

Quiste de Tarlov bilateral, presentación de un caso

Tarlov cyst bilateral, case report

Octavio Chávez Herbas^{1a}, Luis Daniel Parada Heredia^{1a}, Tonchy Marinkovic Álvarez^{1b}

Resumen

Los quistes de Tarlov, son crecimientos quísticos benignos sub diagnosticados y no reportándose ningún caso en Bolivia. Son clasificados como quistes meníngeos tipo II, infrecuentes (incidencia estimada de 4,6% - 9%), de características benignas, en su mayoría localizados en región sacra. Asintomáticos, en su gran mayoría diagnosticados de manera incidental. Se presenta el caso de una paciente con dolor crónico de tipo radicular en fosa iliaca izquierda sin mejoría ni explicación del mismo. Se le realizó tomografía computarizada y resonancia magnética por las cuales se llegó al diagnóstico. Posteriormente se da tratamiento conservador sintomatológico con mejoría evidente de las mismas. No requiriendo tratamiento quirúrgico.

Palabras claves: Quiste de Tarlov, quiste perineural, resonancia magnética con gadolinio, radiculopatía, dolor lumbar crónico, dolor radicular.

Abstract

Tarlov cyst is a benign cystic growth usually underdiagnosed. No case has been reported so far in Bolivia. Classified as a Type II meningeal cysts, rare (estimated incidence of 4,6% - 9%), of benign characteristics, most commonly located in the sacral region. Asymptomatic and diagnosed incidentally most of the times. The patient comes with a chief complaint of chronic radicular back pain in the left iliac fossa with no improvement or explanation thereof. The patient underwent CT and MRI leading us to the diagnosis. The patient is managed with conservative treatment targeting the symptoms, with notorious improvement not requiring surgical treatment.

Keywords: Tarlov cyst, perineural cyst, magnetic resonance imaging with contrast, radiculopathy, chronic lower back pain, radicular pain.

Esta patología es subdiagnosticada en nuestro país, por la baja incidencia, inespecificidad sintomatológica del mismo y por la escasa información bibliográfica sobre el tema en Bolivia.

Los quistes de Tarlov son formaciones patológicas perineurales que pueden estar situados en el espacio entre la peri y endoneuro de la vaina radicular posterior de la médula en el ganglio de la raíz dorsal. La incidencia de esta patología, a nivel mundial, ha sido estimada entre 4,6 y 9% de la población adulta¹.

Dependiendo de su ubicación, tamaño, y relación con las raíces de los nervios, un porcentaje de estos pueden ser sintomáticos y causar alteraciones sensoriales o motores. Esto ocurre en aproximadamente el 1% de los pacientes².

Los síntomas son secundarios a un aumento progresivo del tamaño del quiste entre las cuales se destaca: dolor en la zona de los nervios afectados por los quistes, especialmente las nalgas, debilidad muscular, dificultad para estar sentado por períodos prolongados, pérdida de la sensibilidad en la piel, pérdida de reflejos, alteración en la función intestinal tales como estreñimiento e incontinencia urinaria³.

Existen hipótesis acerca de la etiología del quiste de Tarlov. Como un proceso inflamatorio dentro de la vaina de la raíz nerviosa o que el trauma produzca fugas de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el área en la que se forma un quiste. Algunos creen que existe una conexión anormal entre el espacio subaracnoideo y la región perineural⁴. A este proceso le sigue

la inoculación de líquido, causando una oclusión del espacio perineural. A su vez el quiste aumenta de tamaño como resultado de una transudación proveniente de las paredes de los vasos sanguíneos que rodean al quiste⁵.

Luego Tarlov sugirió un origen hemorrágico⁶, secundario a infiltración de una hemorragia subaracnoidea o una hemorragia intraneural traumática con subsecuente degeneración quística de glóbulos rojos y destrucción de tejido neural⁷.

Finalmente se describió, que la presión hidrostática del líquido cefalorraquídeo juega un rol en la formación y crecimiento del quiste. La presión hidrostática se distribuye a través del espacio subaracnoideo espinal, elevándose con pulsaciones sistólicas y maniobras de Valsalva, forzando el paso de líquido cefalorraquídeo al espacio perineural que de por sí es obliterado, causando una restricción de la salida del líquido cefalorraquídeo por un efecto de válvula. Subsecuentemente el quiste gana tamaño mediante dicha actividad mecánica y pulsátil del líquido⁷.

