

Quiste sinovial facetario cervical como causa de mielopatía

Ruiz Moliner C, Molina Márquez JM, Nogales López J, Viciano Abad R, Márquez Márquez EJ, Comellas Miralles E
Servicio de Cirugía Ortopédica Y Traumatología del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tarragona

Introducción:

Paciente de 84 años de edad, remitido desde Atención Primaria a Unidad de Raquis por cervicobraquialgia y parestesias en extremidades superiores. Como antecedentes personales, destacan insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, osteoporosis, polimialgia reumática, hiperuricemia y artroplastia total de rodilla bilateral. En la exploración física, el paciente presenta signo de Hoffman en extremidad superior izquierda e hiperreflexia generalizada. Se solicita una resonancia magnética cervical que informa de quiste de 8mm intrarraquídeo extramedular adyacente a la articulación facetaria C3-C4 derecha y un canal raquídeo reducido en C3-D1 con signos de mielopatía.

Objetivos:

Realizar una revisión bibliográfica de la epidemiología del quiste sinovial facetario en las articulaciones de la columna vertebral, la clínica que puede provocar y su tratamiento.

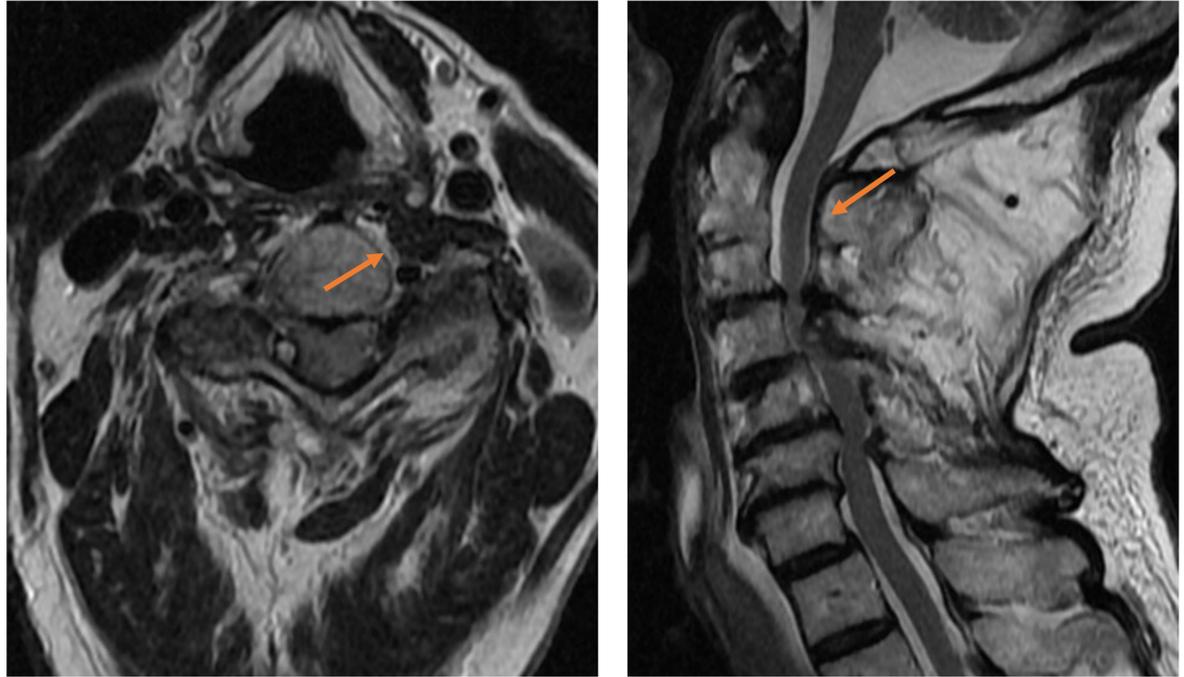


Fig. 1. Imagen de RM. La flecha naranja indica el quiste sinovial.

