

Rev Soc Esp Dolor
2014; 21(3): 146-148

Tratamiento mediante punción guiada por TC de un meningocele intrasacro oculto doloroso: caso clínico y revisión de la literatura

A. Muntané Sánchez¹, V. Mayoral Rojals², M. Pérez Rubiralta¹, Y. Velasco Díaz¹, P. Mora Montoya¹, L. Aja Rodríguez¹ y S. Aixut Lorenzo¹

¹Servicio de Radiodiagnóstico. Departamento de Neurorradiología. ²Servicio de Anestesiología. Clínica del Dolor. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Muntané Sánchez A, Mayoral Rojals V, Pérez Rubiralta M, Velasco Díaz Y, Mora Montoya P, Aja Rodríguez L, Aixut Lorenzo S. Tratamiento mediante punción guiada por TC de un meningocele intrasacro oculto doloroso: caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Soc Esp Dolor* 2014; 21(3): 146-148.

ABSTRACT

Case reports: We report a 43-year old patient with a history of disabling pain sacrum 8/10 on the VAS of 8 months. No sensory disturbances were noted or loss of bowel control. Consultation conducted in multiple hospitals. She underwent a computed tomography (CT) lumbar that highlighted a hemangioma in L5, a magnetic resonance imaging (MRI) of the pelvis which showed muscle breakdown grade I of the left maximus gluteus, and a cystic lesion in the sacrum, which was interpreted as a Tarlov cyst. She received analgesic and anti-inflammatory treatment with no improvement. She also goes through two facet blocks and even a lock in the left piriformis, all without results. In our center we practised a lumbosacral MRI which highlighted a cystic lesion localized in central and right lateral sacral spinal canal at the level of S2-S3 transition. It was high signal on T2 and low signal on T1.

Discussion: According to Nabors classification, this lesion corresponds to a hidden intrasacro meningocele. The hidden intrasacro meningocele (extradural meningeal cyst type classification LB Nabors) is a rare entity that usually develops between the third and fourth decade of life, as an insidious clinical lower extremity pain, with or without radicular symptoms, bowel dysfunction and sensory disturbances. The usual treatment of these lesions is surgical intervention.

In our case puncture and evacuation guided by CT of the sacral cyst was performed, yielding about 2 cc of a sero-hematic fluid.

The postoperative course was a remarkable improvement, and the sacral pain happened to be 3/10 on the VAS. In the literature that we have reviewed, this is the first case in which a hidden painful intrasacro meningocele is evacuated by CT-guided puncture.

Key words: Occult intrasacral meningocele. Meningocele. Sacral cysts.

RESUMEN

Casos clínicos: Presentamos una paciente de 43 años con historia clínica de dolor sacro incapacitante 8/10 en la escala de EVA de 8 meses de evolución. No se apreciaban alteraciones sensitivas ni pérdida del control de esfínteres. Realizó consulta en múltiples hospitales. Se le practicaron una tomografía computarizada (TC) lumbar que puso de relieve un hemangioma en L5, una resonancia magnética (RM) de pelvis en la que se evidenció rotura muscular grado I del glúteo mayor izquierdo y una lesión quística en el sacro que se interpretó como quiste de Tarlov. Recibió tratamiento analgésico y antiinflamatorio sin mejoría. Se le realizaron dos bloqueos facetarios e incluso un bloqueo del músculo piriforme izquierdo, todo ello sin resultados. En nuestro centro se practicó una RM lumbo-sacra que puso de relieve la lesión quística de localización central y lateral derecha en canal espinal sacro a la altura de la transición S2-S3. Era de alta señal en T2 y de baja señal en T1. Según la clasificación de Nabors correspondía a un meningocele intrasacro oculto.

Discusión: El meningocele intrasacro oculto (quiste meníngeo extradural tipo IB de la clasificación de Nabors) es una entidad poco frecuente que se presenta generalmente entre la tercera y cuarta década de la vida, como un cuadro clínico insidioso de dolor en extremidades inferiores, con o sin síntomas radiculares, disfunción de esfínteres y alteraciones sensitivas. El tratamiento habitual de este tipo de lesiones es la intervención quirúrgica.

