

Meningocele Lumbar en el Adulto

**Dr. Rafael Castillo
Dr. Abraham Krivoy
Dr. Antonio Mogollón**

**Cátedra de Clínica Neurológica de la Universidad
Central de Venezuela. Sección de Neurocirugía del
Servicio de Neurología del Hospital Universitario.**

Caracas.

La presentación de un caso de meningocele, es cosa común y bastante bien conocida, pero lo que no deja de ser interesante es que por diversas razones (falta de recursos, nivel cultural bajo, etc.) se deje evolucionar un meningocele hasta la adultez, ya que la mayoría de ellos son tratados en los primeros años de la vida.

En este trabajo presentamos el primer caso de meningocele lumbar en adulto de la bibliografía nacional y que fue tratado quirúrgicamente con éxito a pesar del volumen alcanzado.

Antes de la presentación del caso en cuestión, vale la pena mencionar algunas consideraciones generales sobre la espina bífida y los mielomeningoceles en sí, las influencias embriológicas y hereditarias de las anomalías del sistema nervioso y los hallazgos de las anomalías concomitantes a las hidrocefalias en nuestro medio.

— Leído en la sesión de la Academia Nacional de Medicina el 18-3-65.

Influencias embriológicas y hereditarias

La ubicación de que si la espina bífida y sus diferentes variantes, desde la raquisquis hasta la espina bífida oculta, pasando por el mielocelo, siríngomielocelo, meningocele y otras, pertenezcan a un problema del desarrollo embrionario exclusivamente o a un problema hereditario es un asunto aún no resuelto; sin embargo, sea cual fuere la causa, lo que sí parece hoy bastante seguro, es que dicha anomalía se forma en las primeras cuatro semanas del desarrollo embrionario, cuando después de la formación de la placa neural, luego el canal neural y su subsecuente cierre para la formación del tubo neural no se realiza en forma completa persistiendo la deshicencia del mismo en algún punto de su longitud, de allí la posibilidad de hallar la espina bífida y sus diferentes combinaciones en cualquier altura del raquis, aún cuando existe un franco predominio de las citadas anomalías en la región lumbo-sacra.

Para la explicación de esta modalidad se ha invocado, por un lado el mayor tiempo que requiere esta última región con respecto al resto, para su cierre completo y por tanto, mayor exposición a los probables traumas; y por otro lado, la parte inferior de esta formación proviene embriológicamente del llamado tubérculo candal, situado por debajo del neuroporo posterior que llega sólo hasta los primeros segmentos lumbares medulares.

En cuanto al factor hereditario propiamente dicho, no ha sido posible realizar un estudio completo, lo que se comprende fácilmente si se piensa que la reproducción de estos seres malformados es casi imposible lo que limita casi totalmente el estudio de la transmisión de los genes inadecuados por un lado y por otro lado, cuando un primer hijo nace con una malformación importante, bien sea del raquis o de otro tipo, un alto número de parejas se abstienen de tener nueva descendencia, lo que a su vez limita el conocimiento de las transmisiones de genes, incluyendo los recesivos y por ende, la posibilidad de seguirlos a través de generaciones subsiguientes.

Algunos de los trabajos realizados en el campo de la herencia de las anomalías del sistema nervioso (Kahn 1955) señalan, aún con objeciones, que la expectación de otros hijos con malformaciones del sistema nervioso es cinco veces mayor en frecuencia que la incidencia de estas malformaciones en la población general que se calcula cerca del 0,5%.

También han señalado estos trabajos una mayor tendencia a repetir la misma malformación que sufrió la primera criatura anómala, aunque se ha observado también que es factible de producirse cualquier otra malformación.

Con respecto a la concomitancia de otras anomalías en presencia de malformaciones del sistema nervioso, valga el ejemplo de las siguientes anomalías (Krivoy 1962).

