

# Meningocele sacral oculta

## Relato de caso

Raul Starling de Barros\*, Tony Fabiano Gomes Santos\*\*\*, Jarbas Carvalhais Reis\*\*, Flavio Pinelli\*\*\*, Katleen Cotti Ulrich\*\*

Clínica Neurocirúrgica do Hospital São Francisco de Assis. Belo Horizonte, MG

### RESUMO

Os autores apresentam o caso de um paciente adulto, com sinais e sintomas de compressão de cauda eqüina, ocasionados por meningocele sacral oculta. Não havia alterações cutâneas no dorso, mas sim deformidade congênita dos pés. Foi feita a remoção cirúrgica do cisto que proporcionou alívio dos sintomas.

### PALAVRAS-CHAVE

Meningocele. Meningocele intra-sacral oculta.

### ABSTRACT

#### **Occult sacral meningocele: case report**

The authors report a case of an adult patient with cauda equina syndrome caused by an occult intrasacral meningocele. The patient did not present any cutaneous stigmata but a congenital malformation of the feet. Following the surgical excision of the cyst the patient presented a improvement of his symptoms.

### KEYWORDS

Meningocele. Occult intrasacral meningocele.

## Introdução

Cistos meníngeos intra-raquianos são raros e correspondem a 3% dos tumores aí encontrados. Essas lesões são mais comuns na coluna torácica, onde são encontrados em 65% dos casos e menos comuns em nível cervical. Na região sacral, encontram-se 6,6% das lesões relatadas. Os cistos sacrais são mais comumente diagnosticados na idade adulta<sup>3</sup>.

## Relato do caso

SFS, sexo masculino, 29 anos, foi internado em outubro de 2004, no Hospital São Francisco de Assis

(Belo Horizonte, MG) com história de parestesia na região perineal, dificuldade de deambular, incontinência urinária e disfunção sexual de início há 18 meses, de caráter progressivo. Relatava ainda lombalgia crônica incapacitante e dor na região glútea direita há alguns anos.

Ao exame físico observamos, como anormalidades, marcha parética, com “pés caídos” (paresia da flexão plantar e dorsal dos pés) e anestesia perineal em sela. Apresentava alteração congênita dos pés, que eram hipercavos, com deformidade dos artelhos (Figura 1).

A radiografia simples mostrou alargamento do canal sacral. A ressonância nuclear magnética revelou tumoração cística que se iniciava ao nível de S1 e deslocava as raízes da cauda eqüina ventralmente. Não era evidente uma comunicação do cisto com o espaço subaracnóideo (Figura 2). O diagnóstico pré-operatório foi de meningocele intra-sacral.

\*Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Hospital São Francisco de Assis.

\*\*Neurocirurgiões assistentes do serviço.

\*\*\*Residentes de neurocirurgia.



**Figura 1 – Alteração congênita dos pés do paciente.**



**Figura 2 – Ressonância nuclear magnética em T2, sem contraste, mostrando o cisto e as raízes deslocadas ventralmente..**

O paciente foi submetido à laminectomia sacral, incluindo-se também a última vértebra lombar. A parede óssea estava adelgada. Evidenciou-se lesão cística, tensa, com paredes finas que deslocava, ventralmente e para direita, as raízes da cauda equina. Abriu-se a parede do cisto que, após a saída do líquido, não mostrou estrutura neural em seu interior. O cisto comunicava-se por colo delgado com o espaço subaracnóideo ao nível de S1. O colo foi ligado com fio não absorvível. Optou-se por não retirar as paredes vazias do cisto devido a suas aderências com as raízes da cauda equina.

O paciente não apresentou piora dos déficits no pós-operatório e recebeu alta três dias depois da a cirurgia. Vem relatando melhora progressiva do quadro desde então.

## Discussão

Cistos meníngeos intra-raquianos são raros, correspondendo a 3% dos tumores aí encontrados. As séries publicadas mostram predominância ora de um e ora de outro sexo<sup>7,8,10</sup>. Essas lesões são mais comuns na coluna torácica, onde são encontrados em 65% dos casos e menos comuns em nível cervical. Na região sacral, encontram-se 6,6% das lesões relatadas. Os cistos sacrais são mais comumente diagnosticados na idade adulta<sup>3</sup>.

