



REPORTE DE CASO

<https://doi.org/10.18597/rcog.4468>

Quiste de Tarlov gigante durante la gestación: reporte de caso y revisión de la literatura

Giant Tarlov cyst during pregnancy: case report and literature review

Sofía Silva-Ortiz¹ , Juan Sebastián Cruz-Reina² , Rafael Leonardo Aragón-Mendoza³ , Roberto Gallo-Roa³ , Felipe Rojas-Borda⁴

Recibido: 30 abril, 2025 Aceptado: 1 octubre, 2025

RESUMEN

Objetivo: analizar el abordaje diagnóstico, las consideraciones para el trabajo de parto y el tratamiento de los quistes de Tarlov durante el embarazo, mediante un reporte de caso y revisión de la literatura.

Materiales y métodos: se presenta el caso de una mujer de 31 años, quien es remitida a un hospital general de referencia con un embarazo de 33 semanas, por una masa quística en pelvis. Se practicó resonancia magnética que evidenció una imagen quística en continuidad con el saco tecal, asociada a remodelación ósea de los cuerpos vertebrales L4, L5 y sacros, con extensión presacra y desplazamiento del recto hacia la derecha. Se diagnosticó un quiste de Tarlov. El embarazo terminó por cesárea bajo anestesia general a la semana 37, debido a la distocia mecánica y el alto riesgo de punción del quiste y posterior fístula de líquido cefalorraquídeo. Se obtuvo un recién nacido sano, de 2.420 g, con evolución materna y neonatal satisfactoria. En el

control, al cuarto mes posoperatorio, la paciente refería lumbalgia y estaba en espera de manejo por neurocirugía. Se realizó una búsqueda de la literatura en Medline vía PubMed, Lilacs, SciELO y ScienceDirect, utilizando los términos "Embarazo" y "Quistes de Tarlov". Se incluyeron reportes o series de casos de pacientes embarazadas con quiste de Tarlov y revisiones de la literatura. Se hizo revisión de títulos y resumen, y extracción de datos por dos autores de manera independiente. Se extrajeron datos de las características de los estudios, la población estudiada, el diagnóstico, manejo obstétrico, tratamiento y pronóstico del quiste de Tarlov. Se hace resumen descriptivo de los hallazgos.

Resultados: se identificaron cinco reportes de caso que cumplieron con los criterios de inclusión. Para el diagnóstico se empleó resonancia magnética sin contraste en todos los casos. En dos casos se realizó el parto vía cesárea. La anestesia neuroaxial fue administrada sin complicaciones en tres de los casos. No se reportaron complicaciones materno-fetales atribuibles directamente a los quistes de Tarlov. Ningún caso fue intervenido durante el embarazo.

Conclusiones: los quistes de Tarlov durante el embarazo son raros. La resonancia magnética sin contraste es la alternativa más utilizada para establecer el diagnóstico de esta entidad clínica en la gestación. No parece que los quistes tengan implicaciones sobre los resultados materno-perinatales, ni el embarazo sobre la evolución del quiste. Se requieren más estudios que incrementen el cuerpo de la evidencia para definir las estrategias obstétricas y anestésicas óptimas en estas pacientes.

* **Correspondencia:** Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de la Samaritana, carrera 8 #0-29. (Bogotá, Colombia). silva_sofia@javeriana.edu.co

1. Hospital Universitario de la Samaritana, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia).
2. Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de la Samaritana, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá (Colombia).
3. Medicina Materno-Fetal, Hospital Universitario de la Samaritana. Bogotá (Colombia).
4. Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá (Colombia).

Cómo citar este artículo: Silva-Ortiz S, Cruz-Reina JS, Aragón-Mendoza RL, Gallo-Roa R, Rojas-Borda F. Quiste de Tarlov gigante durante la gestación: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2025;76:4468. <https://doi.org/10.18597/rcog.4468>

Palabras clave: embarazo; quistes de Tarlov; radiculopatía sacra; quistes perineurales; obstetricia; ginecología.

ABSTRACT

Objective: To analyze the diagnostic approach, considerations regarding delivery and treatment for Tarlov cysts during pregnancy, through a case report and literature review.

