CASO.



Martínez Pardo F., Corbacho Sánchez V., Sotelo Sevillano F., Hoyos Perales I., Fernández Alba G., Crespo Agea J.

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera.

INTRODUCCIÓN:

Los quistes sinoviales se producen generalmente por cambios degenerativos a nivel de las articulaciones, siendo la muñeca, la rodilla y el tobillo o pie los lugares más frecuentemente afectados. Su localización intrarraquídea en la columna lumbar es infrecuente, pero cuando aparecen puede producir dolor lumbar y/o radicular, con o sin déficit motor y/o sensitivo.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 35 años, instructor de bodycombat y musculación, que sufre episodio de lumbalgia aguda tras esfuerzo en su gimnasio al cargar peso muy elevado. A los 2 meses acude a consulta de Rehabilitación con clínica de ciatalgia, parestesias y pérdida de fuerza de miembro inferior derecho, que empeoran con el reposo.

Exploración física: Claudicación en la marcha, lasegue y bragard positivo a 30º de flexión de cadera, dolor palpación interapofisiaria L5-S1 y facetario, reflejo aquileo abolido, hipoestesia e hipoalgesia en el territorio S1, balance muscular triceps sural de 3+/5, resto normal.

Tratamiento inicial: Ante la sospecha de patología discal lumbar se instaura tratamiento farmacológico con Inzitam i.m. y pregabalina. Se mantiene nivel de actividad física, pero evitando sobrecarga lumbar.

Pruebas complementarias: Se solicita resonancia magnética de la columna lumbar que muestra imagen compatible con quiste sinovial de 12 por 18 mm en receso lateral izquierdo L5-S1 que comprime raíz S1. Pinzamiento del interespacio L5-S1 con mínima protusión homogénea de su anillo fibroso.

Evolución: A las 4 semanas el paciente presenta mejoría de todos los síntomas y signos, desapareciendo la ciatalgia y la claudicación en la marcha. Y a las 8 semanas la exploración es prácticamente normal.

