

Quiste sinovial parafacetario lumbar. Reporte de tres casos

Ávila-Ramírez José,* Reyes-Rodríguez Víctor Andrés,*
Ávila-Cervantes Rodrigo,** Lavenant Borja María Isabel***

RESUMEN

Se reportan tres casos de quiste sinovial parafacetario lumbar; la sintomatología fue la de un síndrome de compresión radicular; el diagnóstico se llevó a cabo mediante IRM; dos quistes estuvieron localizados en L4-L5 del lado izquierdo y uno bilateral a ese nivel. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, los resultados son satisfactorios.

Palabras clave: quiste sinovial, radiculopatía lumbar.

Synovial yuxtafacet lumbar cyst. Report of three cases and review of the literature

ABSTRACT

It is report three synovial yuxtafacet lumbar cysts; chronic compressive radicular pain was the synovial cyst related symptom. MRI is the modality of choice for diagnosis. Two cysts were located at the L4-L5 left level and one bilateral also L4-L5. Symptomatic relief was obtained postoperatively in all patients.

Key words: Synovial cyst, lumbar radiculopathy.

INTRODUCCIÓN

Los avances en la imagen por resonancia magnética han hecho posible el diagnóstico relativamente fácil de los quistes parafacetarios espinales intrarraquídeos lumbares; se han utilizado varios términos, tales como quiste sinovial,¹ quiste ganglionar² y lesión pseudoquística,³ quiste yuxtafacetario,⁴ y quiste facetario intrarraquídeo.⁵

Los quistes sinoviales y los ganglionares se diferencian por su aspecto histológico.

Algunos autores han postulado que la formación del quiste está relacionada a la degeneración del ligamento amarillo y de la faceta articular.

Un canal de comunicación entre el quiste y la faceta puede existir y desempeñar un papel importante en el desarrollo del mismo. Esto puede comprobarse mediante la realización de una artrografía. Kusakabe ha descrito cuatro tipos de quistes:

- **Tipo 1:** se caracteriza por una pequeña protrusión con una fisura.
- **Tipo 2:** una pequeña protrusión con una cavidad evidente.
- **Tipo 3:** es un quiste semicircular.
- **Tipo 4:** es un quiste redondo.

Los tipos 3 y 4 se dividen en dos subtipos: los de paredes del quiste gruesas (Tipos 3a y 4a) y los de paredes delgadas (Tipos 3b y 4b).⁶

OBJETIVO

Presentar nuestra experiencia en el diagnóstico, tratamiento y evolución de tres casos de quistes sinoviales y revisar la literatura.

REPORTE DE CASO

Tres casos con radiculopatía compresiva lumbar secundaria a quiste sinovial parafacetario en L4-L5 se presentan, dos del sexo femenino y uno del masculino. Seguimiento de 2-6/12.

Caso 1

Hombre de 52 años, IMC 30, vida sedentaria. Dolor lumbociático izquierdo crónico de tres años de evolución, con remisiones y exacerbaciones, hasta llegar a ser continuo e incapacitante. Examen: marcha claudicante a expensas del MII, Lasègue positivo izquierdo, flexión lumbar a la izquierda produce dolor, hipoestesia e hipoalgesia L5 izquierda, ROT normales. IRM quiste sinovial L4-L5 izquierdo y protrusión discal L4-L5 (Figuras 1 y 2). Hallazgos quirúrgicos: quiste sinovial L4-L5 gelatinoso al interior de color grisáceo, adherido firmemente a la raíz. Ligamento amarillo hipertrófico. Discoidectomía y facetectomía subarticular. Del lado derecho también se resecó el quiste. Evolución posquirúrgica con remisión por completo del dolor radicular desde el postoperatorio inmediato. Cortes histológicos: evidencia de quiste sinovial (Figura 3).

* Departamento de Neurocirugía, Hospital Médica Sur.

** Escuela de Medicina, ITSM.

*** Departamento de Patología, Hospital Médica Sur.



Figura 1. Caso 1: IRM sagital la imagen muestra el quiste sinovial L4-L5, que produce estenosis del canal lumbar. También se observa listesis grado 1 de L4.



Figura 2. Caso 1: IRM T2, la imagen muestra quiste sinovial L4-L5 del lado izquierdo que produce estenosis del receso lateral y el foramen. En el lado derecho pequeño quiste sinovial y cambios en las facetas.

