

Diastematomyelia diagnosticada em paciente de idade avançada: relato de caso

Diastematomyelia diagnosed in elderly patient: a case report

Fabiana Luchini Predin¹, Teófilo Alvarenga Netto², Rodrigo Helou²,
Gleim Dias Souza³, Luciana Rodrigues Queiroz Souza⁴

Resumo

Diastematomyelia é ocasionada pela separação da medula espinhal por um septo ósseo ou fibroso. Manifestações clínicas podem aparecer em qualquer época e variar dependendo da gravidade da malformação. O caso apresentado é de uma paciente de 60 anos, com dor em coluna vertebral há 2 anos, investigada na Unidade de Radiologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), onde foi estabelecido o diagnóstico de diastematomyelia.

Palavras chaves: Defeitos do Tubo Neural; Diastematomyelia; Medula Espinhal; Coluna Vertebral; Radiologia.

Abstract

Diastematomyelia causing a separation of the spinal cord by a septum. Clinical manifestations can occur at any time and can vary depending on the severity of the malformation. The patient in case is a 60 years old woman, with pain in the spine, for 2 years, investigated in the Radiology Unit of the HBDF, where the radiologic diagnosis of diastematomyelia was established.

Key Words: Neural Tube Defects, Diastematomyelia, Spinal Cord, Vertebral Column, Radiology.

Introdução

O termo diastematomyelia foi introduzido em 1992 por Pang quando o incluiu às malformações da coluna vertebral como um disrafismo espinhal oculto, assim como a síndrome da notocorda fendida. Trata-

se de um defeito congênito raro da coluna vertebral observado em 5-10% da população e com frequência maior no sexo feminino podendo apresentar-se em qualquer idade na faixa etária entre 10-76 anos de idade.¹

1. Médica do serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital de Base do Distrito Federal

2. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

3. Médico, mestre, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

4. Médica, mestre, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal

E-mail do primeiro autor: luchinipredin@yahoo.com.br

Recebido em 06/06/2012

Aceito, após revisão, em 22/07/2012

Diastematomielia: relato de caso

Ocorre nessa patologia a divisão da medula espinhal em duas porções longitudinais e paralelas que são separadas por um septo ósseo ou fibroso e com incidência mais comum na região torácica baixa e lombar alta. A tração da medula durante o desenvolvimento da criança resulta, comumente, em anormalidades esqueléticas e neurológicas. Pode existir associação com sinais na pele (tufos localizados de pêlos ou depressão) e, ocasionalmente, mielomeningocele (defeito do fechamento da medula) ou hidrocefalia.² Neste artigo é apresentado um caso clínico de uma paciente com o diagnóstico confirmado de diastematomielia e suas manifestações radiológicas.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 60 anos, com queixa de dor na região lombar e cervical há dois anos de moderada intensidade, com

início aos médios esforços e melhora com uso de medicação. A dor inicia nos membros inferiores e irradia para coluna vertebral, apresentando também parestesia das mãos.

Foram realizados exames de imagem no serviço de radiologia do Hospital de Base do Distrito Federal que apresentavam na radiografia simples da coluna lombo sacra uma escoliose para a direita com osteofitose de corpos vertebrais, redução discal de L1-L2, esclerose de interapófises de L2-L3 a L3-S1.

No segmento da avaliação por tomografia computadorizada e ressonância magnética foram evidenciados bloco vertebral de L1 e L2 que apresentavam hipoplásicos e fundidos à direita com presença de septo ósseo em L3 dividindo o canal vertebral associado a diastematomielia que segue em L1 a L3 (figuras 1, 2 e 3), além de seringomielia (figura 4), raquisquise de L3 e artrose de interapofisárias de L1-L5.



Figura 1 - Corte axial de tomografia computadorizada de coluna vertebral mostrando formação septal óssea em L3 promovendo a divisão do canal vertebral.

