

Quisto Epidermóide Lombossagrado: Complicação Rara da Punção Lombar

TERESA CALDEIRA*, ISABEL CARVALHO*, EUGÉNIO VALENTE**, LÚCIA RODRIGUES*

*Serviço de Pediatria, **Serviço de Ortopedia –Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Resumo

Os quistos epidermóides são tumores raros, constituindo menos de 1% dos tumores intra-espinais. Os tumores epidermóides adquiridos estão habitualmente localizados na coluna lombossagrada e são uma complicação rara e tardia da punção lombar, cujo crescimento lento e as manifestações muitas vezes atípicas exigem um elevado índice de suspeição para o diagnóstico diferencial.

Os autores descrevem o caso clínico de uma criança de 6 anos de idade, com história prévia de múltiplas punções lombares aos 7 meses de idade, apresentando-se com dor lombar á flexão da coluna e claudicação com cerca de um ano de evolução. A Ressonância Magnética sugeriu o diagnóstico de quisto epidermóide a nível de L3/L4 com compressão da cauda equina. Foi efectuada a exérese total da massa, com evolução clínica favorável.

Palavras-chave: quisto epidermóide, meningite, punção lombar

Summary

Epidermoid Cyst of the Spinal Cord: A Rare Complication of Lumbar Puncture

Epidermoid cysts of the lumbar spine are rare, comprising less than 1% of intraspinal tumors. Acquired epidermoid cysts are ordinarily located in the lumbar spine and are a rare and late complication of lumbar puncture. Their slow growth and atypical manifestations demand a high level of suspicion for differential diagnosis.

We report a case of a 6 year-old child, submitted to several lumbar punctures at 7 months of age, who presented low-back pain and limp for about one year. Magnetic Resonance images suggested an epidermoid cyst at the level of L3/L4 causing compression of the cauda equine. The patient underwent total surgical excision of the mass and following surgery the clinical evolution was favourable.

Key-words: epidermoid cyst, meningitis, lumbar puncture

Introdução

Os tumores da medula espinal na criança são 10 vezes menos comuns que os tumores cerebrais. Ocorrem quer na população pediátrica quer nos adultos, predominando no período dos 20-40 anos.

A maioria deles (95%) é extra-medular: destes, 50% são extra-durais, sendo o neuroblastoma o tipo histológico mais comum e 25% são intra-durais, como o meningioma, schwannoma, neurinoma ou neurofibroma. Outras lesões neoplásicas (sarcoma de Ewing, rabiomiossarcoma, metástases) ou não (infiltração leucémica, malformações arteriovenosas, lipomas, quistos) podem ser causa de compressão medular⁽¹⁾. Dos tumores intra-medulares, os astrocitomas e ependimomas são os mais frequentes (85-90%), seguidos dos hemangioblastomas (5%)⁽¹⁾.

Os recentes avanços da neuroimagem permitem um diagnóstico diferencial mais preciso. Mais de 90% destes tumores são benignos e passíveis de excisão cirúrgica.

Os quistos epidermóides são tumores extra-medulares, compreendendo menos de 1% dos tumores intra-espinais⁽²⁾. Dividem-se em dois tipos: congénitos e adquiridos. Estima-se que cerca de 40% dos quistos epidermóides são adquiridos⁽³⁾ e resultam da implantação iatrogénica de fragmentos epidérmicos no espaço subaracnoideu⁽²⁾. Existem fortes evidências de que os quistos epidermóides adquiridos são uma complicação tardia da punção lombar⁽⁴⁾,

efectuada para fins diagnósticos, de anestesia ou terapêuticos, já que tendem a ocorrer na coluna lombossagrada, próximo do local onde foi efectuada previamente a punção lombar ⁽⁵⁾.

Caso Clínico

Criança de 6 anos de idade, sexo masculino, natural e residente em Vila Nova de Gaia, enviado à consulta de Pediatria por limitação da flexão da coluna e claudicação.

