

Meningocele sacro anterior oculto, diagnóstico histopatológico

Hidden anterior sacral meningocele, histopathological diagnosis.

Meningocele sacral anterior oculto, diagnóstico histopatológico.

Dra. Evelyn Verónica Naranjo Cárdenas
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Ecuador
eve_naranjo26@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-1499-4241>

Dra. Leshlie Janine De la Torre Mendoza
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0003-2377-4554>

Dr. Cristhian Jacinto Macas Quevedo
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Ecuador
<https://orcid.org/0009-0004-8792-4085>

Forma de citación en APA, séptima edición.

Naranjo, E., De la Torre, L., & Macas, C. (2026). Meningocele sacro anterior oculto, diagnóstico histopatológico. *Revista Ibero Research*, 1(5), 30 – 47.

Fecha de presentación: 17/06/2026

Fecha de aceptación: 23/06/2026

Fecha de publicación: 24/06/2026

Resumen

El meningocele sacro anterior es una forma infrecuente de disrafismo espinal que puede presentarse como masa presacra con síntomas digestivos, urinarios o abdominales inespecíficos, lo que retrasa su diagnóstico. Se describe el caso de una niña de 3 años con antecedente de laparotomía exploratoria por dolor abdominal, constipación crónica y masa presacra abscedada recurrente. Durante una nueva hospitalización, los estudios de imagen evidenciaron una lesión quística compleja en excavación pélvica y una masa dependiente de la región sacrococcígea con compresión vesical. Se realizó laparotomía exploratoria con drenaje de contenido espeso blanco-amarillento, cultivo negativo y biopsia de cápsula. El estudio histopatológico reportó tejido compatible con lipomeningorrizocele, orientando el diagnóstico hacia disrafia espinal tipo meningocele sacro anterior oculto. Posteriormente, neurocirugía efectuó exploración L4-S1 y rafia de cono medular, sin evidenciar fistulas. Este caso resalta la importancia de incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de masas presacras pediátricas asociadas a constipación crónica, dolor abdominal y compromiso urinario.

Palabras clave: Meningocele sacro anterior; masa presacra; disrafismo espinal; constipación crónica; absceso presacro; pediatría.

Abstract

Anterior sacral meningocele is a rare form of spinal dysraphism that may present as a presacral mass associated with digestive, urinary, or nonspecific abdominal symptoms, often delaying diagnosis. We report the case of a 3-year-old girl with a history of exploratory laparotomy due to abdominal pain, chronic constipation, and recurrent abscessed presacral mass. During a new hospitalization, imaging studies revealed a complex cystic pelvic lesion and a mass apparently arising from the sacrococcygeal region, causing bladder compression. Exploratory laparotomy was performed, with drainage of thick whitish-yellow material, negative culture results, and capsule biopsy. Histopathological examination reported tissue compatible with lipomeningorrhizocele, supporting the diagnosis of occult anterior sacral meningocele as a form of spinal dysraphism. Neurosurgery subsequently performed L4-S1 exploration and conus medullaris repair, without identifying evident fistulas. This case highlights the importance of considering anterior sacral meningocele in the differential diagnosis of pediatric presacral masses associated with chronic constipation, abdominal pain, and urinary compromise.

Keywords: Anterior sacral meningocele; presacral mass; spinal dysraphism; chronic constipation; presacral abscess; pediatrics.

Resumo

O meningocele sacral anterior é uma forma rara de disrafismo espinhal que pode apresentar-se como massa pré-sacra associada a sintomas digestivos, urinários ou abdominais inespecíficos, dificultando o diagnóstico oportuno. Relata-se o caso de uma menina de 3 anos com antecedente de laparotomia exploratória por dor abdominal, constipação crônica e massa pré-sacra abscedada recorrente. Durante nova hospitalização, os exames de imagem evidenciaram lesão cística complexa em escavação pélvica e massa aparentemente dependente da região sacrococcígea, com compressão vesical. Foi realizada laparotomia exploratória com drenagem de conteúdo espesso branco-amarelado, cultura negativa e biópsia da cápsula. O estudo histopatológico relatou tecido compatível com lipomeningorrizocele, orientando o diagnóstico para disrafismo espinhal do tipo meningocele sacral anterior oculto. Posteriormente, a neurocirurgia realizou exploração de L4-S1 e rafia do cone medular, sem identificação de fistulas evidentes. Este caso destaca a importância de considerar essa entidade no diagnóstico diferencial de massas pré-sacras pediátricas associadas a constipação crônica, dor abdominal e comprometimento urinário.