CUADRO I
ANOMALIAS CONCOMITANTES
EN HIDROCEFALIAS

Situs inversus	1	Poliposis vesical	1
Espina bífida	8	Persistencia foramen oval	1
Ple varo equino	2	Craneolacunia	1
Megacolon	1	Porencefalia	1
Hipoplasia intestino delgado	1	Monstruosidad facial	1
Asimetría facial	1	Arnold Chyari	1
Anomalías de vértebras y arcos	1		
Total: 21 = 34,42%			

Como puede observarse, algunas de las anomalías citadas realmente integran una misma anomalía o son consecuencia directa de la primera como sucede con el complejo: espina bífida con mielomeningocele, más hidrocefalia, más anomalía de los miembros inferiores, más el síndrome de Arnold Chiari. Como se comprende la anomalía de los miembros inferiores es casi la regla en las espinas bífidas con mielomeningoceles lumbo-sacras y juntas son una misma anomalía en realidad; mientras que la fijación de la médula espinal en la parte baja del canal raquídeo no permite su ascenso normal a la primera vértebra lumbar lo que trae como consecuencia la tracción del tallo cerebral con descenso de las amígdalas cerebelosas hacia la región cervical y otras modificaciones secundarias del tallo, cerebral, que forman el síndrome de Arnold Chiari que a su vez, al no permitir el retorno del líquido céfalo-raquídeo hacia su zona de absorción supratentorial traen por consecuencia una hidrocefalia. Como se infiere el síndrome de Arnold Chiari es una consecuencia primaria de la malformación lumbo-sacra y la hidrocefalia es la consecuencia del Arnold Chiari frecuentemente.

Está demás aclarar que existen hidrocefalias y síndromes de Arnold Chiari sin relación a las malformaciones lumbo-sacras.

Con la anterior introducción vamos a exponer nuestro caso clínico:

Ingresó al Hospital Universitario de Caracas el día 18-10-63 F.R.R.J., paciente de sexo masculino, de 26 años de edad, soltero, de profesión agricultor, consulta por presentar gran tumoración en región lumbo-sacra. Refiere que la presenta desde su nacimiento y ha aumentado con la edad. En ocasiones presenta dolor en miembros inferiores a predominio derecho, sobre todo durante la noche. Una hermana del paciente nació con tumoración similar y falleció en la pequeña infancia por causa no determinada. Examen Físico: se aprecia un excelente estado general. T. A.: 130/80; pulso: 75; Resp.: 24/min.; Temp.: 36,5°C. Examen Cardiovascular, respiratorio, digestivo, genito-urinario normales. En región lumbo-sacra se aprecia gran tumoración de forma redondeada, de amplio pedículo recubierta por piel lisa, (ver figs. 1 y 2), blanda, renitente, de 43 x 49 x 40, en sus diámetros transversal, vertical y anteroposterior respectivamente. Transiluminación franca.

En la región inferior presenta una depresión umbilicada, correspondiente a un seno dermal. En el examen neurológico se aprecia discreta diferencia de circunferencia de muslo y pierna derecha menor que la izquierda. Fuerza muscular segmentaria bien conservada. Ningún trastorno de sensibilidad superficial ni profunda. Abolición de reflejos patelares.



Fig. 1.—Paciente de 26 años de edad con meningocele lumbar



Fig. 2.—Vista lateral del meningocele, con ancho pedicelo de implantación externa

Aquilianos presentes y normales. Cutáneo-plantar: normal. Exámenes de Laboratorio: normales. Rx. de Tórax: normal. Rx. de Columna Lumbo-sacra: (ver figs. 3 y 4) sólo se observa el aumento de la distancia inter-



Fig. 3.—La radiografía anteroposterior de la región lumbar muestra la gran tumoración, que oculta los detalles de las vértebras, y donde apenas puede observarse discreto aumento de la distancia interpedicular de las vértebras cuarta y quinta lumbar



Fig. 4.—Radiografía lateral con mayor penetración para eliminar la sombra del meningocele; sólo muestra aumento del espacio intervertebral entre segunda y tercera vértebra lumbar y de su agujero de conjunción, y disminución del espacio intervertebral entre tercera y cuarta vértebra lumbares.

