

CISTO NEUROENTERICO

REGISTRO DE UM CASO

*PAULO E. MARCHIORI **
*DAGOBERTO CALLEGARO **
*ANTONIO A. ZAMBON ****

*MILBERTO SCAFF ***
*GILBERTO MACHADO DE ALMEIDA ***
*JOSÉ LAMARTINE DE ASSIS *****

Entre os processos expansivos medulares os relatos envolvendo o cisto neuroentérico são escassos. A doença é referida sob inúmeras sinonímias (cisto espinal enterogênico, gastrocistoma, intestinomas, cistos epiteliais) ^{1,2,3,4,6}. Os cistos neuroentéricos incidem preferentemente na primeira e segunda décadas da vida ^{1,4,5,6} mas podem surgir mais tarde ³. Localizam-se fundamentalmente nos segmentos cervicais baixos e dorsais altos ^{1,3,5} porém, podem existir nas regiões lombares e sacrais, embora muito raramente ⁶. Ocupam quase sempre a região ventral da medula ¹. Esta situação contrasta com os teratomas, que costumam ser dorsais e inferiores ². A sintomatologia é progressiva e, na maioria das vezes, assume o aspecto dos processos intradurais, extramedulares ^{1,5,6}.

OBSERVAÇÃO

R.C.B., 15 anos de idade, branco, sexo masculino, solteiro, procedente de Cotia, São Paulo, RG 2.089.772-E. Internado na Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) em 02-07-79, com história de 70 dias de dor torácica, constritiva, contínua, com exacerbações que se acompanhavam de náuseas, vômitos e sudorese intensa. Um mês após apresentou fraqueza nos membros inferiores, mais acentuada à direita, que impedia a deambulação, e adormecimento do apêndice xifóide para baixo, no dimídio esquerdo. Tornou-se obstipado. Interrogatório: cefaléia vascular holocraniana com náuseas e eventualmente vômitos; cifose cervico-torácica que está piorando progressivamente; nunca ocorreram distúrbios gastrintestinais. Antecedentes: deficiência mental; em virtude de otites médias repetidas o paciente foi submetido a timpanoplastia esquerda há um ano. Exame físico geral: tórax infundibuliforme e cifose cervico-torácica; dor à palpação e percussão dos processos espinhosos de C-3 a T-6, principalmente de T-4 a T-5. Exame neurológico — Retardo psíquico; monoparesia crural direita com exaltação do reflexo patelar, clono de pé e automatismo medular; hipoestesia dolorosa à esquerda com nível em T-3; outras formas de sensibilidade tornaram-se de difícil avaliação pelo retardo mental. Exames de laboratório — Hematológico, mucoproteínas, glicemia, urina tipo I, natremia,

Disciplina de Neuropsiquiatria, Divisão de Clínica Neurológica (Serviço do Prof. Horácio Martins Canelas) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo: * Médico Assistente; ** Livre-Docente; **** Prof. Adjunto; *** Médico residente.

calemia e eletrencefalograma normais. PPD com 2 UT — nódulo de 10mm. O exame radiológico da coluna espinal não mostrou nenhuma alteração dos corpos e espaços vertebrais. Líquido cefalorraquidiano por punção cisternal normal. Líquido cefalorraquidiano por punção lombar com bloqueio parcial à manobra de Stookey e hiperproteí-norraquia (68mg/100ml). Evolução: Em 12-07-79 foi feita mielografia que mostrou processo expansivo intra-dural, extramedular, ventral, em T-2 (Fig. 1). Após este exame houve piora do deficit motor, levando a plegia do membro inferior direito. No mesmo dia foi realizada laminectomia de T-1 a T-3, com rizotomia de T-2 à esquerda e denta-tectomia bilateral. Ao se abrir a duramater encontrou-se a medula abaulada por tumor cístico, na região ventral, a nível de T-2, medindo 2,0cm de diâmetro, contendo líquido claro no seu interior. Ao ser manipulado, o cisto rompeu-se, impossibilitando a retirada total. Foi feita exérese de fragmentos da parede do cisto. O exame anátomo-patológico revelou cisto entérico (Fig. 2). No pós-operatório imediato persistiu monoplegia direita até o 12º dia, quando começaram a ocorrer sensíveis melhoras da motricidade.

