

Sesión del 26 de marzo de 1971

## LIPOMA DE LA COLA DE CABALLO

DRES. JUAN PICAÑOL PEIRATÓ y JUAN-LUIS GONZÁLEZ RIVERO

Barcelona

El día 24 de julio de 1968 acudió al dispensario del Hospital el niño J. I. F., de once meses. La madre lo traía porque el pequeño mantenía casi siempre las piernas en flexión y abducción. Se practicó una radiografía que era normal (fig. 1).

Un mes y medio más tarde le vimos nosotros. El niño no se sostenía de pie; la movilidad de las caderas era libre e indolora; existía una hipo-



Fig. 1. — Radiografía de caderas a los once meses.

tonía muy acentuada de ambas extremidades inferiores; los reflejos rotulianos estaban presentes, pero eran poco vivos, y los aquileos y plantares dudosos. Sugerimos consulta con un neurólogo.

No vimos al niño hasta dos años más tarde, en que vino a consultarnos por incontinencia de heces y de orina; el niño no se daba cuenta de sus defecaciones y orinaba con goteo continuo. Seguía con su problema de extremidades, por lo que le trataba un Departamento de Ortopedia; llevaba una férula de pelvis y muslo, pierna y pie para sostenerle el miembro inferior izquierdo, casi totalmente paralizado, y se le practicaba fisioterapia.

Ante este cuadro, nos pareció evidente que su parálisis y su problema esfinteriano estaban ambos en relación con una afección medular.

Durante el intervalo de dos años entre la primera visita y la actual el niño ha sido visto por un neurólogo, que diagnosticó "*polio banal en niño vacunado*", después de comprobar la ausencia del reflejo rotuliano

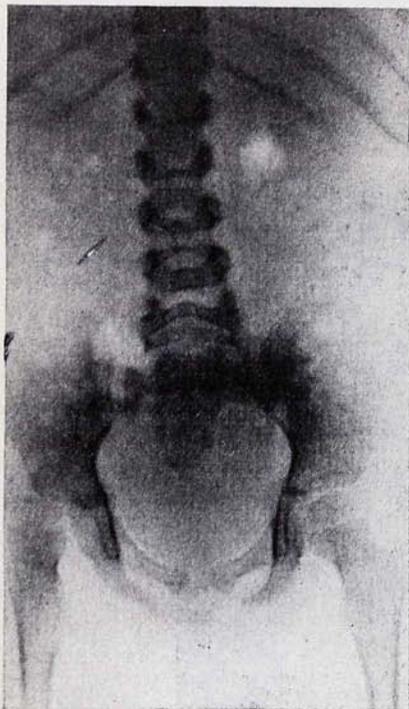


Fig. 2. — Radiografía de pelvis y columna lumbar. Subluxación de la cadera izquierda.

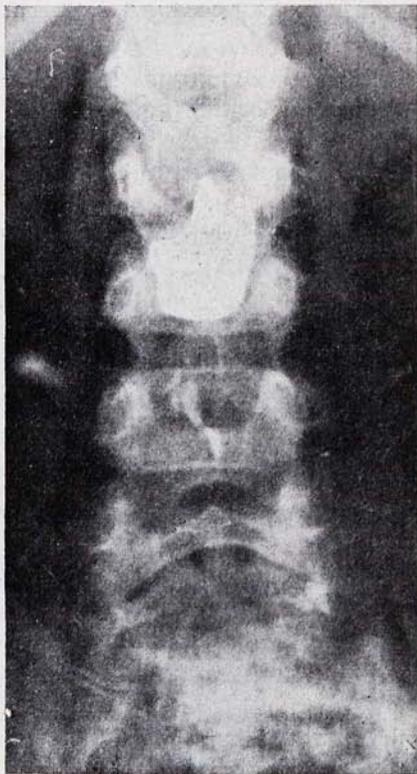


Fig. 3. — Mielografía. Detención del contraste en L 3.



izquierdo y ambos aquileos, flaccidez del miembro inferior izquierdo y un EMG que demostró denervación de los músculos tibial anterior y gemelos. Seguía, como hemos indicado, tratamiento ortopédico.

Solicitamos una radiografía de columna en busca de una posible malformación y la colaboración del Dr. COROMINAS.

En la radiografía (fig. 2) se aprecia una lumbarización de la S1, una falta de fusión del arco posterior de la L5 y una subluxación de la cadera izquierda, que no existía en la radiografía primitiva.

Nos pareció que debía proseguirse la exploración con la práctica de una mielografía (Hospital de la Cruz Roja), en la que se aprecia una detención del contraste a nivel de L3, con paso de una mínima parte hacia la vértebra inferior (fig. 3).

Ante los hallazgos, diagnosticamos un probable *lipoma de la cola de caballo*, e indicamos una laminectomía.

