ARACNOIDITIS ADHESIVA COMO HALLAZGO CASUAL EN PACIENTE CON LUMBOCIATALGIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ayllón Salas Carlos, Martin Moya Miguel Ángel, Ubal Berlanga Marina, Robles Larios Luis, Jiménez Hernández Myriam

Servicio de Traumatología y Rehabilitación, Hospital de Antequera (Málaga)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

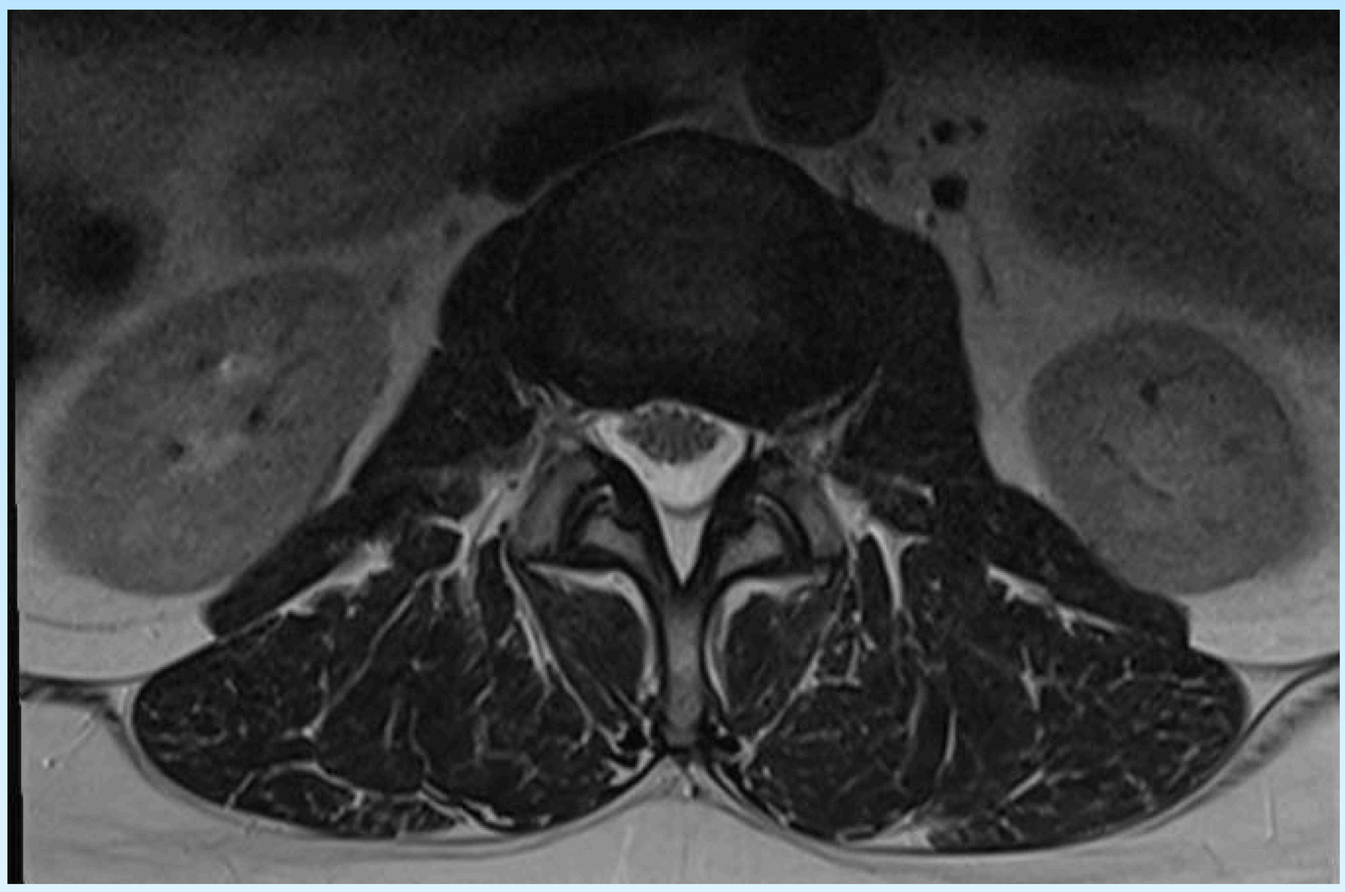
La aracnoiditis adhesiva es una enfermedad inflamatoria que se caracteriza por la formación de cicatrices intratecales y adhesiones durales. Su etiopatogenia consiste en la inflamación de la pioaracnoides que provoca edema e hiperemia de las raíces nerviosas, formándose en su fase tardía bandas fibrosas que forman cicatrices y causan isquemia y atrofia de las raíces nerviosas Su etiología es desconocida asociándose frecuentemente a agresiones sobre la columna espinal (cirugía, infiltraciones, infecciones…). La localización más frecuentes suele ser la columna lumbosacra a nivel de la cauda equina. Clínicamente suelen ser asintomáticos, aunque puede producir clínica radicular e incluso síndrome de cola de caballo. El objetivo es presentar el caso de una paciente con episodios de lumbociatalgia que fue diagnosticada de aracnoiditis adhesiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 57 años con antecedentes personales de infiltraciones epidurales en embarazos hace más de 20 años, que acude a nuestra consulta por clínica radicular de 3 semanas de evolución. La paciente refiere dolor irradiado a ambos miembros inferiores. A la exploración, la paciente presenta un signo de Lasegue +, Bragard +, y actualmente presenta una fuerza y sensibilidad conservada. ROT Aquileo levemente disminuido y marcha punta talón sin fallo.

RESULTADOS

Se realizó RMN sin contraste por sospecha de discopatía L5-S1 que ya se intuía en Rx, y los hallazgos fueron los siguientes: discopatía L5-S1 con cambios hipertróficos que condicionan estenosis foraminal moderada derecha y leve izquierda; y una incurvación y agrupamiento de raíces nerviosas a nivel de la cauda equina (L2-L3) con adhesión de las mismas a vertiente anterior de saco tecal, sugiriendo caracterizado secuelar a aracnoiditis focal. Debido a que la clínica de la paciente era la de una discopatía L5-S1 y no presentaba signos de alarma, se decidió tratamiento conservador mediante analgesia y fisioterapia



CONCLUSIONES

La aracnoiditis adhesiva es una entidad poco frecuente que generalmente suele ser asintomática, aunque puede producir clínica progresiva radicular llegando incluso a producir síndrome de cola de caballo. El tratamiento de la misma no está muy claro ya que cualquier agresión quirurgica va a favorecer la aparición de nuevas cicatrices. En nuestro caso se consideró realizar un manejo conservador mediante observación y tratamiento rehabilitador.

CONGRESO SECOT 62 MADRID
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA