



LIPOMATOSIS EPIDURAL SINTOMÁTICA ASOCIADA A ESTENOSIS DEL CANAL LUMBAR EN PACIENTE OBESA Y VIH-POSITIVA TRATADA CON ANTIRRETROVIRALES (TAR)

M. Marín Moya | I. Bruy Rapior | M. Jiménez Villa | M. Lacambra Basil | S. Montoro Naranjo | M. Vila Montanyà
 Servicio Anestesiología, Reanimación y terapéutica del Dolor, Consorci Hospitalari de Vic



INTRODUCCIÓN

La lipomatosis espinal epidural (SEL) es una rara condición caracterizada por un acúmulo epidural excesivo de tejido adiposo que distorsiona o comprime el saco tecal pudiendo causar lumbalgia, claudicación neurógena, radiculopatía, síndrome de cauda equina y paraparesia. Se han reportado diversas etiologías: obesidad, esteroides exógenos, patología por exceso de corticoides endógenos, antirretrovirales (HAART), hipotiroidismo, etiología idiopática. Localización lumbosacra (obesidad, idiopática) > torácica (esteroides)

MOTIVO DE CONSULTA

Derivación desde unidad de Rehabilitación a UTD para valorar infiltraciones en paciente con lumbalgia crónica e irradiación a ambas extremidades inferiores.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer de 55 años sin alergias medicamentosas
- Obesidad mórbida IMC 41 (peso 105kg – talla 160cm)
- HTA
- DM-2
- VIH + . CD4 983. CV 60
- Tratamiento: Enalapril/HCZ, Metformina, Tramadol retard 100mg/12h, Pregabalina 150mg/12h, Arcoxia 90mg 1c/d, Trimeq.



CUADRO CLÍNICO DE DOLOR

Lumbalgia crónica de > 10 años de evolución que en los últimos 4 años asocia aparición progresiva de dolor irradiado por territorio posterior de ambas extremidades inferiores hasta los pies, acompañándose de sensación de pérdida de sensibilidad y claudicación neurógena de la marcha. -EF: Lassegue bilateral + sin déficit motor, marcha de puntas dificultosa, hipoestesia, facetas L3-S1 bilaterales dolorosas con hipertextensión de tronco +.

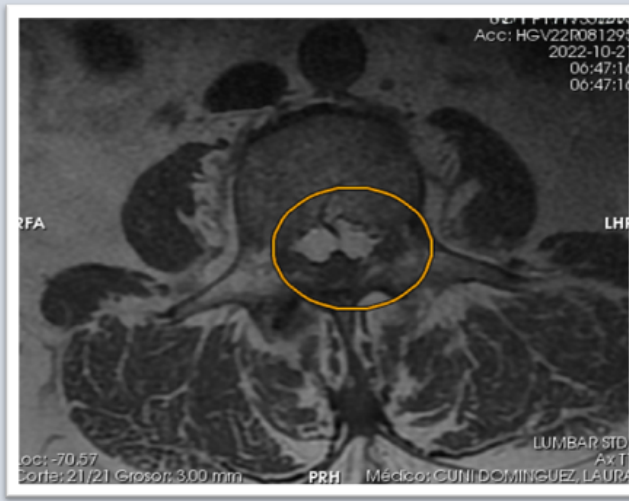
*TC 10/2021: leve escoliosis lumbar sinistroconvexa, artrosis facetaria L3-S1 bilateral, estenosis de canal L3-L5 y foraminales bilaterales.

*EMG 10/2021: radiculopatía S1 bilateral crónica

A la espera de la RM se indicaron 3 infiltraciones peridurales (2 via caudal i una L5-S1) y bloqueo de facetas lumbares bilaterales L4-L5 y L5-S1 con muy escasa respuesta.

*RM 10/2022: prominente lipomatosis epidural de predominio anterior en L4-L5 que condiciona importante disminución difusa del calibre del saco tecal con obliteración de espacios subaracnoideos y agrupamiento de raíces de la cola de caballo, degeneración discal, osteoartritis facetaria con hipertrofia de ligamentos amarillos que condicionan estenosis de canal moderada L3-L4 y severa L4-L5, y moderadas/severas estenosis foraminales bilaterales L3-L5.

Ante los hallazgos radiológicos y la refractariedad del cuadro clínico se presentó el caso en comité, concluyendo que se trataba de una probable SEL secundaria al tratamiento antirretroviral + obesidad. Se derivó a nutricionista y se indicó cirugía descompresiva + artrodesis L3-L5.



Conclusiones

- La obesidad es el principal factor de riesgo de SEL
- Considerarla en el diagnóstico diferencial de pacientes VIH en TAR con sintomatología neurológica y la sustitución de inhibidores de la proteasa.
- Manejo conservador inicial:
 - *Reducción o suspensión de corticoides y descartar sobreproducción endógena.
 - *Reducir IMC, sobretudo en SEL por obesidad
 - *Valorar la posibilidad de cirugía bariátrica en IMC >40 o >35 asociado a comorbilidad si fracaso/imposibilidad de reducir IMC.
- No existe evidencia sobre la indicación de infiltraciones epidurales con corticoides en el tratamiento sintomático de la SEL lumbar.
- Manejo quirúrgico descompresivo (laminectomía +/- fat-debulking) si:
 - *Fracaso tratamiento conservador
 - *Cuadro neurológico agudo y/o estenosis severa asociada



Financiación
 Sin conflicto de intereses

Bibliografía

1. Could spinal epidural lipomatosis be the hallmark of metabolic syndrome on the spine? A literature review with emphasis on etiology. Valerio d'Agostino et al. Diagnostics 2023, 13, 322.
2. Spinal epidural lipomatosis causing lumbar canal stenosis: a pictorial essay on radiological grading and the role of bariatric surgery versus laminectomy. Sunil Manjila et al. Cureus, 2022.
3. Spinal epidural lipomatosis: a review of pathogenesis, characteristics, clinical presentation and management. Woojin Cho et al. AOSpine Global Spine Journal 2019.
4. Epidural lipomatosis and associated spinal stenosis - the impact of weight loss: a case report. William J. Beckworth. American Journal of lifestyle medicine, 2017.
5. Symptomatic spinal epidural lipomatosis after a single local epidural steroid injection. Chung Hong Tok. Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE), 2010.
6. Epidural lipomatosis and congenital small spinal canal in spinal anaesthesia: a case report and review of the literature. Per Flisberg. Journal of Medical Case Reports, 2009.
7. Spinal epidural lipomatosis – A brief review. Darweesh Al-Khawaja. Journal of Clinical Neuroscience, 2008.
8. Epidural spinal lipomatosis with acute onset of paraplegia in a HIV-positive patient treated with corticosteroids and protease inhibitor. Giles H. Vince. SPINE volume 30, number 17. 2005.
10. Spinal epidural lipomatosis: a manifestation of HAART-associated lipodystrophy
11. Epidural steroid injections in the treatment of symptomatic lumbar spinal stenosis associated with epidural lipomatosis. Botwin KP. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation vol 83, No 12. 2004.
12. Spinal epidural lipomatosis: case reports, literature review and meta-analysis. Guy R. Fogel et al. The Spine Journal, 2004.
13. Epidural lipomatosis secondary to Indinavir in a HIV-positive patient. María Graciela Cersósimo. Clinical Neuropharmacology 2002.

Palabras clave

lipomatosis peridural|antirretrovirales|obesidad|estenosis|lumbalgia