

Dolor perineal crónico. A propósito de dos casos de quistes meníngeos sacros

VÍCTOR RAMANZIN y MAURICIO CARRASCO

Servicio de Patología de Columna Vertebral, Centro Centenario, Buenos Aires.

Caso 1

Paciente de sexo femenino de 69 años, con dolor, parestesias y disestesias en la zona perianal y perineal, con incontinencia anal y trastorno esfinteriano vesical con polaquiuria; también refería ciatalgia derecha con hipoestesia a nivel L5 derecho. Se realizó resonancia magnética, en la que se observó protrusión discal posterolateral derecha L4 y L5, y quiste meníngeo sacro a nivel S2-S3 (Fig. 1), con erosión de la cortical ósea posterior del sacro (Fig. 2).

Fue intervenida quirúrgicamente; se realizó discectomía L4-L5 y resección de parte de la pared del quiste con plicatura de sus bordes. Recuperó la función vesical en el posoperatorio inmediato, y requirió rehabilitación fisiokinésica anal, con restitución esfinteriana a los 4 meses posoperatorios. La paciente está asintomática, con seguimiento a más de 2 años; la resonancia magnética a los 2 años de posoperatorio permitió observar un área de esclerosis en la zona, con desaparición de la imagen quística (Fig. 3).

Caso 2

Paciente de sexo femenino de 62 años, que consulta por dolor lumbar que se irradia a la región inguinal bilateral y pubis, con parestesias y disestesias en periné, genitales externos y zona anal. Realizó varias consultas en servicios de ginecología, urología y proctología, sin obtener un diagnóstico claro. Se solicitó resonancia magnética en la que se observaron quistes meníngeos sacros S2-S3 (Fig. 4).

Fue intervenida quirúrgicamente y se encontraron tres quistes meníngeos sacros sin comunicación intradural. Se resecó parte de la pared de los quistes y se realizó plicatura de los bordes. La paciente no tuvo síntomas desde el posoperatorio inmediato, con seguimiento a un año con resonancia magnética que permitió observar un área de esclerosis en la zona, con desaparición de la imagen quística (Fig. 5).

Discusión

En 1986,¹ publicamos un trabajo sobre lumbociáticas por quistes meníngeos, en el que se exponen cuatro casos de quistes meníngeos alojados a nivel del primer segmento sacro, que ocasionaban dolor lumbar irradiado a miembros inferiores. En algunos casos, se realizó la extirpación de quistes; en otros, resección de parte de la pared del quiste; y, en los casos de hernia de disco concomitante, discectomías.

En 1990,² se presentó una revisión con el resultado a más de 5 años de posoperatorio; se concluyó en que se obtuvieron buenos resultados, y los pacientes estaban asintomáticos. En estos casos, se diagnosticaron los quistes meníngeos con radiculomiografía; en la actualidad, con el advenimiento de la resonancia magnética, frecuentemente se pueden observar quistes sacros asintomáticos como hallazgos casuales y, además, este procedimiento aportó un mejor conocimiento de la fisiopatología y la realización de controles posquirúrgicos.

A nuestra casuística agregamos dos pacientes con síntomas en la zona genital, periné y zona anal, provocados por quistes que comprimían raíces sacras, las cuales forman el plexo sacro y plexo pudendo, que intervienen en el control de esfínteres y en la sensibilidad de estas regiones.

Tal como mencionáramos en un artículo anterior,¹ las imágenes de quistes meníngeos aparecen en el 27% de las radiculomiografías. En 1951, Schreiber⁸ refiere que aproximadamente 1 de 100 pacientes operados con diagnóstico de ruptura de disco lumbar tienen quistes meníngeos lumbares o sacros que causan los síntomas. Es importante destacar que van de Kelft,³ en 1991, publica una serie de 17 pacientes con dolor perineal, 13 de ellos tenían quistes meníngeos sacros que provocaban los síntomas. Hasta la fecha, no hemos hallado publicaciones sobre la incidencia de quistes meníngeos en las tomografías computarizadas y resonancias magnéticas.

En la bibliografía consultada, en 1938, Tarlov⁹ detecta 5 casos de quistes meníngeos en raíces nerviosas, en la disección del filum terminal en 30 cadáveres adultos.

