

MEGACAUDA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

A. Sejenovich

Centro Neurológico Concordia, Concordia, Entre Ríos

RESUMEN

La megacauda consiste en un aumento de la dimensiones del saco dural, dorsolumbar o lumbar.

La sintomatología se presenta de acuerdo al nivel anatómico. Es un trastorno congénito, su presencia diagnosticada por resonancia magnética no implica necesariamente la aparición de sintomatología.

Se presentan cuatro casos tratados con resultados óptimos.

Palabras clave: megacauda, duramadre espinal, IRM

SUMMARY

The increase in size of thoraco lumbar or lumbar thecal sac is called megacauda. This is a congenital malformation and its symptomatology varies accordingly with topography. It can be easily diagnosed with MRI and in some cases we did not find clinical manifestations. We present four cases treated with optimal results.

Key words: megacauda, spinal duramater, MRI.

INTRODUCCIÓN

La megacauda consiste en el aumento de las dimensiones del saco dural dorsolumbar o lumbar. La sintomatología se presenta de acuerdo al nivel anatómico. Es un trastorno congénito, y su existencia diagnosticada mediante imágenes por resonancia magnética (IRM) no implica necesariamente la aparición de sintomatología. Se describen cuatro casos tratados con resultados óptimos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Cuatro pacientes con edades que oscilaban entre 29 y 55 años, presentaban sintomatología neurológica diversa (Cuadro 1) de larga evolución

(entre 1 y 10 años), habiendo sido estudiados en otros centros pero sin llegarse a un diagnóstico.

Los pacientes fueron estudiados mediante electromiografía (que fueron positivas en 2 casos) y por IRM (que mostraron aumento de diámetro del saco dural sin otra patología agregada (Figs. 1 y 2).

Tratamiento y técnica quirúrgica

En un paciente se colocó una derivación con válvula lumbo peritoneal y en los restantes tres pacientes se realizaron funciones lumbares evacuadoras.

La técnica quirúrgica empleada en el primer caso se describirá a continuación.

En posición decúbito lateral intermedia hacia decúbito dorsal se practicó una incisión interapofisario espinal de 2 cm de largo. Por esta incisión se profundizó hasta el ligamento interespinoso y en ese momento se introdujo una aguja con mandril

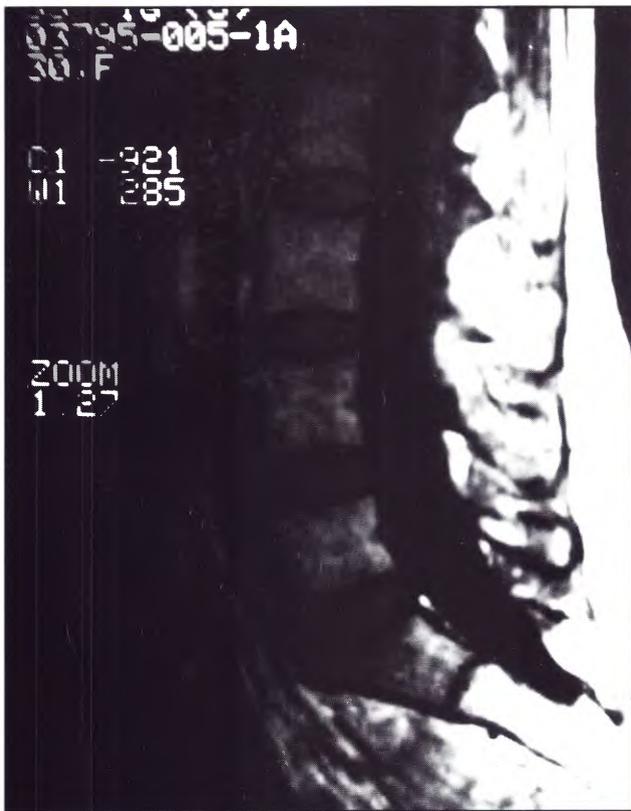


Fig. 1. Corte sagital (T1) de columna lumbosacra

Fig. 2. Corte sagital (T2) de columna lumbosacra

Nº 14 hasta el espacio subaracnoideo. Se retiró el mandril y se colocó el cateter de válvula retirándose luego la cubierta. Se practicó un punto de fijación en tejido celular subcutáneo. Se labró el trayecto subcutáneo hasta la zona media de la cresta iliaca donde se conectó al pulsor, luego de pasar por el trayecto catéter valvular. Se labró el trayecto desde zona media de cresta iliaca hasta zona paramediana abdominal. Allí se practicó una mini incisión de Lenander llegando a abrir peritoneo. Luego se conectó al catéter con válvula a pulsor, luego de pasaje del mismo en sentido retrógado y se introdujo la válvula intraperitoneal. Se cerró por planos de acuerdo a técnica.

Las punciones lumbares efectuadas en los tres casos restantes se realizaron de acuerdo a técnica en decúbito lateral extrayendo no menos de 20 cm³ y hasta 30 cm³ de L.C.R.

La paciente presentó cefaleas típicas de fistula de líquido cefalorraquídeo al incorporarse y deambular por el lapso de 48 horas. Las mismas retrocedieron luego en forma espontánea sin tratamiento alguno.

RESULTADOS

En los cuatro casos los pacientes evolucionaron

totalmente asintomáticos en el post operatorio inmediato, salvo las cefaleas referidas en el primer caso.

En un caso reapareció totalmente la sintomatología a los 20 días ignorándose la evolución ulterior ya que continuó bajo nuestro seguimiento.

DISCUSIÓN

La revisión bibliográfica muestra que M. Waisman³ describió estos casos de magacuda cromo pseudo estenosis del canal por aumento del contenido y no por disminución del continente.

En 1987 R. Carrillo¹ neurocirujano de Madrid presentó once casos tratados mediante derivación lumboperitoneal con resultados óptimos citando el trabajo de la escuela francesa de Hanraet, quien en algunos casos disminuía las dimensiones del canal espinal mediante injertos de duramadre.

En el año 1992 R. Carrillo¹ presentó en el XXV Congreso Latinoamericano de Neurocirugía cincuenta y un casos de magacuda tratados todos con derivación lumboperitoneal, de los cuales tres presentaron disfunción valvular recidivando los síntomas que volvieron a desaparecer luego de revisado el sistema.

CONCLUSIONES

Luego de corroborada por IRM la inexistencia de otra patología asociada², se debe considerar al diagnóstico de megacauda como el responsable sintomatológico en muchos casos en los cuales se puede por confusión haber hecho un diagnóstico de pitiasis. Los buenos resultados de un sencillo tratamiento así lo muestran.

Bibliografía

1. Carrillo R: Megacauda, lumbociática y derivación lumboperitoneal. Actas del XXV Congreso Latinoamericano de Neurocirugía. La Paz, Bolivia, 1992.
2. González Toledo E: Megacauda, Revista Diagnóstico N° 6, 1995.
3. Waisman M: Megacauda. Revista Asociación Argentina Ortopedia y Traumatología. Vol. 60, N° 4, pags. 362-363, 31-10-95.