

Open Acces



SÍNDROME DE BERTOLOTTI

Maria Raya Muro y Miguel Ángel Sarlat Ribas

Especialistas en Medicina familiar y Comunitaria. CAP Bordeta Magoria, Barcelona

Dirección para correspondencia:
Miguel Ángel Sarlat Ribas

Correo electrónico:
sarlatribas@yahoo.es

RESUMEN

El Síndrome de Bertolotti constituye una causa poco frecuente y poco diagnosticado de dolor lumbar de características mecánicas en gente joven, sobretodo en hombres. Se caracteriza por la presencia de una megaapófisis en último tramo lumbar que en ocasiones puede acompañarse de dolor facetario. El diagnóstico se realiza principalmente mediante radiografía simple aunque en ocasiones requiere de una tomografía o una resonancia. Su abordaje mediante tratamientos no quirúrgicos como las infiltraciones y ejercicios posturales presentan un buen resultado.

INTRODUCCIÓN

Los procesos relacionados con los dolores de espalda representan un motivo de consulta ampliamente extendido en la práctica diaria de la atención primaria.

El hecho de que las lumbalgias abordadas correspondan en no pocas ocasiones a pacientes jóvenes, sin lesiones traumáticas de base y con mejoría clínica tras inicio de tratamiento sintomático puede hacer infradiagnosticar algunas de las causas más infrecuentes de lumbalgia como el Síndrome de Bertolotti.

Esta entidad basada en un dolor mecánico asociada a procesos de escoliosis y con una buena evolución mediante tratamiento sintomático puede pasar desapercibida sin un estudio mediante pruebas de imagen en casos de lumbalgia de repetición.

PRESENTACION DEL CASO

Hombre de 37 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos de interés consulta como urgencia por cuadro de dos semanas de evolución caracterizado por dolor localizado en zona lumbar irradiado a miembro inferior derecho por el que ha automedicado con antiinflamatorios sin mejoría.

En la exploración física destaca dolor en musculatura paravertebral de zona lumbar derecha, no otros hallazgos. Se pauta tratamiento con antiinflamatorios alternado con metamizol y miorelajante. Ante la

escasa mejoría 72 horas después se solicita radiografía de columna lumbar (fig. 1 y 2) que informa de presencia de megaapófisis transversa L5 derecha y proceso transverso anómalo del nivel lateral izquierdo del cuerpo de L3. Tras mantener tratamiento antiinflamatorio el paciente presentó mejoría de la clínica. Se informó del proceso y se recomendó medidas posturales con buena evolución.

DISCUSIÓN

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1917 por Mario Bertolotti, quien describió un proceso de dolor lumbosacro crónico de características mecánicas originado por el crecimiento anómalo de una apófisis transversa de la vertebra lumbar más caudal (megaapófisis), pudiendo articularse con el ala sacra o el hueso ilíaco¹⁻⁷.

Este proceso tiene un origen en una variante morfológica o anomalía congénita que puede ser parcial o completa generando una sobrecarga mecánica de la zona afecta que conduce al desarrollo de una artropatía en la articulación facetaria^{1, 2, 7}.

Figura 1. Presencia de megaapófisis transversa a nivel de L5 derecha.



Figura 2. Presencia de megaapófisis transversa a nivel de L5 derecha.



La megaapófisis transversa constituye una causa rara de dolor lumbar y ciático¹, encontrándose entre el 4-8% de la población con una edad de presentación media entre los 30-40 años, siendo más frecuente^{3,6,7} en hombres.

Clínicamente el dolor suele presentarse como dolor lumbar de características mecánicas, con predominancia a nivel sacroiliaco, irradiándose o no a extremidades inferiores asemejándose a dolores facetarios, aunque existen casos asintomáticos.

El diagnóstico de esta entidad requiere de una correcta historia clínica, anamnesis, exploración física y uso de pruebas complementarias. En el estudio mediante radiografía simple se pueden describir cuatro tipos distintos de esta entidad atendiendo a la clasificación de Casellvi²⁻⁷:

1. Tipo 1 (42%): procesos transversos displásicos midiendo al menos 19 mm.
2. Tipo 2 (38%): lumbarización/sacralización con aumento de la apófisis transversa que forma una diartrosis con el sacro.
3. Tipo 3 (8%): fusión de la apófisis transversa con el sacro.
4. Tipo 4 (5%): incluye una unilateral tipo 2 con una tipo 3 en el lado contralateral.

El diagnóstico se puede complementar con una tomografía axial computarizada para diagnosticar la presencia de la pseudoarticulación. En el caso de que clínicamente se asocie una radiculopatía estaría indicado realizar una resonancia magnética.

No hay un consenso claro respecto al mejor abordaje terapéutico, utilizándose diferentes estrategias tanto conservadoras como quirúrgicas.

Entre las conservadoras^{3,5,7} encontramos los analgésicos orales, la ejercitación de la musculatura del tronco (suele mejorar a las dos semanas, siendo el pilates el ejercicio recomendado), las infiltraciones (mejoría en un mes) así como la denervación mediante radiofrecuencia. Las intervenciones quirúrgicas se reservan para los casos más refractarios al tratamiento (presencia de dolor, o radiculopatía importante y refractaria) y suele consistir en la resección de la vertebra transicional o neoarticulación^{3,7}.

PALABRAS CLAVE

Bertolotti's syndrome; back pain; anatomical variation

BIBLIOGRAFÍA

1. Kawtharani S, Bsat SA, El Housheimy M, Moussalem C, Halaoui A, Sunna T. A Case of Bertolotti's syndrome as a cause of sciatica. *Surg Neurol Int.* 2021;12:516.
2. Ravikanth R, Majumdar P. Ci Ji Yi Xue Za Zhi. Bertolotti's syndrome in low -backache population: Classification and imaging findings. *Tzu Chi Medical Journal.* 2019;31(2):90-95.
3. Crane J, Cragon R, O'Neill J, Berger AA, Kassem H, Sherman WF, et al. A Comprehensive Update of the treatment and management of Bertolotti's Syndrome: A best practices review. *Orthop Rev.* 2021;13(2):1-8.
4. Pelechas E, Kosta P, Voulgari PV, Drosos AA. Bertolotti syndrome: a not-to-miss cause of chronic low back pain in Young adults. *Acta Reumatol Port.* 2020;45(1):58-60.
5. Alonzo F, Cobar A, Cahueque M, Prieto JA. Bertolotti's syndrome: an underdiagnosed cause for lower back pain. *J Surg Case Rep.* 2018;10:1-4.
6. Sahoo RK, Kar R, Patel R, Jadon A. Low back pain from Bertolotti's syndrome: a not-so-uncommon aetiology. *Indian J Anaesth.* 2020;64(8):729-731.
7. Cuenca González C, Cristóbal Durán JA, Estay Girardia L, García Miana L, Garvin Ocampos. Síndrome Bertolotti: dolor lumbar crónico de características mecánicas por megaapófisi transversa. *Semergen.* 2016; 42(7):122-124.

Como citar el artículo: Raya Muro M, Sarlat Ribas MA. Síndrome de Bertolotti. *But At Prim Cat* 2022;40:15.