

LIPOMIELOMENINGOCELE NA REGIÃO LOMBOSSACRAL: RELATO DE CASO

LIPOMYELOMENINGOCELE LUMBOSACRAL: CASE REPORT

FABIANO INÁCIO DE SOUZA, PAULA DE OLIVEIRA CAETANO QUEIROZ, LORRANE NEVES DA COSTA, WILSON ELOY PIMENTA JUNIOR, RODOLFO AMOEDO DE CASTILHO CÂNDIDO PINTO, FREDERICO BARRA DE MORAES

RESUMO

Os autores apresentam um caso de um paciente que apresentava lombalgia crônica com dor irradiada para membros inferiores e nodulação na região lombossacral de consistência borrachosa aderida ao plano profundo. Foram realizados os seguintes exames: radiografia da coluna lombar, tomografia lombar e ressonância magnética da coluna lombar. O diagnóstico realizado foi de um lipomielomeningocele e o paciente foi encaminhado para tratamento neurocirúrgico.

DESCRIPTORES: LIPOMIELOMENINGOCELE; LOMBOSSACRAL; DISRAFISMO; LIPOMA

ABSTRACT

The authors present a case of a patient who joined the Health Service presenting chronic low back pain with pain radiating to the lower limbs and nodulation in the lumbosacral region of rubbery consistency adhered to the deep plane. The following procedures were performed: X-ray of the lumbar spine, lumbar tomography and magnetic resonance imaging of the lumbar spine. The diagnosis made was a lipomyelomeningocele and the patient was referred for neurosurgical treatment.

KEY WORDS: LIPOMYELOMENINGOCELE; LUMBOSACRAL; DYSPHISM; LIPOMA

INTRODUÇÃO

Lipomielomeningocele é um tipo de disrafismo espinhal oculto congênito no qual o lipoma invade o saco dural e pode envolver as raízes nervosas e o cone medular¹. Nesta anormalidade, a medula espinhal fica ancorada pelo tecido lipomatoso, o que causa deterioração neurológica devido à isquemia do cone medular e das raízes². Os pacientes frequentemente se apresentam com manifestações cutâneas, deterioração neurológica progressiva, disfunção da bexiga e dor intratável³. Embora sejam malformações congênitas, os pacientes com lipomielomeningocele, na maioria das vezes, nascem sem apresentar quaisquer manifestações neurológicas⁴⁻⁸. Entretanto, principalmente nos períodos de crescimento acelerado, existe o risco de lesão neurológica ou vesical^{4,6-7}.

Quanto aos métodos diagnósticos, a radiografia, apesar de pouco sensível para o diagnóstico de lipomielomeningocele, é capaz de evidenciar a ocorrência de espinha bífida na maioria dos casos⁹. A tomografia computadorizada (TC), com ou sem

contraste intratecal, é capaz de revelar com precisão, nos casos de lipomielomeningocele, lesão hipodensa estendendo para dentro do canal raquidiano⁹. A ressonância magnética nuclear (RM) consiste no método de imagem mais específico para avaliação do canal espinhal do neonato. As sequências T1 e T2 permitem a avaliação detalhada da pele, plano medular, canal e discos intervertebrais⁵, permitindo assim planejamento adequado para a cirurgia corretiva. Sendo assim, a RM possibilita não só a confirmação diagnóstica, como um maior detalhamento do disrafismo¹⁰.

O tratamento da lipomielomeningocele é, basicamente, cirúrgico. O objetivo é o de liberar a medula da tração exercida pelo lipoma e, em alguns casos, também descomprimir a medula, dado o efeito de massa⁹. Portanto, é aconselhável evitar cirurgias que só atingem a fáscia tóraco-lombar, removendo somente o lipoma subcutâneo e não liberando a medula da tração. O tratamento estético não previne contra o déficit neurológico e pode dificultar o tratamento definitivo¹¹.

O objetivo deste relato de caso é relatar uma condição rara, a lipomielomeningocele, que se não diagnosticada pre-

INSTITUIÇÃO

Liga do Trauma da Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás.

cocemente e conduzida de forma correta, poderá ocasionar severas complicações neurológicas e/ou vesicais.