Materials and methods: We present the case of a 31-year-old woman who was referred to a tertiary care general hospital at 33 weeks of gestation due to a pelvic cystic mass. Magnetic resonance imaging revealed a cystic lesion in continuity with the thecal sac, associated with osseous remodeling of the L4, L5, and sacral vertebral bodies, with presacral extension and displacement of the rectum to the right. A Tarlov cyst was diagnosed. The pregnancy was terminated by cesarean section under general anesthesia at 37 weeks due to mechanical dystocia and the high risk of cyst puncture and subsequent cerebrospinal fluid fistula. A healthy newborn weighing 2,420 g was delivered, and both maternal and neonatal outcomes were satisfactory. At the four-month postoperative follow-up, the patient reported low back pain and was awaiting neurosurgical management. A literature search was conducted in Medline via PubMed, Lilacs, SciELO, and ScienceDirect using the terms “Pregnancy” and “Tarlov cysts.” Case reports, case series of pregnant patients with Tarlov cysts, and literature reviews were included. Titles and abstracts were screened, and data were extracted independently by two authors. Extracted data included study characteristics, patient demographics, diagnosis, obstetric management, treatment, and prognosis of Tarlov cysts. A descriptive summary of the findings is presented.

Results: The review identified five cases which met the inclusion criteria. Simple magnetic resonance imaging was used for diagnosis in all cases. Vaginal delivery was performed in two cases. Neuraxial anesthesia was administered without complications in three cases. No direct maternal-fetal complications attributable to the cysts were reported. None of the cases reported interventions for the cyst during pregnancy.

Conclusions: Tarlov cysts during pregnancy are rare. Non-contrast magnetic resonance imaging is the safest and most effective diagnostic option for this condition during pregnancy. The Tarlov cyst could not increase the risk of perinatal complications or related with the

cyst complications. Further reports and multicenter studies are needed to establish optimal obstetric and anesthetic strategies.

Keywords: Pregnancy; Tarlov cysts; sacral radiculopathy; perineural cysts; obstetrics; gynecology.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de Tarlov son estructuras ocupadas por líquido cefalorraquídeo (LCR), que se forman en la médula espinal, frecuentemente a nivel sacro, entre la unión de la raíz posterior y el ganglio dorsal, presentándose como dilataciones evidentes de las vainas de las raíces nerviosas espinales (1). Mediante un metaanálisis que incluyó 13.266 sujetos de Europa, Asia y Norteamérica, se estimó una prevalencia del 4,6% (2). Aunque existen casos reportados en población latinoamericana (3,4), no se encontraron estudios de prevalencia o incidencia en esta.

El diámetro promedio de los quistes es de 1,19 cm (1). Se estima que solo el 15,6% presentan síntomas de compromiso neural, incluyendo radiculopatía, mielopatía (2), síndrome de cauda equina crónico o trastorno de excitación genital persistente (1).

El diagnóstico de esta entidad clínica se basa en la resonancia magnética nuclear (RMN), la cual ofrece mayor sensibilidad para identificar quistes a nivel sacro (1). El diagnóstico diferencial incluye las hernias discales y la estenosis espinal lumbar (5).

Entre las opciones de tratamiento en pacientes sintomáticos se incluye el manejo médico con antidepresivos tricíclicos, gabapentinoides y opioides, en casos donde la cirugía no es una opción o existe dolor posquirúrgico residual (6). El manejo intervencionista contempla la obliteración directa del quiste, con o sin previa aspiración de este, guiada por tomografía computarizada (7); en los casos en que no hay adecuada respuesta, se recurre al tratamiento quirúrgico (1).

Es poco lo que se conoce sobre la presencia de quistes de Tarlov durante el embarazo. Es posible que la gestación dificulte su diagnóstico por la contraindicación del contraste. Además, podría limitar el uso de la analgesia obstétrica regional en el trabajo de parto o la cesárea, y ser causa de distocia mecánica en el canal del parto. Por lo anterior, es importante que el obstetra y el anestesiólogo conozcan esta condición y su abordaje durante el embarazo.

Así, el objetivo de la presentación de este caso — mujer con 33 semanas de gestación, con diagnóstico de quiste de Tarlov gigante— es realizar una revisión de la literatura con relación al diagnóstico, las opciones de analgesia obstétrica, el manejo de la vía de parto y el pronóstico materno-perinatal de esta entidad clínica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 31 años, G2A1, con un embarazo de 33 semanas, quien ingresó en el mes de noviembre de 2024 al Hospital Universitario de La Samaritana, institución pública de atención general, ubicada en Bogotá, que atiende población perteneciente al régimen subsidiado por el Estado en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSS). Fue remitida desde una institución de atención primaria para atención especializada por el hallazgo de una masa quística gigante, de aparente origen anexial, durante un estudio ecográfico de rutina a las 12 semanas de gestación. Como antecedente patológico, presentaba neurofibromatosis tipo 1. Al ingreso estaba asintomática, en buenas condiciones generales y hemodinámicamente estable. Al examen físico, la paciente presentaba un útero grávido, con una altura uterina de 30 cm, frecuencia cardíaca fetal de 153 lpm y genitales