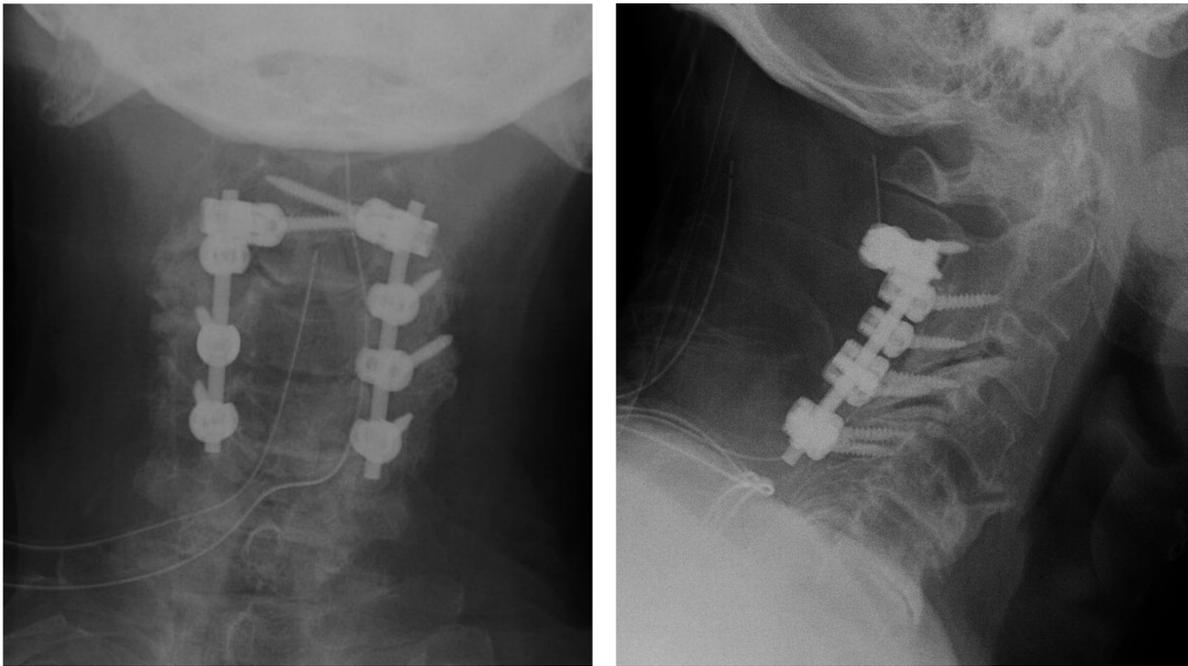


Fig. 2. Control radiográfico postquirúrgico.

Material y métodos:

Los quistes sinoviales a nivel facetario son infrecuentes, la mayoría se localizan en la región lumbar. Hay menos de 30 publicaciones en la literatura que describan quistes sinoviales facetarios a nivel cervical. Su diagnóstico ha aumentado gracias al uso de la resonancia magnética. La clínica se origina en la articulación facetaria y puede causar dolor, radiculopatía o mielopatía.

Dada la clínica que presenta el paciente y su progresión, se realiza liberación de canal cervical C3-C4 y artrodesis instrumentada vía posterior C2-C5, y se realiza exéresis de la lesión. El servicio de Anatomía Patológica confirma el diagnóstico de quiste sinovial facetario.

Resultados:

Durante el postoperatorio precoz, el paciente muestra una mejora significativa a nivel motor y propioceptivo en extremidades superiores e inferiores. En el control a los dos meses de la intervención, el paciente realiza deambulación con caminador y es autónomo; a pesar de que persiste debilidad en extremidades izquierdas respecto a derechas.

Conclusión:

El quiste sinovial facetario es una causa infrecuente de compresión medular y mielopatía. Si la clínica es progresiva y limitante, está indicada su exéresis y la artrodesis instrumentada del segmento para conseguir su estabilización y evitar la progresión de la patología, mejorando así el dolor.

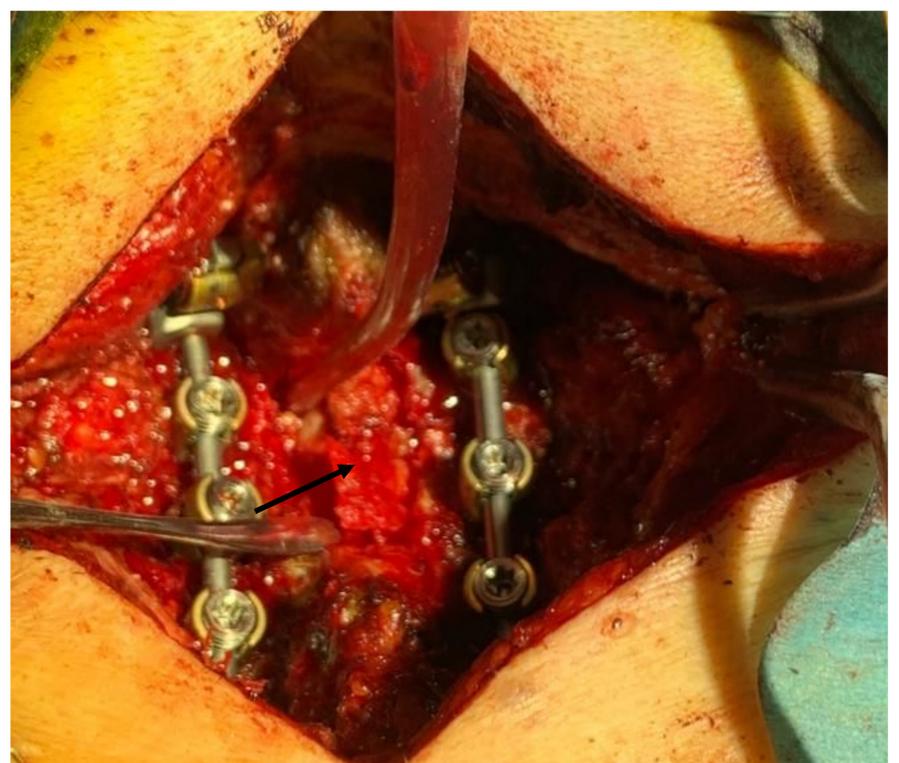


Fig. 3. Imagen intraoperatoria de la instrumentación y detalle del quiste sinovial cervical (flecha negra).

Referencias:

1. Costa F, Menghetti C, Cardia A, Fornari M, Ortolina A. Cervical synovial cyst: case report and review of literature. Eur Spine J. 2010;19 (Suppl 2):S100-S102. doi:10.1007/s00586-009-1094-6
2. Breckwoldt T, Oktenoglu T, Sasani M, Suzer T, Ozer AF. A rare cause of root-compression: Subaxial cervical synovial cyst in association with congenital fusion. Int J Surg Case Rep. 2015;16:90-92. doi:10.1016/j.ijscr.2015.09.015