En nuestro caso se realizó punción y evacuación del quiste sacro guiado por TC obteniéndose unos 2 cc de un líquido sero-hemático. La evolución posterior fue de mejoría notable del dolor sacro que paso a ser de 3/10 en la escala de EVA. En la revisión de la literatura que hemos efectuado este es el primer

caso en que se trata un meningocele intrasacro oculto doloroso mediante punción evacuadora guiada por TC.

Palabras clave: Meningocele intrasacro oculto. Meningocele. Quistes sacros.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 43 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos, que desde hace 8 meses presenta historia clínica de dolor sacro incapacitante, de manera continua con cierta irradiación a la porción posterior del muslo izquierdo. No apreciaba alteraciones sensitivas ni pérdida del control de esfínteres.

Por dicho motivo realizó consulta en múltiples hospitales. Se le practicaron una TC lumbar que puso de relieve un hemangioma en L5, una RMN de pelvis en la que se evidenció rotura muscular grado I del glúteo mayor izquierdo y una estructura que se interpretó como quiste de Tarlov sacro. Recibió tratamiento con paracetamol, noltil, tramadol y gabapentina sin mejoría. Se le realizaron dos bloqueos facetarios e incluso un bloqueo del músculo piriforme izquierdo, todo ello sin resultados. En este último la paciente quedó con una hipoestesia de la extremidad inferior izquierda residual. Fue remitida a nuestro centro para valoración del dolor ante la sospecha que este pudiera ser causado por el hemangioma de L5. La paciente en el momento de la exploración estaba consciente y orientada. No se apreciaron alteraciones en el lenguaje. La función de los pares craneales era normal. Presentaba un dolor muy importante a la palpación sacra 8/10 según la escala EVA, aproximadamente a nivel de S2 y una discreta disminución de fuerza en la extremidad inferior izquierda de 4/5, con déficit de flexo-extensión distal. El resto de

extremidades la fuerza era 5/5. Se advirtió una hipoestesia en territorio de L5. No se evidenció signo de Babinsky. La deambulación era dificultosa. Se le realizó una analítica general que no mostró alteraciones destacables. Se le practicó una RM (Philips Medical Systems) lumbosacra en donde se visualizaban hemangiomas vertebrales en L2 y L5, advirtiéndose claramente una lesión quística de localización central y lateral derecha en canal espinal sacro a la altura de la transición S2-S3. Esta estructura ocupaba la práctica totalidad del canal y remodelaba parcialmente el contorno posterior de dichos cuerpos vertebrales y elementos posteriores. Esta formación se encontraba en íntimo contacto con ambas raíces S3 y S4 sin englobarlas. Su morfología era ovalada y los contornos nítidos con un tamaño máximo aproximado de 22 X 19 X 14 mm (Fig. 1). Según la clasificación de Nabors correspondía a un meningocele intrasacro oculto. Se realizó punción (Needle Ostycut 150 mm 13G Angiomed) y evacuación del quiste sacro guiado por TC (GE Medical Systems BrightSpeed) (Fig. 2) obteniéndose unos 2 cc de un líquido hemático. El examen citológico describió una celularidad benigna. La evolución posterior fue de mejoría notable del dolor sacro que en la escala de EVA era de 3/10 reiniciando la deambulación sin dificultad, no presentando debilidad en la pierna izquierda ni hipoestesia.