Palavras-chave: Meningocele sacral anterior; massa pré-sacra; disrafismo espinhal; constipação crônica; abscesso pré-sacro; pediatria.

Introducción

El meningocele sacro anterior constituye una anomalía congénita poco frecuente dentro del espectro de los disrafismos espinales. Se produce por la protrusión de las meninges y del líquido cefalorraquídeo a través de un defecto óseo en la pared anterior del sacro, con extensión hacia el espacio presacro o retrorrectal. A diferencia de otros defectos del tubo neural, su localización anterior y la ausencia frecuente de estigmas cutáneos lumbares pueden hacer que pase desapercibido durante años.

La literatura describe que muchas lesiones permanecen asintomáticas y se identifican de manera incidental durante estudios pélvicos o abdominales. Cuando alcanzan mayor volumen, pueden generar síntomas por compresión de estructuras vecinas, especialmente recto, vejiga y órganos pélvicos. En edad pediátrica, la constipación crónica, el dolor abdominal inespecífico y los síntomas urinarios pueden ser las primeras manifestaciones, lo cual convierte el diagnóstico en una especie de rompecabezas clínico, porque el cuerpo humano, con su habitual falta de consideración, rara vez entrega etiquetas diagnósticas claras.

El diagnóstico diferencial de una masa presacra en pediatría incluye lesiones congénitas, inflamatorias, neurológicas y tumorales, entre ellas teratoma sacrococcígeo, quistes dermoides o epidermoides, duplicaciones intestinales, abscesos presacros, lipomas, tumores neurogénicos y manifestaciones del síndrome de Currarino. Esta última entidad se caracteriza clásicamente por la triada de anomalía sacra, malformación anorrectal y masa presacra, dentro de la cual puede encontrarse el meningocele sacro anterior.

Los estudios de imagen son esenciales para delimitar la lesión, valorar su relación con el canal raquídeo y planificar el tratamiento quirúrgico. La ecografía puede identificar una masa quística pélvica, mientras que la tomografía computarizada permite reconocer alteraciones óseas sacras y la resonancia magnética aporta mayor precisión sobre la

continuidad con el saco tecal, el contenido de la lesión y la relación con estructuras neurales.

Desde el punto de vista terapéutico, el objetivo central consiste en cerrar la comunicación entre el saco tecal y la lesión herniaria, reparar el defecto dural y prevenir complicaciones como meningitis, crecimiento progresivo de la masa, alteraciones urológicas, constipación persistente o fistulas. El abordaje posterior ha sido descrito como una alternativa eficaz en múltiples casos, aunque la elección debe individualizarse según el tamaño, localización, adherencias, compromiso visceral y experiencia del equipo quirúrgico.

El presente artículo tiene como objetivo describir un caso pediátrico de meningocele sacro anterior oculto diagnosticado tras el hallazgo histopatológico de tejido compatible con lipo meningorizocele en una masa prescaria abscedada recurrente. La relevancia del caso radica en su presentación clínica inespecífica, la recurrencia de la masa prescaria, la compresión vesical y el papel decisivo de la biopsia para orientar el diagnóstico definitivo.

Metodología

Se elaboró un reporte de caso clínico descriptivo, retrospectivo y observacional, basado en la información clínica, quirúrgica, imagenológica e histopatológica disponible de una paciente pediátrica atendida en un hospital de referencia. La redacción del manuscrito siguió una estructura académica de artículo científico y se orientó por los elementos generales de las guías CARE para reportes de caso, priorizando claridad en la información clínica, línea de tiempo, hallazgos diagnósticos, intervención terapéutica, seguimiento y discusión de la relevancia clínica.

La información utilizada incluyó antecedentes clínicos, motivo de consulta, resultados de estudios de imagen, hallazgos intraoperatorios, resultado histopatológico, valoración neuroquirúrgica y evolución posterior descrita en el caso base. No se realizaron intervenciones adicionales ni manipulación de variables, debido a la naturaleza retrospectiva del reporte.

Para complementar la discusión, se revisaron publicaciones científicas relacionadas con meningocele sacro anterior, masas presacras, constipación crónica de origen anatómico, diagnóstico por imagen, síndrome de Currarino y abordajes quirúrgicos. La síntesis bibliográfica se utilizó únicamente para contextualizar los hallazgos del caso y compararlos con la literatura disponible.

Consideraciones éticas. La información clínica fue tratada de forma anonimizada y no se incluyeron datos personales identificativos de la paciente. Para una publicación editorial definitiva, los autores deben verificar la existencia del consentimiento informado del representante legal para el uso académico de la información clínica y de las imágenes, además de la aprobación institucional correspondiente cuando sea requerida.

