

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.

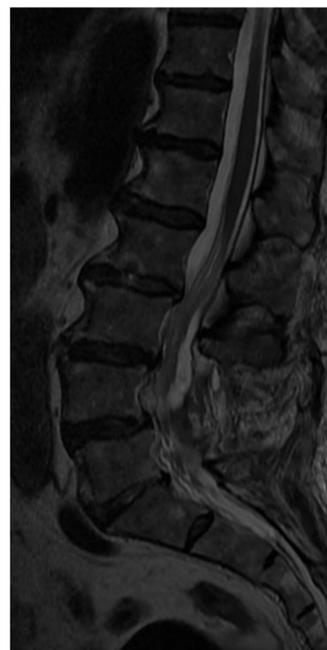
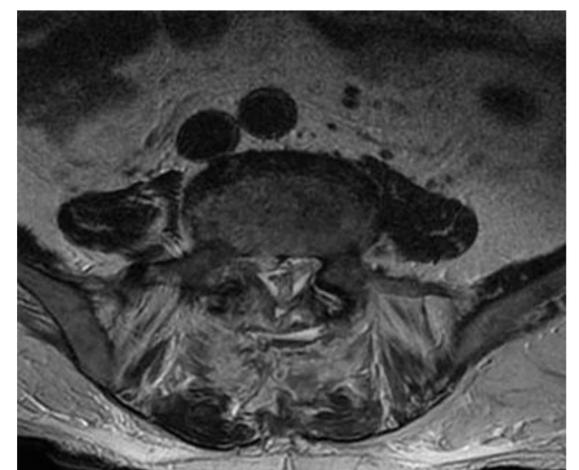


Fig. 4 y 5: Corte sagital y axial en T2 de los cambios postquirúrgicos después de la escisión de la lesión.



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 standard** 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