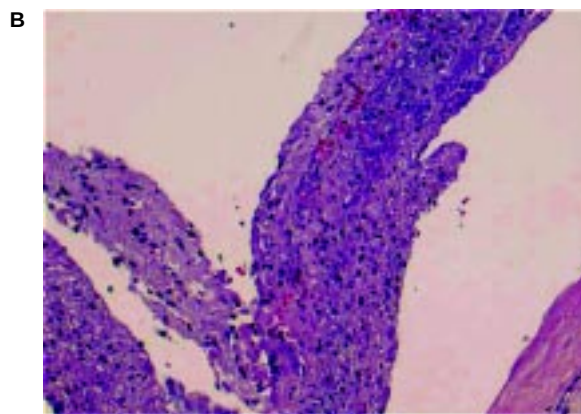
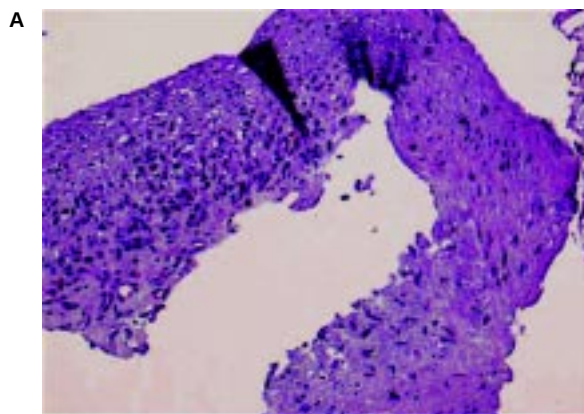
Caso 2

Mujer de 46 años, IMC 30, antecedente de practicar aeróbicos de alto impacto, yoga y natación. Cuadro de dolor lumbociático izquierdo de tres años de evolución, el cual había sido continuo, sin remisiones a pesar de tratamiento con analgésicos, AINE y reposo. Examen: claudicación a la marcha a expensas del MII, Lasègue izquierdo a 10°, sensibilidad al tacto, dolor y temperatura disminuidas en L5 y S1 del lado izquierdo. Marcha de puntas y talones producía exacerbación del dolor. Rx de columna lumbar con disminución del espacio intervertebral L4-L5. IRM protrusión discal L4-L5 y quiste parafacetario en ese nivel del lado izquierdo (Figuras 4-6).

Hallazgos quirúrgicos: quiste sinovial parafacetario en L4-L5 del lado izquierdo, de consistencia dura, aspecto gelatinoso al interior, que comprimía la raíz, el cual se resecó por completo. También se practicó discoidectomía y facetectomía subarticular. La evolución posquirúrgica favorable con remisión del dolor por completo.

Caso 3

Mujer de 52 años, IMC 24. Historia de dolor lumbociático izquierdo de 10 años de evolución constante en ocasiones incapacitante; tres años atrás disminución de la sensibilidad al tacto y temperatura en la pierna izquierda. Incapacidad para subir y bajar escaleras por el dolor. Examen neurológico: marcha claudicante a expensas del MII, Lasègue izquierdo, flexo-extensión lumbar limitada por dolor. Fuerza muscular 2/5. Marcha de talones incrementaba el dolor. Hipoestesia y sensibilidad a la temperatura disminuida en L5, S1 izquierda. TCC receso lateral estrecho con hipertrofia importante de faceta articular. Hallazgos quirúrgicos: hipertrofia de la faceta supe-



Figuras 3. Caso 1: Cortes histológicos de pared de tejido conectivo con proceso inflamatorio crónico inespecífico y revestimiento focal de células sinoviales. Tinción H & E 20x.



Figura 4. Caso 2: IRM sagital T2, se observa el quiste en L4-L5 (círculo). En L5-S1 se aprecian cambios en el disco intervertebral.



Figura 5. Caso 2: IRM, T2, corte axial se observa el quiste sinovial parafacetario en L4-L5 del lado izquierdo (círculo).

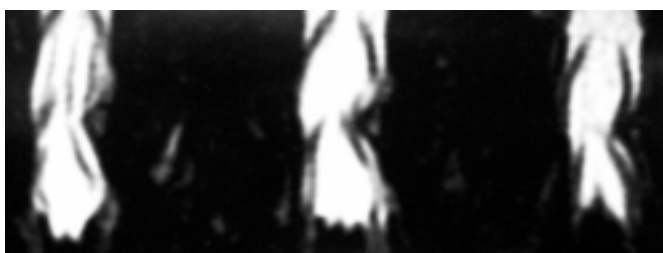


Figura 6. Caso 2: IRM coronal, tipo mielograma, se observa desplazamiento lateral izquierdo del saco dural y la raíz en L4-L5.

rior y quiste sinovial parafacetario que comprimía la raíz L5. En el postoperatorio mejoría de la sensibilidad a la temperatura y tacto, el dolor disminuyó, actualmente toma analgésicos ocasionalmente.

RESULTADOS

Los tres casos cursaban con quiste sinovial parafacetario en L4-L5, del lado izquierdo y cursaban con datos clínicos de compresión radicular. En el caso 1 el quiste del lado derecho no producía sintomatología.

