

Coexistencia en el curso clínico de un quiste de Tarlov, neuropatía del pudendo y lipomatosis pélvica en una lesión por accidente de tráfico in itinere: un informe de caso

Coexistence of a Tarlov cyst, pudendal neuropathy, and pelvic lipomatosis in the clinical course of a traffic-related injury while commuting: a case report

Yanet Galiano-Gómez¹

Dina Deryagina²

Santiago Jardí-Lazaro³

F. Maria Ruiz-Alvarado⁴

Yolanda Olivan-Pascual¹

Agustín Pumarola-Segura⁵

José Miguel Martínez-Martínez^{6,7,8}  0000-0002-9633-1204

¹MC Mutual, Centro asistencial Sant Cugat del Vallès, Sant Cugat del Vallès, España.

²MC Mutual, Centro asistencial Mollet del Vallès, Mollet del Vallès, España.

³MC Mutual, Centro asistencial Montornès del Vallès, Montornès del Vallès, España.

⁴MC Mutual, Centro asistencial Molins de Rei, Molins de Rei, España.

⁵MC Mutual, Centro asistencial Girona, Girona, España.

⁶MC Mutual, Departamento Control de Gestión Sanitaria, Barcelona, España.

⁷Universidad de Alicante, Grupo de Investigación en Salud Pública, Alicante, España.

⁸University of Alberta, School of Public Health, Edmonton, Canada.

Fechas · Dates

Recibido: 27/02/2025

Aceptado: 02/05/2025

Publicado: 06/05/2025

Correspondencia · Corresponding Author

Yanet Galiano-Gómez

ygaliano@mc-mutual.com

Resumen

Se presenta el caso de una trabajadora que sufrió un accidente de tráfico in itinere y consultó por dorsolumbalgia de evolución tórpida. Durante su seguimiento se diagnosticaron progresivamente patologías poco frecuentes, como son el quiste de Tarlov, la neuropatía del pudendo y la lipomatosis pélvica. Estas tres condiciones, que afectan el área pélvica, causaron dolor, disfunción nerviosa y alteraciones anatómicas, derivando en una incapacidad progresiva. Aunque el quiste de Tarlov fue descartado como causa principal, la neuropatía del pudendo y la lipomatosis explicaron la clínica. A pesar del tratamiento médico, la paciente evolucionó hacia una incapacidad permanente absoluta, reconocida judicialmente. Este caso ilustra cómo un accidente inicialmente considerado leve puede desencadenar una evolución clínica grave.

Palabras clave: incapacidad temporal; incapacidad permanente; quiste de Tarlov; lipomatosis pélvica; neuropatía del pudendo.

Abstract

This case report presents a worker who sustained a traffic accident while commuting, and was then seen in clinic for thoracolumbar pain with a torpid evolution. During follow-up, rare pathologies were progressively diagnosed: a Tarlov cyst, pudendal neuropathy, and pelvic lipomatosis. These three conditions, all affecting the pelvic region, led to pain, neurological dysfunction, and anatomical alterations, leading to a progressive disability. Although the Tarlov cyst was ruled out as the main cause, the pudendal neuropathy and pelvic lipomatosis accounted for the clinical manifestations. Despite medical treatment, the patient evolved toward absolute permanent disability, later recognized by judicial ruling. This case highlights how a traffic accident initially classified as minor can lead to severe, complex clinical outcomes.

Keywords: sick leave; permanent disability; Tarlov cysts; pelvic lipomatosis; pudendal neuropathy.

Introducción

Los quistes de Tarlov son lesiones quísticas perineurales descritas por Tarlov en 1983 como hallazgos incidentales en autopsias⁽¹⁾. Diferentes estudios han considerado que se trata de una lesión rara, con una prevalencia inferior al 5%, aunque investigaciones recientes la consideran ligeramente mayor⁽²⁾. Los síntomas más frecuentes son el dolor y las radiculopatías⁽²⁾. El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen: resonancia magnética (RMN) o tomografía computarizada (TC). Habitualmente, constituye un hallazgo radiológico tras realizar estudios complementarios⁽¹⁻³⁾.