RELATO DO CASO

Paciente de 40 anos de idade, do sexo masculino e procedente de Goiânia. Apresenta queixa de lombalgia crônica com dor irradiada para membros inferiores, principalmente ao deambular, ao ficar em pé por longos períodos e ao realizar extensão da coluna lombar. Sem déficit neurológico. Teste de LASEGUE positivo bilateral em 45 graus, com hipoestesia em região plantar bilateral e disfunção vesical. Flexo-extensão preservada e boa amplitude de movimento. Paciente apresenta uma nodulação de aproximadamente 10 centímetros na região lombossacral de consistência borrachosa aderida ao plano profundo.

Foi feita radiografia da coluna lombar que evidenciou espinha bífida em segmento L5-S1 (figura 1).

Solicitado tomografia lombar onde observamos lesão hipodensa no canal medular lombar, bem delimitada comprimindo a cauda equina (figura 2).



Figura 1 - Radiografia antero-posterior da coluna lombar, evidenciando espinha bífida em segmento L5-S1



Figura 2 - Tomografia Computadorizada, em corte axial da coluna lombar, janela de partes moles onde observamos lesão hipodensa no canal medular lombar, em região posterior.

Feita ressonância magnética da coluna lombar, onde foi evidenciado uma lesão posterior no canal medular no trajeto de L4-S2 com hipersinal em T2 e T1 (figuras 3 e 4).

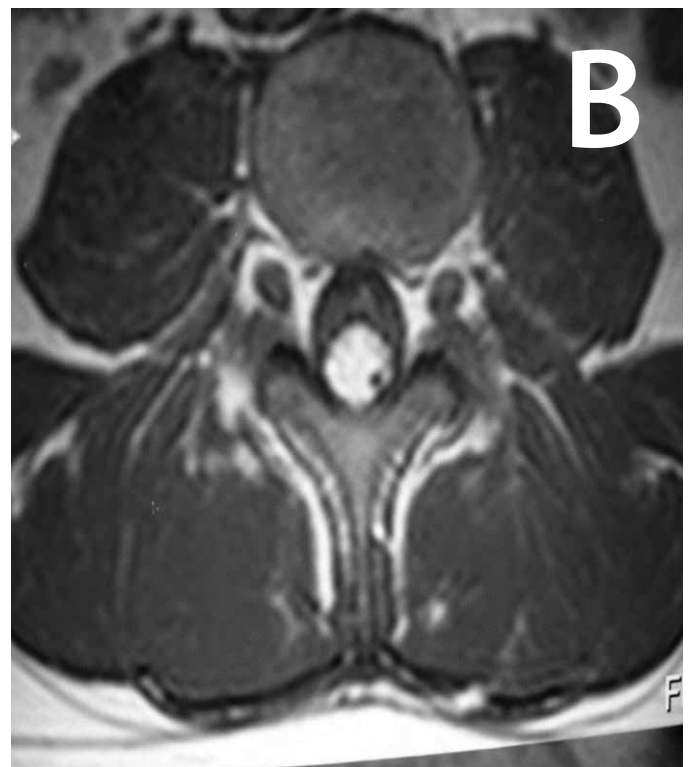
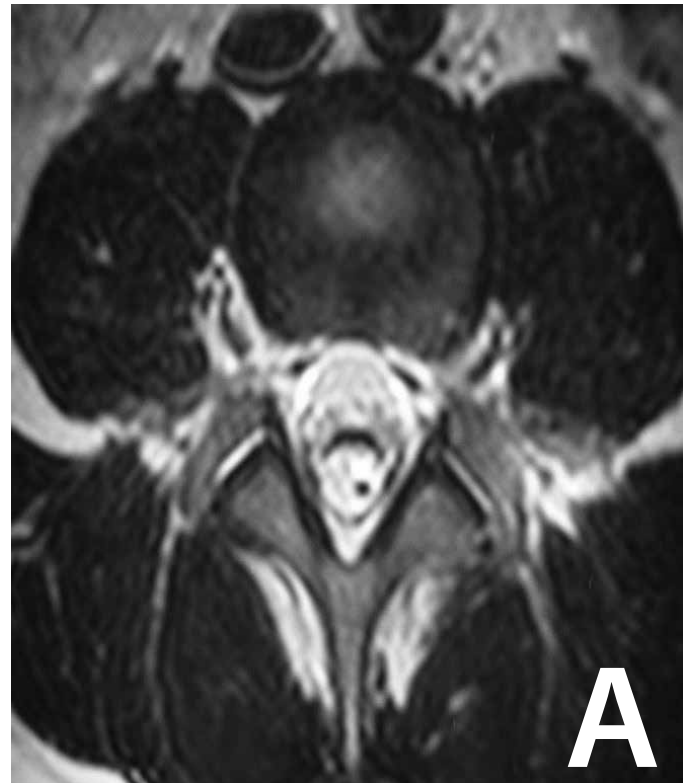


