

Quiste de Tarlov y el odiado doble fenómeno

Pedro Luis Vaca Fernández*, **Yaiza Beatriz Molero Díez****, **Susana Gallego García*****, **Marta Baruque Astruga¹***

* MIR. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

** MIR. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

*** MIR Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

¹ MIR. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Río Carrión de Palencia. (España).

Correspondencia: Pedro Luis Vaca Fernández: plvaca@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: Los Quistes de Tarlov (QT) son entidades raras de etiología incierta que afectan a la columna lumbosacra. Suelen hallarse incidentalmente en una Resonancia Magnética (RMN) lumbosacra, y en su mayor parte cursan de manera asintomática.

Exposición del caso: Se presenta el caso de una mujer de 66 años remitida desde consulta de Traumatología por cuadro de lumbociatalgia izquierda de un año de evolución. Diagnosticada por RMN de hernia foraminal izquierda L4-L5 Y L5-S1 y Quiste de Tarlov, es tratada de su cuadro de compresión foraminal, destapando la clínica dependiente del QT, resuelto mediante neuromodulación con Radiofrecuencia Bipolar Segmentaria.

Discusión: La mayoría de los QT cursan de forma asintomática, siendo en los casos sintomáticos un gran reto su diagnóstico, el cual se realiza por exclusión entre toda la amalgama de patologías que pueden generar un dolor lumbosacro. El tratamiento óptimo del mismo es controvertido, dirigiéndose en los últimos años en la dirección de los métodos poco invasivos.

PALABRAS CLAVE

Quiste de Tarlov, sintomático, reto diagnóstico, radiofrecuencia.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de Quiste de Tarlov nos referimos a una dilatación meníngea de las raíces nerviosas rellana de líquido cefalorraquídeo. Regularmente se encuentra en el sacro y en su mayoría es asintomático, con una prevalencia en la población general del 4.6% [1].

A continuación presentaremos un caso clínico de un QT sintomático asociado a una hernia foraminal, con el objetivo de discutir acerca de la complejidad diagnóstica de esta entidad y la resolución terapéutica.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años remitida en Febrero de 2020 desde consultas de Traumatología por un cuadro de dolor lumbo-sacro y en glúteo izquierdo irradiado a extremidad inferior izquierda en dermatoma L5, de un año de evolución. Dicho dolor es continuo y sordo, y la paciente refiere que se exagera en bipedestación. La paciente fue tratada mediante Tramadol Retard 150 mg cada doce horas y Etoricoxib 60 mg diarios sin respuesta alguna.

Entre sus antecedentes médico-quirúrgicos figuraban la hipertensión arterial y una colecistectomía.

A la exploración física la paciente presentaba dolor severo a la palpación sacra, así como paravertebral izquierdo L5, con Lasegue negativo. Rotación de segmento lumbar positivo a izquierdas.

Se solicitó RMN de columna informada como hernia foraminal izquierda L4-L5 y L5-S1 asociada a Quiste de Tarlov a nivel S2. Se completó estudio con una electromiografía, informada como patrón denervativo crónico en L5 Izquierda.

En un primer momento se atribuyó toda la clínica a la hernia foraminal, refractaria a tratamiento analgésico vía oral. Por ello, con fecha 14 de Febrero de 2020, se optó a la realización de un bloqueo transforaminal L4-L5 y L5-S1 izquierdo con aguja Tohuy calibre 19G, bajo control fluoroscópico, visualizando una estenosis severa de foramen L5-S1 a nivel de cara anterior del mismo mediante contraste yodado que se permeabiliza, así como todo el espacio epidural anterior. Se depositaron 10 cc de bupivacaína 0,1% y 80 mg de triamcinolona.

Revisada un mes más tarde la paciente refiere dolor sacro no irradiado, con exploración lumbar y neurológica de ambas extremidades inferiores normales. Persiste dolor en sacro, previsiblemente atribuido a su Quiste de Tarlov en S2, pautando tratamiento tópico con Capsaicina 0,075% pomada mañana y mediodía.

Ante la ausencia de mejoría se decide realizar radiofrecuencia pulsada mediante catéter bipolar de tres polos tipo Pulstrode® por vía sacra, dirigido radiológicamente a lado izquierdo sobre cara posterior del quiste, administrando diez minutos de radiofrecuencia pulsada a 42° y 70V.

En las revisiones posteriores en los meses de mayo y junio de 2020 la paciente permaneció asintomática.

DISCUSIÓN

Los Quistes de Tarlov fueron descritos por primera vez en 1938 por el neurocirujano Isadore Tarlov. Fue un hallazgo incidental durante una autopsia, por lo que inicialmente se pensó que eran asintomáticos [2]. Y nada más lejos de la realidad, ya que la tasa de quistes sintomáticos es del 20% [3]. Estos quistes son más frecuentes en mujeres y en la raza caucásica, aumentan con la edad, y su etiología no está aún clara, existiendo hipótesis sobre un posible origen congénito (desórdenes del tejido conectivo) [4], así como adquirido, asociado a microtraumatismos sacros repetidos.

Su localización más frecuente es en la región sacra, y se distingue de otros quistes neurales, entre otras cosas, porque presenta fibras nerviosas en la pared y dentro del quiste [5]. Este aspecto será relevante para el manejo terapéutico que detallaremos más adelante.

En referencia al diagnóstico por imagen, el Quiste de Tarlov es un hallazgo espontáneo en una Resonancia Magnética solicitada con frecuencia por una lumbalgia. Dicha prueba de imagen es la más sensible, observándose normalmente una imagen quística sacra con un aumento de señal al ser ponderada en T2 [6].

