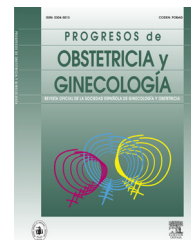




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Quiste perineural simulando masa anexial en estudio de paciente infértil

Carlos Javier Valdera Simbron^{a,*}, María de las Flores Vera Márquez^a,
Milagros Zamora Salido^b, María Angustias Torres Rodríguez^a,
Manuel Jesús Pérez-Piaya Moreno^a, Juan José Khouri Choufani^a y Gabriel Fiol Ruiz^a

^a Servicio de Ginecología & Obstetricia, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Recibido el 12 de marzo de 2012; aceptado el 16 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 19 de julio de 2013

PALABRAS CLAVE

Quiste perineural;
Quiste de Tarlov;
Masa anexial

KEYWORDS

Perineural cyst;
Tarlov cyst;
Adnexal mass

Resumen Los quistes perineurales o de Tarlov son por lo general hallazgos incidentales durante un estudio de imagen que no requieren tratamiento a menos que produzcan síntomas. Tienen una incidencia baja en la población general y esto puede deberse a un error en su diagnóstico, ya que simulan otras lesiones quísticas de la pelvis.

Presentamos el caso de una paciente de 38 años en estudio por infertilidad primaria que en control ecográfico, se aprecia lesión quística pélvica de 4 cm, de situación medial, y aparentemente independiente de anejos y útero. Tras dicho hallazgo, se vitrifican los embriones y se deriva al servicio de medicina interna y de neurocirugía para completar estudio.

La TC abdomino-pélvica informa de la presencia formaciones quísticas que dependen de los agujeros de conjunción sacros y que se confirman en la RMN. Dichas formaciones son compatibles con el diagnóstico de quiste meníngeo extradural.

Al no presentar clínica, se decide tratamiento conservador. La paciente regresa a la unidad de reproducción para completar tratamiento de infertilidad.

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

Perineural cyst simulating an adnexal mass in the study of an infertile patient

Abstract Perineural or Tarlov cysts are usually detected as incidental findings during an imaging study and do not require treatment unless symptomatic. The incidence of perineural cysts in the general population is low. Because these cysts simulate other cystic lesions of the pelvis, their low incidence may be due to diagnostic error.

We present the case of a 38-year-old woman who was under investigation for primary infertility. An ultrasound scan revealed a 4-cm pelvic cystic lesion, situated medially and apparently independently from the annexes and uterus. Subsequently, the embryos were vitrified and were sent to the internal medicine and neurosurgery services for examination.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cjsimbron@gmail.com (C.J. Valdera Simbron).

The abdominopelvic CT scan showed the presence of cystic formations in the intervertebral foramina of sacrum, which were confirmed by magnetic resonance imaging. These formations were compatible with a diagnosis of extradural meningeal cyst.

Because the patient was asymptomatic, we decided to provide conservative treatment. The patient was referred back to the fertility unit to complete the fertility treatment.

© 2012 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los quistes perineurales o también denominados quistes de Tarlov fueron descritos por primera vez en 1938 como resultado de hallazgos incidentales en autopsias¹. Su incidencia en la población general es del 1%, elevándose hasta un 4,6% en estudios de RNM en pacientes con dolor lumbar^{2,3}, siendo esta zona, junto con la sacra, la más afectada. No suelen dar molestias y generalmente no necesitan tratamiento⁴.

Aunque la etiopatogenia de estos quistes es aún incierta, se barajan diferentes hipótesis. Algunos autores sostienen que son de origen traumático⁵, inflamatorio, degenerativo o incluso hay quien refiere una tendencia familiar como Park et al.⁶.

Es más frecuente en varones en la segunda década de la vida, pudiendo encontrarse en mujeres en el transcurso de una ecografía ginecológica de rutina.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 38 años en estudio por infertilidad primaria. Como antecedentes presenta legrado por aborto diferido hace 10 años y quistectomía de ovario derecho hace 4 años. En consulta de reproducción, se solicitan pruebas de rutina, incluida una histerosalpingografía, que se informan como normal. La ecografía pélvica abdominal y la citología tampoco mostraron alteraciones.

Por la edad de la paciente y el bajo recuento de espermatozoides móviles de la pareja, se decide iniciar ciclo de FIV/ICSI. Se inicia estimulación ovárica según protocolo de la unidad y se cita para control ecográfico al quinto día de

estimulación. En control ecográfico, se aprecia lesión quística de 4 cm, de contenido mixto, bien delimitada, de situación medial, aparentemente independiente de anejos y útero (fig. 1). Ante la sospecha de enfermedad no ginecológica (posiblemente de tracto gastrointestinal), se deriva a medicina interna para completar estudio.

