



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Quiste de Tarlov: diagnóstico durante el puerperio

M.A. Pina Montoya^{a,*}, H. Rodríguez Hilario^b, I. Níguez Sevilla^a,
M. Molina Oller^a y M. Costa Andreo^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia, España

Recibido el 13 de septiembre de 2012; aceptado el 17 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Puerperio;
Quiste de Tarlov;
Síntomas
neurológicos

KEYWORDS

Postpartum;
Tarlov cyst;
Neurological
symptoms

Resumen Los quistes de Tarlov, también llamados quistes extradurales, son una ectasia del espacio perineural de las raíces nerviosas espinales, situadas de manera habitual distalmente al ganglio dorsal o en la unión con este. Su localización más frecuente es la región sacra y son de etiología incierta. La mayoría de las veces son asintomáticos, aunque pueden ser responsables de síntomas irritativos lumbares o radiculares¹. A continuación se presenta un caso clínico de un quiste de Tarlov que se manifiesta con síntomas radiculares durante el puerperio.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Tarlov cyst: diagnosis during the postpartum period

Abstract Tarlov cysts, also called extradural cysts, consist of perineural space ectasia of the spinal nerve roots, usually located distal to the dorsal root ganglia or in the junction with this structure. The most frequent location is in the sacral region. The etiology remains uncertain. Most Tarlov cysts are asymptomatic, but they can cause lumbar or root irritative symptoms¹. We describe a case of Tarlov cyst presenting as radicular symptoms during the postpartum period.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Mujer de 38 años, con gestación actual de curso evolutivo normal y bien controlada. Acude a nuestro servicio en la semana 41 de gestación por RPM y DU.

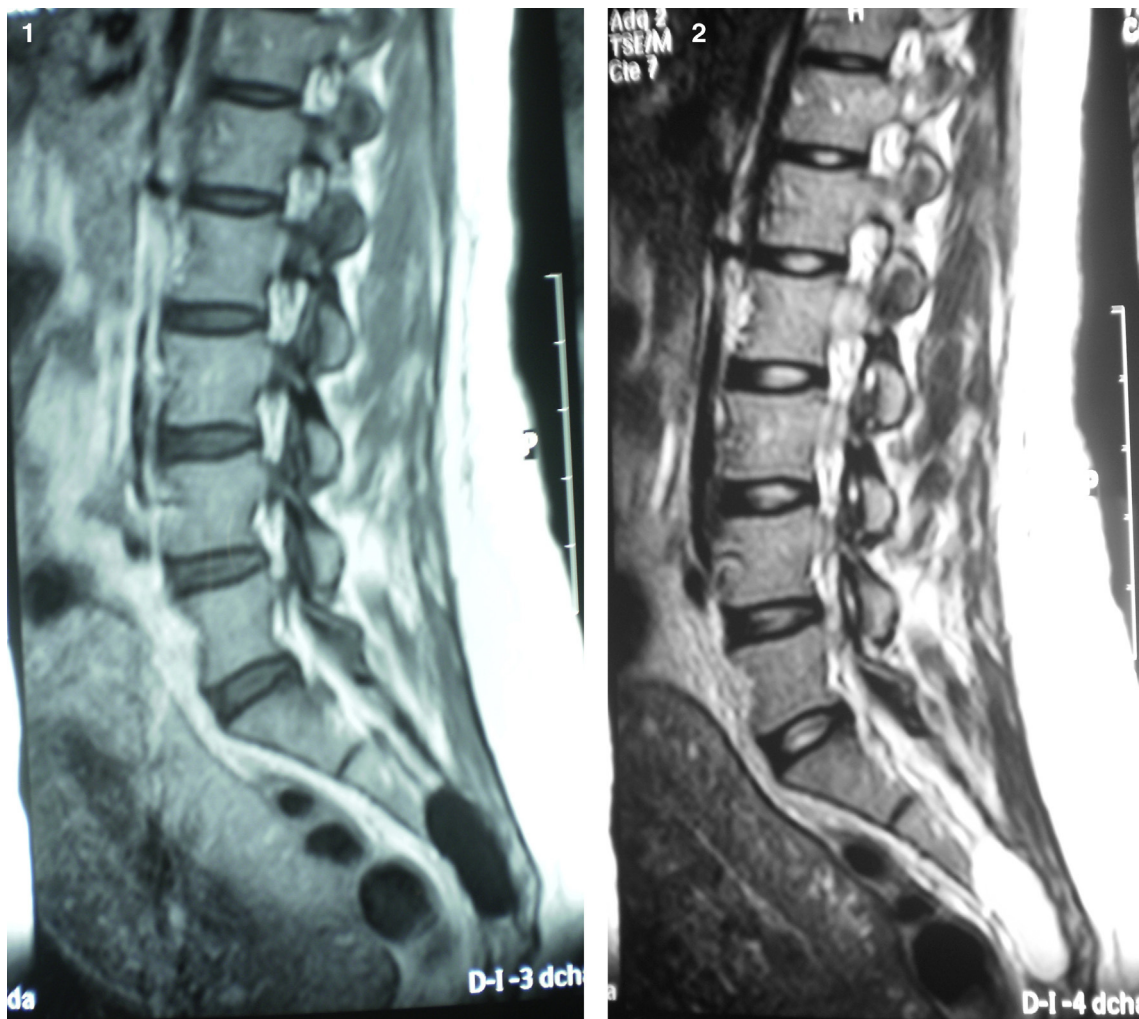
Como antecedentes de interés, la paciente presenta: ansiedad en tratamiento, diabetes gestacional en primer y segundo embarazo, menarquia a los 12 años, fórmula menstrual 4-28, fórmula obtétrica G4P2A1 (2 partos eutócicos de inicio espontáneo, sin analgesia epidural; recién nacidos con buenos pesos y puntuación de Apgar).