externos normoconfigurados; al tacto vaginal se encontró una vagina normotérmica, normoelástica y cuello uterino sin cambios cervicales. No se identificaron masas pélvicas a la palpación bimanual. Se ingresó con los diagnósticos de embarazo de 33 semanas y masa pélvica en estudio. Se realizó una ecografía transabdominal y otra transvaginal, donde se evidenció una imagen anecoica de contornos irregulares, con un septo completo de 11,2 x 10,2 x 7,4 cm, con un volumen de 450 cc, sin captación al doppler color (figura 1); además, un feto único vivo, en situación longitudinal, presentación cefálica, con biometría para 33 semanas, con crecimiento en percentil 3 según la fórmula de Hadlock. Se realizó el diagnóstico de lesión multilocular quística en pelvis y restricción del crecimiento fetal estadio I, con bienestar fetal al momento del examen. Como estudio de extensión contaba con una resonancia magnética nuclear de pelvis, sin contraste, realizada a las 15 semanas de gestación, que evidenció una imagen quística de 13 x 10 x 14,2 cm en continuidad con el saco tecal, asociada a remodelación ósea de los cuerpos vertebrales L4, L5 y sacros, con extensión presacra y desplazamiento del recto hacia la derecha, que sugería un quiste de Tarlov (figuras 2 y 3).

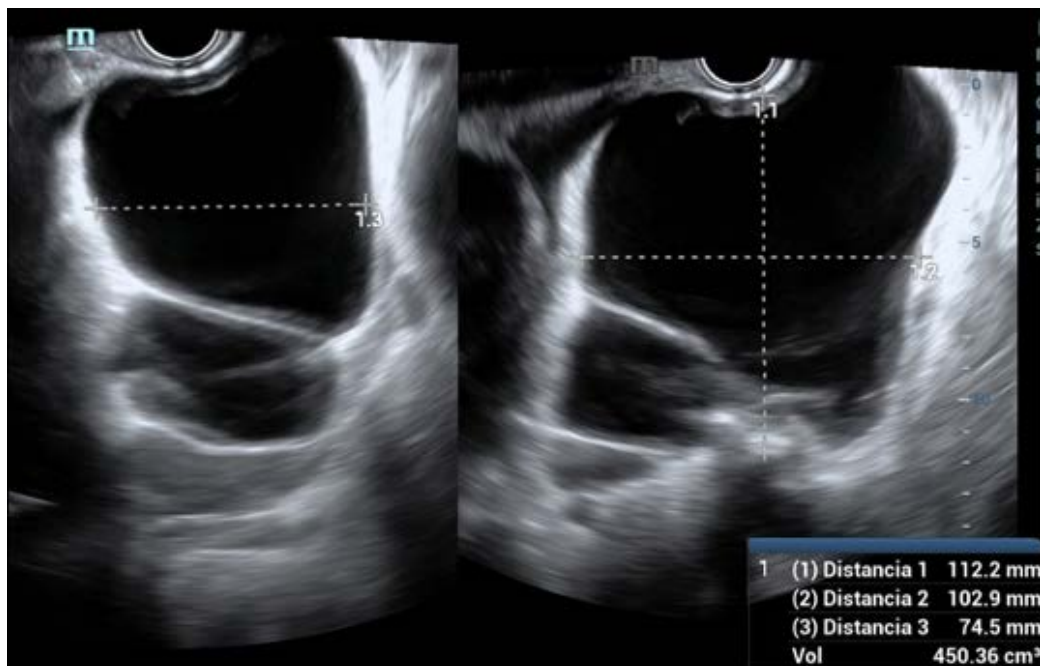


Figura 1. Ecografía obstétrica transvaginal.

Se observa una imagen anecoica, de contornos irregulares, con un septo completo y sin captación al doppler color, sin papilas ni sombra acústica posterior.

Fuente: Autores.