Resultados y Discusión

Resultados

Para organizar los hallazgos del caso, se presenta una línea de tiempo clínica, los principales resultados diagnósticos y las imágenes relevantes del abordaje.

Tabla 1.

Línea de tiempo clínica del caso

Momento clínico	Hallazgo o evento	Interpretación
2 años de edad	Laparotomía exploratoria por dolor abdominal, constipación y masa presacra abscedada.	Primer antecedente sugestivo de lesión presacra compleja con comportamiento recurrente.
Hospitalización actual, 3 años	Dolor abdominal difuso de larga evolución y constipación crónica.	Síntomas digestivos compatibles con efecto compresivo o alteración anatómica presacra.
Ecografía abdominal	Lesión quística compleja en excavación pelviana con contenido ecogénico y volumen aproximado de 162 cc.	Evidencia inicial de masa pélvica quística compleja.
Tomografía lumbosacra	Masa redondeada, vascularizada, de bordes regulares, aparentemente dependiente de sacro-coxis.	Sugiere origen sacrococcígeo/presacro y obliga a descartar disrafismo o tumor retrorectal.
Laparotomía exploratoria	Masa presacra abscedada, vejiga distendida y atónica; drenaje de líquido espeso blanco-amarillento; cultivo negativo.	Compresión vesical y componente inflamatorio sin aislamiento microbiológico.
Biopsia de cápsula	Tejido compatible con lipomeningorizocele, registrado como “lipomeningorizocele”.	Hallazgo histopatológico clave para orientar el diagnóstico hacia disrafia espinal.
Resonancia magnética posquirúrgica	Vestigios de masa presacra.	Persistencia parcial de la lesión tras abordaje inicial.
Neurocirugía	Exploración L4-S1 y rafia de cono medular; no se identificaron fistulas evidentes.	Manejo neuroquirúrgico inicial sin hallazgo concluyente de comunicación fistulosa.
Seguimiento	Vigilancia por consulta externa y consideración de nuevo abordaje quirúrgico.	Necesidad de manejo individualizado y multidisciplinario.

Nota. Elaborado con base en la información clínica proporcionada en el caso.

La línea de tiempo muestra una lesión presacra recurrente que inició con un cuadro abdominal y constipación, evolucionó con masa abscedada y finalmente requirió correlación histopatológica para orientar el diagnóstico.

Tabla 2.
Hallazgos diagnósticos y terapéuticos principales

Área evaluada	Hallazgo	Relevancia clínica	Implicación terapéutica
Clínica	Dolor abdominal difuso y constipación crónica.	Sintomatología inespecífica compatible con compresión rectal o pélvica.	Indica necesidad de descartar causa orgánica de constipación.
Urológica	Globo vesical y vejiga distendida/atónica por compresión.	Sugiere efecto de masa sobre estructuras urinarias.	Requiere valoración conjunta con cirugía pediátrica, urología y neurocirugía según evolución.
Imagenología	Lesión quística compleja presacra y masa dependiente de región sacrococcígea.	Orienta hacia lesión retrorectal/presacra compleja.	La resonancia magnética es clave para la planificación quirúrgica.
Cirugía pediátrica	Drenaje de contenido espeso; imposibilidad de exéresis completa por adherencias.	Evidencia complejidad anatómica y riesgo quirúrgico.	Favorece el manejo diferido y multidisciplinario.
Microbiología	Cultivo sin aislamiento bacteriano.	No confirma infección bacteriana activa como causa primaria.	Apoya reevaluación diagnóstica ante masa recurrente.
Histopatología	Tejido compatible con lipomeningorrizocele.	Elemento decisivo para sospecha de disrafismo espinal.	Motiva valoración neuroquirúrgica y diagnóstico de meningocele sacro anterior.
Neurocirugía	Exploración L4-S1 sin fistula evidente; rafia de cono medular.	No siempre se identifica una comunicación clara en el primer abordaje.	Seguimiento estrecho y posible nuevo abordaje según evolución.

Nota. Elaborado con base en estudios de imagen, hallazgos quirúrgicos y resultado histopatológico descritos en el caso.

El conjunto de hallazgos respalda que el diagnóstico no depende de un único estudio, sino de la integración de datos clínicos, quirúrgicos e histopatológicos. La ausencia de crecimiento bacteriano y la presencia de tejido compatible con disrafismo explican por qué el cuadro podía simular una lesión abscedada sin ser simplemente un proceso infeccioso convencional.



Figura 1. TAC abdominopélvica en plano sagital. Se observa masa presacra con desplazamiento de vejiga y globo vesical.

