

Lipomatose epidural lombar

Relato de dois casos

Marcelo Motta Zanatelli¹, Pedro Oscar Nassif¹, Felipe Vilar²

Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Santos, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever e relatar uma patologia relativamente rara, que deve ser sugerida no diagnóstico diferencial das lombalgias e síndromes radiculares lombossacrais. **Método:** Análise e descrição de dois casos de lipomatose epidural lombar operados no Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Santos pelos autores no período de três anos. **Resultados:** Os pacientes operados evoluíram com melhora dos sintomas relacionados à lipomatose epidural lombar. **Conclusão:** A lipomatose epidural deve sempre ser incluída no diagnóstico diferencial diante de queixa de lombalgia e ciática, ou ainda compressão medular dorsal. Obesidade e uso de corticóides devem ser considerados como sinais de suspeita para tal patologia, que, quando correta e rapidamente descoberta e tratada, pode evitar graves conseqüências para o doente.

PALAVRAS-CHAVE

Lipomatose epidural.

ABSTRACT

Lumbar epidural lipomatosis. Report of two cases

Objective: To describe and report a uncommon pathology, that should be included in the differential diagnosis of low back pain and sciatica. **Method:** Report of two cases of lumbar epidural lipomatosis admitted to Neurosurgical Service, Santa Casa de Santos, Sao Paulo, Brazil, in a period of three years. **Results:** Following surgery the patients presented complete resolution of symptoms. **Conclusion:** Epidural lipomatosis should be included in the differential diagnosis in cases of low back pain and sciatica, mainly in patients under long lasting corticotherapy as well as in the obese.

KEY WORDS

Epidural lipomatosis.

Introdução

A lipomatose epidural caracteriza-se pela deposição excessiva de tecido adiposo não encapsulado no espaço epidural^{1,3,5,6,8,10-12}, com conseqüente aumento da espessura da gordura local, levando à compressão da medula ou da cauda eqüina, dependendo da localização. Trata-se de uma doença rara, histológica e evolutivamente benigna^{1,5,9}, pouco descrita na literatura mundial

até os dias atuais. Admitem-se múltiplas teorias quanto à etiologia, sendo a corticoterapia^{1,3,5,6,8,10-12} prolongada e a obesidade as mais aceitas. A doença de Cushing e diabetes também são causas aceitas, entretanto muitas vezes são consideradas idiopáticas^{1,4,5,9}.

Cerca de 60% dos casos relatados localizavam-se na coluna dorsal, 40% na coluna lombar e, em 16%, acometiam ambas as colunas, dorsal e lombar³. Não há, até o momento, relato sobre lipomatose epidural cervical^{3,5,6,8,10-12}.

1 Neurocirurgião, membro titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). Assistente do Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Santos.
2 Médico-residente do Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Santos.

Relato dos casos

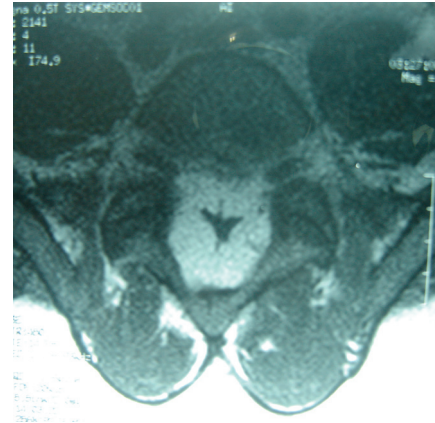
São relatados dois casos operados no Serviço de Neurocirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Santos nos últimos três anos.

Caso 1

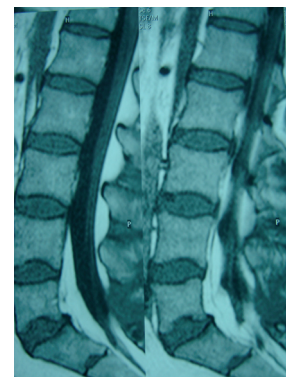
M. F. S. S., 45 anos, sexo feminino, cor branca, auxiliar de enfermagem, antecedentes de asma brônquica e uso prolongado de corticóides, apresentava queixa de lombociatalgia esquerda de longa data, refratária ao tratamento clínico e fisioterápico e com piora progressiva. Ao exame, apenas sinal de Lasègue a menos de 40°. Realizou tomografia da coluna lombar L3-S1 e ressonância magnética da coluna lombossacra. Os exames constataram protrusão discal médio-lateral esquerda em L4-L5 associada à lipomatose epidural L3-L4-L5. Discutido o caso, optou-se por hemilaminectomia de L4 esquerda, microdissectomia L4-L5 esquerda e aspiração da gordura com aspirador a vácuo. No pós-operatório imediato, já se observou melhora dos sintomas radiculares. Porém, meses após a cirurgia, a paciente desenvolveu outra complicação relacionada à corticoterapia prolongada – necrose asséptica da cabeça do fêmur ipsilateral. Foi submetida à colocação de prótese coxofemoral pelo Serviço de Traumatologia do hospital e permanece em acompanhamento desde a cirurgia, sem sintomas neurológicos.