Como antecedentes quirúrgicos presenta un legrado evacuador obstétrico por aborto incompleto.

Dadas las condiciones obstétricas favorables que presenta la paciente se decide inducción al parto con oxitocina. El periodo de dilatación transcurre sin incidencias,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: kankespm@hotmail.com
(M.A. Pina Montoya).



Figuras 1 y 2 RM de quiste de Tarlov: lesión quística en el canal sacro a nivel de S3-S4-S5.

recibiendo la paciente durante el mismo analgesia epidural. El parto finaliza mediante la aplicación de un vacío para alivio de expulsivo, y nace un varón con test de Apgar 10/10 y 4.190 g.

Durante el puerperio la paciente comienza con sintomatología neurológica localizada en miembro inferior izquierdo consistente en parestesias en cara anterior de pierna y pie, déficit de fuerza en la dorsiflexión de pie izquierdo e hiperestesia tactoalgésica en región anterolateral de pierna y dorsal de pie homolateral. Dificultad para apoyar el pie izquierdo.

Se decide por tanto realizar interconsulta a neurología y pruebas complementarias (TC, RM, EMG), con los siguientes resultados:

- *Exploración neurológica.* Se evidencia marcha normal, incluyendo puntillas y talones. Reflejos de estiramiento muscular presentes y simétricos.
- *RM.* Rectificación de la lordosis lumbar fisiológica. Imagen quística a nivel de S3 y S4, que no se realiza tras la administración de contraste intravenoso y que podría corresponder a un quiste de Tarlov pero que, debido a su localización, no permite descartar que se trate de una

tumoración lítica del sacro, por lo que habría que correlacionar con una TC para realizar el diagnóstico diferencial (figs. 1 y 2).

- *TC.* A nivel de S3-S4-S5 se observa imagen de densidad líquida de $4,2 \times 1,6$ cm que remodela y adelgaza el hueso. A descartar quiste de Tarlov.
- *EMG.* Afectación neurógena compatible con radiculopatía lumbar izquierda, subaguda crónica y estable, de grado leve, en territorio radicular predominante L3-L4 izquierda.

A la paciente 6 días después del parto le es dada el alta con el diagnóstico de radiculopatía subaguda L3-L4 izquierda de posible origen iatrogénico más quiste de Tarlov a nivel S3-S4.

Actualmente la paciente refiere mejoría de los síntomas tras tratamiento con rehabilitación y analgésicos no esteroideos.

