



Tipo de trabalho: RESUMO SIMPLES (MÁXIMO 2 PÁGINAS)

CISTO DE ARACNOIDE RECIDIVANTE EM MEDULA DORSAL: RELATO DE CASO¹

Lauren De Moura², Ricardo Jappe Bochi Dorneles³, Rafael Pelissaro⁴, João Bruno Martini Baumgarten⁵, Rafael Sodré Da Silva⁶

¹ Relato de experiência

² Aluna do curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas

³ Aluno do curso de Medicina, da Universidade Católica de Pelotas

⁴ Aluno do curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas

⁵ Aluno do curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas

⁶ Médico graduado pela Universidade Católica de Pelotas, com formação em Neurocirurgia pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialista em Neurocirurgia pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia e membro titular da Academia Brasileira de Neurocirurgia.
(<http://lattes.cnpq.br/1062607255720539>)

INTRODUÇÃO: Vários tipos de lesões podem acometer a medula espinhal, sendo o cisto aracnoide uma lesão rara nesta topografia, podendo causar, de acordo com seu tamanho, compressão da medula e levar a déficits neurológicos. Estes cistos de provável origem embrionária, são formados por dobras da membrana aracnoide que aprisiona no seu interior uma quantidade de líquido cefalorraquidiano (líquor), tendo ocorrência mais comum intracraniana. Além disso, estas lesões podem comprometer o fluxo de líquido, causando um represamento de líquido no interior do canal central da medula, condição conhecida como siringomielia, que pode acarretar em grave síndrome mielopática.

RELATO DE CASO: Paciente masculino, negro, de 70 anos, apresentou quadro progressivo de parestesias distais em membros inferiores, perda de sensibilidade tátil com nível sensitivo aproximado em T4, dificuldade para caminhar com força grau 3 em membros inferiores e retenção urinária com seis meses de evolução. Realizada Ressonância Magnética de coluna dorsal que demonstrou lesão, nível de T3, de aspecto cístico com conteúdo com mesma intensidade de sinal do líquido, causando compressão ventral da medula. Realizada laminectomia com descompressão do nível atingido e identificada lesão sugestiva de cisto aracnoide com conteúdo de líquido no seu interior, sendo realizado esvaziamento do cisto, não sendo conseguida ressecção completa do mesmo. Paciente com boa evolução pós-operatória, porém houve piora após 5 meses do procedimento. Ressonância magnética identificou recidiva da lesão, sendo optado por reabordar realizando costotransversectomia direita com melhor visualização do cisto e ressecção ampla do mesmo. Após procedimento o paciente evoluiu deambulando, mantendo força grau 4. Cerca de 6 meses após, paciente apresentou nova piora, com força grau 2 em membros inferiores. Definida reabordagem, foi optado por colocar cateter no interior do cisto comunicando com o espaço subaracnoide distal, nível de T5, para evitar acúmulo de líquido, visto não ter sido conseguida ressecção total da lesão. Paciente evoluiu bem, com melhora na força (grau 4), mantendo seguimento ambulatorial há um ano, sem novos episódios de piora clínica.

DISCUSSÃO: Os cistos de aracnoide são lesões caráter benigno, um agravamento seria a compressão



Tipo de trabalho: RESUMO SIMPLES (MÁXIMO 2 PÁGINAS)

sobre estruturas adjacentes. A fisiopatologia é mal definida, porém há teorias defendem que a difusão passiva do líquido pode levar a aprisionamento progressivo do mesmo no interior do cisto. Na ressonância magnética há hipossinal em T1WI e Hiperassinal em T2WI, e na sequência ponderada por difusão de água revela que eles não têm restrição de água, o que os distingue dos cistos epidermóide. A conduta para pacientes assintomáticos é acompanhamento ambulatorial, já os sintomáticos há opções cirúrgicas para drenagem do cisto, fenestração no espaço subaracnóideo ou cistectomia parcial ou completa.

CONCLUSÃO: O conhecimento prévio dessa patologia é de grande importância, para que seja possível o diagnóstico diferencial. A técnica aplicada de colocação de dreno permanente mostrou-se benéfica até o momento no caso acima citado, devido insucessos terapêuticos anteriores. Existe descrição que a ressecção total poderia ser curativa, contudo nem sempre é conseguida visto a localização do cisto e o risco da manipulação medular. Assim, o procedimento descrito seria uma opção terapêutica para tratamento destes pacientes.