DISCUSIÓN

El meningocele intrasacro oculto, caracterizado por la presencia de una formación quística en el canal espinal sacro, es una lesión congénita muy poco frecuente (1). En 1988 Nabors y cols. confeccionaron una clasificación de los quistes meníngeos espinales que los dividían en tres categorías (2):

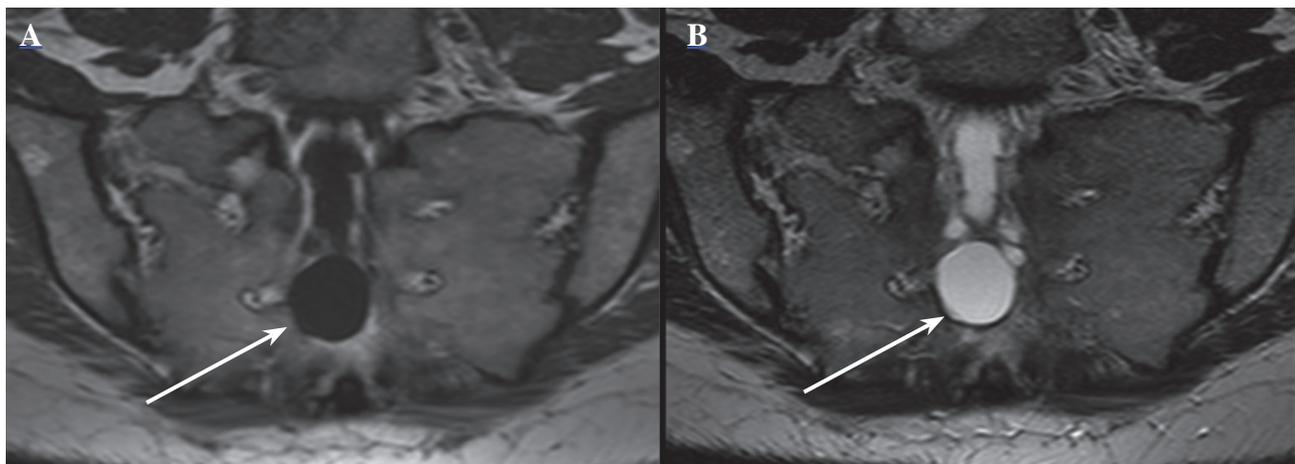


Fig. 1. A. RM potenciada en T1. Lesión quística hipointensa que ocupa el canal sacro. B. RM potenciada en T2. La estructura quística aparece de alta señal (flechas).

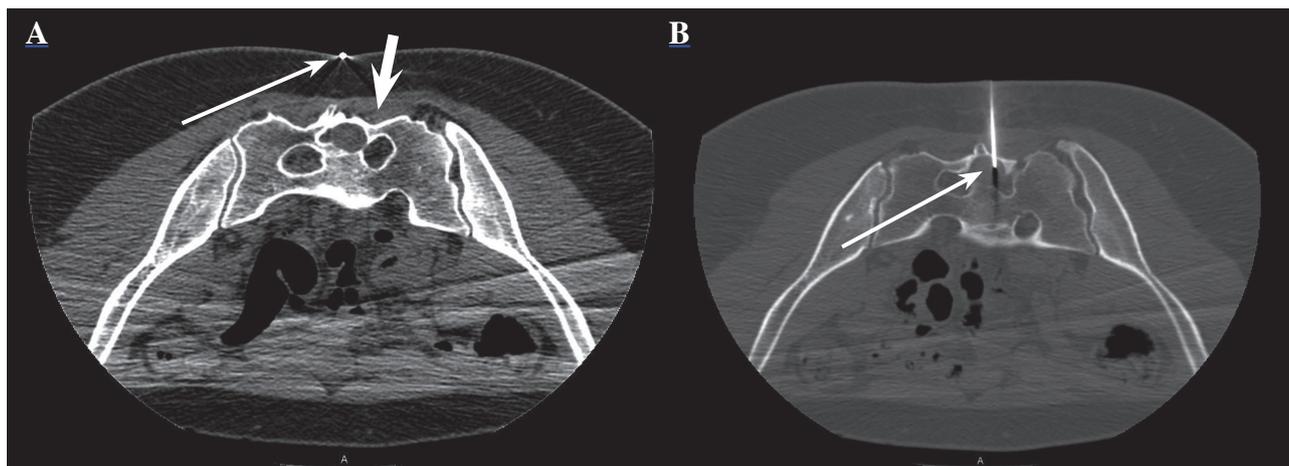


Fig. 2. Imágenes axiales TC. A. Marcaje para realizar la punción (flecha blanca fina) de la lesión (flecha blanca gruesa). B. Punción del meningocele intrasacro oculto (flecha blanca).