Primeiro filho de um casal jovem, saudável, não consanguíneo. Gestação de termo, vigiada e sem complicações. Parto às 39 semanas, distócico (cesariana). Apgar 9/10 ao 1º e 5º minuto, respectivamente. Período neonatal sem intercorrências. História familiar irrelevante. Submetido a nefrectomia direita por rim multiquístico aos 5 anos de idade.

Internamento aos 7 meses de idade por sépsis e meningite por *Haemophilus influenza* tipo b, tendo efectuado punção lombar diagnóstica (2 tentativas). Repetiu a punção lombar ao 5º dia de internamento por má resposta à terapêutica, tendo posteriormente evolução clínica favorável.

Aos 6 anos de idade é consultado por quadro com cerca de 12 meses de evolução de lombalgia desencadeada pela flexão da coluna ou pela tosse, sem irradiação, e marcha claudicante. A limitação da flexão da coluna lombar, de agravamento lento e progressivo, impede-o de executar determinados movimentos como calçar os sapatos ou apanhar objectos do chão. Sem incontinência de esfíncteres. O exame objectivo revelou um bom estado geral, dor à pressão sobre a linha média na região lombossagrada, marcha com tendência a não fazer apoio sobre o calcanhar direito, postura anti-álgica mantendo a rectilinição da coluna lombar e discreta hipotrofia muscular do membro inferior direito. Tónus, força muscular e sensibilidades mantidas. Reflexos osteo-tendinosos normais.

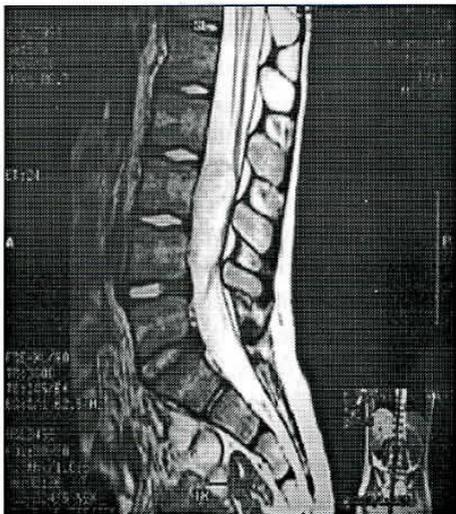


Fig.1- Lesão extra-medular com hipersinal em T2

A radiografia da coluna dorso-lombar efectuada não mostrou alterações e a Ressonância Magnética da coluna lombossagrada mostrou "...lesão expansiva ovalar, intradural, localizada entre L3/L4, com cerca de 3,5 cm de comprimento, que comprime as raízes da cauda equina, desviando-as contra a coluna posterior. A referida lesão acompanha o sinal de LCR em todas as ponderações e não altera após a administração de produto de contraste, (...) compatível com o diagnóstico de quisto epidermóide" (Figura.1).

Foi submetido a cirurgia com exérese total da lesão e o exame histológico confirmou o diagnóstico de quisto epidermóide. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Cerca de um ano após a cirurgia encontra-se assintomático, com marcha e mobilidade da coluna normais.

Discussão

Os quistos epidermóides são uma causa rara de compressão medular. Os quistos epidermóides congénitos resultam da inclusão de ectoderme no tubo neural durante o seu encerramento, que ocorre por volta da 3ª / 4ª semana de gestação ⁽³⁾. Ocorrem maioritariamente nas regiões cervical e torácica inferior e estão frequentemente associados a disrafismos da região lombar, malformações ósseas ou cutâneas suprajacentes (espinha bifida, sinus pilonidal) ⁽⁶⁾.

Os quistos epidermóides adquiridos resultam da deposição de células da epiderme no canal medular durante a realização de uma punção lombar, sobretudo se existe infecção associada, se efectuadas múltiplas punções lombares ou quando usadas agulhas não mandriladas ^(2,4). No caso apresentado pensamos ter concorrido para o aparecimento desta lesão o facto de ter sido submetido, ainda em lactente, a várias punções lombares no contexto de uma meningite.