Figura 3 - Ressonância Magnética, em corte axial da coluna lombar, evidenciando uma lesão posterior no canal medular no trajeto de L4-S2 com hipersinal em T2 (A) e T1 (B).

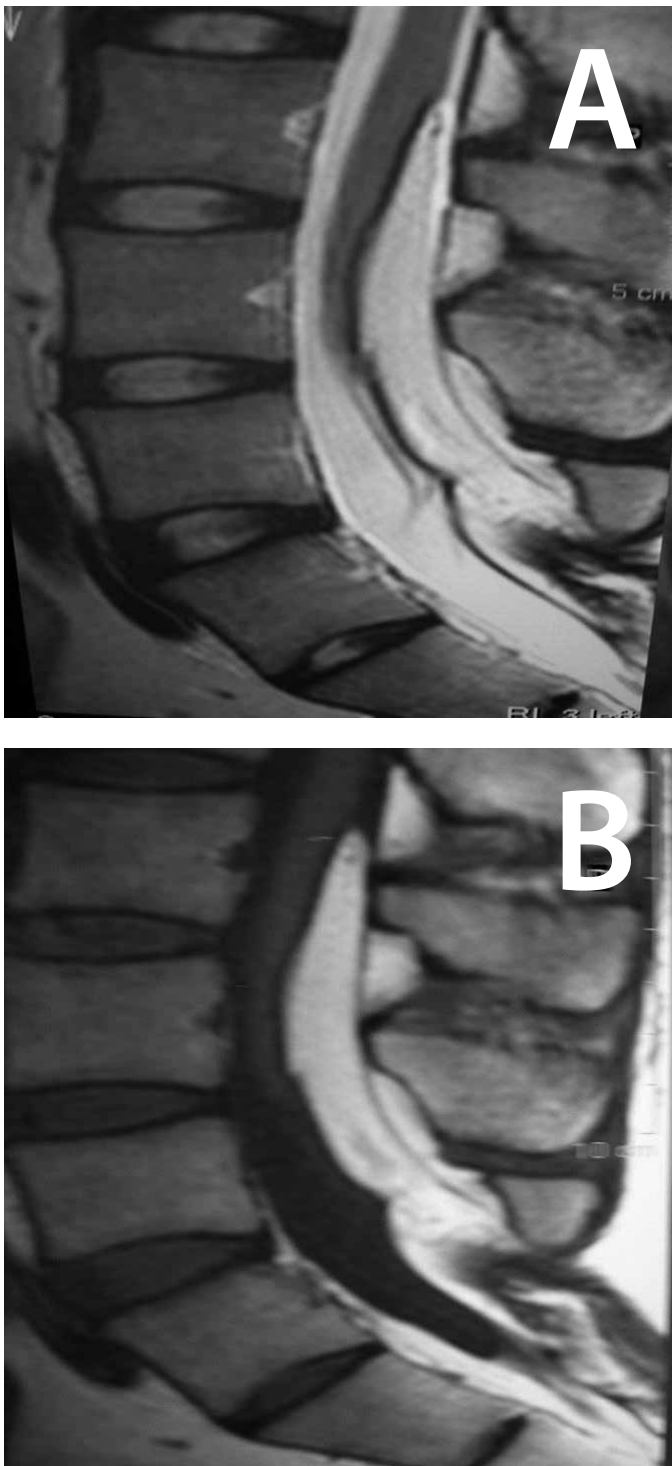


Figura 4 - Ressonância Magnética, em corte sagital da coluna lombar, evidenciando uma lesão posterior no canal medular no trajeto de L4-S2 com hipersinal em T2 (A) e T1 (B).

