

# Estenosis de canal lumbar: caso clínico con compresión atípica

Subirats Rodriguez L., Molina Márquez JM., Nogales López J. , Beristain de la Rica P.,  
Tena Roig M., Capdevila Baulenas J.

Servicio de Traumatología del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona

## Introducción:

Varón, de 80 años sin antecedentes patológicos de interés, autónomo y con buena condición física. Es derivado a la consulta de raquis **por lumbociatalgia derecha deficitaria de un mes de evolución** con claudicación severa de la marcha.

Se orientó como una **estenosis de canal con déficit motor L5 derecho**.

## Objetivos:

**Objetivo primario:** establecer la causa del déficit motor de rápida instauración.

**Objetivo secundario:** reestablecer la calidad de vida previa a este paciente lo más rápido posible.

## Material y métodos:

En primer lugar se realizó una resonancia magnética (RM) donde se evidenció estenosis de canal L2-L4 por degeneración facetaria y lesión de aspecto extradural, sugestiva de **quiste sinovial gigante L4-L5**, con gran compromiso saco-radicular.

Basados en los resultados de esta prueba, se descartó patología intradural (masa tumoral/no tumoral, quistes o metástasis) aconsejando la exéresis por parte de COT.

Se le practicó una **liberación de canal lumbar con escisión de la masa extradural y estudio anatómico-patológico**.



Fig. 1: Diagnóstico diferencial de la lesión de aspecto extradural.



Fig. 2 y 3: Corte sagital y axial en T1 con realce de la lesión aspecto extradural sugestiva de quiste sinovial gigante.

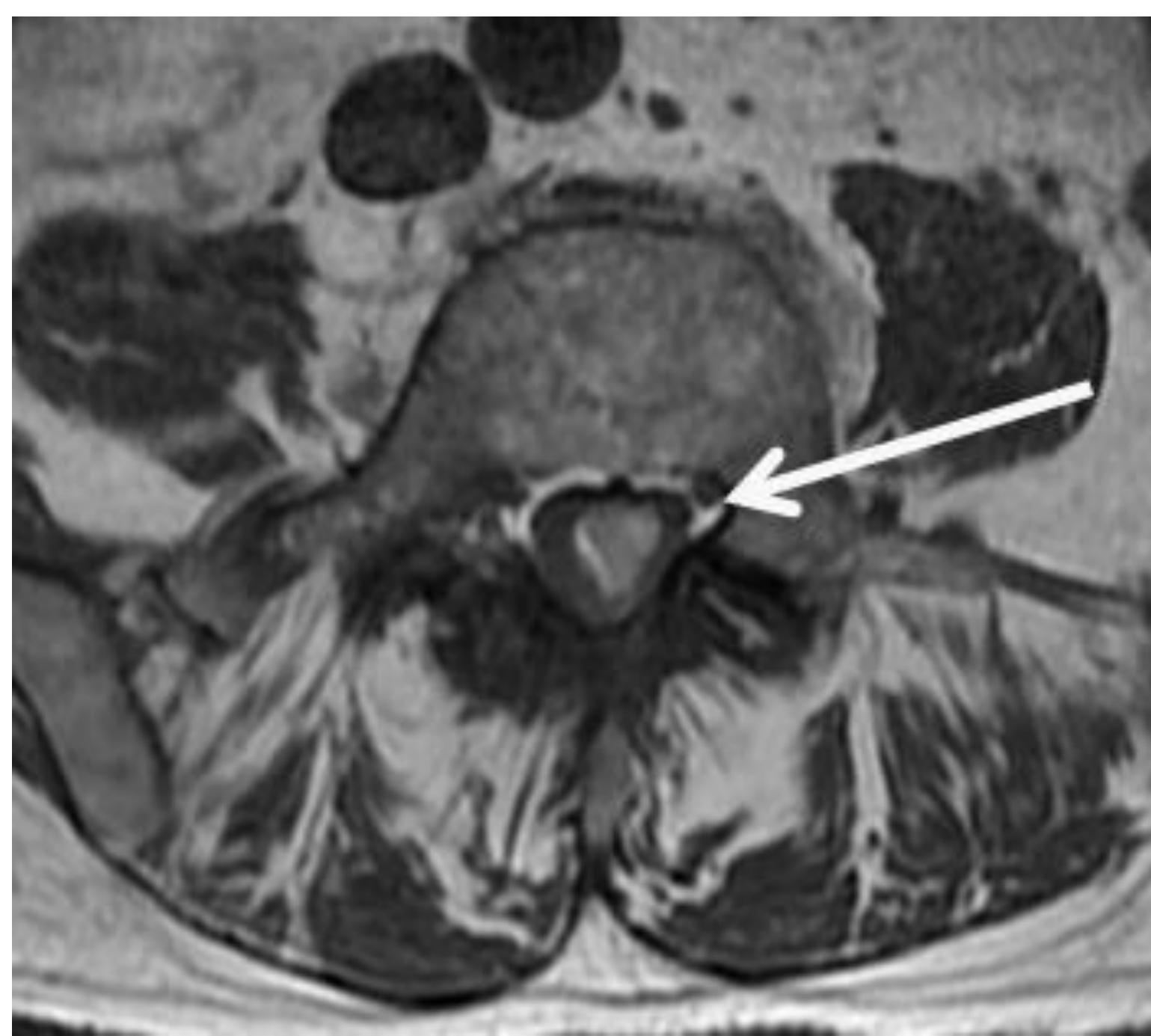
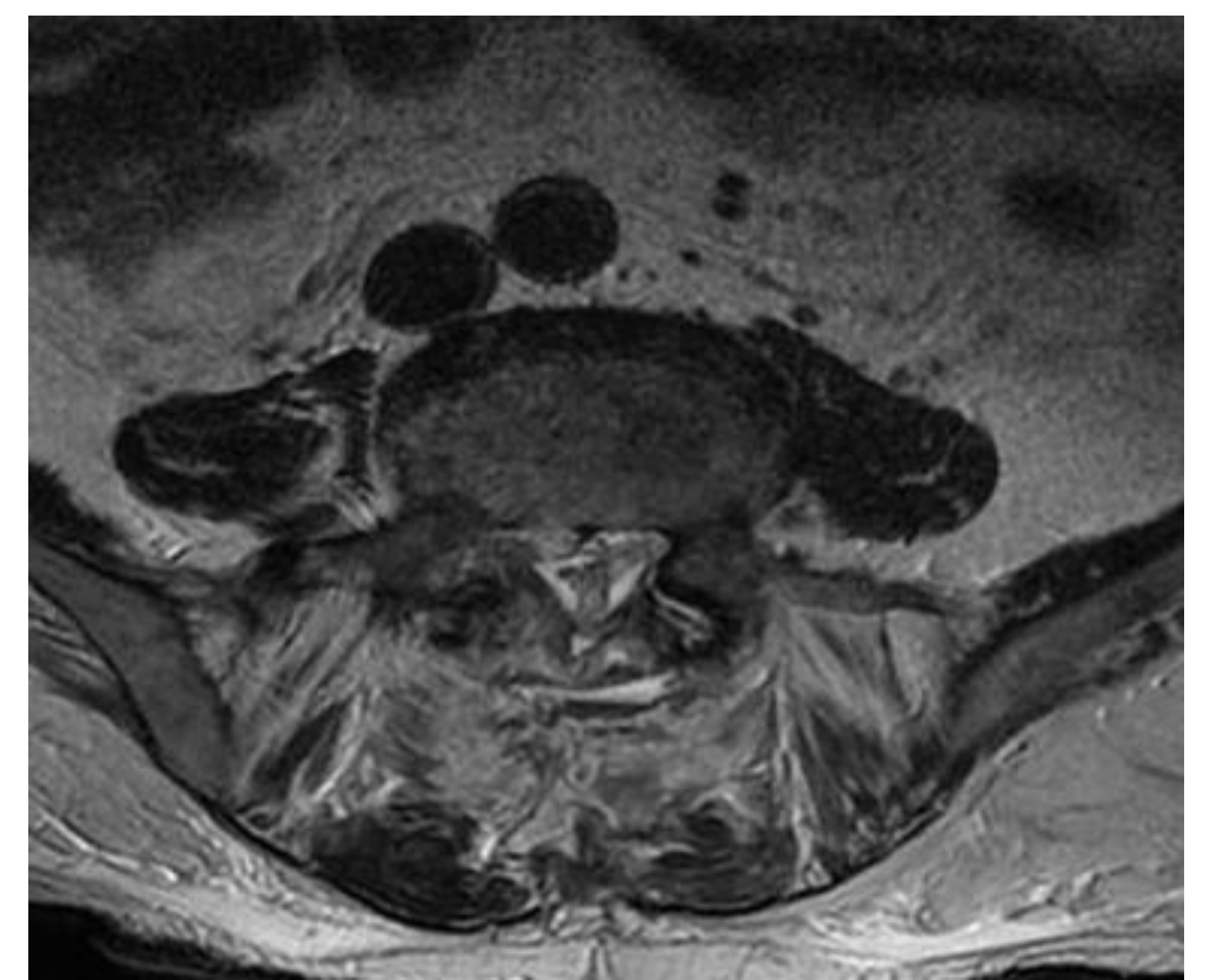