Una vez hallado en un paciente sintomático, se nos abren varias posibilidades diagnósticas: la primera y más frecuente sería que otra de las múltiples causas de patología lumbar sea la causante de la clínica; la segunda que exista lo que se llama doble fenómeno [7], en el que ambas patologías sean las causantes y presenten una clínica superpuesta; y la última que sea el Quiste de Tarlov el verdadero causante de la clínica. En nuestro caso, dimos por hecho que la causa era la hernia foraminal, apoyados por las imágenes y la clínica, y procedimos por tanto a un bloqueo transforaminal para tratar dicha clínica. La sorpresa fue cuando bloqueamos la clínica foraminal, pero permaneció un dolor sacro latente. De esa manera diagnosticamos un Quiste de Tarlov sintomático al encontrarnos en la situación del doble fenómeno.

Por último, una vez diagnosticado, y el manejo terapéutico más común en los últimos años ha sido el drenaje percutáneo mediante diferentes técnicas con inyección de pegamento de fibrina para coaptar el quiste [8]. En nuestro caso, teniendo en cuenta las características de la lesión (presencia de fibras nerviosas en la pared del quiste) y la clínica segmentaria del mismo, se optó por una técnica no hallada en la búsqueda bibliográfica realizada, que es la neuromodulación mediante radiofrecuencia pulsada bipolar sobre dichas terminaciones nerviosas del quiste. Esta técnica es puramente sintomática, ya que permite el manejo del dolor sin drenaje del contenido quístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paulsen RD, Call GA, Murtagh FR, Prevalence and percutaneous drainage of cysts of the sacral nerve root sheath (Tarlov cysts), *AJNR Am. J. Neuroradiol.* 15 (1994) 293-299.
2. Tarlov I. Perineurial cysts of the spinal nerve roots. *Arch Neurol Psychiatry* 1938;40:1067-74.

3.-Kuhn FP ,Hammoud S ,Lefèvre-Colau M-M , *et al* .Prevalence of simple and complex sacral perineural Tarlov cysts in a French cohort of adults and children. *Journal of Neuroradiology* 2017;44:38-43

4. Doi H , Sakurai S , Ida M , *et al* . [A case of sacral meningeal cyst with Marfan syndrome]. *No Shinkei Geka* 1999;27:847-50.

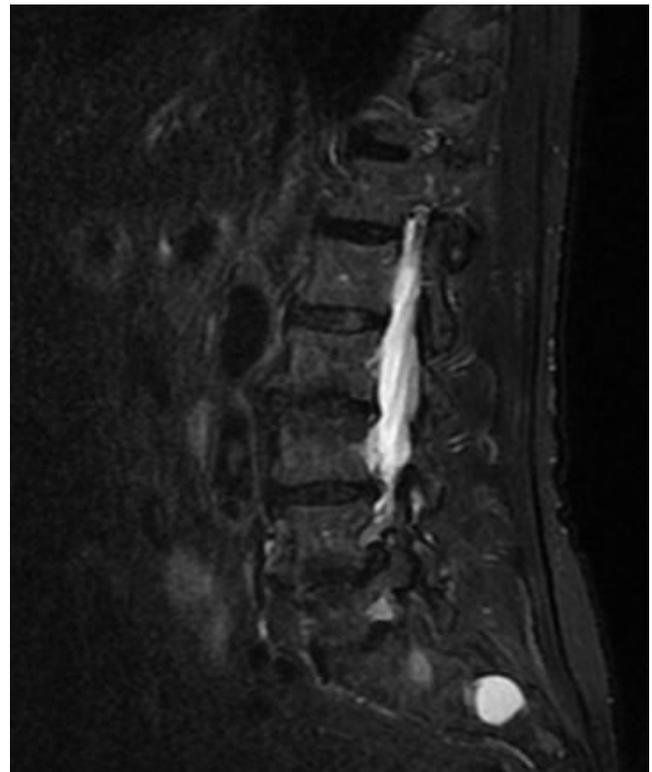
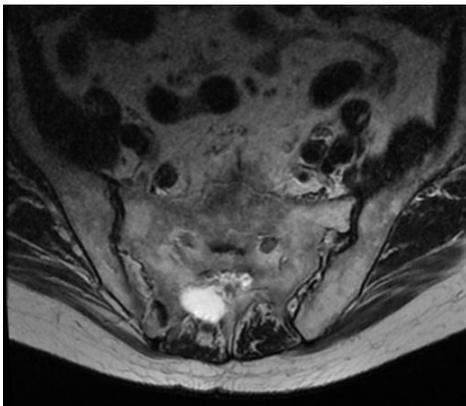
5. Dominguez-Gasca LG, Hasslacher-Arellano JF, Arellano-Aguilar G Mora-Constantino J, Domínguez-Carrillo LG. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 13, No. 2, abril-junio 2015: Quiste de Tarlov sintomático: un reto de diagnóstico y manejo.

6. Kim, K., Chun, S.W. & Chung, S.G. A case of symptomatic cervical perineural (Tarlov) cyst: clinical manifestation and management. *Skeletal Radiol* 41, 97-101 (2012).

7. Lucantoni C, Than KD, Wang AC, Valdivia-Valdivia JM, Maher CO, La Marca F, Park P. Tarlov cysts: a controversial lesion of the sacral spine. *Neurosurg Focus*. 2011 Dec;31(6):E14.

8. Patel MR, Louie W, Rachlin J. Percutaneous fibrin glue therapy of meningeal cysts of the sacral spine. *AJR*. 1997; 168: 367-370.

TABLAS Y FIGURAS



Figuras 1, 2 y 3. RMN en la que se aprecia Quiste de Tarlov en tres planos diferentes