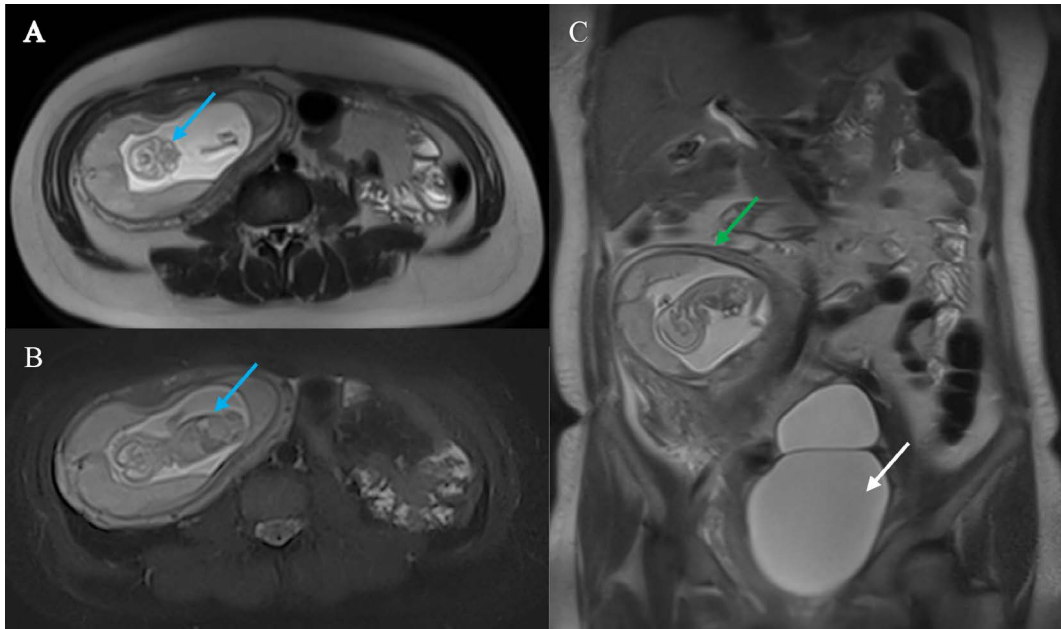


Figura 2. A y B. Resonancia magnética nuclear de abdomen, cortes axiales en secuencias T2 y T2 FAT SAT. C. T2 coronal.

A y B. Útero grávido con feto único de 15 semanas (flechas azules) C. Lesión con comportamiento magnético de líquido (flecha blanca) en hipogastrio, la cual desplaza el útero hacia anterior y el hemiabdomen derecho (flecha verde).

Fuente: Autores.

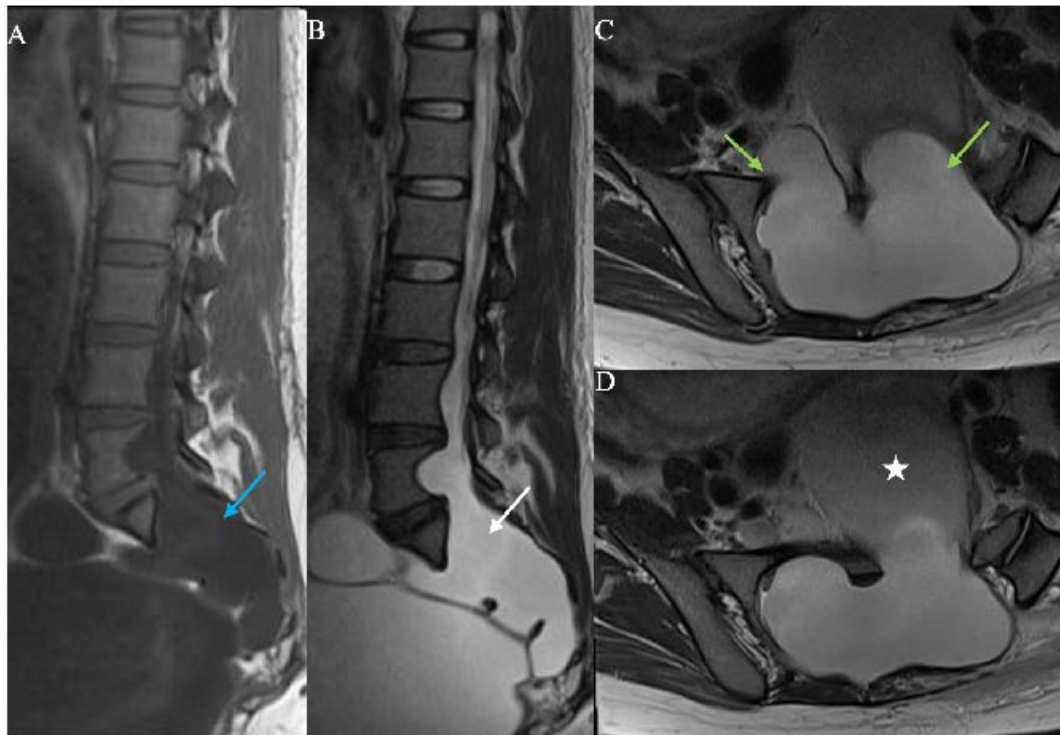


Figura 3. A y B. Resonancia magnética nuclear de columna sagital T1 y T2. C y D, resonancia magnética de columna axial T2.

