Quiste de Tarlov

El quiste de Tarlov (QT), también denominado quiste perineural, periradicular o quiste aracnoideos extradural, es una pequeña masa que se forman a expensas de las dos capas más internas de las meninges, la piamadre y el aracnoides. Los quistes, que contienen líquido cefalorraquídeo (LCR), presentan un pedículo, a través del cual se comunican con el espacio subaracnoideo espinal, y se sitúan alrededor de los nervios de la zona sacra y lumbar, y suelen diagnosticarse de manera incidental en el transcurso de una Resonancia Magnética (RMN). Por lo tanto, si bien los QTs son quistes perinerviosos, corresponden a una dilatación de la dura madre y son pues una enfermedad de la dura madre y no de las raíces nerviosas, que son afectadas de forma secundaria (compresión) por estos quistes.

Sintomatología

Los QTs son habitualmente indoloros pero en bastantes ocasiones pueden causar cambios de vida tan extremos que pueden dejar a la persona postrada en una cama sin poder pararse ni sentarse con sintomas que incluyen dolor de cabeza tipo migrana, dolor lumbosacro y/o ciático muy intenso, dolor en el coxis, etc. Una teoría afirma que un quiste seguirá siendo asintomático hasta que un acontecimiento induzca la enfermedad, tal como un accidente de coche, levantar cargas pesadas, una caída, o, hipotéticamente, una enfermedad diferente como una de las numerosas formas de herpes. Mayoritariamente, sin embargo, la causa desencadenante es desconocida.

Los QTs suelen ser un hallazgo ocasional cuando un paciente es sometido a una RMN lumbosacra y suelen ser infravalorados y catalogados como carentes de significación patológica. Sin embargo, aunque los QTs sean generalmente indoloros, pueden ser tan dolorosos y causar serias alteraciones neurológicas (1)que se engloban bajo el nombre de enfermedad de Tarlov. El nombre procede de su descubridor, Isadore Tarlov, un pionero en el campo de la neurocirugía, que describió un quiste sacro por primera vez.

El comienzo de los síntomas puede ser súbito o gradual; moderado o severo. La progresión y la severidad de los síntomas difiere ampliamente. Comienzan habitualmente por un dolor localizado a nivel de la raíz del nervio sobre el que se sitúa el quiste, y más tarde, por alteraciones en los órganos y en las funciones que controla el nervio. Sin un tratamiento adecuado, la enfermedad de Tarlov exige cambios mayores e irreversibles en la calidad de vida del paciente y puede derivar en una incapacidad profesional parcial o completa. Los síntomas más comunes pueden incluir uno o más de los siguientes:

Dolor lumbosacro o coccígeo

Dolor ciático

Dolor glúteo

Dolor en las caderas

Las piernas y los pies pueden estar o no afectados(2). Los QTs pueden también causar dolor y alteraciones en los órganos excretores y reproductores, hipoestesias (disminución de la sensibilidad), parestesias (hormigueo, cosquilleo), y dolor en el muslo debido a la disminución del flujo sanguíneo (claudicación neurogénica)(3).

Las posturas de sentarse y permanecer de pie en mayor medida, así como caminar e inclinarse suelen ser muy dolorosas, y tumbarse sobre un costado suele ser la única postura que alivia el dolor.

Una persona que presente un QT necesita la evaluación de un especialista que determine si el dolor procede del quiste o tiene otra causa. Sin embargo, es raro encontrar médicos generalistas, e incluso especialistas familiarizados con la enfermedad y aún menos con los recientes avances en su tratamiento y que quieran operarlos por el alto riesgo de la intervencion y las pocas probabilidades de tener exito

Un quiste de Tarlov puede llegar a ser extremadamente doloroso dejando a una persona incapacitada en posicion horizontal y con dificultad para caminar y sin poder sentarse nisiquiera para comer o banarse. La operacion es dificil y con dificultad encuentras un medico que conosca y quiera hacerla y la cual permite al paciente tener una vida mas normal pero siempre con dolor y dificultad para sentarse o pararse por tiempo largo. Ubicación y Estructura

Respecto a sus estructura, un quiste puede haber “absorbido” las partes del nervio correspondiente o no; puede ser valvular o no-valvular. Un quiste valvular presenta una estructura en su “cuello” que facilita que el LCR penetre en el quiste con más facilidad que sale. En un quiste no valvular el LCR fluye libremente entre el quiste y la duramadre.

En cuanto a su ubicación, los QT’s se encuentran habitualmente alrededor de las raíces posteriores, los quistes anteriores son escasos. Los QT’s múltiples no son raros. Aunque un quiste de gran tamaño puede causar síntomas por presión de una estructura o nervio adyacente, los síntomas pueden también ser causados por la presión que ejerce el LCR en los nervios situados en el interior del quiste o en su pared (4). Por lo tanto quistes menores incluso de 1 cm pueden ser altamente sintomáticos.

