

# Infiltración ecoguiada de un quiste sinovial facetario

Schmitt J.(1), Peñalver L. (1), Alonso A. (2), Domenech J. (3), Ballester J. (1)

1. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

2. Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

3. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia



## INTRODUCCIÓN

Los quistes sinoviales facetarios representan una causa rara de cialgia de origen no discal. La localización más frecuente es el nivel L4-L5. La clínica habitual es de lumbociatalgia a la cual se asocia una claudicación neurógena en caso de existir estenosis del canal.

El diagnóstico se realiza mediante resonancia magnética, en la que aparecen como formaciones redondeadas u ovaladas, encapsuladas y dependientes de las articulaciones cigapofisarias, iso- o hiperintensos en secuencias T2 y de aspecto variable en T1.

Existen varias opciones de tratamiento: conservador (antiinflamatorios, analgésicos, terapia física) cuyo objetivo es conseguir un alivio sintomático esperando la remisión espontánea; quirúrgico (hemilaminectomía y ablación del quiste) en caso de no mejorar o si existe un importante déficit neurológico; infiltración con anestésico local y corticoides, guiada por tomografía o fluoroscopia.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 50 años, que consulta por una cialgia L5 derecha de dos meses de evolución de inicio espontáneo. El dolor aumenta con la bipedestación prolongada. Presenta una claudicación de la marcha a los 100m. La exploración neurológica es normal.

RM del raquis lumbar (fig. 1): quiste sinovial dependiente de la articulación interapofisaria L4-L5 derecha que condiciona estenosis del canal radicular derecho (flechas).

Estudio neurofisiológico: radiculopatía L5 derecha aguda, de grado leve.

Tratamiento: La paciente había sido tratada con antiinflamatorios y ultrasonidos sin resultados. Antes de plantear la cirugía, se le propone una infiltración facetaria. Se realiza una infiltración ecoguiada intra- y periarticular de la articulación cigapofisaria L4-L5 derecha, utilizando lidocaína y corticoide depot. La mejoría clínica es inmediata.

Evolución: Se repite la infiltración a las 6 semanas y a las 14 semanas por reaparición de molestias. Una RM de control tras la tercera infiltración (fig. 2) objetiva la desaparición del quiste sinovial y la paciente permanece asintomática hasta el día de hoy.

