

Lipoma sacral como estigma de apresentação de disrafismo espinal oculto

ENDRIGO TOREZAN ROSIM, ANDREA BOLDRIN SOARES, BRENDA ARTUZI RENO, JULLYANA HEINEN PEIXOTO, MARCO ANTÔNIO CAMARGO BUENO, PAULO KHARMANDAYAN

Introdução

Lipomeningocele é uma das formas mais comuns de disrafismo espinal oculto vistas na prática clínica. Apresenta-se como uma massa de gordura, geralmente coberta por pele, que se estende para a medula espinal e associa-se à espinha bífida (falha congênita de fechamento dos ossos da coluna). Crianças com esta condição podem parecer normais ao nascimento, com exceção de sinais cutâneos na região lombo-sacral, presentes na maioria dos casos. Quando sintomática, as queixas iniciais são geralmente músculo-esqueléticas, incluindo fraqueza e atrofia nas extremidades inferiores, além de incontinência em alguns casos. Os exames de imagem mostram detalhes anatômicos fundamentais para elucidação diagnóstica e programação terapêutica. O tratamento é cirúrgico nos casos sintomáticos e tem como objetivo desprender a gordura da coluna medular e reduzir o volume do tumor gorduroso. Tratamento estético pode ser empregado nos casos assintomáticos, mas não previne contra o déficit neurológico.

Objetivo

Discussão de caso de lipoma sacral como forma de apresentação de lipomeningocele, com ênfase em suas formas de apresentação clínica, abordagem diagnóstica e terapêutica.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, 39 anos, encaminhado à Cirurgia Plástica do HC/Unicamp apresentando lesão em região sacral estendendo-se para glúteo direito, de consistência fibroelástica, móvel e indolor à palpação. Referia que a lesão tinha pequenas dimensões desde 10 anos de idade, mas notou crescimento lento e progressivo, principalmente nos últimos 10 anos. Não relatava trauma local, nem apresentava queixas algicas, parestesias

ou fraqueza de membros inferiores. Ao exame clínico, mostrava uma massa em região superior do glúteo direito, de consistência amolecida (fibroelástica), medindo aproximadamente 12x8 cm, indolor, com pequena mancha cutânea de coloração vinhosa e limites mal definidos. Trazia exame ecográfico evidenciando imagem nodular em subcutâneo de limites definidos, medindo 44x22x21 cm, com provável origem lipomatosa. Para complementação da investigação pré-operatória, solicitamos a realização de tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) lombo-sacral. Ambos os exames identificaram defeito de fusão de vértebras sacrais (espinha bífida oculta), com lesão lipomatosa glútea em continuidade com a dura-máter. O paciente foi encaminhado para avaliação pelas equipes de Ortopedia e Neurocirurgia, confirmou-se o diagnóstico de lipomeningocele, sem sinais de compressão medular e sem indicação de tratamento cirúrgico no momento. Como o paciente queixava-se do abaulamento em região glútea, foi realizada apenas lipoaspiração da lesão, sendo aspirados aproximadamente 200 ml de gordura com técnica tumescente. O procedimento foi realizado sem intercorrências, não apresentou complicações pós-operatórias e atingiu resultado satisfatório.

Discussão

A maioria dos pacientes com disrafismo espinal oculto apresenta estigmas cutâneos. Em todos os casos de lesões incomuns na região lombo-sacral, um alto índice de suspeição de anomalias da medula espinal deve nortear o exame clínico cuidadoso e sua complementação com exames de imagem. A excisão cirúrgica ainda é a principal modalidade de tratamento do lipoma subcutâneo. Entretanto, no caso apresentado, a opção pela lipoaspiração - menos invasiva, de baixa

morbidade e reduzido índice de complicações - possibilitou melhora significativa do contorno corporal e satisfação de paciente e equipe médica.

Conclusão

O reconhecimento dos estigmas cutâneos de disrafismo espinal é fundamental para nortear sua investigação diagnóstica, além de evitar a morbidade associada à adoção de terapêutica inadequada. A lipoaspiração pode ser um substituto para a excisão cirúrgica do lipoma subcutâneo associado à lipomeningocele. Trata-se de tática cirúrgica simples, segura, e que proporciona resultado esteticamente aceitável e com baixo índice de complicações.



Figura 1 - Lipoma sacral (vista posterior).



Figura 3 - Tomografia computadorizada (corte axial): defeito de fusão de vértebra sacral.



Figura 2 - Lipoma sacral (vista oblíqua).



Figura 4 - Ressonância nuclear magnética (corte axial): lipomeningocele.



Figura 5 - Ressonância nuclear magnética (corte sagital): lipomeningocele.