

CISTO EXTRADURAL CONGÊNITO

NUBOR O. FACURE *

JOSÉ J. FACURE *

F. J. MONTEIRO SALLES **

JOSÉ ZAÇLIS ***

A compressão medular por cisto extradural congênito é de ocorrência rara, tendo sido considerada como entidade clínica definida por Elsberg, Dyke e Brewer (1934)² que descreveram seus sinais e sintomas. Em 1955 Cuneo¹ relatou um caso pessoal e fez referências a 20 observações que encontrou em revisão da literatura. Porisso é justificável a apresentação deste caso que serve também para mostrar que a intervenção cirúrgica precoce evita as alterações irrevésíveis da medula.

O B S E R V A Ç Ã O

N. S., brasileira, branca, 16 anos, sexo feminino, foi atendida em ambulatório em 22-10-1969 queixando-se de perda de força nos membros inferiores iniciada 6 meses antes; no princípio havia apenas redução da força muscular aos esforços para a marcha ou para corrida; pouco a pouco a resistência diminuiu até que ficou reduzida à marcha com apóio, chegando por fim, à impossibilidade total de locomoção. Não acusa alterações esfinterianas, nem perturbações subjetivas da sensibilidade. *Exame clínico-neurológico* — Paraparesia crural sensitivo-motora flácida com sinal de Babinski bilateral; reflexos cutâneo-abdominais abolidos; hiporreflexia patelar e aquileana. Hipoestesia térmica e dolorosa com nível em T5. Sensibilidades artrestésica e palestésica comprometidas nos membros inferiores. *Exame radiológico* — Alargamento do canal raqueano nos seus diâmetros transversal e antero-posterior em T5, T6 e T7. Erosão dos pedículos dessas vértebras. Mediante injeção de lipiodol por via cisternal, foi verificado bloqueio total por estreitamento do saco meningeo no sentido dorso-ventral desde a face caudal de T4 até a face cranial de T7. Uma cavidade, na porção dorsal do canal raqueano, encheu-se progressivamente, na seqüência das radiografias, apresentando como limite caudal o espaço intervertebral T7, T8; na última radiografia, o limite craneal da coluna radiopaca chegava ao meio do corpo de T6. Encontra-se imagem arredondada de 2 mm de diâmetro ao nível da face craneal de T6, ligando-se à imagem do espaço subaracnóideo por um curto canal. Foi possível, portanto, diagnosticar cisto extradural comprimindo o saco meningeo, em comunicação com o espaço subaracnóideo ao nível de T6 (Fig. 1).

* Médico assistente do Departamento de Neurologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas; ** Patologista; *** Chefe da Seção de Neurorradiologia, Departamento de Neurologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

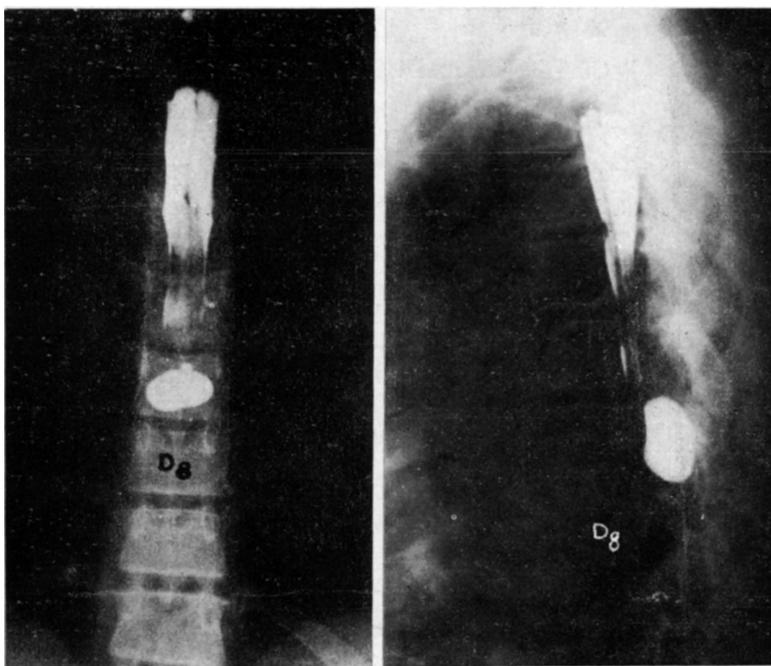


Fig. 1 — Caso N. S. Mielografia. Bloqueio total por estreitamento do saco meníngeo no sentido dorso ventral desde T₄ até T₇. Cavidade cística na porção dorsal do canal raqueano. Comunicação do cisto com o espaço subaracnóideo ao nível de T₆.