O diagnóstico realizado foi de uma lipomielomeningocele e o paciente foi encaminhado para tratamento neurocirúrgico.

DISCUSSÃO

Segundo a literatura, a taxa de ocorrência de lipomielomeningocele foi estimada em 2,5 por 10.000 nascimentos¹¹. É

mais frequente no sexo feminino¹². Ainda, sua ocorrência na região lombossacral é mais comum que na região cervical¹³. Na maioria das vezes, os pacientes portadores de lipomielomeningocele nascem neurologicamente normais, o que ocorreu com o paciente do caso relatado. Entretanto, principalmente nos períodos de crescimento acelerado, existe o risco de lesão neurológica ou vesical^{4,6-7}. Pierre-Khan et al.⁸ observaram uma incidência de deterioração neurológica ou vesical em pacientes não tratados em torno de 35 e 67%. As paralisias e paresias dos membros inferiores e as alterações esfinterianas instalam-se, na maioria dos casos, de forma progressiva⁴⁻⁸.

O paciente ingressou no Serviço de Saúde referindo lombalgia crônica com dor irradiada para membros inferiores. Um exame físico básico feito em pacientes com lombalgia deve abranger as seguintes etapas: inspeção das costas e da postura do paciente, mobilidade da coluna, palpação local, teste de Lasègue e exame neurológico de membros inferiores para investigar lombociatalgia¹⁵. Nesse sentido, o paciente foi examinado, revelando os seguintes fatores de piores para a lombalgia: deambulação, ficar de pé por longos períodos e ao realizar extensão da coluna lombar.

Em geral, a maioria dos paciente procuram atendimento médico na vigência de lesão cutânea⁹. Na lipomielomeningocele, observa-se a formação de uma massa posterior sob a pele, geralmente na região lombossacral, muitas vezes caracterizada pelos seguintes achados: lipoma cutâneo, hipertricrose, manchas vinhosas e depressão (dimple)⁹.

Quanto ao diagnóstico, a radiografia é capaz de evidenciar a ocorrência de defeitos dorsais de fusão na linha média (espinha bífida) na maioria dos casos⁹, porém não é sensível o suficiente para o diagnóstico de certeza de lipomielomeningocele. Em crianças pequenas (18 meses de idade) calcificação incompleta dos elementos ósseos limita a utilidade prática da realização de radiografia simples¹⁶. A TC e a RM são necessárias para confirmar os resultados da radiografia e permitir o estadiamento clínico-cirúrgico ideal¹¹. O paciente do caso foi submetido aos seguintes três métodos imagiológicos: radiografia lombar, evidenciando espinha bífida; tomografia lombar, onde observou-se uma lesão hipodensa no canal medular lombar; e uma RM, em cortes sagital e axial, que demonstrou uma lesão posterior no canal medular no trajeto de L4-S2 com hipersinal em T2 e T1.

Após o diagnóstico de lipoma sintomático é amplamente assumido que a deterioração seja inexorável e a cirurgia é um procedimento justificado independente da idade do paciente¹⁷. Sendo assim, o tratamento conservador somente com acompanhamento – operando apenas em casos de piora neurológica – é uma abordagem defendida apenas por aqueles preocupados com a deterioração no período pós-cirúrgico¹⁷. É

consenso que a cirurgia deve ser executada tão rapidamente quanto possível, isto é, antes da ocorrência ou exacerbação dos sinais e sintomas¹⁷. O perfil do paciente ideal que permitiria estabilização da doença precocemente, com melhor sobrevida e livre de recorrência foi identificado como sendo uma criança com menos de 2 anos de idade, que encontra-se sem sintomas ou história de cirurgia prévia, com cirurgia feita logo após diagnóstico, exceto em crianças muito jovens com neurologia estável, sendo adiada até 6 meses¹⁸. Portanto, diagnóstico e terapêutica precoces têm influência na prevenção de deterioração neurológica progressiva e, frequentemente, irreversível. Déficits leves e mais recentes têm melhores chances de uma boa recuperação¹⁸.