Fig. 4 y 5: Corte sagital y axial en T2 de los cambios postquirúrgicos después de la escisión de la lesión.



## Resultados:

Presentó **buena evolución clínica** durante el postoperatorio:

- Desaparición completa de la radiculalgia y recuperación total del déficit motor a las 24h y a los 30 días marcha autónoma.

Anatomía patológica reveló que la lesión extradural se trataba de un **pseudoquiste de ligamento amarillo**.

## Conclusión:

El **pseudoquiste de ligamento amarillo** es una **causa infrecuente** de estenosis de canal lumbar, su origen se encuentra en el estrés mecánico de la columna y el factor más influyente de éste, es la edad avanzada.

La **clínica** es inespecífica, puede evolucionar hasta la compresión medular según el tamaño, el tiempo y la localización de la ocupación en el canal raquídeo. La **prueba de imagen gold stantard** es la **RM** pero su **diagnóstico definitivo** se realiza mediante **anatomía patológica**. Histológicamente, se caracteriza por una disminución de la elasticidad del ligamento amarillo debido a: 1) cambio en la composición de los proteoglicanos, 2) aumento del tejido colágeno, 3) disminución de fibras elásticas y 4) depósito de amiloide y pirofosfato cálcico que da lugar al pseudoquiste.

Finalmente, la **cirugía** de liberación del canal lumbar es la mejor opción terapéutica ofreciendo unos resultados excelentes.

## Referencias

1. Okuda T. Morphological changes of the ligamentum flavum as a cause of nerve root compression. Eur Spine J (2005) 14: 277–286
2. Ghent F, et al. BMJ Case Rep 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202521.
3. H. Taha. Ligamentum flavum cyst in the lumbar spine: a case report and review of the literature. J Orthopaed Traumatol (2010) 11:117–122
4. Dong-Ho Seo. Ligamentum Flavum Cyst of Lumbar Spine: A Case Report and Literature Review. Korean J Spine 11(1) March 2014