El uso de la tomografía computarizada con y sin material de contraste intratecal, ha mejorado nuestra capacidad para detectar los quistes perineurales. Estas lesiones son isodensas con fluido espinal en la tomografía computada sin contraste y con frecuencia puede ser visto para causar diversas anomalías óseas y la erosión⁸. Actualmente la resonancia magnética es el examen diagnóstico de primera línea cuando hay sospecha de quiste de Tarlov, debido a su mejor resolución en tejidos blandos circundantes al quiste, delineando el mismo y definiendo sus relaciones anatómicas próximas. No se requiere el uso de contraste. Típicamente se observa una intensidad de señal consistente con un quiste que contiene líquido cefalorraquídeo en su interior⁹ evidenciando señal de baja intensidad

¹Servicio de Neurocirugía, Seguro Social Universitario, SSU. Cochabamba, Bolivia

^a Medico Cirujano; ^bNeurocirujano.

*Correspondencia a: Octavio Chavez Herbas.

Correo electrónico: octavio71@gmail.com

Recibido el 3 de septiembre de 2014. Aceptado el 8 de octubre de 2014.

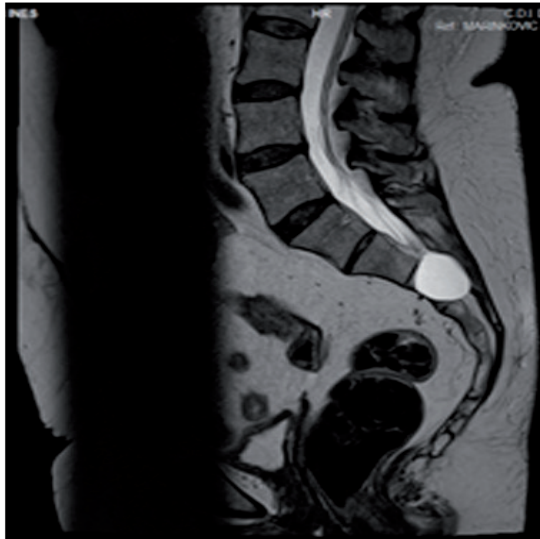


Figura 1. Corte sagital en el que se evidencia hiperintensidad a nivel de S2-S3



Figura 2. Corte transversal, observándose hiperintensidad a nivel de vértebra sacra S2

en T-1 y alta intensidad en imágenes T-21.

Presentación del caso

Paciente femenina de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento, hipotiroidismo, dislipidemia. Acude a consulta ginecológica por presentar cuadro clínico insidioso de dolor en fosa iliaca izquierda, de duración crónica (20 años de duración) que aumentó en intensidad en los pasados 5 días.

Refiere dolor inespecífico, mal definido a nivel de fosa iliaca izquierda que se extiende hasta la región lumbosacra, sugiriendo dolor de origen radicular por lo que se solicita ecografía transvaginal, el cual reporta abundante proliferación grasa intraperitoneal a nivel de asas intestinales, sin descartar tejido de otra naturaleza, el cual se extiende en toda la cavidad peritoneal incluyendo ambos flancos.

Refiere posteriormente dolor a la flexión anterior y posterior de la cintura y signos de radiculopatía, por el cual se da del diagnóstico de lumbago crónico mecánico.

Se solicita tomografía computarizada abdominopélvica con contraste, que reporta: imagen hipodensa de bordes esclerosos de 3.5 x 2.9 cm con una densidad de 27 UH localizada a nivel del cuerpo S2-S3, con extensión hacia canal sacro y pequeñas zonas de erosión a nivel del borde posterior e inferior de la articulación sacro ilíaca del mismo lado, sugestiva de patología tumoral.

Posteriormente se solicita resonancia magnética con gadolinio, el mismo reporta: quiste de aspecto simple, paredes finas que no captan contraste a nivel del canal medular en relación a agujero sacro S2 y S3 derecho que determina remodelación ósea con ensanchamiento focal del canal medular de predominio lateral derecho que mide 27 x 28 mm en los ejes anteroposterior sagital, con diámetro transversal de 28 mm.

Otra imagen similar más pequeña a nivel S2-S3 izquierda de 7 mm de diámetro en su eje mayor, ambos compatibles con quistes de Tarlov.

Se decide realizar un manejo conservador con fisioterapia y tratamiento farmacológico dirigido en aliviar los síntomas por el cual se indica amitriptilina de 25 mg cada noche, paracetamol de 500 mg cada 12 horas, incluyendo gabapentina de 300 mg cada día.