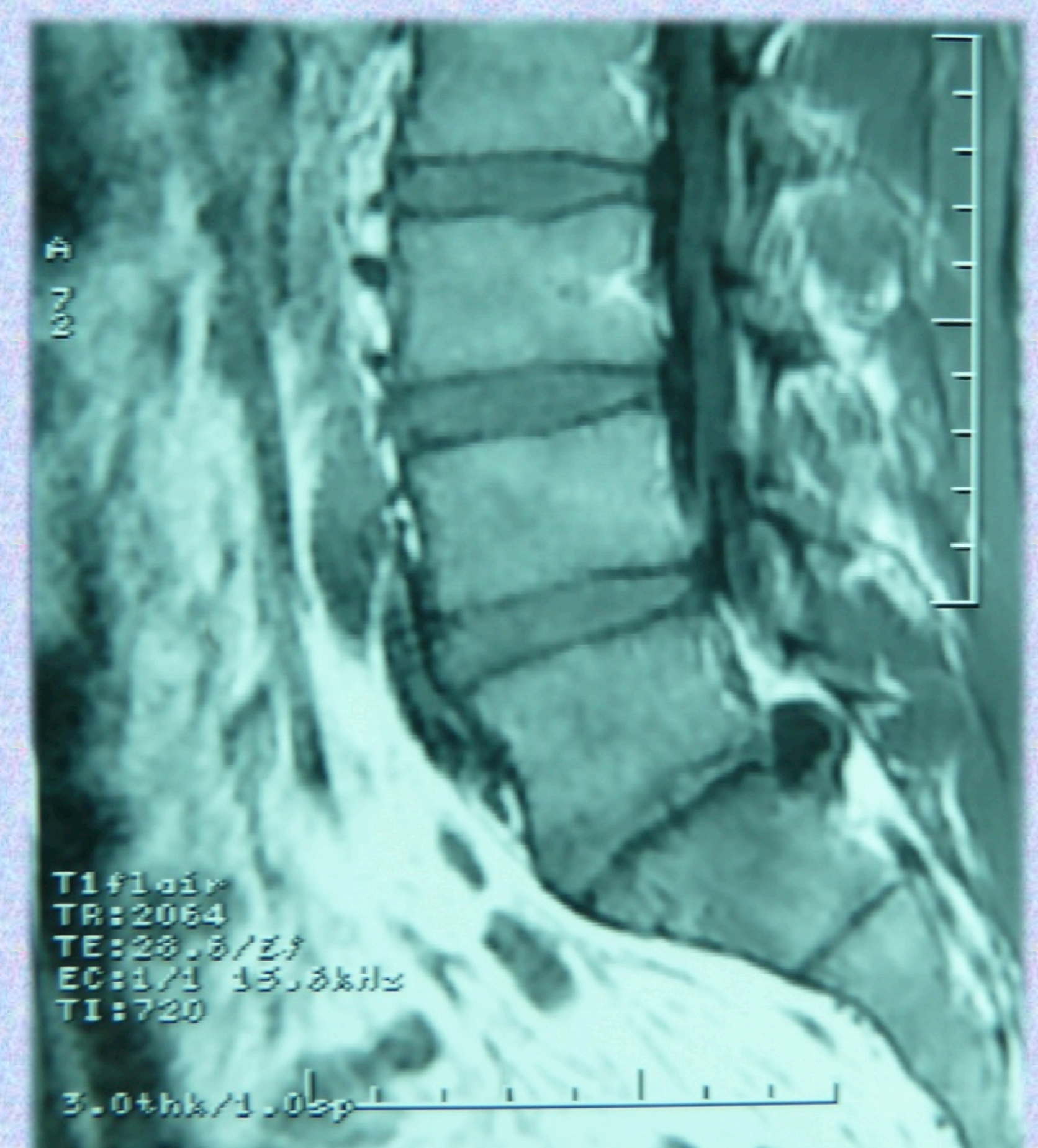
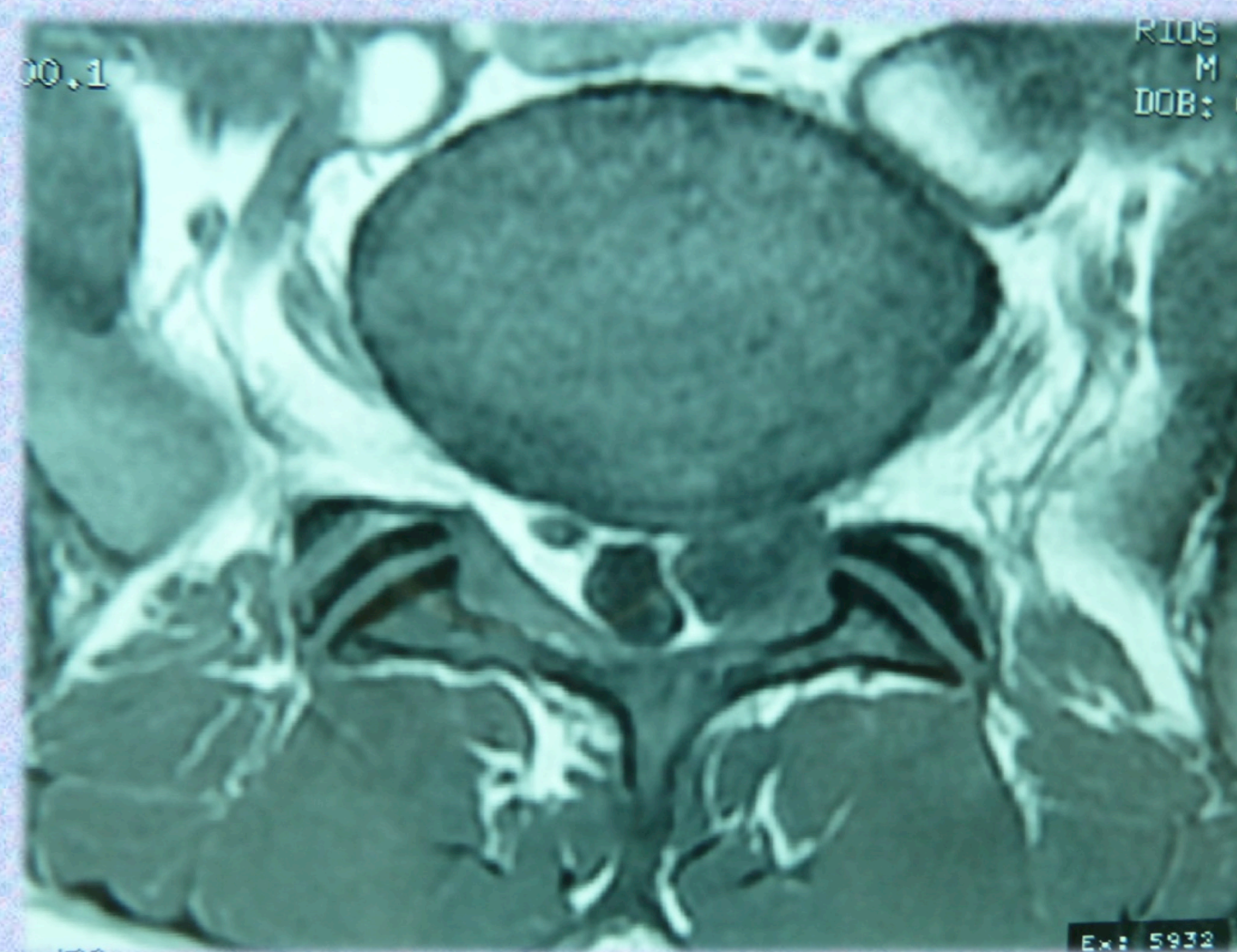


Fig. 1 y 2: Imágenes por resonancia magnética de la columna lumbar del paciente que muestra el quiste en receso lateral izquierdo.

CONCLUSIONES:

Los quistes sinoviales intrarraquídeos son poco frecuentes, pero deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las lumbociatalgia y más aún si existe compromiso neurológico.

Aunque el tratamiento es fundamentalmente intervencionista o quirúrgico, hay casos en que el tratamiento conservador es satisfactorio.

BIBLIOGRAFÍA:

- Howington JU, Connolly ES, Voorhies RM. Intraespinal synovial Cyst: 10-year experience at the Ochsner Clinic. J Neurosurg. 1999;91 Suppl 2:193-9.
- Kemaloglu S, Nas K, Gur A, Bukte Y, Ceviz A, Ozkan U. Synovial cyst at the intervertebral foramina causing lumbar radiculopathy. Spinal Cord. 2001;39:399-401.
- Prescod K, Bedaysie H, Mahadeo S, Capildeo K. Lumbar spine synovial cysts. A case report and review of the literature. West Indian Med J. 2002;51:181-3.