pedicular de las vértebras cuarta y quinta lumbar en proyección A.P. y aumento del espacio intervertebral entre 2^a y 3^a vértebras lumbar con aumento del correspondiente agujero de conjunción y disminución del espacio intervertebral inferior, además de la gran sombra correspondiente a la tumoración. **Operación.** Incisión en hueso transversal disecando la base de la tumoración. Extracción por punción de 3 litros de L.C.R. Aper-

tura del saco del meningocele poniendo en evidencia la comunicación con estuche dural por pequeño orificio por el cual protruía una raíz no adherida. Resección del saco herniario (ver figs. 5 y 6) y sutura del defecto dural y espinal con reforzamiento aponeurótico. Sutura del celular subcutáneo y piel dejándose drenaje. L.C.R.: aspecto agua de roca; 10 cel. linfocitos; 70 mg. % proteínas; Pandy: — — ; glucosa 100 mg. % ; cloruros 100 mcq. litro.



Fig. 5.—Detalle operatorio del meningocele donde se observa la disección de su pedículo de implantación



Fig. 6.—Detalle operatorio de la parte interna del meningocele después de haber vaciado tres litros de líquido cefalorraquídeo. Nótese el agujero de 2 cm. de diámetro donde se ha introducido el extremo de la sonda acanalada, a través del cual se conectaba el saco con el espacio aracnoideo-espinal.

Anatomía Patológica: meningocele, quiste epidermoide, seno dermal (ver fig. 7).



Fig. 7.—Detalle histopatológico del fondo del seno dermal que posee el meningocele

De alta el 27-12-63. Control post operatorio en mayo de 1964; status neurológico sin modificaciones (ver fig. 8).



Fig. 8.—Resultado postoperatorio cinco meses después de la intervención

Comentarios Clínicos Finales

Las citas bibliográficas de meningoceles en adultos (3-5-4) son escasas ya que la mayoría de dichas anomalías son tratadas en la infancia. Además del interés de la edad del paciente, es de destacar que el aspecto de la implantación de su base ancha a la inspección no correspondía a la comunicación con el estuche dural de sólo 2 centímetros de diámetro que facilitó el buen cierre del defecto en el acto quirúrgico y que pudo sospechar por las escasas modificaciones vertebrales que presentaban a la radiografía simple. Es llamativo el volumen de L.C.R. extraído en el acto operatorio, que totalizó 3 litros. Es interesante también destacar como mencionábamos en la introducción que una hermana nació con la misma anomalía muriendo en la infancia e igualmente, nuestro paciente presentaba anomalías concomitantes del mismo complejo disráfico del tipo quiste epidermoide y seno dermal.

R E S U M E N

Se presenta el primer caso de la bibliografía nacional de un meningocele lumbar en adulto de 26 años de edad al cual se le extrajeron 3 litros de L.C.R. y presentaba anomalías disráficas concomitantes del tipo epidermoide y seno dermal. El control post-operatorio de un año es satisfactorio. Una hermana presentó también meningocele lumbar.

S U M M A R Y

A male, 26 years old with a lumbar meningocele containing three liters of cerebrospinal fluid was presented. Others disraphic anomalies, epidermoid and dermal sinus were concomitants with the meningocele. A patient's sister presented a lumbar meningocele also. A follow-up one year latter the operation showed a good evolution.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—KAHN, E.A. and Col.—Correlative Neurosurgery. Charles C. Thomas. Publisher. Springfield. Illinois. 1955.
- 2.—KRIVOY, A.—Contribución al Estudio de las Hidrocefalias en Venezuela. Imprenta Universitaria. 1962.
- 3.—LEVEUF.—Etudes sur la Spina Bífida. Edit. Masson et Cie. Paris 1937.
- 4.—Traité de Medecine, Tome XVI, Masson et Cie. Eiturs 1949. Paris, págs. 60-6₁
- 5.—WALKER, E. and BUCY, P.C.—Congenital dermal sinuses. Brain 57, 401-421, 1934.