Discusión

Este tipo de lesiones quísticas perineurales fueron descritas por Tarlov en 1938⁵. Son quistes extradurales que se forman

entre el endoneuro y el perineuro de la raíz posterior del nervio espinal distalmente al ganglio dorsal o en la unión con este. A veces envuelven toda la raíz nerviosa llegando incluso a comprimir sus fibras.

La localización más frecuente es en la segunda o tercera raíz sacra, aunque también hay casos descritos torácicos y lumbares²⁻⁴. Los quistes pueden contener líquido cefalorraquídeo aunque no tengan contacto directo con el espacio subaracnoideo. Presentan en su mayoría un mecanismo valvular que permite el paso de líquido cefalorraquídeo al interior del quiste pero impide su retorno, causando una dilatación quística por un aumento de la presión hidrostática²⁻⁴. La pared externa está formada por tejido conjuntivo vascular y la interna, por aracnoides lisa. La presencia de fibras nerviosas e incluso de células ganglionares en sus paredes es una característica de los quistes de Tarlov, que los diferencia de los divertículos meníngeos.

Existen 2 hipótesis principales en cuanto a la patogenia del quiste de Tarlov: la primera parte de la idea de que son lesiones adquiridas secundarias a un proceso inflamatorio o traumático. La segunda postula la posibilidad de ser lesiones de origen congénito; aunque no se han descrito en la literatura médica quistes de Tarlov en niños, sí se han encontrado dichas lesiones asociadas a anomalías espinales congénitas, como la espina bífida.

La prevalencia de dichas lesiones en población adulta oscila entre el 4,6-9%, siendo más prevalente en mujeres entre 30 y 50 años.

Generalmente se trata de lesiones asintomáticas carentes de relevancia clínica¹, descubiertas incidentalmente en estudios radiológicos y que por tanto no precisan tratamiento.

Son raros los casos con manifestaciones clínicas. En ellos, los signos, síntomas y hallazgos neurológicos dependen de cuál o cuáles sean las raíces nerviosas afectadas por la lesión quística. Así, pueden cursar con dolor, parestesias, hipostesias y trastornos motores, en las extremidades inferiores o las áreas genital, perineal o lumbosacra.

El diagnóstico de estas lesiones se realiza mediante pruebas de imagen: la RM es la prueba de elección, estando en segundo lugar la TC con o sin contraste (menor sensibilidad).

La EMG puede mostrar una disminución del potencial de acción sensitivo del nervio sural. También se ha descrito una disminución del reclutamiento en la musculatura del miotoma afectado, así como un enlentecimiento del reflejo H. Se han descrito también estudios neurofisiológicos normales en quistes de Tarlov sintomáticos.

Con respecto al tratamiento existen 2 posibilidades:

- El tratamiento conservador consiste en rehabilitación, analgesia y revisiones periódicas. Otras medidas más invasivas dentro de esta opción de tratamiento serían el drenaje percutáneo con aguja guiada por TC y relleno, de forma alternativa con fibrina o corticoides.
- El tratamiento quirúrgico consistiría en la resección de laminectomía con exéresis del quiste y se reserva para casos seleccionados: quistes mayores de 1,5 cm, sintomáticos (especialmente si se acompañan de incontinencia urinaria) y resistentes al tratamiento conservador.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Avellanet M, Sáenz A, Mirapeix RM, Hijós ME. Quistes de Tarlov: tres casos sintomáticos. *Rehabilitación (Madr)*. 2004;38: 250-3.
2. Mummaneni PV, Pitts LH, McCormack BM, Corroo JM, Weinstein PR. Microsurgical treatment of symptomatic sacral Tarlov cysts. *Neurosurgery*. 2000;47:74-9.
3. Voyadzis JM, Bhargava P, Henderson FC. Tarlov cysts: a study of 10 cases with review of the literature. *J Neurosurg*. 2001;95 Suppl 1:25-32.
4. Nadler SF, Bartoli LM, Stitik TP, Chen B. Tarlov cyst as a rare cause of S1 radiculopathy: a case report. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82:689-90.
5. Ruibal Moldes M, Sánchez Rodríguez-Losada J, López García D, Casas Agudo V, Janeiro País JM, González Martín M. Quiste de Tarlov y disfunción vesical sintomática. *Actas Urol Esp*. 2008;32:1035-6.