Estes são tumores que tanto pelo seu crescimento lento como pela sua localização (cone medular ou cauda equina), permanecem assintomáticos e sem sinais de compressão medular durante longos períodos de tempo. O tempo decorrido entre a punção lombar e o diagnóstico, que no caso apresentado foi de cerca de 5 anos, pode variar entre 1,5 a 23 anos ⁽³⁾.

A sintomatologia é muito variada e relaciona-se com o tamanho e localização do tumor ⁽¹⁾. A dor lombar mais caracteristicamente irradia pelo território dos nervos comprimidos, embora no caso descrito se tratasse de uma dor localizada e agravada com movimentos de flexão da coluna dorso-lombar e com manobras de Valsalva. A claudicação, como mecanismo de defesa, condicionou no caso descrito, hipotrofia muscular dos gêmeos direitos. Apesar da evolução de cerca de um ano da sintomatologia, não foi verificado compromisso neurológico.

A Ressonância Magnética da medula espinal com con-

traste de Gadolinum-DTPA é actualmente o método diagnóstico de eleição, tendo praticamente substituído a mielografia ⁽³⁾. O quisto epidermóide tipicamente apresenta um sinal elevado em T2 e um sinal baixo em T1, semelhante ao LCR, tal como se verificou neste caso. O tumor pode ser diferenciado de outros tumores intra-espinais pela não captação de contraste ^(3,8), mas diagnóstico diferencial com o quisto aracnóide depende de uma história clínica etiológicamente sugestiva e do exame anatomo-patológico ⁽⁶⁾.

Procedeu-se á remoção cirúrgica do tumor, que por ser revestido por uma densa cápsula envolvente, facilitou a remoção completa. Em geral, e tal como pudemos constatar, quanto mais precoce a detecção do tumor e quanto menor o atingimento neurológico, melhor será o prognóstico e a recuperação funcional.

Embora a associação e relação causal entre os tumores epidermóides da coluna lombar e a punção lombar estejam bem documentadas, faltam ainda evidências epidemiológicas para sustentar a impressão clínica de que o uso de agulhas mandriladas tem diminuído a incidência deste tipo de tumores. Por isso, perante uma criança com dor lombar crónica de etiologia não esclarecida, em especial se existe história de punção lombar efectuada nos primeiros meses

de vida, um elevado índice de suspeição deve ser mantido, no sentido de evitar lesões neurológicas irreversíveis.

Bibliografia:

1. Aicardi J. Tumours of the central nervous system and other space-occupying lesions. In: Diseases of the Nervous System in Childhood. Clinics in Developmental Medicine. 2nd Edition. London. Mac Keith Press. 1998: 491-533.
2. Potgieter S *et al.* Epidermoid tumours associated with lumbar punctures performed in early neonatal life. *Dev Med Child Neurol* 1998; 40: 266-9.
3. Teksam M, Casey S O, Michel E, Benson M, Truwit C L. Intraspinal epidermoid cyst: diffusion-weighted MRI. *Neuroradiology*. 2001; 43: 572-4.
4. Halcrow SJ, Crawford PJ, Craft AW. Epidermoid spinal cord tumor after lumbar puncture. *Arch Dis Child* 1985; 60: 978-9.
5. Reina MA, Lopez-Garcia A, Dittmann M, de Andres JA, Blazquez MG. Iatrogenic spinal epidermoid tumors. A late complication of spinal puncture. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1996; 43 (4): 142-6.
6. Carre S, Sanoussi S, Dietemann JL, Salatino S, Guessoum M. Intraspinal epidermoid cyst. *J Neuroradiol* 1997; 24 (1): 65-7.
7. Roeder MB, Bazan C, Jinkins JR. Ruptured spinal dermoid cyst with chemical arachnoiditis and disseminated intracranial lipid droplets. *Neuroradiology* 1995; 37(2): 146-7.
8. Visciani A, Savoiaro M, Balestrini MR, Solero CL. Iatrogenic intraspinal epidermoid tumor: myelo-CT and MRI diagnosis. *Neuroradiology* 1989; 31: 273-5.