En 1988, Nabors⁶ recomienda la resonancia magnética para identificar la masa quística y la tomografía computarizada con mielografía para demostrar la comunicación con el espacio subaracnoideo, y propone la siguiente clasificación:

Recibido el 25-7-2000. Aceptado luego de la evaluación el 29-8-2000.

Correspondencia:
Dr. V. RAMANZIN
Leopoldo Marechal 876
(1409) Capital Federal
Argentina
Tel.: 4958-1497

- Tipo 1:** Quiste extradural sin fibras de raíz nerviosas
- Tipo 2:** Quiste extradural con fibras de raíz nerviosa en su interior, llamados también quistes de Tarlov
- Tipo 3:** Quiste intradural



Figura 1.

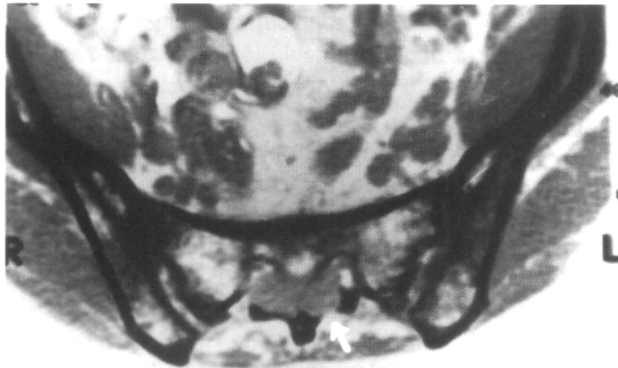


Figura 2.



Figura 3.

Los quistes tipo 1 son divertículos, también llamados meningoceles sacros; por lo general, tienen pedículo, se detectan en el 2º/ºº de los nacimientos en Norteamérica.⁷ Nabors⁶ propone la ligadura del pedículo y la extirpación del quiste, pero cuando no se puede realizar la extracción, se debe proceder a la resección parcial de la pared posterior y su reparación, además siempre se debe cerrar el pedículo.

Los quistes tipo 2 son denominados también quistes perineurales de Tarlov; a menudo, son múltiples y asintomáticos, no tienen pedículos y la cirugía consiste en la resección parcial y reparación de la pared posterior del quiste o la total extirpación junto con la raíz nerviosa. Gortvai⁴ publicó 18 casos con erosión ósea del pedículo, foramina, cuerpo vertebral y sacro, provocada por aumento de la presión intraquística por mecanismo valvular con la comunicación subaracnoidea.

Los quistes tipo 3 son intradurales, están en el espacio subaracnoideo; a menudo, son múltiples y asintomáticos.

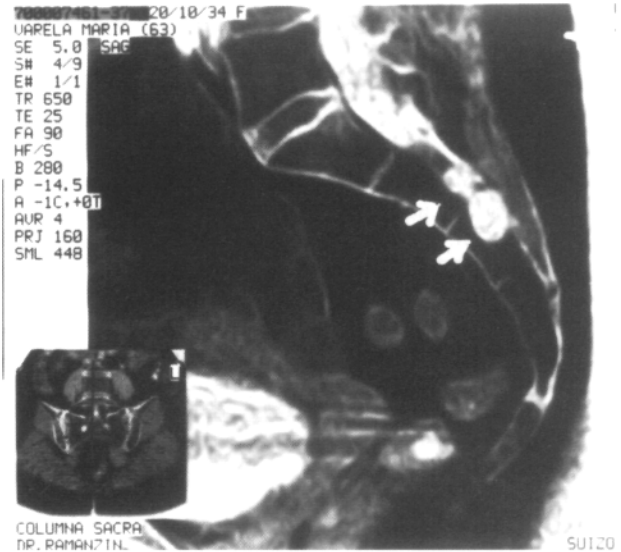


Figura 4.