La neuropatía del pudendo es una lesión de dicho nervio, considerado el principal nervio del perineo y el más importante sensitivo de los órganos genitales externos de ambos sexos, así como también de los esfínteres de la vejiga urinaria y del

músculo esfínter externo del ano. Se ha descrito una incidencia de 1 por 100.000 personas en la población general⁽⁴⁾. Se caracteriza por dolor perineal o genital, asociado a alteraciones sensitivas, motoras y vegetativas. El diagnóstico se basa en la historia clínica, el examen físico, el electromiograma, la TC o la RM. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico⁽⁴⁻⁶⁾.

La lipomatosis es una enfermedad caracterizada por acúmulo de tejido graso bien delimitado o difuso. Lo más habitual es el acúmulo subcutáneo, pero también cervical, abdominal y en casos más raros en la zona pélvica. Suele presentarse entre el 0,6 y el 1,7 por 100.000 ingresos hospitalarios⁽⁷⁾. El diagnóstico se realiza mediante estudios de imagen como la ecografía, la TC o la RM. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico^(8,9).

Estas patologías constituyen un gran reto diagnóstico, el cual se realiza por exclusión entre toda la amalgama de patologías que pueden generar dolor lumbosacro. Con frecuencia, el/la paciente afectado/a consulta diversas especialidades y, como consecuencia, surgen diversos diagnósticos y tratamientos que no resuelven su dolencia, persistiendo la clínica y prolongando, en su caso, la duración de la incapacidad temporal (IT). Si no reciben tratamiento adecuado, pueden provocar cambios irreversibles en la calidad de vida, así como derivar en una incapacidad permanente (IP) total o absoluta.

Descripción del caso

Mujer de 35 años, de profesión enfermera, con antecedente de epilepsia en la infancia. Tras sufrir accidente de tráfico por alcance lateral izquierdo por otro turismo, acudió por sus medios al centro asistencial de una mutua refiriendo dolor dorsal que irradiaba a la zona lumbar y al glúteo derecho, acompañado de parestesias en los dedos de los pies del mismo lado. A la exploración física, presentaba dolor a la digitopresión de las apófisis espinosas a nivel dorsal bajo y la musculatura paravertebral. A la exploración de la columna lumbar no presentaba dolor a la palpación musculatura paravertebral, ni a nivel de las apófisis espinosas, con una movilidad conservada. La exploración neurológica no mostró signos de focalización.

Durante el curso evolutivo en régimen ambulatorio, tras 20 días, no se constató mejora progresiva, presentando sintomatología fluctuante, lo que motivó el estudio de imagen con el objetivo de descartar una patología de base. La RMN lumbosacra mostró la presencia de un pequeño Quiste de Tarlov izquierdo a la altura de S1-S2.

Después de 106 días, se realizó un estudio evolutivo electromiográfico que mostró signos de una axonotmesis parcial de ambos nervios pudendos (degeneración axonal motora activa en el esfínter anal y retraso en el reflejo bulbocavernoso), que afectó de forma moderada al nervio pudendo derecho.

Tras 126 días desde la primera visita en la que acudió al centro asistencial de la mutua, presentó un progresivo empeoramiento de la disfunción urológica y dolor disestésico, tanto en área genital y anal como en extremidad inferior derecha

(EID). Se realizó una RMN pélvica con neurografía del pudendo, que concluyó el diagnóstico de lipomatosis en el espacio subglúteo bilateral.

Un año y 6 meses después, la paciente deambulaba con ayuda de un caminador, con dolor lumbosacro y trastorno de micción y defecación. La paciente continuaba refiriendo el mismo estado físico, aunque en el estudio evolutivo con RMN y neurografía se visualizó una franca disminución del volumen de la lipomatosis. También se observó mejoría en los electromiogramas de seguimiento. La paciente presentó sólo una leve estabilización de su sintomatología a través de pautas intermitentes de corticoides y posología variable de opiáceos.

El médico tratante inicialmente clasificó el accidente como leve, sin riesgo de IP. La Dirección provincial de Barcelona del Instituto Nacional de la Seguridad Social, resolvió prorrogar la IT. Durante el periodo de prórroga, la paciente presentó una reclamación previa solicitando una IP que fue denegada. Tras la denegación, la paciente acudió a la vía judicial con resultado de IP absoluta en febrero de 2024. La sentencia judicial favorable a la IP absoluta para el puesto de trabajo fue motivada por una disfunción de esfínteres, junto con una pérdida de fuerza moderada en extremidad inferior derecha, con dolor crónico de tipo neuropático en zona lumbar y glútea también derecha (Figura 1).