Lesión hipointensa en T1 (flecha de azul) e hiperintensa en T2 (flecha blanca), con epicentro en el canal medular, que genera remodelamiento óseo y protruye a través de los forámenes sacros (flechas verdes) hacia la pelvis (estrella), compatible con quiste perirradicular (Tarlov).

Fuente: Autores.

La paciente fue valorada por el servicio de neurocirugía institucional, donde se consideró que, debido a la extensión del quiste hacia la cavidad pélvica, que incluso desplazaba el útero hacia la derecha, debía ser llevada a parto por vía abdominal y bajo anestesia general, dado el riesgo de punción accidental del quiste y posterior fístula de líquido cefalorraquídeo.

Se decidió realizar seguimiento semanal. Durante el seguimiento, la paciente no presentó sintomatología asociada al quiste de Tarlov. En cuanto al diagnóstico de restricción del crecimiento fetal, mediante estudios complementarios se descartaron infecciones perinatales o malformaciones fetales como posibles etiologías. En junta multidisciplinaria se decidió finalizar la gestación a la semana 37 vía cesárea, dada la posibilidad de distocia mecánica secundaria a la ocupación del canal de parto por el quiste de Tarlov, y bajo anestesia general dado el riesgo de punción referido previamente. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, obteniendo un recién nacido de sexo femenino, con peso de 2.420 g, talla de 41 cm y adaptación neonatal espontánea.

La paciente evolucionó sin complicaciones durante el posoperatorio, y se dio de alta a los tres días. A los tres meses de seguimiento, la paciente presentó lumbago como sintomatología asociada al quiste de Tarlov. A los cuatro meses del parto, se encuentra en manejo con analgésicos orales, a la espera de manejo quirúrgico por parte del servicio de neurocirugía por el tamaño del quiste y la sintomatología referida. Hasta los cuatro meses de seguimiento, el producto de la gestación mostraba un desarrollo adecuado.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de la literatura con base en las siguientes preguntas: ¿Cómo se realiza el diagnóstico de los quistes de Tarlov en gestantes?, ¿cuál es el abordaje de la analgesia obstétrica y la vía de parto en estas pacientes? y ¿cuál es el pronóstico materno-perinatal en estos casos?

Criterios de inclusión. Se incluyeron reportes de caso, series de casos y revisiones bibliográficas. La población estuvo constituida por gestantes con diagnóstico de quiste de Tarlov. Se evaluaron métodos diagnósticos, manejo del quiste durante el embarazo, analgesia obstétrica, atención del parto y resultados maternos y perinatales. El criterio de exclusión fue el diagnóstico del quiste durante el puerperio.

Estrategia de búsqueda. Se realizó exploración bibliográfica en las bases de datos electrónicas Medline vía PubMed, Lilacs, SciELO y ScienceDirect, con los términos MeSH: “Embarazo” y “Quistes de Tarlov”, con filtro de idioma en inglés y español, y sin filtro de inicio de publicación hasta enero de 2025.

Selección de los estudios y extracción de datos. Dos autores (SSO y JSCR) seleccionaron los artículos por título y resumen de manera independiente. De los artículos que cumplían con los criterios de población y diseño, se buscó el texto completo y se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión; en caso de discrepancia, un tercer autor (RLAM), posterior al análisis del artículo en texto completo, definía su inclusión. Estos dos autores extrajeron los datos de los estudios incluidos, destacando el diseño y el país donde se realizaron. Respecto a la población, se evaluó la edad materna, la edad gestacional y las dimensiones del quiste al momento del diagnóstico. Se analizó la presentación clínica y, paralelamente, se identificaron los métodos diagnósticos utilizados, los hallazgos por tipo de imagen diagnóstica, el tratamiento del quiste durante el embarazo, la vía del parto, el tipo de anestesia en el trabajo de parto, los resultados materno-perinatales y las complicaciones asociadas.

Análisis y presentación de resultados. Los resultados se exponen de manera descriptiva respecto al diseño, la población, el diagnóstico, el tratamiento del quiste, el manejo del parto y los resultados materno-perinatales. Se presentan los casos identificados en la literatura y la información se agrupa con el caso del presente reporte.

