



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 482/208 - NO SIEMPRE ES HERNIA DISCAL

C. Vargas-Machuca Cabañero<sup>1</sup>, E. Sanz Rodríguez<sup>2</sup>, V. Pérez Martínez<sup>1</sup> y S. Álvarez Mesuro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. <sup>2</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 52 años que comienza con cuadro de dolor lumbar irradiado a MII, de tipo ciatalgia, rebelde a tratamiento médico y fisioterápico habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Lasègue y Bragard negativo. Fuerza conservada. Déficit sensitivo en borde externo de pierna y pie hasta 5º dedo. ROT patelares simétricos. Aquileo izquierdo, abolido. RX lumbar espondiloartrosis, espondilolistesis leve, escoliosis. RNM: Nódulo en receso lateral izquierdo del canal raquídeo a nivel L4-L5, de aspecto quístico adyacente a la articulación interapofisaria, que podría corresponder a un quiste sinovial. El nódulo determina compresión de las raíces de la cola de caballo con desplazamiento de las mismas sobre todo L5 y S1 izquierdas. No hay compromiso foraminal.

**Orientación diagnóstica:** Quiste sinovial lumbar.

**Diagnóstico diferencial:** Neurinoma quístico. Meningioma.

**Comentario final:** Los quistes sinoviales de las articulaciones facetarias son lesiones poco frecuentes que pueden ser asintomáticas o presentarse como dolor lumbar, con o sin síntomas radicales. Se consideran secundarios a traumatismos o enfermedades articulares degenerativas, y ocurren con mayor frecuencia en pacientes con espondilolistesis. La mayoría se produce en columna lumbar en L4-L5 y en menor grado L5-S1. Provocan compresión sobre el saco tecal y la raíz espinal desde posterolateral en dirección anterior, ocasionando síntomas de dolor lumbar y radiculopatía. Ante un cuadro radicular, especialmente de raíces bajas se piensa habitualmente en hernia discal, estenosis foraminal o raquiostenosis, pero raramente en quiste sinovial, debiendo de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial. La RNM nos da el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, con extirpación del quiste y resolución completa del cuadro.

### Bibliografía

1. Villas C, Leyes M. Quiste sinovial en articulación interapofisaria lumbar. Una causa infrecuente de lumbociática Rev Med Univ Navarra. 1997;41(2):32-5.
2. Lista-Martínez O, Moreno-Barrueco VM, Castro-Castro J, Varela-Rois P, Pastor-Zapata A. Lumbar synovial cysts: presentation of a series of 10 cases and literature review. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2017;61(1):28-34.

**Palabras clave:** Quiste sinovial. Nervio ciático.