Diastematomielia: relato de caso

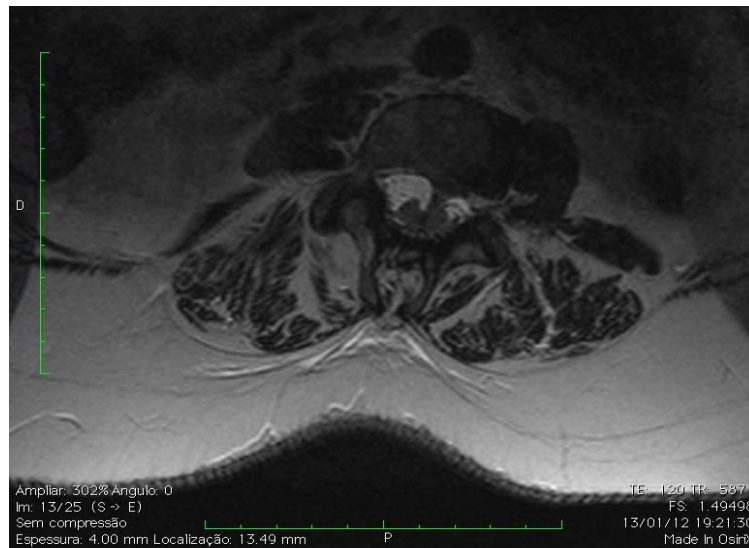


Figura 2 - Corte axial de ressonância magnética ponderada em T2 evidenciando septo ósseo e consequente divisão medular a nível de L3.

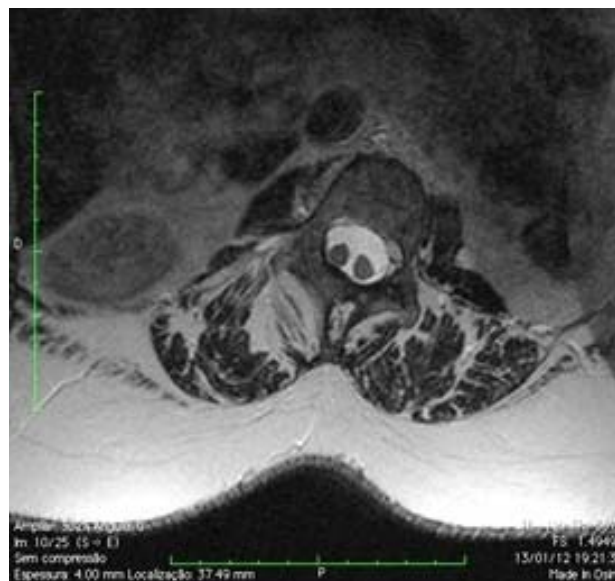


Figura 3 - Corte axial de ressonância magnética ponderada em T2 de coluna vertebral mostrando duas hemimedulas em L3, caracterizando radiologicamente o diagnóstico de diastematomielia.

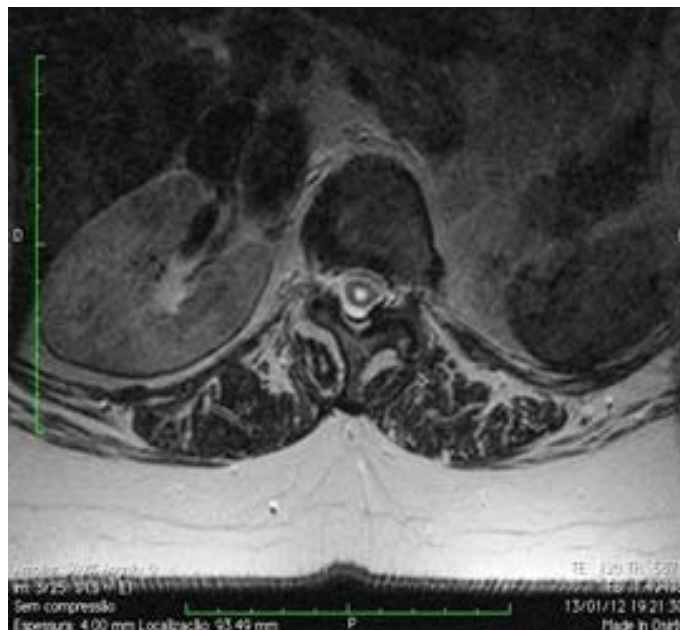


Figura 4 - Corte axial de ressonância magnética ponderada em T2 de coluna vertebral em que se pode visualizar a presença de seringomielia.