Tratamiento

Se han descrito varias formas de manejo entre las cuales se encuentra la resección quirúrgica, la punción percutánea del quiste y las derivaciones quiste peritoneal o Lumboperitoneal. Hasta el momento, no hay consenso sobre cuál es la mejor forma de tratar éstas lesiones.

En un trabajo se conectó un drenaje lumbar externo conectado a una bolsa de LCR en 3 pacientes. 2 fueron positivos y mejoraron tras inserción de un drenaje lumboperitoneal entre 11 y 9 meses, respectivamente (Bartels y van Overbeeke, 1997).

I7376

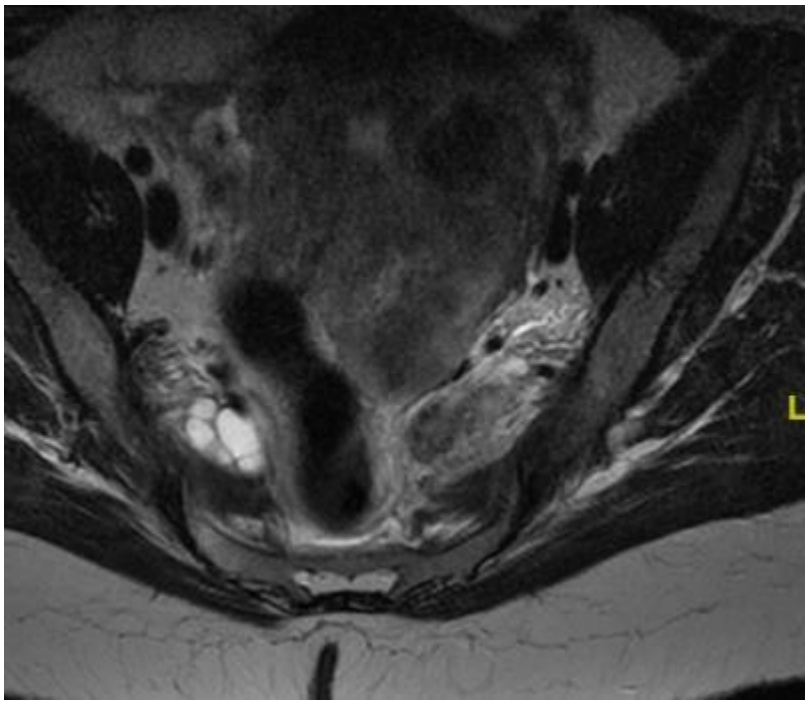
Mujer de 48 años, en seguimiento por Reumatología

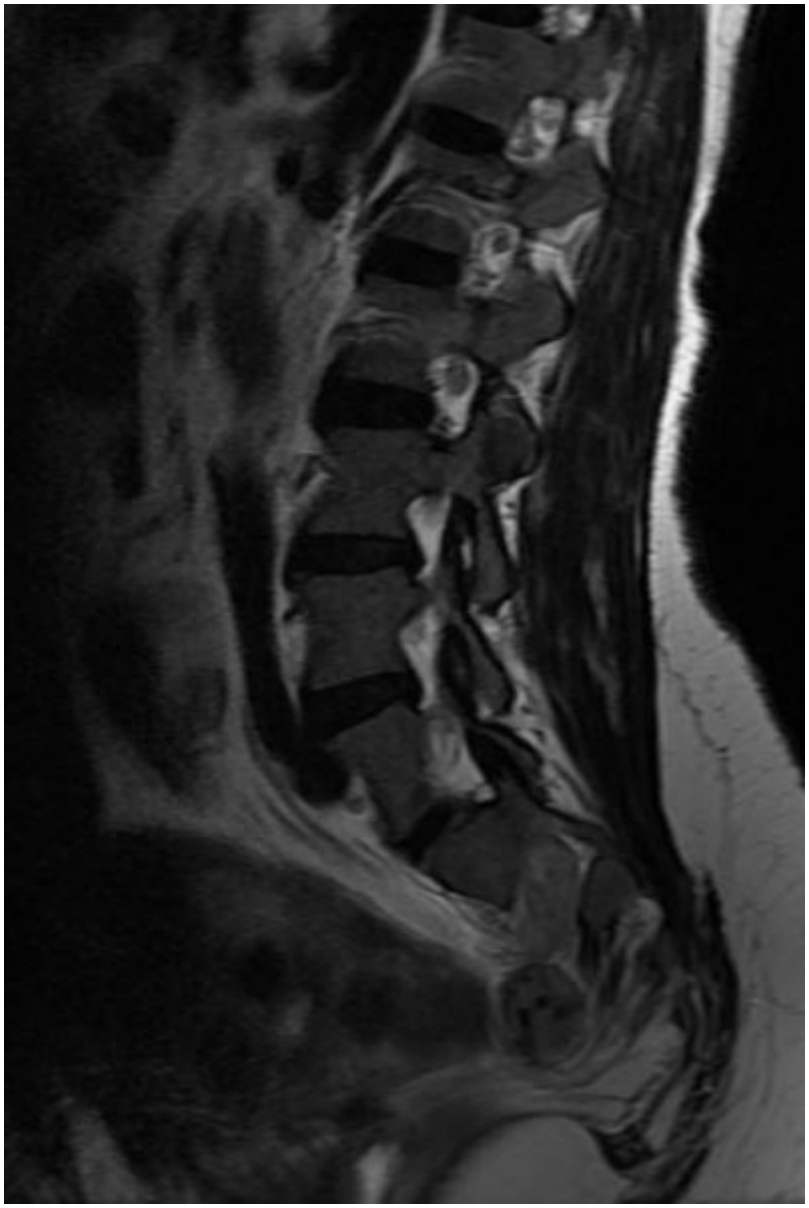
Anemia aplásica de causa no filiada. Enfermedad de Kikuchi linfadenitis necrotizante. Hundimiento lateral derecho del platillo superior del cuerpo de L4. Retrolistesis L4 sobre L5 con protrusión discal en el mismo nivel. Quistes perirradiculares en el sacro con extensión a la cavidad intrapélvica. Útero miomatoso. Imágenes sugestivas de quiste ovárico derecho.