- Tipo I: quistes meníngeos extradurales sin raíces nerviosas.
 - IA - quiste meníngeo extradural (quiste aracnoideo extradural).
 - IB - meningocele sacro (meningocele intrasacro oculto).
- Tipo II: quistes meníngeos extradurales que contienen raíces nerviosas (quistes perineurales de Tarlov, ectasia o megasaco, saco dural en forma de guante, divertículos de las raíces nerviosas).
- Tipo III: quiste meníngeo intradural (quiste aracnoideo intradural).

El meningocele intrasacro oculto (quiste meníngeo extradural tipo IB de la clasificación de Nabors y cols.), es una entidad poco frecuente que se presenta generalmente entre la tercera y cuarta década de la vida, como un cuadro clínico insidioso de dolor en extremidades inferiores, con o sin síntomas radiculares, disfunción de esfínteres y alteraciones sensitivas (2-6). Puede estar asociado a espina bífida (7) e incluso a prolapso discal (8). Las características radiológicas habituales observadas en el TC consisten en un ensanchamiento asimétrico del canal sacro por la lesión quística, la cual adelgaza el contorno óseo. La RM normalmente pone de relieve una masa intrasacra de baja señal en las imágenes potenciadas en T1 y alta señal en T2, lo cual sugiere un quiste cuyo contenido es líquido cefalorraquídeo (1,5). El tratamiento habitual es la intervención quirúrgica (1,3,5). Nuestro caso es el primero descrito que se trata mediante una punción guiada por TC con mejoría notable de la clínica dolorosa.

CORRESPONDENCIA:

Amadeo Muntané Sánchez
 Servicio de Radiodiagnóstico. Departamento de Neurorradiología
 Hospital Universitari de Bellvitge
 C/ Feixa Llarga, s/n
 08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona
 e-mail: amuntane@bellvitgehospital.cat

BIBLIOGRAFÍA

1. Turgut M, Akyüz O, Unsal A. Occult intrasacral meningocele: Case report and review of the literature. *Zentralbl Neurochir* 2007;68(1):34-7.
2. Pinto Rafael J, Carda R, Cerezal L, Vázquez-Barquero A, Sanz F, Figols EJ, et al. Meningocele intrasacro oculto: presentación de 5 casos clínicos y revisión de la literatura. *Neurocirugía* 1999;10:233-9.
3. Franco GM, Lopes H, Pires LA, Souza SF, Pinto MP, Mariz FE, et al. Occult intrasacral meningocele: Case report. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59(3-B):817-20.
4. Kiliçkesmez O, Barut Y, Tasdemiroglu E. Expanding occult intrasacral meningocele associated with diastematomyelia and multiple vertebral anomalies. Case report. *J Neurosurg* 2004;101(1 Supl.):108-11.
5. Doi H, Toyoda I, Matsumoto K, Imai S, Sekimizu M. Occult intrasacral meningocele with tethered cord - Case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 1995;35(5):321-4.
6. Tatagiba M, Aguiar PH, Samii M. Management of occult intrasacral meningocele associated with lumbar disc prolapse. *Neurosurg Rev* 1994;17(4):313-5.
7. Okada T, Imae S, Igarashi S, Koyama T, Yamashita J. Occult intrasacral meningocele associated with spina bifida: A case report. *Surg Neurol* 1996;46(2):147-9.
8. Bayar MA, Yidiz B, Buharali Z. Management problems in cases with a combination of asymptomatic occult intrasacral meningocele and disc prolapse. *Acta Neurochir (Wien)* 1991;108(1-2):67-9.