En los tres casos se observó la presencia de un quiste sinovial; en el primer caso de ambos lados del tipo 3b del lado derecho y del tipo 4b del lado izquierdo. En el caso 2 del tipo 4b. En el caso 3 no se observó la presencia de quiste en la imagen tomográfica, sino que fue un hallazgo quirúrgico, el quiste fue del tipo 4b. Los tres cursaron con datos clínicos de radiculopatía compresiva, lo que se corroboró durante la intervención quirúrgica; en los dos primeros la mejoría fue inmediata; sin embargo, en el tercero el dolor no remitió por completo, asimismo la fuerza muscular permaneció en 3/5. Todos se reincorporaron a su actividad previa. Los dos primeros están en tratamiento para bajar de peso. En el estudio histopatológico en dos de ellos se observaron células sinoviales, en el caso 3 no. Los quistes no se resecaron en bloque sino en fragmentos al igual que la porción interna y subarticular de las facetas y el ligamento amarillo.

COMENTARIO

En 1974, Kao y cols.⁴ propusieron el término quiste yuxtafacetario para describir los quistes sinoviales localizados en el espacio extradural en la columna. Aunque se ha descrito como una patología frecuente desde el advenimiento de la RM,⁷ en nuestra casuística no lo hemos observado así (resultados no publicados).

Varias hipótesis en relación al origen y desarrollo de los quistes yuxtafacetarios han sido postuladas:

- Se originan por una herniación de la sinovial a través de una cápsula articular anormal.
- Como consecuencia de una degeneración mucinosa dentro del tejido fibroso periarticular.
- Por proliferación de las células pluripotenciales mesequimatosas del ligamento amarillo.
- Secundarias a microtrauma repetido y hemorragia focal.
- Como parte de la cápsula articular de la articulación facetaria o de un tejido distensible que ha penetrado en un ligamento amarillo roto y con cambios degenerativos.

De acuerdo con lo observado por la cronicidad del padecimiento, las imágenes y los hallazgos operatorios, pensamos que es multifactorial el desarrollo de los mismos, incluyendo la inestabilidad segmentaria.⁸ No en todos los casos es posible observar la presencia de células

sinoviales, sobre todo si no se reseca en bloque la porción medial de la faceta y el quiste. En nuestros casos fue posible observarlas en los dos primeros. En los tres casos, el quiste sinovial se encontró adherido firmemente a la raíz y al saco dural. El tratamiento es la resección quirúrgica completa del quiste, así como la porción medial de la faceta. La recurrencia es baja. La evolución posquirúrgica es buena o excelente^{9,10} y la cirugía es de bajo riesgo.

CONCLUSIONES

Los quistes sinoviales parafacetarios intrarraquídeos en la región lumbar comprimen la raíz adyacente y el cuadro semeja la presencia de un disco extruido. El diagnóstico preciso se lleva a cabo con la IRM. Los resultados mediante la resección quirúrgica del mismo además de la facetectomía medial subarticular son satisfactorios generalmente con recuperación funcional *ad integrum*.

REFERENCIAS

1. Abdullah AF, Chambers RW, Daut DP. Lumbar nerve root compression by sinovial cysts of the ligamentum flavum. Report of four cases. *J Neurosurg* 1984; 60: 617-20.
2. Kjerulf TD, Terry DW Jr, Boubelik RJ. Lumbar synovial or ganglion cysts. *Neurosurgery* 1986; 19: 415-20.
3. Wildi LM, Kurrer MO, Benini A, et al. Pseudocystic degeneration of the lumbar ligamentum flavum: a little known entity. *J Spinal Disord Tech* 2004; 17: 395-400.
4. Kao CC, Winkler SS, Turner JH. Sinovial Cyst of spinal facet. Case report. *J Neurosurg* 1974; 41: 372-6.
5. Hsu KY, Zucherman JF, Shea WJ, et al. Lumbar intraspinal and ganglion cysts (facet cysts). Ten year experience in evaluation and treatment. *Spine* 1995; 20: 80-9.
6. Kusakabe T, Kasama F, Aizawa T, et al. Facet cyst in the lumbar spine: radiological and histopathological findings and possible pathogenesis. *J Neurosurg Spine* 2006; 5: 398-403.
7. Lyons MK, Atkinson JLD, Wharen RE, et al. Surgical evaluation and management of lumbar synovial cysts: the Mayo Clinic experience. *J Neurosurg (Spine 1)* 2000; 93: 53-7.
8. Assam CJ. Midline lumbar ganglion/synovial cyst mimicking an epidural tumor: case report and review of pathogenesis. *Neurosurgery* 1988; 23: 232-4.
9. Pirotte B, Gabrovsky N, Massager N, et al. Sinovial cysts of the lumbar spine: surgery-related results and outcome. *J Neurosurg (Spine 1)* 2003; 99: 14-9.
10. Khan HM, Synnot K, Cammisa FP, Girardi FP. Lumbar synovial cyst of the spine: an evaluation of surgical outcome. *J Spinal Disord Tech* 2005; 18(2): 127-31.



Correspondencia: Dr. José Ávila-Ramírez
Correo electrónico: afauela@hotmail.com