Al responder adecuadamente a la estimulación ovárica y ser accesibles ambos ovarios a la punción, se decide continuar paralelamente con el tratamiento de fertilidad, completando punción ovárica e ICSI, obteniendo un embrión tipo II, el cual se decide vitrificar.

En el servicio de medicina interna se completa el estudio de la lesión. El examen físico, la analítica general, los marcadores tumorales y la radiografía de tórax fueron normales. La TC abdomino-pélvica mostró al menos 3 formaciones quísticas dependientes de los agujeros de conjunción sacros bilaterales en relación con quistes aracnoideos extradurales. El más grande, de 4 cm, localizado en el agujero de conjunción sacro derecho.

Se solicita una RMN en la que se evidencia imágenes quísticas en el espacio presacro en relación con agujeros de conjunción, con ampliación de los forámenes y canal espinal. La de mayor tamaño, de 30 mm, en L5-S1 derecho, otra de 24 mm en L5-S1 izquierdo, y otra de 22 mm de tamaño en S1-S2 derecho (figs. 2 y 3). Dichas formaciones son compatibles con quistes meníngeos extradurales con fibras nerviosas tipo II.

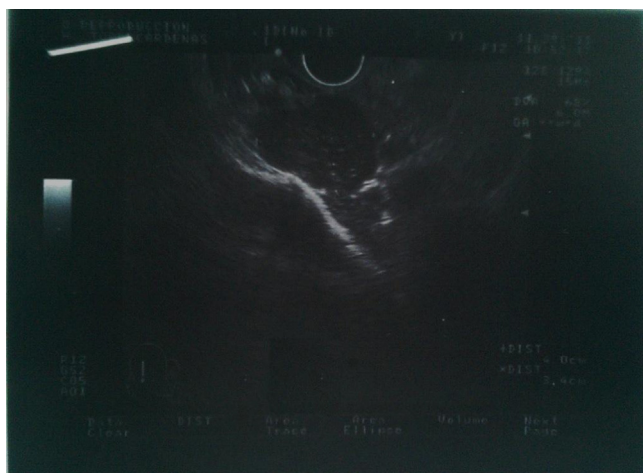


Figura 1 Ecografía pélvica transvaginal que muestra la lesión en la zona posterior de la pelvis.



Figura 2 Corte axial de la pelvis que muestra la lesión en la región presacra.



Figura 3 Corte sagital de columna lumbosacra en la que se aprecian las 3 formaciones quísticas dependientes de los agujeros de conjunción sacros.

Se realiza una interconsulta al servicio de neurocirugía, quien sugiere tratamiento conservador, ya que la paciente no presenta sintomatología.

La paciente es citada nuevamente en la unidad de reproducción para completar tratamiento de fertilidad y realizar transferencia embrionaria.

Discusión

El quiste de Tarlov se localiza en la unión de la raíz del ganglio dorsal y su nervio, surgiendo entre el perineuro y el endoneuro⁷. No suelen causar molestias, por lo que generalmente suelen ser hallazgos incidentales durante estudios de imagen, como hemos mencionado anteriormente^{2,3,8}.

Cuando la clínica está presente, esta se manifiesta típicamente por lumbalgia y/o coxalgia, dolor en miembros inferiores y radiculopatía lumbosacra⁹. Entre otros síntomas descritos, se incluyen la disfunción intestinal o vesical, el dolor pélvico crónico, debilidad de miembros inferiores y disfunción sexual^{10,11}. Rara vez el cuadro clínico puede verse complicado por una embolia grasa secundaria a una fractura vertebral adyacente al quiste¹².

Aunque su localización más frecuente cuando se encuentra en la pelvis es posterior, puede tener aunque raro, un crecimiento ventral a través del foramen anterior del sacro. En esta localización puede ser un hallazgo incidental en el curso de una ecografía ginecológica de rutina, pudiendo asumir una apariencia quística o tubular con múltiples tabiques o lóculos, tal como lo describen Hsu et al.¹³. Ellos refieren una incidencia en su centro de menos de 1 por 10.000 ecografías ginecológicas realizadas, y sostienen que la baja incidencia se debe a que en muchos casos estos quistes son descritos erróneamente como ováricos, paraováricos o hidrosalpinx, que son hallazgos más frecuentes¹³. En el caso clínico que nos atañe, se podría

confundir con imágenes resultantes de la estimulación ovárica a la que fue inducida la paciente en el contexto de su tratamiento de infertilidad.