Com os resultados encontrados nos exames de imagem foi firmado o diagnóstico de diastematomielia de L1-L3 associado a seringomielia superiormente.

Discussão

O termo diastematomielia é um defeito congênito da coluna vertebral na qual a parte inferior da medula espinal ou a parte superior da cauda equina está fendida em dois componentes verticais por um esporão, o qual passa por trás da superfície posterior de um corpo vertebral e atravessa o canal vertebral. Este esporão congênito pode ser fibroso, cartilaginoso ou ósseo e interfere com a migração normal para cima do cone da

medula espinal durante o crescimento. Durante a infância o esporão formado produz um déficit neurológico progressivo geralmente do tipo neurônio motor inferior que compromete os membros inferiores, bexiga e intestinos,^{2,3} e também pode vir acompanhada por outras malformações tais como meningocele, mielomeningocele, hidromielia, hidrocefalia, síndrome de Klippel-Fiel, malformação de Arnold Chiari e lipomas intraespinhais. As manifestações clínicas variam com a idade e nos adultos pode cursar de maneira assintomática e quando presente são características a dor, principalmente lombar, e alterações motoras e

sensoriais² tais como as apresentadas pela paciente do caso.

A diastematomyelia se apresenta em dois tipos distintos: no tipo I há duas hemimedulas comumente simétricas sendo cada uma coberta por um saco dural próprio e separadas por um tabique ósseo ou osteocartilaginoso extradural caracterizando classicamente a diastematomyelia; no tipo II há duas hemimedulas também simétricas porém cobertas por um único saco dural, podendo existir um tabique fibroso intradural separando as duas hemimedulas, também chamado diplomielia.^{4,5} O tipo I é menos comum e representa 25% dos casos, apresentando frequentemente anomalias vertebrais tais como espinha bífida posterior, aumento da distância entre os pedículos, hemivértebras, fusão de vértebras, vértebras bífidas e redução dos espaços intervertebrais, além de escoliose que se trata de um achado comum em 30-60% dos casos.⁶

O diagnóstico é radiológico e feito através de tomografia computadorizada, mielotomografia computadorizada e ressonância magnética que mostram a presença de duas hemimedulas e de um septo medial, confirmando de maneira inequívoca o diagnóstico de diastematomyelia.⁷

Conclusão

Por tratar-se de uma condição patológica pouco evidenciada em pacientes adultos, principalmente em idosos como o do

caso relatado, é de fundamental importância o conhecimento da diastematomyelia por profissionais médicos que assistem tais pacientes, entrando assim na lista de diagnósticos diferenciais. As manifestações clínicas podem sugerir outras doenças, mas o conhecimento da diastematomyelia pode guiar o médico e ajuda-lo a definir quais terapêuticas e exames complementares utilizar, haja vista que o diagnóstico é radiológico.

Referências

1. Barriel LME, Castillo MCR, Martín RAJ, Matos JN. Diastematomyelia. Reporte de caso clínico. *Rev Chil Neurocirugía*. 2009; 33(1): 49-52.
2. Barkovich AJ. *Neuroradiologia Pediátrica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
3. Salter RB. *Distúrbios e Lesões do Sistema Musculoesquelético*. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2001.
4. Proctor MR, Scott RM. Longterm outcome for patients with split cord malformation. *Neurosurg Focus*. 2001; 10(1): 1-5.
5. Elmac I, Dagçnar A, Ozgen S, Ekinçi G, Pamir MN. Diastematomyelia and spinal teratoma in na adult. Case report. *Neurosurg Focus*. 2001; 10(1): Clinical Pearl 2.

6. Ritchie GW, Flanagan MN. Diastematomyelia. *Canad Med Ass J.* 1969; 100(9): 428-433.
7. Mc Lone DG. Occult dysraphism and the tethered spinal cord lipomas. In: Choix M, Di Rocco C, Hockley A. *Pediatric Neurosurgery.* 1^a ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 1999.