Discusión

El caso presentado muestra que el quiste de Tarlov se descartó como el causante de la sintomatología que describía, a pesar de que presentaba síntomas que sí podían justificarlo (dolor zona perineal, disfunción urinaria y defecatoria) o síntomas típicos descritos en quistes de Tarlov sintomáticos: dolor a nivel glúteo, unión lumbosacra, en el coxis, hormigueo, dolor genital, sensación de calambre e impotencia funcional de los miembros⁽¹⁰⁾. Durante el análisis del caso clínico hemos partido de la idea de que la lipomatosis pélvica y la neuropatía del pudendo son las causantes de la sintomatología presentada, aunque no está claro el vínculo que pudo tener con el accidente de tráfico. Ante un paciente con dolor lumbar asociado a incontinencia urinaria y fecal, conviene considerar entidades poco frecuentes, como la presentada en esta paciente, localizada en la cavidad pélvica. Esto permite orientar de forma adecuada los estudios complementarios, alcanzar un diagnóstico certero y establecer un tratamiento precoz. Así, se puede evitar un manejo inadecuado del dolor neuropático y minimizar las posibles complicaciones.

En conclusión, un caso clínico derivado de un accidente de tráfico con mecanismo banal puede desarrollar una clínica con importante limitación y de difícil manejo (quiste de Tarlov, neuropatía del pudendo y lipomatosis pélvica). A pesar de la falta de relación de causalidad entre el accidente acaecido y la afectación de los nervios pudendos, y ser acreditada por pruebas diagnósticas objetivas la lesión de los nervios, se culmina en una sentencia de IP absoluta, derivada de accidente de trabajo por vía judicial.

