

Los quistes sinoviales son lesiones degenerativas intraespinales y extradurales que se originan de la cápsula de la articulación facetaria, aunque se ha publicado la localización [intradural-extramedular](#) (Bae y col., 2012).

Algunos autores prefieren el término quiste “yuxtafacetario”, comprendiendo lo que ellos distinguen como quistes sinoviales y quistes ganglionares. Los primeros corresponderían a una formación quística, con una membrana similar a la sinovial, llena de un líquido xantocrómico y con una comunicación demostrable con la cavidad articular facetaria.

En contraste, los quistes ganglionares tendrían una cápsula fibrosa, sin cubierta mesotelial, llenos por un material mucoso y sin comunicación con la articulación.

Los quistes sinoviales de interés neuroquirúrgico abarcan los que se producen a nivel espinal pero también se ha descrito un quiste temporomandibular con extensión intracraneal, produciendo una paresia facial (Mumert y col., 2011).

Etiología

Es desconocida.

Patogenia

Es controvertida: se sabe que en general se asocia a cambios degenerativos de la columna (“osteoartritis de articulaciones facetarias”). Hay también un factor mecánico dado por un supuesto traumatismo mínimo repetido, lo que explicaría su localización anatómica más frecuente en los segmentos más móviles de la columna vertebral, especialmente en vértebras lumbares bajas. Este exceso de movilidad articular produciría herniación de la membrana sinovial a través de una cápsula articular defectuosa. Otros mecanismos propuestos son: la proliferación de células mesenquimáticas pluripotenciales, degeneración mixoidea del tejido periarticular fibroso después de trauma repetido, lento crecimiento de restos del desarrollo embrionario de tejido sinovial, o metaplasia tisular.

Una posible consecuencia de una fractura de odontoides es un quiste sinovial, dando lugar a la compresión de la médula espinal, que se presenta como mielopatía o radiculopatía. Los quistes sinoviales, como consecuencia de la fractura de la columna vertebral, por lo general de la articulación facetaria, son más comunes en la región lumbar (Parks y col., 2012).

Epidemiología

Su localización intrarraquídea en la columna lumbar es infrecuente pero, cuando aparecen puede producir dolor lumbar y/o radicular, y deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial de las lesiones compresivas del canal medular.

Aunque se han descrito casos a cualquier nivel excepto en el sacro, se localizan más frecuentemente a nivel L4-L5 relacionado con el mayor grado de movilidad que se produce a dicho nivel.

Entre el 88% y el 99% de estos quistes intrarraquídeos se localizan en la columna lumbar, mientras que en la columna torácica (0-8%) y en la cervical (1-4%).

De los quistes sinoviales lumbares 65% están en L4-L5, 20% en L3-L4 y 15% en L5-S1.

Existen cinco casos reportados de quistes bilaterales.

Anatomía Patológica

Revelan características intermedias, es decir, una región del quiste con cubierta fibrosa y otra con mesotelio similar al sinovial, indicando, como cree la mayoría de los autores, que estas dos "formaciones quísticas" corresponden a una misma entidad, pero analizadas en un distinto tiempo de evolución.

Clínica

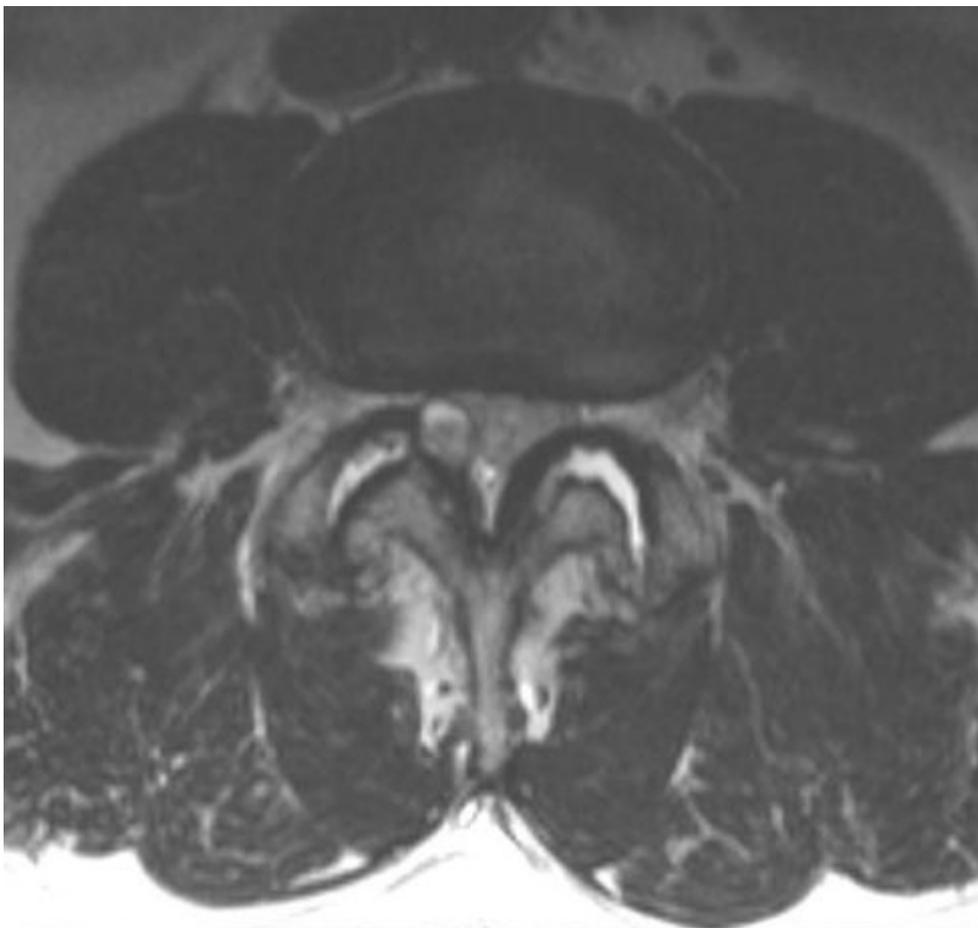
Producen efecto compresivo sobre el saco tecal y la raíz espinal desde posterolateral en dirección anterior, manifestándose generalmente como un cuadro de compromiso radicular.