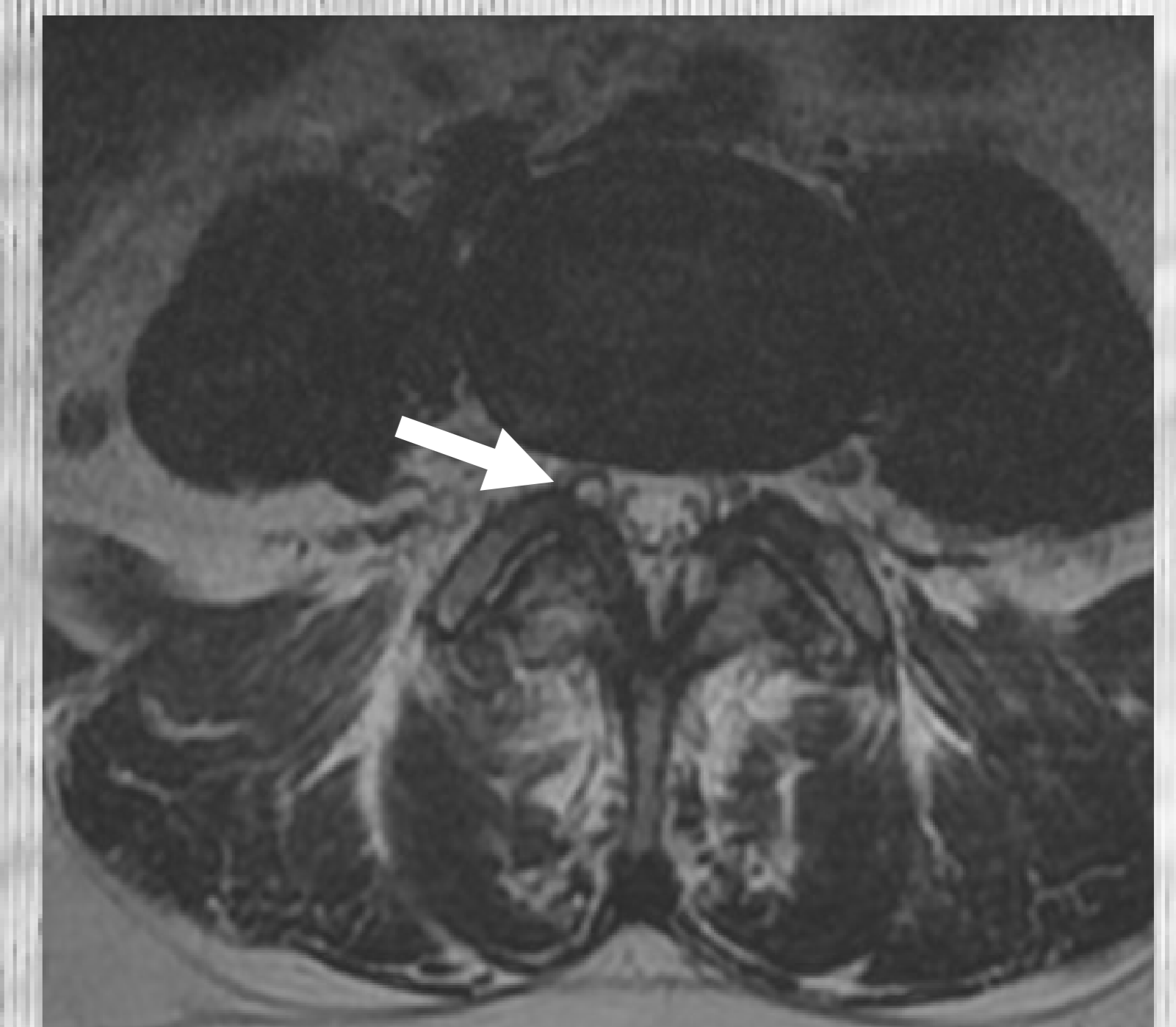


Fig 1a y 1b: RM lumbar, secuencia T2, antes del tratamiento

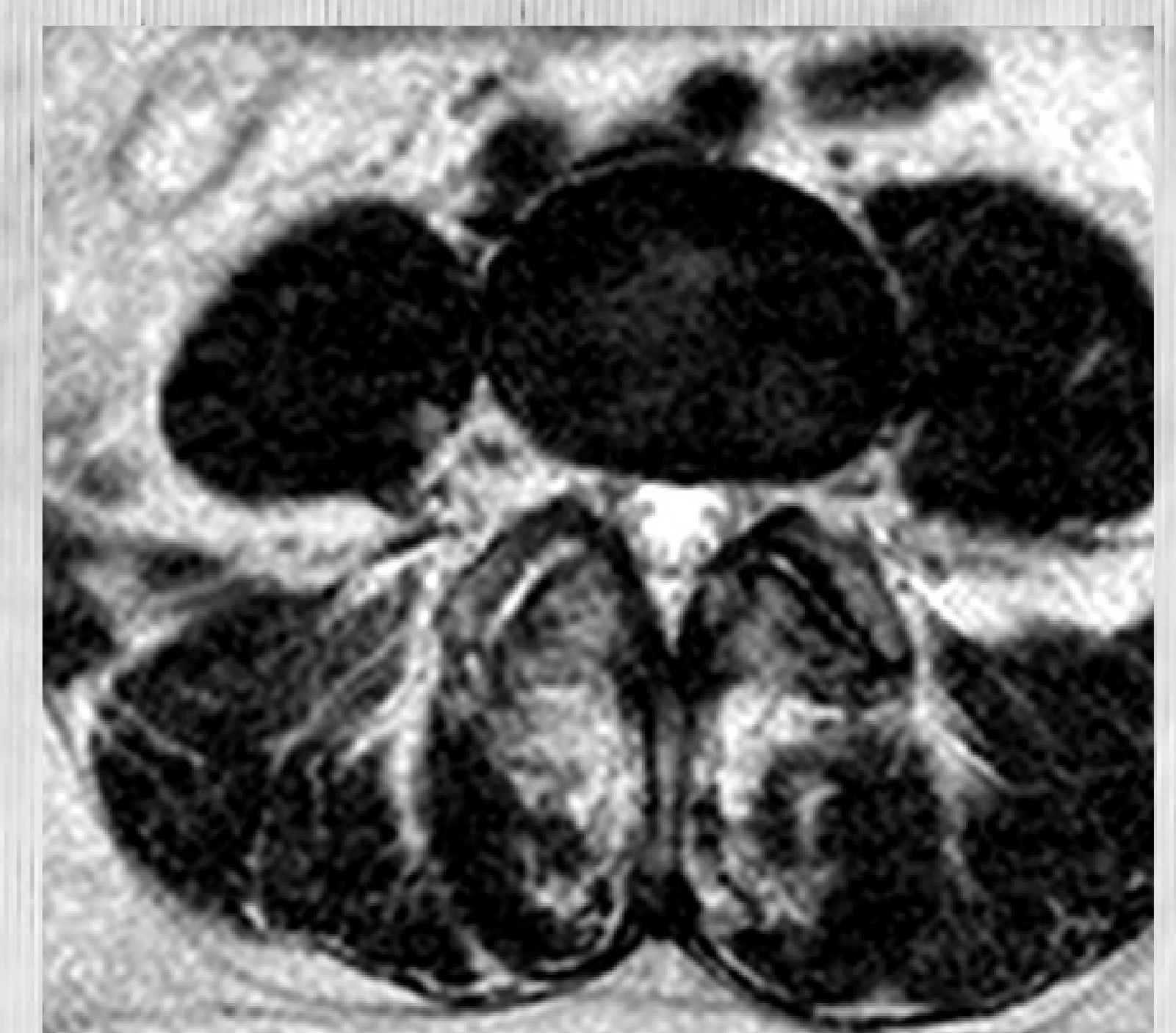


Fig 2a y 2b: RM lumbar, secuencia T2, después del tratamiento

## CONCLUSIÓN

Las infiltraciones de los quistes facetarios se realizan habitualmente con guía tomográfica o fluoroscópica. Varias publicaciones describen buenos resultados con esas técnicas (1, 2) pero su uso está limitado por la alta radiación a la cual están sometidos los pacientes o por el uso de contraste.

El uso de la ecografía para guiar la infiltración tiene varias ventajas: es rápido, no invasivo, no irradia y no usa contraste. Se ha demostrado que las infiltraciones facetarias ecoguiadas son tan precisas que las guiadas por tomografía (3). A pesar de ello, sigue siendo una técnica poco utilizada. Soló encontramos en la literatura un caso publicado (4).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Parlier-Cuau C, Wybier M, Nizard R, Champsaur P, Le Hir P, Laredo JD. Symptomatic lumbar facet joint synovial cysts: clinical assessment of facet joint steroid injection after 1 and 6 months and long-term follow-up in 30 patients. *Radiology* 1999;210:509-13
- 2 Rodríguez, c.; Mestre Moreira, c.; Rivera, B.; Cañizal García, J.M.; Bárcena Orbe, A.; Díez Lobato, R.: Quiste sinovial raquídeo lumbar. Presentación de dos casos. *Neurocirugía* 1997; 8: 117-121
- 3 Galiano K, Obwegeser AA, Bodner G, Freund M, Maurer H, Kamelger FS, et al. Ultrasound guidance for facet joint injections in the lumbar spine: a computed tomography-controlled feasibility study. *Anesth Analg* 2005;101:579-83
- 4 Lin TL, Chung CT, Lan HH, Sheen HM. Ultrasound-guided facet joint injection to treat a spinal cyst. *J Chin Med Assoc.* 2014 Apr;77(4):213-6