Dolor a nivel lumbar y de región glutea izquierda, irradiado a región posterior de muslo hasta rodilla. Se indica analgesia Aposteriormente imposibilidad para la micción y defecación con sensación de distensión abdominal, con perdida de sensibilidad en región genital, deambulación conservada aunque claudicación por dolor.

Durante dicha atención precisó sondaje vesical

Movilidad de ambos MMII conservada. Dificultad para elevacion de MI con lasegue positivo. Dolor a la palpación de region glutea izqueirda y de columna lumbar izquierda . Fuerzas y reflejos conservados. Dolor en zona posterior de muslo desde glutea inferior. Hipoestesia con respecto a contralateral





RM Lumbar: Múltiples imágenes lobuladas, algunas de ellas con septos internos, a nivel sacro que amplían forámenes de conjunción, las de mayor tamaño a nivel S1-S2, concordantes con quistes perirradiculares. En quiste perirradicular S1-S2 en el lado izquierdo muestra intensidad de señal heterogénea, con focos de marcada hiposeñal en T1 y T2, y septos gruesos que, que muestran realce con contraste. Dado que existe que disponemos de RM previa en la que en esta localización se objetiva quiste perirradicular con comportamiento habitual, los cambios refridos impresionan estar en relación con presencoa de posibles focos de hemosiderina, detritus y engrosamiento de sus márgenes por complicación del mismo. La posibilidad de un tumor de la vaina nerviosa (schwannoma) no la puedo descartar con seguridad aunque me parece menos probable. Tiene unos diámetros aproximados de 61.6 mm en plano sagital y 31 mm en plano axial y rechaza la raíz S2 izquierda, la cual está significativamente engrosada. Los discos lumbares muestran altura conservada e hipointensidad en los niveles L3-L4 y L4-L5 por deshidratación del núcleo pulposo que traduce cambios degenerativos.

Referencias

Bartels, R H, and J J van Overbeeke. 1997. “Lumbar Cerebrospinal Fluid Drainage for Symptomatic Sacral Nerve Root Cysts: An Adjuvant Diagnostic Procedure And/or Alternative Treatment? Technical Case Report.” Neurosurgery 40 (4) (April): 861–864; discussion 864–865.

(1)Peter Yoo, MD, Shane Lee, BA, Nikhil Bhagat, MD, Huey-Jen Lee, MD Sacral Extradural Meningeal Cyst: Is It an Incidental Finding? American Society of Spine Radiology, (2006) Meeting Abstracts

(2)Ronald H.M.A. Bartels, M.D.; Jacobus J. van Overbeeke, M.D., Ph.D. Department of Neurosurgery, University Hospital Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands. Lumbar Cerebrospinal Fluid Drainage for Symptomatic Sacral Nerve Root Cysts: An Adjuvant Diagnostic Procedure and/or Alternative Treatment? (1997)Technical Case Report Neurosurgery 40: 861-865,

(3)Kato T; Takamura H; Goto S; Sasaki H; Makino K; Ozaki N; Hodozuka A, Department of Neurosurgery, Asahikawa Red Cross Hospital, Japan. “[Sacral perineural cyst-report of a case]” No Shinkei Geka (1988) Jun;16(7):893-7, 2603

(4)M. J. Arunkumar; S. SELVAPANDIAN; M. J. Chandy, Department of Neurological Sciences, Christian Medical College and Hospital, Vellore, India. CASE REPORTS Sacral Nerve Root Cysts : A Review on Pathophysiology Neurology India (1999) Vol.47 Issue 1

From:
https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=quiste_de_tarlov

Last update: **2025/05/03 23:56**