*Hoja operatoria.* Incisión longitudinal media en región lumbar, de unos 7 cm. Separación hacia cada lado de los músculos de los canales vertebrales. Sección a cizalla de las apófisis espinosas de L3 y L4 y extirpación con pinza-gubia de las láminas correspondientes. Se aprecia el cono terminal de la medula envuelto en una masa lipomatosa que se infiltra también entre las raíces de la cola de caballo. Se extirpa en lo posible este tejido lipomatoso que, por continuar hacia la parte distal, obliga a la laminectomía de la L5, a cuyo nivel se encuentra una masa lipomatosa mayor que las anteriores. Limpieza del tejido lipomatoso. Hemostasis. Sutura de las masas musculares con catgut y la piel con terilene.

El estudio histológico de la pieza operatoria (fig. 4), practicado por



Fig. 4. — Lipoma de la cola de caballo.  
Pieza operatoria.

el Dr. RIPOLL dice: “*Tejido conjuntivo y lipoides lobulado por finos sectos conectivos, con discreta vascularización. Lipoma*” (fig. 5).

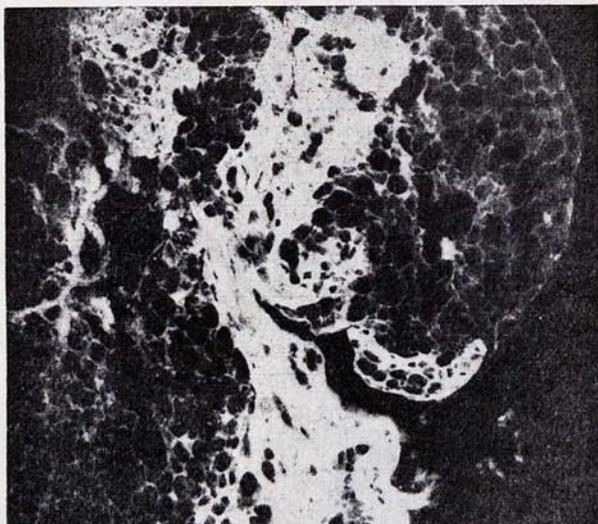


Fig. 5. — Preparación histológica. Lipoma (Dr. RIPOLL).

La recuperación posoperatoria fue normal. Al pasar visita a las 48 horas, el padre nos dijo que durante el día el niño había pedido “pipí” varias veces y lo había hecho normalmente, cosa que no había sucedido *nunca* antes de la intervención.

Aprovechamos su estancia en clínica para un estudio de su aparato urinario. El urinocultivo fue negativo. El dictamen de la urografía que nos hizo el Dr. DOMÉNECH, dice: “*Vías altas normales, sin signos de pielonefritis. Vejiga neurógena, paralítica, con cuello siempre abierto y detención del contraste en verumontanum. Micción por acción de la prensa abdominal. Micciones parciales*”. En una de las placas (fig. 6) se aprecia que el contraste ha descendido después de suprimido el obstáculo, a pesar de que procuramos aspirarlo durante la intervención; se observa la subluxación de la cadera izquierda, vista ya anteriormente, típica de la parálisis de los músculos glúteos.

A los seis días de la intervención el niño pasó a su domicilio. Le vimos diez días más tarde, en que empezó a andar. El niño pedía para hacer sus micciones y sus deposiciones, cosa que antes nunca hacía; y retenía su orina durante dos o tres horas. Movía mucho mejor las extre-

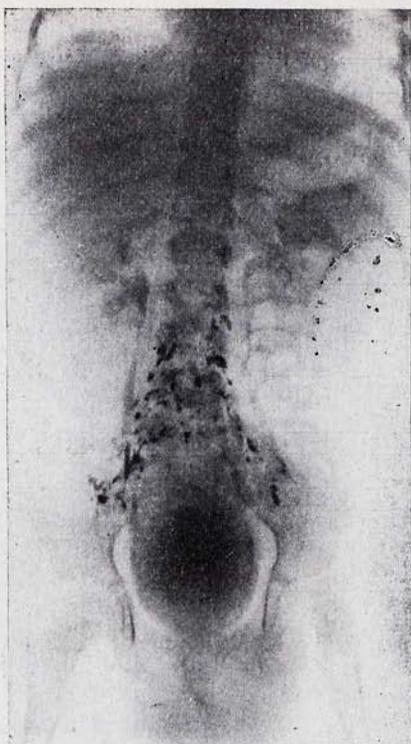


Fig. 6. — Urografía intravenosa. Vías altas normales. El contraste de la mielografía ha descendido una vez suprimido el obstáculo.

midades inferiores, especialmente la izquierda. El informe del Dr. COMINAS dice: *“Mejora notable en el balance muscular en comparación con el día 16 de octubre de 1970, en que casi todos los músculos tenían una rotación de 0-2; actualmente, músculos de muslo derecho 3-4; cuadríceps izquierdo 4. Mejora del tono muscular y del central esfinteriano”*.