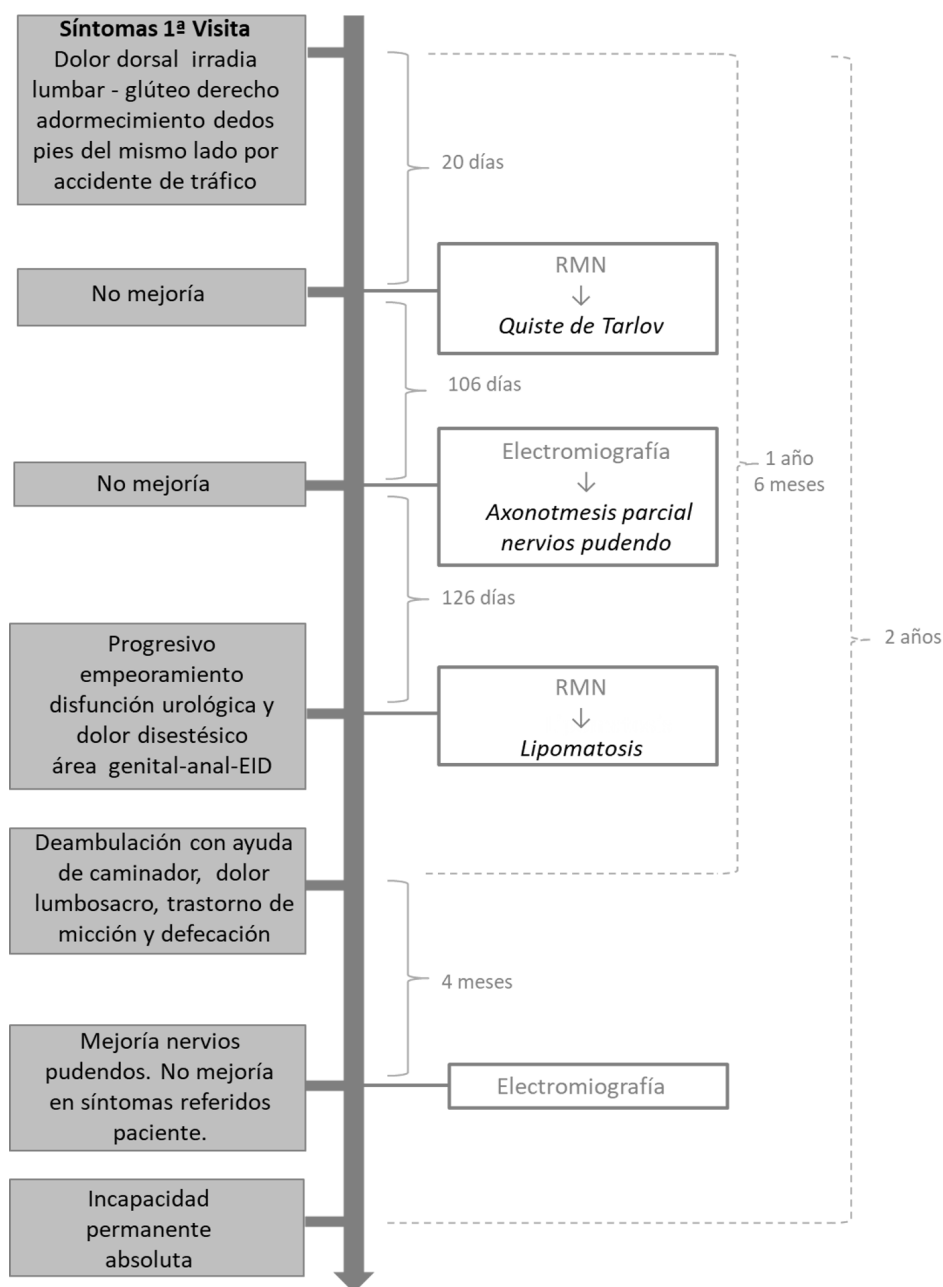


Figura 1. Línea temporal.

Financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría, y/o publicación de este artículo

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen posibles conflictos de intereses con respecto a la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Bibliografía

1. Langdown AJ, Grundy JR, Birch NC. The clinical relevance of Tarlov cysts. *J Spinal Disord Tech.* 2005;18(1):29-33. doi: 10.1097/01.bsd.0000133495.78245.71.
2. Shoyab M. Tarlov cysts in back pain patients: prevalence, measurement method and reporting points. *Br J Radiol.* 2021;94(1127):20210505. doi: 10.1259/bjr.20210505.
3. Burdan F, Mocarska A, Janczarek M, Klepacz R, Łosicki M, Patyra K, et al. Incidence of spinal perineurial (Tarlov) cysts among East-European patients. *PLoS One.* 2013;8(8): e71514. doi: 10.1371/journal.pone.0071514. Print 2013.
4. Tobar Roa V, Rojas Gómez MF, Gómez González AM, Ortiz Zableh AM. Neuropatía del pudendo como causa de dolor pélvico. *Urol Colomb.* 2018 Jan;27(1):25-34.
5. Avellanal M, Ferreiro A, Díaz-Reganon G, Orts A, Gonzalez-Montero L. Neuralgia del pudendo: algoritmo de manejo diagnóstico y terapéutico desde una unidad del dolor. *Prog Obstet Ginecol.* 2015;58(3):144-9.
6. López-Marina V, Alcolea García R, Ramírez Rueda I, Rama Martínez T, Pizarro Romero G. Encefalitis de Bickerstaff: a propósito de un caso. *Semergen.* 2016;42(6):e83-6. doi: 10.1016/j.semerg.2015.10.005..
7. Ata YM, Al-Jassim FA, Alabassi K, Albakr A, Ismail T, Al Jalham K. Pelvic lipomatosis—a rare diagnosis and a challenging management: a case report and literature review. *J Surg Case Rep.* 2024;2024(12): rjae777. doi: 10.1093/jscr/rjae777.
8. González-García JE, Acea-Paredes Y, Molina-Macias D, Cuba C. A case report of pelvic lipomatosis. *Rev Electr Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta.* 2022;47(1):1-7.
9. Hudolin T, Kaštelan Z, Goluža E, Bašić-Jukić N, Šošić H. Pelvic and retroperitoneal lipomatosis: Case report. *Acta Clin Croat.* 2010;49(4):465-8.
10. Walaaeldin Elfaal M, Samir M. Tarlov cyst – an uncommon cause of back pain. *Hamdan Med J.* 2017 Jan;10(3):201-4.