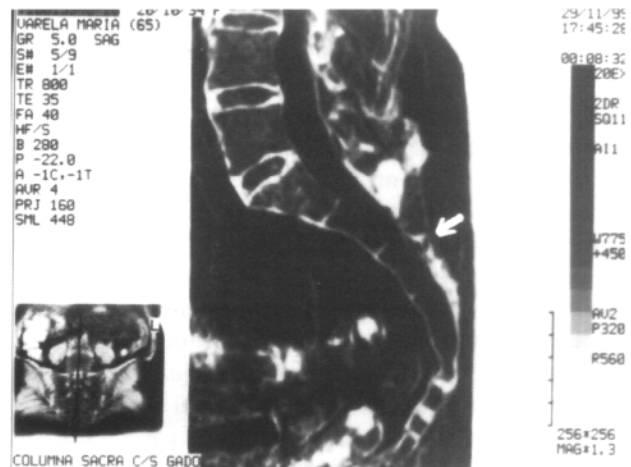


Figura 5.

La toma de decisiones debe basarse en:

1. Hallazgos en imágenes (quistes y/u osteólisis)
2. Ausencia de otras patologías
3. Clínica y examen neuroortopédico que se correlacione con las imágenes quísticas:
 - a) Dolor local
 - b) Dolor irradiado a pubis, región inguinal, perineo, región anal y genitales externos
 - c) Parestesias y disestesias
 - d) Alteraciones sensitivas en el examen clínico
 - e) Trastornos esfinterianos

Los exámenes complementarios deben comenzar con radiografías, que pueden demostrar defectos en la línea media o erosión del canal vertebral, cuerpo vertebral o de una foramina, las que sólo pueden observarse en lesiones osteolíticas de gran magnitud. La tomografía computarizada sin contraste es útil para diagnosticar las anomalías y erosiones óseas. En la bibliografía consultada, menciona

que, con la tomografía computarizada mielográfica, se podría diferenciar entre quistes meníngeos tipo 1 sin raíz nerviosa y quistes perineurales tipo 2 con raíz nerviosa. La resonancia magnética es el estudio que aporta más datos, y se pueden observar las alteraciones radiculares.

Nuestro concepto sobre el tratamiento y la técnica quirúrgica es el siguiente: si hay osteólisis en quistes tipo 1 de Nabors, se debe realizar la extirpación del quiste y la ligadura de la comunicación subaracnoidea; en el caso de que por la particular anatomía del quiste no pueda ser movilizado, se realiza la resección de parte de la pared y/o plicatura de los bordes con el respectivo achicamiento del quiste; así se descomprimen las raíces nerviosas involucradas y la zona de erosión ósea que también causa dolor; esta técnica fue utilizada en los dos pacientes presentados. De hecho, la misma laminectomía sacra tiene acción terapéutica, la cual es necesaria como abordaje para la exploración y la resección quística. En los quistes perineurales tipo 2 de Nabors, indicamos la resección de parte de la pared del quiste y plicatura de los bordes, preservando la raíz nerviosa.

Referencias bibliográficas

1. Carrasco, M: Lumbociáticas por quistes meníngeos. *Rev Asoc Arg Ortop Traum*, 51 (1): 37-43, 1986.
2. Carrasco, M: Lumbociáticas por quistes meníngeos, revisión a más de 5 años. *Rev Asoc Arg Ortop Traum*, 55 (3): 299-303, 1990.
3. Van de Kelft, E: Chronic perineal pain related to sacral meningeal cysts. *Neurosurgery*, 29: 223-226, 1991.
4. Gortvai, P: Extradural cyst of the spinal canal. *J Neurol Neurosurg Psych*, 26: 223- 230, 1949.
5. Hereñu, JM: *Urología*. Buenos Aires: El Ateneo; 9-12, 1978.
6. Nabors, MW: Updated assessment and current classification of spinal meningeal cysts. *J Neurosurg*, 68: 366-377, 1988.
7. North, RB: Occult bilateral ant. sacral and intrasacral meningeal and perineural cysts. Case report and review of the literature. *Neurosurgerv*, 27: 981-986, 1990.
8. Schreiber, F: Lumbar and sacral cysts causing pain present. At. The meeting of harvey cusiting society. Hollywood, Florida, abril 28, 1951: 504- 509.
9. Tarlov, IM: Perineural cysts of spinal nerve roots. *Arch Neurol Psych*, 40: 1067-1074, 1937.