REFERÊNCIAS

- Henriques JGB, FILHO GP, COSTA PR, Henriques KSW, Perpétuo FOL. Uso da ultra-sonografia na triagem de disrafismos espinhais ocultos. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 62(3a), 701-706, 2004.
- Cochrane DD, Finley C, Kestle J, Steinbok P. The patterns of late deterioration in patients with transitional lipomyelomeningocele. Eur J Pediatr Surg 2000; 10 (Suppl I): 13-17. 3. Abu-Bonsrah N, Purvis TE, Rory Goodwin C, Petteys RJ, De la Garza-Ramos R, Sciubba DM. Adult cervicothoracic lipomyelomeningocele. J Clin Neurosci. 2016 Jul 15.
- Hoffmann HJ, Taecholarn C, Hendrick FB, Humphreys RP. Management of lipomyelo-meningoceles: experience at the Hospital for Sick Children. J. Neurosurg 1986, 62:1-8.
- Lassman LP, James M. Lumbosacral lipomas: critical survey of 26 cases submitted to laminectomy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1967, 30:174-181.
- McLone DG, Naidich TP. Laser resection of fifty spinal lipomas. Neurosurgery 1986, 18:611-615.
- Pang D, Wilberger J E Jr. Tethered cord syndrome in adults. J Neurosurg 1982, 57:32-47.
- Pierre-Kahn A, Lacombe J, Pichon J, Griudicelli Y, Renier D, Saint-Rose C, Perigot M, Hirsch J F. Intraspinal lipomas with spina bifida: prognosis and treatment in 73 cases. J Neurosurg 1986, 65:756-761. 9. Lynch JC, Andrade RA, Pereira CE, Vidal G, Silva AF. Lipomielomeningoceles: experiência com 16 casos operados. Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 96-102, Mar. 1993
- Huisman TA, Rossi A, Tortori-Donati P. MR imaging of neonatal spinal dysraphia: what to consider?. Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America, vol. 20, no. 1, pp. 45-61, 2012.
- Lesoin F, Petit H, Destec A, Rousseaux M, Julliot J P, Jomin M: Spinal dysraphia and elongated spinal cord in adults. Surg Neurol 1984, 21:119-124.
- McLone, DG; Thompson, DN. Lipomas of the spine. In McLone DG, editor. Pediatric neurosurgery: surgery of the developing nervous system. 4th ed. Philadelphia 2001: WB Saunders. pp. 289-301.
- Kanev PM; Bierbrauer, KS. Reflections on the natural history of lipomyelomeningocele. Pediatr Neurosurg 1995; 22: 137-140.
- Perez LM; Waxman SW; Webster GD. Urologic management of the patient with spinal dysraphism. In Textbook of Genitourinary Surgery, 2nd ed. Edited by H.N. Whitfield, W.F. Hendry, R.S. Kirby et al. Oxford 1998: Blackwell Science LTD, p. 926-936. 15. Thelma LS. Lombalgias. RBM rev. bras. med;67(esp.4), ago. 2010 16. Jeffrey P. Blount, MD, and Scott Elton, MD. Spinal Lipomas. Neurosurg Focus. 2001;10(1)
- Wright JG. Hip and Spine Surgery is of Questionable Value in Spina Bifida: An Evidence-based Review. Clinical Orthopaedics And Related Research®, [s.l.], v. 469, n. 5, p.1258-1264, 29 set. 2010.
- Pang D. Total Resection of Complex Spinal Cord Lipomas: How, Why, and When to Operate?. Neurologia Medico-chirurgica, [s.l.], v. 55, n. 9, p.695-721, 2015.