

SÍNDROME DE BERTOLOTTI: UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

De la Esperanza Rubio, Jaime; Nájera Lavid, Enrique; Sánchez Belmonte, Sergio; Perera Fernández de Pedro, Santiago

OBJETIVOS

Presentar una patología poco habitual, el síndrome de Bertolotti, causante de dolor lumbar de origen no discal y que puede ser infradiagnosticada tanto en las consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología como en las de medicina de atención primaria.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos el caso de un paciente varón de 39 años, con dolor localizado en región lumbar baja y en región sacroilíaca derecha de años de evolución, y que refiere empeoramiento al hacer sobreesfuerzos, practicar actividades deportivas o al realizar posturas forzadas, especialmente en los últimos meses. El dolor se irradia a la región glútea ipsilateral. A pesar de sufrir esta sintomatología, nunca había consultado a ningún especialista por dicho dolor hasta el momento actual.

Al realizar las correspondientes radiografías se observó la existencia de unas apófisis transversas de L5 agrandadas, sin otros hallazgos. Correlacionando la historia clínica, la exploración y las pruebas de imagen, es diagnosticado de un síndrome de Bertolotti. Se trata de una causa frecuente de dolor lumbar en pacientes jóvenes, que consiste en el agrandamiento anómalo de las apófisis transversas de L5, que puede articular o fusionarse con el sacro o ilion.



RESULTADOS

Se ofrece inicialmente al paciente tratamiento mediante sesiones de infiltración a nivel facetario derecho L5-S1 de anestésico local y corticoesteroides. Tres meses después, tras modificar su rutina de ejercicio, y tratamiento rehabilitador, ha retomado su actividad habitual sin ningún tipo de repercusión funcional.

CONCLUSIONES

El síndrome de Bertolotti consiste en una anomalía anatómica congénita que consiste en la presencia de una megaapófisis transversa que se articula con el sacro o el ilion, lo que conlleva a una alteración en la transición lumbosacra y, por tanto, una alteración en la biomecánica de la columna.

El tratamiento inicial debe ser conservador, valorando la posibilidad de realizar infiltraciones en la articulación facetaria correspondiente o en la neoarticulación lumbosacra con esteroides o anestésicos locales, y la ablación sensitiva por radiofrecuencia (rizólisis). Es rara la necesidad de resección quirúrgica de las apófisis transversas, presentando asimismo resultados controvertidos.