Aspectos éticos. Se solicitó autorización a la paciente, con consentimiento informado por escrito para publicar el caso. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana. Se tomaron las precauciones para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato de la paciente. El registro fotográfico fue tomado por los autores.

RESULTADOS

Se identificaron 138 títulos en las bases de datos evaluadas, según los criterios de búsqueda. De estos, 130 no cumplieron con los criterios de inclusión y se descartó un título duplicado. Se revisó el texto completo de los siete títulos restantes, de los cuales cinco cumplieron los criterios de inclusión (8-12). Se excluyeron dos reportes de caso que describían quistes de Tarlov diagnosticados en el puerperio (Figura 4).

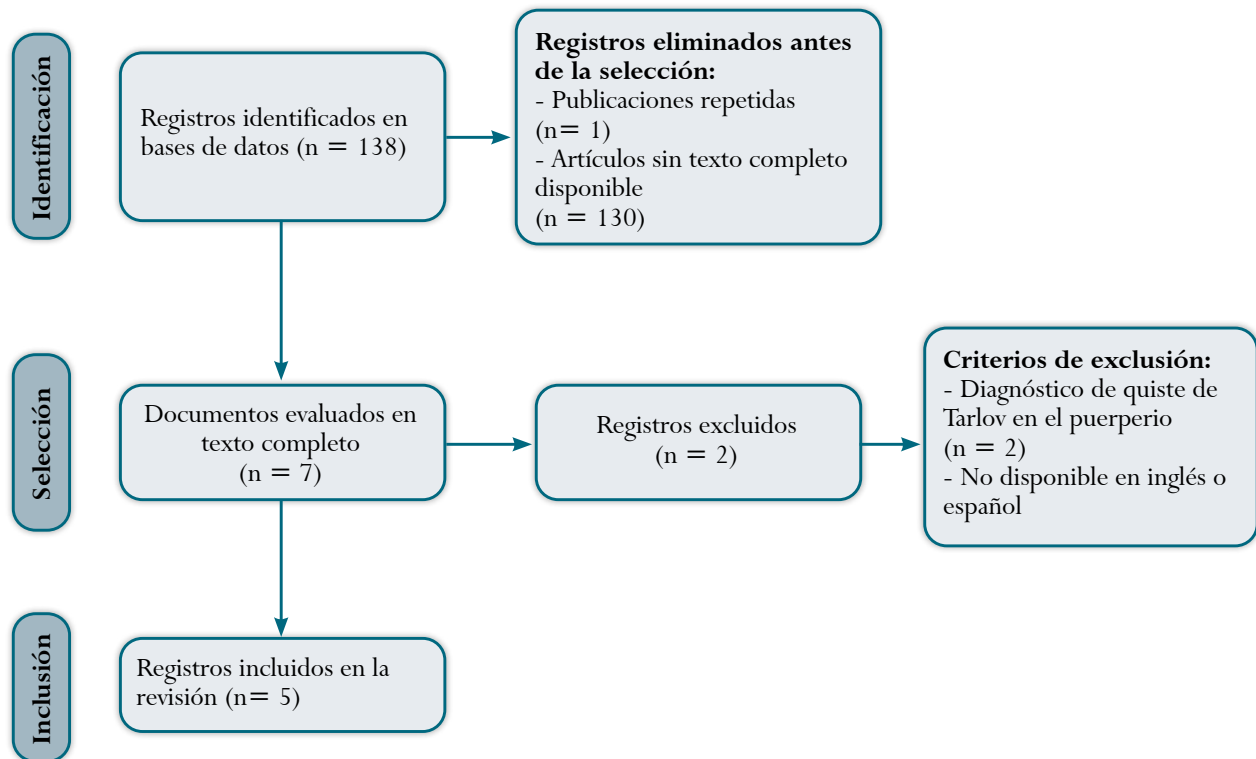


Figura 4. Diagrama PRISMA sobre la metodología de la revisión de la literatura.
Fuente: Autores.

Todos los estudios correspondieron a reportes de caso y fueron publicados en España (8), Estados Unidos (9,12), Japón (10), Australia (11) y el presente caso en Colombia. Un resumen detallado de los resultados se presenta en la Tabla 1.

Características de la población. Las pacientes se encontraban entre los 22 y los 41 años, con una media de 30 años y una paridad promedio de 1,4 gestaciones (8-12).

Tabla 1.
Casos reportados de gestantes con Quistes de Tarlov.