Intervenção cirúrgica — Em 24-10-69 foi feita laminectomia desde T₅ até T₇, sendo encontrado volumoso cisto extradural desde T₅ a T₇, estando o canal raqueano alargado nesta área. Tração lateral do cisto e visualização da dura-mater normal recobrando a medula. Tecido gorduroso nas extremidades do cisto que não apresentava aderências com a dura-mater; pequeno colo comunicando o cisto com o espaço subaracnóideo foi ligado na altura de T₆. Remoção total do cisto que média 8 cm de comprimento por 3 cm no diâmetro transversal e 2 cm no ântero-posterior; conteúdo representado por fluido transparente e incolor.

Exame histopatológico — Fixação em formol, inclusão em parafina e coloração por H.E., tricrômico e retículo de Gomori, e Gallego. Trata-se de formação sacular ovóide cuja luz está revestida por membrana lisa brilhante e cuja parede é semi-transparente, de aspecto fibroso. Ao exame microscópico encontra-se textura fundamentalmente conetivo-fibrilar hialinizada na face externa onde existe tecido ~~celulo-gorduroso~~ gorduroso com algumas fibras nervosas mielinizadas; a face interna tem revestimento endoteliforme descontínuo que repousa sobre faixa vascularizada de textura frouxa muito rica em fibras reticulínicas (Fig. 2). Diagnóstico: Cisto congênito extradural.

Evolução — Melhora imediata da paraparesia, com aumento do tonus muscular. No vigésimo dia após a intervenção a paciente estava deambulando sem apóio; sinal de Babinski ausente; a sensibilidade profunda permanecia alterada.

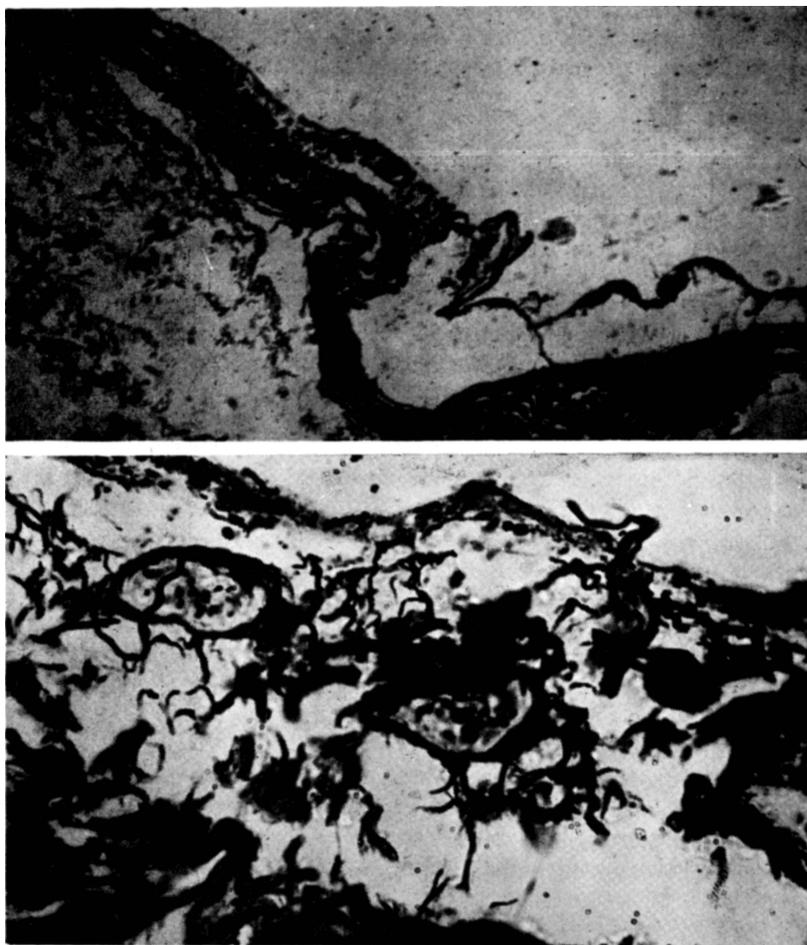


Fig. 2 — Caso N. S. Na parte superior, revestimento interno vascular com reticulina e faixa colágeno fibrilar em contato com o tecido frouxo epidural ($\times 40$). Na parte inferior, fibras de reticulina perivasculares e revestimento endoteliforme da aracnóide constituindo a face interna do cisto ($\times 400$).