Um ano após o ato cirúrgico o paciente mantém-se sem deficit motor porém persiste radiculargia de intensidade moderada. Este sintoma melhora com analgésicos comuns.

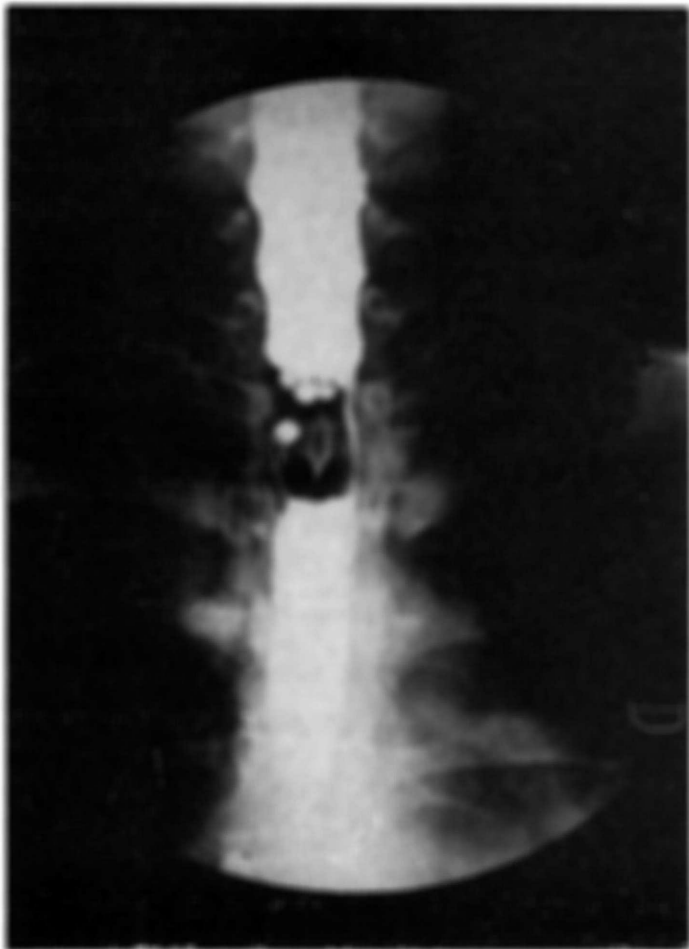
COMENTARIOS

O início da sintomatologia, em surtos, provavelmente deveu-se a expansões periódicas do volume do cisto cujo conteúdo é variável, pelo caráter secretor das células de sua parede. Os cistos neuroentéricos freqüentemente são acompanhados de malformações: do sistema nervoso (meningocelos) ⁶, do aparelho digestivo (duplicações, inversões, defeitos de rotações, esôfago curto), ⁶ do diafragma ⁶ ou dos corpos vertebrais (fendas e hemivértebras). Pode haver comunicação com a pele por trajeto fistuloso que atravessa a medula ⁶ ou com cistos retromediastinais ^{3,6}. No nosso caso a ausência de malformações associadas impediu que fosse feito o diagnóstico pré-operatório. A ausência de anomalias do desenvolvimento é rara ¹ e nestes casos o diagnóstico é feito pelo exame anátomo-patológico.