Caso 2

P. F. P. L., 36 anos, sexo masculino, cor branca, vigilante, obeso, sem história de doença pregressa digna de nota, procurou o Serviço de Neurocirurgia com queixa de lombalgia do tipo mecânica e axial, parestesia nas coxas, claudicação neurogênica e alívio dos sintomas ao deitar-se. Ao exame, sinal de Lasègue ausente, mas evidenciava hiporreflexia simétrica de membros inferiores. Já estava em tratamento com fisiatra e fisioterapeuta, não tendo apresentado melhora duradoura. Foi solicitada ressonância nuclear magnética da coluna lombossacra, que evidenciou lipomatose epidural L5-S1 com grande compressão do saco dural (figuras 1 e 2) e espondilolistese do tipo ístmica L5-S1 de grau I. Foi submetido à laminectomia descompressiva de L5, aspiração da gordura epidural e artrodese *in situ* da coluna com enxerto ósseo autólogo, sem instrumentação. O paciente demonstrou clara melhora dos sintomas, permanecendo bem até o momento. Exames pós-operatórios comprovam re-expansão do saco dural no nível operado (figuras 3 e 4).



Figuras 1 e 2 – Ressonância magnética pré-operatória (caso 2) mostrando a compressão do saco dural pela lipomatose.



Figuras 3 e 4 – Ressonância magnética pós-operatória (caso 2) mostrando a re-expansão do saco dural.

Discussão

A lipomatose epidural, por ser patologia rara, muitas vezes não é incluída na lista de suspeitas diagnósticas ante um caso de mielopatia ou radiculopatia. Com os avanços nas técnicas de imagem, o correto diagnóstico etiológico das lesões raquimedulares, entre elas a lipomatose epidural, não parece ser de difícil obtenção. Em muitos casos, o que pode atrasar o tratamento é a falta de conhecimento a respeito da doença. Todo paciente com queixa relativa à medula espinhal ou radicular, que tenha passado de corticoterapia prolongada, doença de Cushing ou obesidade, deve ser investigado quanto à lipomatose epidural^{1,2,4,5,7-9}.

O tratamento segue os moldes daquele direcionado à estenose de canal vertebral^{2,4,5,7}.

Não parece razoável pensar em tratamento clínico, mesmo com sintomas moderados, visto que a tendência natural seria o aumento desta estenose com o aparecimento da espondilose vertebral, inerente ao envelhecimento.

Conclusão

A lipomatose epidural deve sempre ser incluída no diagnóstico diferencial diante de queixa de lombalgia e ciática, ou ainda compressão medular dorsal. Obesidade e uso de corticóides devem ser considerados como sinais de suspeita para tal patologia, que, quando correta e rapidamente descoberta e tratada, pode evitar graves conseqüências para o doente.

Referências

1. ADAMS RD, VICTOR M, ROPPER AH: Neurologia. Ed 6. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 1998.
2. BRAGA FM, MELO PMP: Neurocirurgia: guia de medicina ambulatorial e hospitalar. São Paulo, Manole, 2005.
3. CARNEIRO E, BERNARDES I, SILVA MLR, CRUZ J: Lipomatose epidural secundária à corticoterapia. Acta Med Portug 16:179-82, 2003.
4. COX JM: Dor lombar: mecanismo, diagnóstico e tratamento. São Paulo, Manole, 2002.
5. GREENBERG MS: Manual de neurocirurgia. (Trad. Ane Rose Bolner e Jussara Barrier). Ed 5. Porto Alegre, Artmed, 2003.
6. HIGERA EE: Lipomatosis epidural: reporte de un caso que simulaba metastasis. Univ Méd 31:181-3, 1990.
7. HOWARD S: Cirurgia da coluna vertebral. (Trad. Vilma Ribeiro Souza Vargas). Rio de Janeiro, Revinter, 2001.
8. MAGUEY JR, BORRAZ JR, SENEGÁS J: Lipomatosis epidural espinal. Introduccion al abordaje multidisciplinario. Grac Méd Mex 133:461-6, 1997.
9. PRADO FC, RAMOS JÁ, VALLE JR: Atualização terapêutica. Ed 9. São Paulo, Artes Médicas, 1999.
10. PUERTAS EB, NATOUR J, FERNANDESAR, PICADARK, PIRES OGN: Hérnia de disco lombar e lipomatose epidural. Rev Bras Ortop 32: 57-59, 1997.
11. QUIROGA MAJ, FERREYRA AG: Lipomatosis extradural idiopatica: a propósito de un caso. Rev Argent Radiol 57:139-41, 1993.
12. ROMERO C, BUZZI A, LAMBRE H, MARINEZ A, MELI F, REDONDE W et al.: Compression sacrorradicular por lipomatosis lumbosacra. Rev Argent Radiol 61:173-80, 1997.

Original recebido em setembro de 2006

Aceito para publicação em dezembro de 2006

Endereço para correspondência

Marcelo Motta Zanatelli

Av. Dr. Bernardino de Campos, 426, ap. 36

11065-002 – Santos, SP

E-mail: mzanatelli@bol.com.br