Por todo lo descrito anteriormente, no siempre es fácil diagnosticar un quiste de Tarlov, pero se debe sospechar si en una ecografía pélvica nos encontramos con una imagen quística de localización posterior que no se mueve con la respiración¹⁴. Así, ante la sospecha clínica o ecográfica, se debería confirmar el diagnóstico con una TC o una RMN de columna lumbosacra, siendo actualmente la RMN la prueba de imagen de elección para el diagnóstico¹⁵.

Al ser típicamente benignas y asintomáticas, estas lesiones pueden ser simplemente monitorizadas. El tratamiento inicial cuando son sintomáticos es a base de analgésicos, corticoides¹⁶ y fisioterapia¹⁵. Cuando el tratamiento conservador no es efectivo, se optaría por la cirugía o punción-aspiración bajo guía fluoroscópica⁹, aunque al día de hoy no hay consenso sobre la mejor estrategia quirúrgica cuando esta está indicada².

Conclusiones

Este caso resalta la posibilidad de confundir un quiste de Tarlov con alguna lesión ginecológica. Así, si en el curso de una ecografía pélvica se observa una lesión quística de localización posterior, inmóvil con la respiración, debemos considerar la existencia de un quiste perineural y solicitar confirmación mediante RMN. Con esto se podrían evitar procedimientos diagnósticos innecesarios, así como las complicaciones derivadas de su punción iatrogénica, como son las fístulas o infecciones del sistema nervioso central.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tarlov IM. Perineural cysts of the spinal nerve roots. *Arch Neurol Psychiatry*. 1938;40:1067-74.
2. Slipman CW, Bhat AL, Bhagia SM, Isaac Z, Gilchrist RV, Lenrow DA. Abdominal pain secondary to a sacral perineural cyst. *Spine J*. 2003;3:317-20.

3. Tanaka M, Nakahara S, Ito Y, Nakanishi K, Sugimoto Y, Ikuma H, Ozaki T. Surgical results of sacral perineural (Tarlov) cysts. *Acta Med Okayama*. 2006;60:65–70.
4. McClure MJ, Atri M, Haider M, Murphy J. Perineural cysts presenting as complex adnexal cystic masses on transvaginalsonography. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;177:1313–8.
5. Kong WK, Cho KT, Hong SK. Symptomatic tarlov cyst following spontaneous subarachnoid hemorrhage. *J Korean Neurosurg Soc*. 2011;50:123–5. Epub 2011 Aug 31.
6. Park HJ, Kim IS, Lee SW, Son BC. Two cases of symptomatic perineural cysts (Tarlov cysts) in one family —a case report. *J Korean Neurosurg Soc*. 2008;44:174–8.
7. Hirst JE, Torode H, Sears W, Cousins MJ. Beware the Tarlov cyst. *J Minim Invasive Gynecol*. 2009;16:78–80.
8. Langdown AJ, Grundy JR, Birch NC. The clinical relevance of Tarlov cysts. *J Spinal Disord Tech*. 2005;18:29–33.
9. Murphy KJ, Nussbaum DA, Schnupp S, Long D. Tarlov cysts: An overlooked clinical problem. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2011;15:163–7. Epub 2011 Apr 15.
10. Lucantoni C, Than KD, Wang AC, Valdivia-Valdivia JM, Maher CO, La Marca F, et al. Tarlov cysts: A controversial lesion of the sacral spine. *Neurosurg Focus*. 2011;31:E14.
11. Singh PK, Singh VK, Azam A, Gupta S. Tarlov cyst and infertility. *J Spinal Cord Med*. 2009;32:191–7.
12. Duja CM, Berna C, Kremer S, Géronimus C, Kopferschmitt J, Bilbault P. Confusion after spine injury. Cerebral fat embolism after traumatic rupture of a Tarlov cyst: Case report. *BMC Emerg Med*. 2010;10:18.
13. Hsu CH, Kuo MF. Unknown case/presacral mass: A presentation of a large Tarlov cyst. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;35:1412–3.
14. Ishii K, Yuzuruhara M, Asamoto S, Doi H, Kubota M. A huge presacral Tarlov cyst. *J Neurosurg Spine*. 2007;7:259–63.
15. De Sá MC, D'Angelo CT, Da Ros Malacarne G, Neto P, Pagura J. Tarlov's cyst: definition, etiopathogenesis, propaedeutic and treatment. *Acta Med Port*. 2008;21:171–8.
16. Mitra R, Kirpalani D, Wedemeyer M. Conservative management of perineural cysts. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33:E565–8.