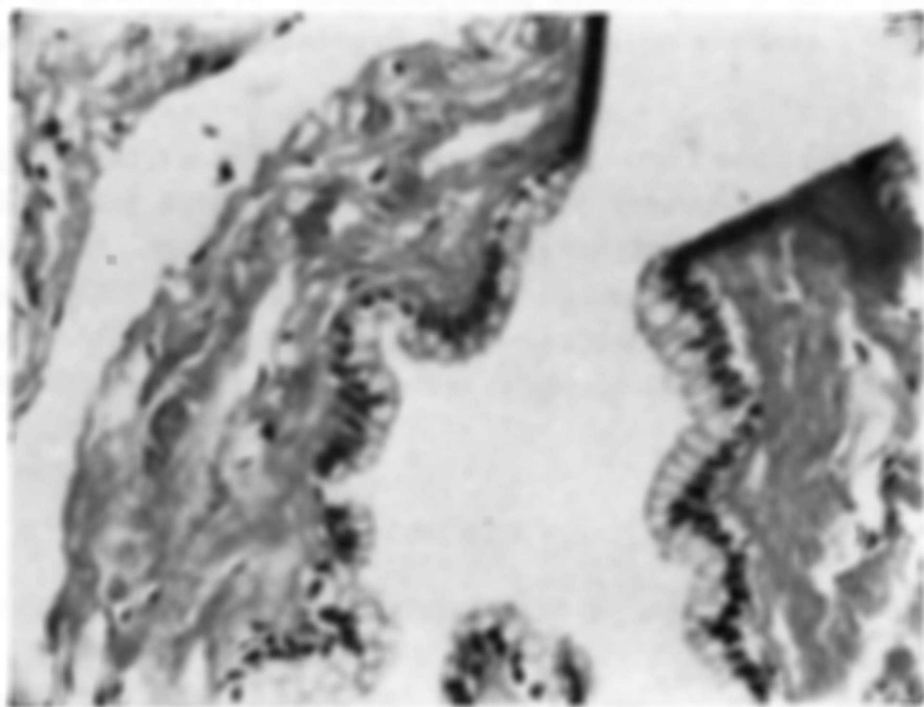
A etiopatogenia dos cistos neuroentéricos é controvertida. Aparentemente, ao se formar o canal alimentar, há falha na separação da notocorda e intestino anterior ^{1,6}. O cisto neuroentérico é considerado heterotopia, com estrutura complexa, epitélio glandular, células caliciformes e com material PAS positivo no interior ^{2,5,6}. A exérese do cisto neuroentérico proporcionou melhora acentuada. A retirada dos envoltórios do cisto deve ser a mais completa possível para evitar recidiva da sintomatologia.

RESUMO

É relatado caso de doente do sexo masculino, com 15 anos de idade, apresentando compressão da medula espinal em nível torácico alto (T-2), causada por cisto entérico. A natureza do processo foi determinada na laminectomia de T-1 — T-3 e o diagnóstico etiológico foi confirmado pelo exame histológico. Após a cirurgia o paciente melhorou progressivamente das desordens motoras.



*Fig. 1 — Caso R.C.B. Mielografia
Processo expansivo intradural,
extramedular, nível T-2.*



*Fig. 2 — Caso R.C.B. Epitélio de revestimento, glandular,
da parede do cisto.*

SUMMARY

Neurenteric cyst: a case report.

The case of 15 years old man with an enterogenous cyst causing compression of the spinal cord at T-2 is reported. The diagnosis was made by thoracic laminectomy and confirmed by histological examination. The motor disorders improved progressively after surgery.

REFERENCIAS

1. FABINYI, G. C. A. & ADAMS, J. E. — High cervical spinal cord compression by an enterogenous cyst. *J. Neurosurg.* 51:556, 1979.
2. HOEFNAGEL, D.; BENIRSCHKE, K. & DUARTE, J. — Teratomatous cysts within the vertebral canal — observations on the occurrence of sex chromatin. *J. Neurol. Neurosurg. Psych. (London)* 25:159, 1962.
3. LAHA, R. K. & HUESTIS, W. S. — Intraspinal enterogenous cyst: delayed appearance following mediastinal cyst resection. *Surg. Neurol.* 3:67, 1976.
4. SCOVILLE, W. B.; MANLAPAZ, J. S.; OTIS, R. D. & CABIESES, F. — Intraspinal enterogenous cyst. *J. Neurosurg.* 20:704, 1963.
5. SCULLY, R. E.; GALDABINI, J. J. & MCNEELY, B. U. — Case records of the Massachusetts General Hospital. *New Engl. J. Med.* 293:33, 1975.
6. WILKINS, R. H. & ODOM, G. L. — Spinal intradural cysts. *In* VINKEN, P. J. & BRUYN, G. W. — *Handbook of Clinical Neurology.* Elsevier, Amsterdam, 1976 p. 55-102.

Clinica Neurológica da FMUSP — Caixa Postal 3461 — 01000 São Paulo, SP, Brasil.