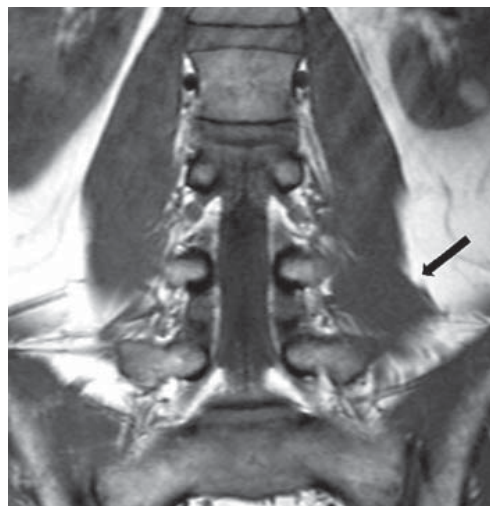




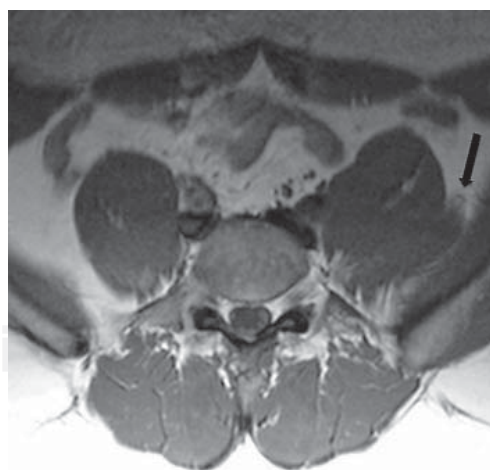
## Compresión radicular L5 extraforaminal por músculo psoas accesorio

Jorge Magaña Reyes,<sup>1</sup> Luis Gerardo Domínguez Gasca,<sup>2</sup> Luis Gerardo Domínguez Carrillo<sup>3</sup>

Masculino de 42 años con dos meses de sintomatología caracterizada por dolor (7/9 en la EVA) localizado en la región glútea izquierda, irradiado a la cara posterolateral del muslo ipsilateral hasta la cabeza del peroné, acompañado de parestesias en la misma área; el dolor se exacerbaba con ejercicio y manejo de automóvil; no presentaba lumbalgia. La molestia inició inmediatamente después de la realización de ejercicio (doble elevación de las extremidades pélvicas con rodillas en extensión, en posición supina). A la exploración: postura y marcha normales; examen clínico muscular normal excepto para el glúteo medio y bíceps crural izquierdos en 4/5; hipoestesia en la cara posterolateral del muslo; el resto, normal; reflejos osteotendinosos, pulsos arteriales y llenado capilar normales. Fue manejado con AINE por dos meses, sin cambio en la sintomatología; fue enviado a rehabilitación, con diagnóstico presuntivo de síndrome facetario con datos de irritación radicular L5 incompleta. Se solicitó una resonancia magnética, donde se encontró músculo psoas accesorio izquierdo (*Figuras 1 y 2*) responsable de la sintomatología por compresión extraforaminal de la raíz L5 izquierda; fue sometido a un programa de rehabilitación (16 sesiones) con ejercicios de Williams y estiramiento de los flexores de cadera. Fue dado de alta asintomático.



**Figura 1.** Imagen de resonancia magnética en secuencia coronal, ponderada en T1, a nivel del conducto medular a la altura de L4-L5, donde se identificó en situación paraespinal izquierda una imagen isointensa al músculo, de morfología triangular (flecha), justo sobre el trayecto de las raíces emergentes, correspondiendo a músculo psoas accesorio.



**Figura 2.** Imagen de resonancia magnética en secuencia axial ponderada en T1, que muestra obliteración de la señal de la grasa posterior al psoas lumbar izquierdo por músculo psoas accesorio (flecha); compárese con el lado contralateral.

<sup>1</sup> Radiólogo. Hospital Ángeles León.

<sup>2</sup> Residente de Traumatología y Ortopedia. Hospital General de León, Guanajuato.

<sup>3</sup> Especialista en Medicina de Rehabilitación. Profesor de la Facultad de Medicina de León. Universidad de Guanajuato. México.

### Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo

Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Aceptado: 31-08-2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

En la literatura se reportan varias anomalías del músculo psoas-iliaco;<sup>1</sup> se desconoce su prevalencia, ya que la gran mayoría son asintomáticas. Jelev y sus colaboradores<sup>2</sup> reportan un músculo iliopsoas accesorio entre 108 autopsias efectuadas durante 22 años. Las anomalías del psoas iliaco se localizan más frecuentemente a nivel de su inserción distal;<sup>3</sup> a veces, estas variaciones anatómicas pueden ser sintomáticas (como en el caso presentado), ocasionando compresión radicular de L4 y/o L5 a nivel extraforaminal<sup>4</sup> o afección del nervio femoral,<sup>5</sup> que requieren ser estudiadas como parte del diagnóstico diferencial de compresión radicular.

## REFERENCIAS

1. Fabrizio PA. Anatomic variation of the iliacus and psoas major muscles. *International Journal of Anatomical Variations*. 2011; 4: 28-30.
2. Jelev L, Shivarov V, Surchev L. Bilateral variations of the psoas major and the iliacus muscles and presence of an undescribed variant muscle —accessory iliopsoas muscle. *Ann Anat*. 2005; 187 (3): 281-286.
3. Philippon MJ, Devitt BM, Campbell KJ, Michalski MP, Espinoza C, Wijdicks CA et al. Anatomic variance of the iliopsoas tendon. *Am J Sports Med*. 2014; 42 (4): 807-811.
4. Lee S, Kang JH, Srikantha U, Jang IT, Oh SH. Extraforaminal compression of the L-5 nerve root at the lumbosacral junction: clinical analysis, decompression technique, and outcome. *J Neurosurg Spine*. 2014; 20 (4): 371-379.
5. Aristotle S, Sundarapandian S, Felicia C. Accessory ilioc muscle with splitting of the femoral nerve: a case report. *OA Case Reports*, 2013; 12 (6): 56.