Autor, año y país	Edad, paridad y EG al diagnóstico	Síntomas y estudios diagnósticos	Dimensiones de los quistes de Tarlov (cm)	Analgesia obstétrica, EG al parto y vía de parto	Complicaciones maternas y resultado fetal	Tratamiento del quiste de Tarlov
Pfund, 2018 Australia (11)	- 22 años - G2P0A1 - Diagnóstico pregestacional	- Cefalea y lumbago con ciática - RMN	1,8 x 1,6 x 1,2	- Anestesia espinal - 40 semanas - Cesárea	- Ninguna - NR	Drenajes seriados guiados por ecografía
López, 2021 España (8)	- 27 años - G1P0 - Diagnóstico pregestacional	- Lumbago, debilidad, hipoestesia en región genital y constipación - RMN	4 x 3 x 1,6	- Anestesia espinal - NR - Cesárea	- Ninguna - NR	Terapia física
Kanagawa, 2022 Japón (10)	- 41 años - G2P1 - 23 semanas	- Asintomática - Ecografía y RMN	6,5 x 2,3 3 x 3,2	- Anestesia general - 37 semanas - Cesárea	- Ninguna - NR	NR
Disi, 2022 Estados Unidos (9)	- 25 años - G1P0 - 3 semanas	- Lumbago con ciática y parestesias en miembro inferior izquierdo - RMN	NR	- NR - 35 semanas - Parto vaginal	- Ninguna - NR	Analgésicos orales
Taylor, 2024 Estados Unidos (12)	- 36 años - G1P0 - Diagnóstico pregestacional	Lumbago y parestesias localizadas - RMN	NR	- Anestesia epidural - NR - Parto vaginal	- Ninguna - NR	NR
Silva, 2025 Colombia	- 31 años - G2P0A1 - 15 semanas	Asintomática - Ecografía y RMN	13 x 10 x 14,2	- Anestesia general - 37 semanas - Cesárea	- Ninguna - Recién nacido con bajo peso	Analgésicos orales

NR: no reportado.

Fuente: Autores.

Presentación clínica. Tres pacientes presentaban compromiso neural que podría atribuirse al quiste de Tarlov (8,11,12); en su totalidad describieron lumbago con ciática. Una de ellas presentó debilidad simétrica (8) y dos presentaron compromiso sensitivo en genitales o miembros inferiores (8,12). En uno de los casos se consideró que los síntomas fueron secundarios a compresión nerviosa ejercida por un mioma de 12 cm, y no por el quiste per se; esto debido a su localización contralateral, a los síntomas y al pequeño tamaño del quiste (9). En el caso presentado, la paciente estaba asintomática.

Diagnóstico. Tres de los casos describían pacientes que contaban con el diagnóstico del quiste previo a la gestación (60 %) (8,11,12). En todos los casos, incluyendo el presente, se confirmó el diagnóstico con RMN simple o contrastada, acorde al momento del diagnóstico (8-12). En un caso, además del presentado, se inició la sospecha por lo que parecía una lesión anexial durante una ecografía pélvica transvaginal de rutina, confirmada posteriormente con RMN simple (10). Los hallazgos de RMN fueron masas quísticas que medían entre 1,2 cm y 14 cm de diámetro mayor, con una media de 4,1 cm (8-12).

Opciones de anestesia obstétrica. La anestesia espinal o epidural se implementó con éxito en tres casos (8,11,12), en los que se consideró que los riesgos de la anestesia general superaban los del abordaje neuroaxial a nivel lumbar. No se reportaron complicaciones asociadas. En uno de los casos, así como en el presentado, se prefirió la anestesia general, la cual transcurrió sin complicaciones (10); la decisión se basó en la incertidumbre sobre los efectos de la anestesia espinal y el riesgo de acumulación del anestésico dentro del quiste (10). Uno de los reportes de caso no informó si se implementó algún tipo de anestesia durante el parto (9).

Manejo de la vía de parto y pronóstico materno-perinatal. En cuatro de las pacientes, incluyendo la del caso presentado, la finalización del embarazo se llevó a cabo vía cesárea, sin complicaciones (8,10,12). Se prefirió este abordaje por el riesgo de ruptura del quiste y la posible exacerbación de los síntomas de radiculopatía debido a las posiciones adoptadas durante el trabajo de parto (8,10). En uno de los casos fue por elección de la paciente (11). En dos de los casos, el parto fue por vía vaginal, sin complicaciones (9,12). En todos los casos no se reportaron complicaciones materno-perinatales asociadas.