La principal manifestación es dolor de tipo radicular en 90%, con alteraciones motoras en 45%, sensitivas en 30%, y sin signos deficitarios en 40%. El promedio de duración habitual es entre 6 y 12 meses en la mayoría de las series.

El comienzo generalmente es insidioso, aunque a veces es desencadenado en forma aguda por traumatismo o por hemorragia intraquística.

Diagnóstico

Actualmente el examen de elección es la RM, ya que tiene una mejor resolución, permite diferenciar bien un aumento de volumen intra o extradural y descartar la mayor parte de las patologías antes citadas. Los hallazgos característicos son: una lesión quística, proveniente de la articulación facetaria cuyo aspecto depende del contenido; si es un fluido seroso se verá isointenso en T1 e hiperintenso en T2; siendo más viscoso, será hiperintenso en todas las señales. Si se observa gas en su interior, se dice que es un signo patognomónico de quiste sinovial.



En la TC o mielo-TC aparece como una masa redonda hipodensa o isodensa, con un anillo hiperdenso

que refleja la calcificación de la cápsula.

Diagnóstico diferencial

Ante un paciente que presenta dolor radicular, en especial de raíces lumbares bajas, se piensa habitualmente en hernia discal, estenosis foraminal o raquiostenosis; rara vez se plantea el diagnóstico diferencial de quiste sinovial pues son lesiones poco frecuentes.

Tratamiento

Existen comunicaciones de múltiples tipos de tratamiento, reposo prolongado y uso de un sistema de fijación externa por un corset tóraco-pélvico. Aspiración del quiste por aguja guiada por TAC. Inyección de corticoides tanto epidural, como intraarticular.

El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes en los que los síntomas clínicos se correlacionan con la presencia de un quiste sinovial en los estudios de imagen y no se resuelven tras un tratamiento conservador (Jankowski y col., 2012).

Es la terapia preferentemente usada en la casi totalidad de las series, con excelentes resultados evaluados tanto a corto como a largo plazo (desaparición del dolor en más del 90% de los casos), bajo riesgo y escasas complicaciones y sin recurrencias reportadas.

Consiste en laminectomía o hemilaminectomía, junto con una facetectomía parcial para una mejor exposición, resección del QS, con disección meticulosa de las firmes adherencias durales al quiste.

Se debe destacar que una resección parcial o simple vaciamiento del QS puede ser insuficiente y ser causa de recidiva, por lo se aconseja una exéresis completa (Schulz y col., 2011).

Bibliografía

Bae, Jun Seok, Sang-Ho Lee, Jin-Sung Kim, Sung Hui Myung, and Sung Suk Paeng. 2012. "Intradural Invasion of Lumbar Synovial Cyst." *Neurologia Medico-Chirurgica* 52 (4): 234-237.

Jankowski, Roman, Janusz Szymaś, Stanisław Nowak, Ryszard Zukiel, Bartosz Sokół, and Włodzimirz Paprzycki. 2012. "Synovial Cysts of the Lumbar Spine." *Neurologia i Neurochirurgia Polska* 46 (5): 456-461.

Mumert, Michael L, Tamer Altay, Clough Shelton, H Ric Harnsberger, and William T Couldwell. 2011. "Ganglion cyst of the temporomandibular joint with intracranial extension in a patient presenting with seventh cranial nerve palsy." *Journal of Neurosurgery* (November 25). doi:10.3171/2011.10.JNS111247. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117183>.

Parks, R M, M A König, B Boszczyk, and M Shafafy. 2012. "Transarticular Fusion for Treatment of Cystic Lesion Arising from an Odontoid Fracture." *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* (March 2). doi:10.1007/s00586-012-2194-2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22382724>.

Schulz, C, B Danz, S Waldeck, U Kunz, and U M Mauer. 2011. "[Percutaneous CT-guided Destruction Versus Microsurgical Resection of Lumbar Juxtafacet Cysts]." *Der Orthopäde* 40 (7) (July): 600-606. doi:10.1007/s00132-011-1744-3.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661



Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=quiste_sinovial

Last update: **2019/09/26 22:12**