Após o trabalho de Nabors<sup>9</sup>, costuma-se classificar essas lesões como:

Tipo I – Meningocele extradural com ausência de tecido neural em seu interior. Este tipo é subdividido em: (I-A) cisto aracnóideo extradural e (I-B) meningocele intra-sacral oculta.

Tipo II – Meningocele extradural com tecido neural (cisto perineural de Tarlov).

Tipo III – Meningocele intradural.

O presente relato, portanto, é classificável como Nabors tipo I-B.

Considera-se que esses casos sejam congênitos e o cisto cresceria devido ao efeito valvar da comunicação com o espaço subaracnóideo. O cisto é quase sempre dorsal em relação às raízes da cauda equina<sup>10</sup>.

A sintomatologia é de dor lombar com irradiação para os membros inferiores, com disfunção vesical e erétil associados. Somam-se, às vezes, alterações na pele do dorso. Embora se possa utilizar a mielografia ou mielotomografia, a ressonância nuclear magnética permite o diagnóstico sem os inconvenientes da punção lombar ou injeção de contraste intratecal<sup>6,11</sup>.

O tratamento cirúrgico é indicado nos casos sintomáticos. Basta ocluir a comunicação da meningocele com o espaço subaracnóideo.

No caso relatado, não havia estigmas cutâneos no dorso e as alterações dos pés é que sugeriam a etiologia congênita. Acreditamos que com o uso cada vez mais difundido da ressonância nuclear magnética na propedêutica das supostas hérnias disciais essas anomalias serão mais frequentemente diagnosticadas.

## Referências

1. AGRILLO U, VANGELISTA S, PIRRONE R, SIMONETTI G: Intranasal meningocele associated to lumbar disc rupture: a case report. *J Neurosurg Sci* 27:265-7, 1982.
2. BAYAR MA, YIDIZ B, BUHARALI Z: Management problems in case of a combination of an asymptomatic occult intrasacral meningocele and disc prolapse. *Acta Neurochir (Wien)*108:67-9, 1991.

3. CLOWARD RB: Congenital spinal extradural cysts: case report with review of literature. *Ann Surg* 168:851-64, 1968.
4. DOTY JR, THOMPSON J, SIMONDS G, RENGACHARY SS, GUMBY EN: Occult intrasacral meningocele: clinical and radiographic diagnosis. *Neurosurgery* 24:616-25, 1989.
5. FORTUNA A, LA TORRE E, CIAPPETTA P: Arachnoid diverticula: a unitary approach to spinal cysts communicating with the subarachnoid space. *Acta Neurochir* 39:259-68, 1977.
6. FRANCO GM, LOPES H, PIRES AL, SOUZA SF, PINTO PM, MARIZ FE et al.: Meningocele intrasacral occulta: Relato de caso. *Arq Neuropsiquiat* 59:817-20, 2001.
7. FRENCH BN: Midline fusion defects and defects of formation. In Youmans J R (ed): *Surgical Neurology*. 2nd edition. Philadelphia, Saunders, 1982, vol 3, pp 1353-5.
8. KENDALL BE, VALENTINE AR, KEIS B: Spinal arachnoid cysts: clinical and radiological correlation with prognosis. *Neuroradiology* 22:225-34, 1982.
9. NABORS MW, PAIT TG, BYRD EB et al.: Updated assessment and current classification of spinal meningeal cysts. *J Neurosurg* 78:122-5, 1993.
10. SATO K, NAGATA K, SUGITA Y: Spinal extradural meningeal cysts: correct radiological and histopathological diagnosis. *Neurosurg Focus* 13:1-4, 2002.
11. TATAGIBA M, AGUIAR P H, SAMII M: Management of occult intrasacral meningocele associated with lumbar disc prolapse. *Neurosurg Ver* 17:313-5, 1994.

Original recebido em dezembro de 2004  
Aceito para publicação em março de 2005

**Endereço para correspondência:**

Raul Starling de Barros

Rua Itamaracá, 535

31110-580 – Belo Horizonte – MG

E mail: [jhulicuca@ig.com.br](mailto:jhulicuca@ig.com.br)