Al objeto de estabilizar la cadera subluxada, el 10 de diciembre de 1970, le practicamos una operación de Sharrard, que es la trasplatación del psoas iliaco al trocánter mayor, para suplir la función del glúteo paralizado, ideada para estabilizar las caderas paralíticas de la espina bífida. Después de seis semanas de inmovilización emprendió de nuevo su recuperación funcional. La cadera está en posición normal (fig. 7).

Dos meses más tarde el niño anda cogido de la mano, con cierta dificultad, pero sin ningún aparato y sus progresos son evidentes. Continúa con absoluto control de heces; pide y hace micciones, pero algunas veces no controla totalmente su orina.

El *lipoma de la cola de caballo* es una entidad relativamente rara, debida a alteraciones del mesénquima e inclusiones ectodérmicas en el momento del cierre del tubo neural. La mayor parte de las veces se trata

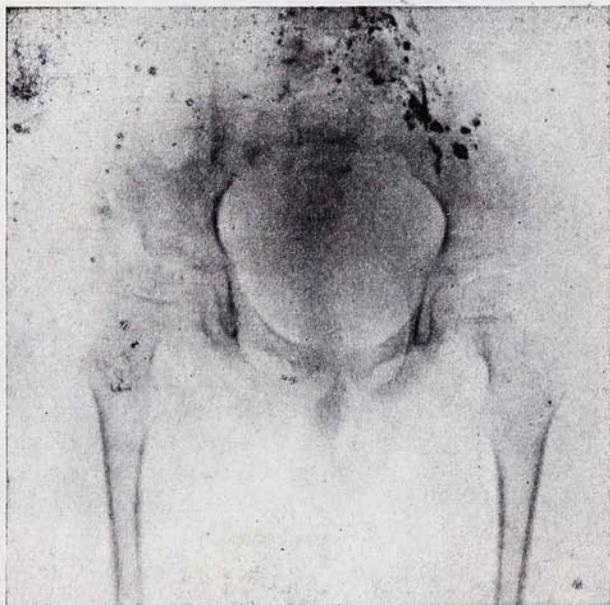


Fig. 7. — Radiografía de caderas después de la trasplatación de psoas iliaco.

de una formación intradural con una prolongación externa, subcutánea, más o menos aparente, en la región lumbo-sacra, y que origina casi siempre, tarde o temprano, síntomas neurológicos. A este esquema corresponden los 12 casos de DUBOWITZ, LORBER y ZACHARY,<sup>1</sup> los 9 de BASSET<sup>2</sup> y los 9 de SWANSON y BARNETT.<sup>3</sup> En ellos se encontró siempre una masa lipomatosa en la región lumbo-sacra.

Otra posibilidad es que el *lipoma de la cola de caballo* vaya asociado a un defecto óseo de la región, en general del tipo de la espina bífida oculta, como ocurría en nuestro caso y en 23 de INGRAHAM y MATSON<sup>4</sup>.

La causa del déficit neurológico quizá no es exactamente la misma en todos los casos. DUBOWITZ y cols.<sup>1</sup> creen que se debe al trauma reiterado que sufre el cono terminal al deslizarse sobre un arco anómalo, y apoyan su opinión en el hecho de que en sus casos la instauración de la parálisis fue siempre progresiva e insidiosa. Otros autores creen que el problema es debido a la compresión directa de las raíces del cono ter-



minal por la masa tumoral que, aunque blanda, actúa en una cavidad ósea inextensible. La malformación raquídea puede, eventualmente, originar una estenosis que contribuye a constreñir los elementos nerviosos.

Nos parece evidente, por la sintomatología presente desde el nacimiento, por la mielografía y por la respuesta terapéutica, que nuestro caso encaja en esta última patogenia.

En cuanto al tratamiento, todos los trabajos que hemos revisado ponen en guardia frente al peligro de la manipulación operatoria en esta región y, en efecto, más de uno de los casos operados han empeorado después de la intervención quirúrgica. Otras veces no se logra —ni se pretende— más que detener la deteriorización progresiva.

Existe acuerdo general en que no está justificado practicar una laminectomía por la existencia de una espina bífida oculta asociada a síntomas que podríamos llamar “menores” (enuresis nocturna, pies cavos), pero creemos que en nuestra observación estaba suficientemente indicada la intervención por la grave afectación clínica y por los hallazgos de la mielografía, documento que es siempre de un gran valor en estos enfermos.

#### BIBLIOGRAFIA

1. DUBOWITZ, LORBER y ZACHARY: Arch. Dis. Child. 40: 207, 1965.
2. BASSET: Ann. Surg. 131: 109, 1950.
3. SWANSON y BARNETT: Pediatría. 29: 211, 1962.
4. INGRAHAM y MATSON: *Neurosurgery of Infancy and Childhood*. Thomas. Pub. Springfield 1954.