Discusión

En el caso presentado, así como en la literatura, el quiste de Tarlov se confirma mediante exámenes imagenológicos, siendo la de mayor especificidad, la resonancia magnética con o sin gadolinio. Por tanto, para considerar esta entidad en la lista de diagnóstico diferencial se requiere un alto grado de sospecha y conocimiento previo del mismo.

Se realizó una tomografía previa, la cual dio imagen tumoral sugerente, pero la misma no fue concluyente; por eso se solicitó una resonancia magnética para una mejor visualización del quiste de Tarlov.

En el presente caso, se tomó en cuenta las recomendaciones de conducta de tratamiento, acorde a las características clínicas del caso, siendo este un manejo conservador, se obtuvo un éxito terapéutico al haber aliviado notablemente los síntomas del paciente.

En casos similares, han sido descritos otros procedimientos, entre ellos el drenaje y aspiración del quiste guiado por tomografía computarizada, shunts lumboperitoneales y drenaje percutáneo de quiste^{1,7}, todos con resultados poco alentadores y recurrencia del quiste, por lo cual no se consideraron dichos procedimientos en el paciente.

El manejo quirúrgico, es debatible, no existiendo un consenso del mismo con un alto número de recidivas. Algunos procedimientos descritos comprenden laminectomía descompresiva, fenestración del quiste y utilización de clips quirúrgicos⁷.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este caso.

Referencias

1. Acosta F, Quinones A, Schmidt M, et al. Diagnosis and management of sacral Tarlov cysts. *Neurosurg Focus* [internet]. 2003, Julio [citado unique-sigthejns.org/unique-sig0/doi/pdfplus/10.3171/foc.2003.15.2.15]
2. Lucantoni, Corrado, Than, Khoi et al. Tarlov cysts: a controversial lesion of the sacral spine. *Neurosurgical Focus* [internet]. 2014, Nov. [citado el 7 de Nov. de 2014]; 31 (6) p. E14. Disponible en: <http://hinarilogin.research4life.org/unique-sigdx.doi.org/unique-sig0/10.3171/2011.9.FOCUS11221>.
3. American Association of Neurological Surgeons [internet]. Illinois, E.U.A.: AANS [citado el 3 de Nov. de 2014]. Disponible en: <http://www.aans.org/patient%20information/conditions%20and%20treatments/tarlov%20cyst.aspx>.
4. The National Organization for Rare Disorders. Tarlov Cysts [internet]. 2012, June [citado el 7 de Nov. de 2014]. Disponible desde: http://www.ninds.nih.gov/disorders/tarlov_cysts/tarlov_cysts.htm.
5. Tarlov M. Perineurial cysts of the spinal nerve roots. [internet] *Arch Neurol Psychiatry* Dec. 1938.40:1067-1074. Disponible en: <http://archneurpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=647855>
6. Tarlov M. Sacral Nerve-Root Cysts: Another Cause of the Sciatic or Cauda Equina Syndrome. Charles C. Thomas [internet] October 10 1953.; 56-116. Disponible en <http://hinarilogin.research4life.org/unique-sigjama.jamanetwork.com/unique-sig0/article.aspx?articleid=302059&resultClick=1>
7. Giampaolo C, Simona B, Vincenzo E, et al. Sacral Tarlov Cyst: Surgical Treatment by Clipping. *WORLD NEUROSURG*[internet]. Febrero 2013. [citado el 2 de septiembre del 2014]; 79 [2]: 381-389. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1878875012006353/1-s2.0-S1878875012006353-main.pdf?_tid=705514de-6849-11e4-9001-00000aacb35d&acdnat=1415562715_b9e13a9cd271d704e5af4fc3c094d32e
8. Lucantoni, Corrado, Than, Khoi et al. Tarlov cysts: a controversial lesion of the sacral spine. *Neurosurgical Focus* [internet]. 2014, Nov. [citado el 7 de Nov. de 2014]; 31 (6) p. E14. Disponible en: <http://hinarilogin.research4life.org/unique-sigdx.doi.org/unique-sig0/10.3171/2011.9.FOCUS11221>.
9. Kimiaki S, Kensei N, Sugita Y. Spinal extradural meningeal cyst: correct radiological and histopathological diagnosis *Neurosurg Focus* [internet] Octubre, 2002. [citado el 2 de septiembre del 2014]; 13(4):Clinical Pearl 1. Disponible en <http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/foc.2002.13.4.8>
[http://thejns.org/action/doSearch?displaySummary=false&AllField="+Sato+K%2C+Nagata+K%2C+Sugita+Y](http://thejns.org/action/doSearch?displaySummary=false&AllField=)