Manejo del quiste de Tarlov. En ninguno de los casos se reportó manejo quirúrgico para el tratamiento del quiste de Tarlov durante el embarazo. Una de las pacientes recibió drenajes seriados antes y después del embarazo; aunque se le ofreció la opción del manejo quirúrgico, lo rechazó debido a los riesgos y al tiempo requerido para la rehabilitación (11). Otra paciente optó por un manejo conservador, con terapia física (8). En un caso se dio manejo sintomático con opioides, y en el presente con analgésico no opioide, con una adecuada modulación del dolor (9). En dos de los casos no se reportó si la paciente recibió algún manejo para el quiste (10,12).

CONCLUSIONES

Los quistes de Tarlov durante el embarazo son raros. La resonancia magnética sin contraste es la alternativa diagnóstica más utilizada para establecer el diagnóstico de esta entidad clínica en la gestación. No parece que el quiste tenga implicaciones sobre los resultados materno-perinatales, ni que el embarazo las tenga sobre la evolución del quiste. Se requieren

más estudios para tener mayor evidencia a fin de definir las estrategias obstétricas y anestésicas óptimas en estas pacientes.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

SSO: adquisición y análisis de datos, revisión de contenido intelectual y aprobación final de la versión para ser publicada.

JSCR: adquisición y análisis de datos, revisión intelectual y aprobación final de la versión para ser publicada.

RLAM: concepción y diseño del artículo, adquisición y análisis de datos, revisión de contenido intelectual y aprobación final de la versión para ser publicada.

RGR: concepción y diseño del artículo, revisión de contenido intelectual y aprobación final de la versión para ser publicada.

FRB: análisis e interpretación de los datos, revisión de contenido intelectual y aprobación final de la versión para ser publicada.

REFERENCIAS

1. Murphy K, Nasralla M, Pron G, Almohaimede K, Schievink W. Management of Tarlov cysts: An uncommon but potentially serious spinal column disease—review of the literature and experience with over 1000 referrals. *Neuroradiology*. 2024;66:1-30. <https://doi.org/10.1007/s00234-023-03226-6>
2. Klepinowski T, Orbik W, Sagan L. Global incidence of spinal perineural Tarlov's cysts and their morphological characteristics: A meta-analysis of 13,266 subjects. *Surg Radiol Anat*. 2021;43(6):855-63. <https://doi.org/10.1007/s00276-020-02644-y>
3. Domínguez-Gasca L, Hasslacher-Arellano J, Arellano-Aguilar G, et al. Quiste de Tarlov sintomático: Un reto de diagnóstico y manejo. *Acta Med*. 2015;13(2):104-8.
4. Chaves O, Parada L, Marinkovic T. Quiste de Tarlov bilateral, presentación de un caso. *Gac Med Bol*. 2017;37(2):97-9.
5. Lu Y, Bao L, Wang N, Chen S, Qian Y, Gu J, et al. A bibliometric and visualization study of global research trends in sacral Tarlov cyst from 2000 to 2022. *Front Surg*. 2023;10. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1301739>

6. Hiers R, Long D, North R, Oaklander A. Hiding in plain sight: A case of Tarlov perineural cysts. *J Pain*. 2010;11(6):833-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.07.007>
7. Murphy K, Oaklander A, Elias G, Kathuria S, Long D. Treatment of 213 patients with symptomatic Tarlov cysts by CT-Guided percutaneous injection of fibrin sealant. *Am J Neuroradiol*. 2016;37(2):373-9. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4517>.
8. López M, Toledo L, García M, García B, Bastida A. Anaesthetic considerations for elective cesarean section in a patient with a giant Tarlov cyst. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2022;69:493-6. <https://doi.org/10.1016/j.re-dar.2021.09.012>
9. Disi E. Sciatica in early pregnancy with coexisting uterine leiomyoma and Tarlov Cyst: A case report. *Cureus*. 2022;14(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.27855>
10. Kanagawa A, Matsumiya H, Sasaki M, Koyama T, Yamamura M, Moriwaki M, et al. Large presacral Tarlov cysts in pregnancy. *Clin Case Rep*. 2022;10. <https://doi.org/10.1002/ccr3.5837>
11. Pfund N, Oh A, Cyna A. Successful spinal anaesthesia in a patient with a Tarlov cyst. *Int J Obstet Anesth*. 2018;34:96-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2017.10.004>
12. Taylor J, Collins J. Lumbar epidural analgesia in a nulliparous patient with a low thoracic spinal meningeal cyst and sacral Tarlov cysts: A case report. *Int J Obstet Anesth*. 2025;62. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2024.104306>

FINANCIACIÓN

Ninguna declarada por los autores.

Conflictos de interés: Ninguno declarado por los autores.