COMENTÁRIOS

O quadro clínico do cisto extradural congênito é o de uma compressão medular. O paciente se queixa de dificuldade progressiva na deambulação e nos movimentos dos membros inferiores; a parapesia crural sensitivo-motora se instala aos poucos, com nível de sensibilidade na região torácica média, geralmente na altura do 6.^o ou 7.^o dermatomo. As alterações sensitivas nunca são severas; raramente ocorre dor espontânea, sempre de pequena intensi-

dade; mais freqüentes são as alterações da sensibilidade profunda; distúrbios esfinterianos podem ocorrer. A remissão dos sintomas já foi observada também espontaneamente por esvaziamento eventual do cisto. O quadro clínico se inicia na adolescência, sendo de dois meses a 13 anos a duração do quadro clínico, quando não fôr feita a extirpação cirúrgica.

O exame radiográfico é fundamental para o diagnóstico que algumas vêzes já pode ser feito mediante radiografias simples da região dorsal. O quadro radiológico característico foi descrito por Elsberg e col.²: há comprometimento de vértebras torácicas com aumento da distância interpedicular e erosão dos arcos e dos pedículos, disso resultando alargamento do canal raqueano nos seus diâmetros ântero-posterior e transversal. Essas alterações se localizam com maior freqüência entre T4 a T10, podendo haver cifose ou escoliose dorsal associada. As radiografias contrastadas quasi sempre mostram bloqueio total ou parcial do canal raquano. A identificação radiológica da comunicação entre o cisto e o espaço subaracnóideo foi feita pela primeira vez por Jacobs-Smith e Van Horn (citados por Cuneo¹). O exame do líquido cefalorraqueano nos casos referidos na literatura, revelou a síndrome liquórica de bloqueio do canal raqueano.

Do ponto de vista etiológico a maioria dos autores considera o cisto extradural congênito como um divertículo do saco meníngeo. Porém como a comunicação entre o cisto e o espaço subaracnóideo só é identificável, direta ou indiretamente, em apenas 1/3 dos casos (Hanraets³), foi admitida, por outros, a formação do cisto a partir de células ectópicas (Hindman⁴). Cuneo¹ cita a opinião de Cloward e Bucy que procuram explicar a ausência da comunicação pela obliteração do pedículo no decorrer do desenvolvimento, continuando o crescimento do cisto por secreção intrínseca.

No que respeita ao diagnóstico diferencial têm sido relatados casos cuja sintomatologia pode fazer pensar em esclerose em placas ou em siringomielia (Elsberg²). Por outro lado, já foi encontrado tumor intra-medular (espongioblastoma) prèviamente diagnosticado como cisto extradural (Hindman⁴). Os lipomas devem ser lembrados porque mostram quadro radiográfico semelhante àquele encontrado nos cistos; contudo os lipomas são mais freqüentes na região cervical. O comprometimento de três ou mais vértebras torácicas, apresentando as alterações acima referidas no exame radiográfico, é quasi patognomônico do cisto extradural. Cistos de raízes nervosas, conforme foi descrito por Tarlov (citado por Hanraets³), se localizam ao nível de S3; êles podem ser múltiplos e emergem entre o endoneuro e o perineuro da porção extradural das raízes ou, então, da cápsula do gânglio.

R E S U M O

Relato de um caso de cisto extradural congênito operado com sucesso. A importância do estudo radiológico da coluna vertebral é salientada. No caso relatado foi verificado, pelo exame radiológico contrastado, existir uma comunicação entre o cisto e o espaço subaracnóideo. Os autores chamam a atenção para a necessidade da intervenção cirúrgica em tempo hábil para prevenir lesão permanente da medula espinal.

S U M M A R Y

Congenital extradural cyst: a case report.

A case of congenital extradural cyst successfully operated is reported. The value of the radiographic examinations of vertebral column is emphasized. Communication between the cyst and subarachnoidal space was detected mielographically. Early diagnosis followed by prompt surgery may prevent permanent spinal cord damage.

R E F E R Ê N C I A S

1. CUNEO, H. M. — Spinal extradural cysts. *J. Neurosurg.* 12:176-180, 1955.
2. ELSBERG, C. A.; DYKE, C. G. & BREWER, E. D. — The symptoms and diagnosis of extradural cysts. *Bull. Neurol. Inst. New York* 3:395-417, 1934.
3. HANRAETS, P. R. M. J. — Congenital extradural sive epidural cysts. *In The Degenerative Back*, 1959, pp. 183-186.
4. HYNDMAN, O. R. & GERBER, W. F. — Spinal extradural cysts, congenital and acquired. *J. Neurosurg.* 3:474-486, 1946.

*Departamento de Neurologia — Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas
Campinas, SP — Brasil.*