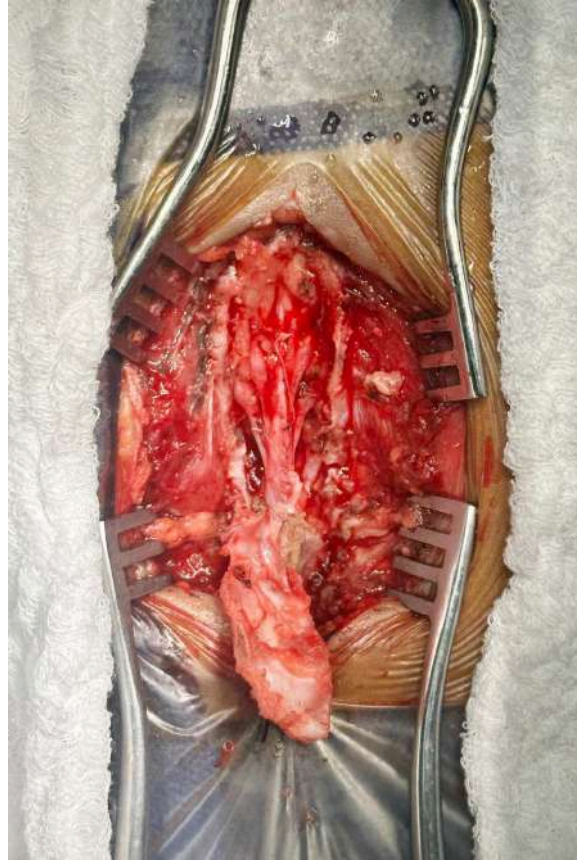


Figura 2. Imagen intraoperatoria del abordaje posterior con laminectomía, refia y reparación de cono medular.

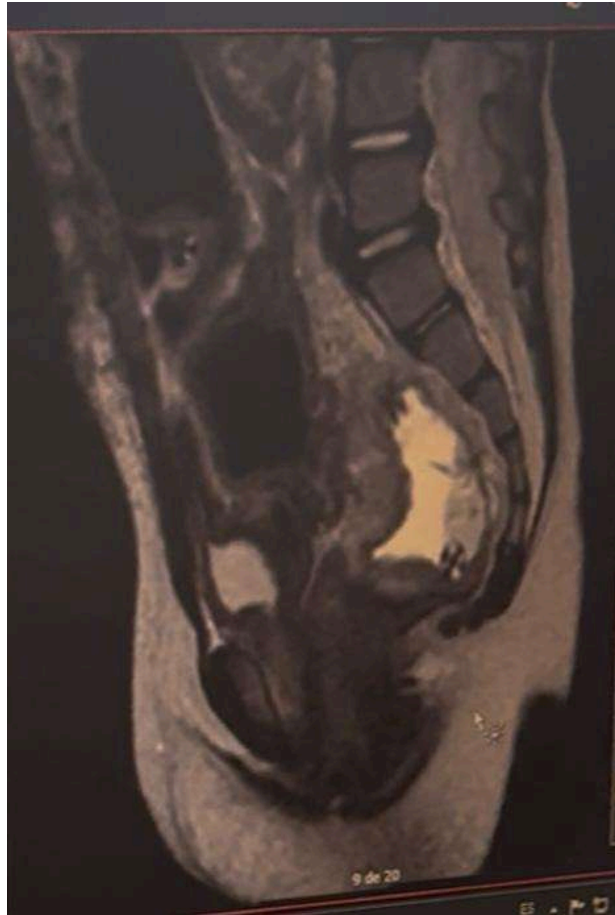


Figura 3. RMN posquirúrgica en plano sagital, con vestigios de masa presacra.

Limitaciones

Este reporte presenta limitaciones propias de los estudios de caso único. En primer lugar, la información proviene de una documentación clínica resumida, por lo que no se dispone de todos los datos evolutivos, resultados completos de laboratorio, parámetros urodinámicos, descripción detallada de cortes de imagen ni seguimiento prolongado posterior al abordaje neuroquirúrgico.

En segundo lugar, el diagnóstico histopatológico orientó el caso hacia una disgrafia espinal compatible con meningocele sacro anterior, pero durante la exploración neuroquirúrgica inicial no se identificó una fístula o comunicación evidente, lo que mantiene la necesidad de vigilancia clínica e imagenológica.

No se cuenta en la información base con estudios genéticos o evaluación familiar orientada a descartar síndrome de Currarino u otros trastornos asociados. La generalización de los hallazgos, como suele pasar con los reportes de caso, debe hacerse con prudencia y no con la alegría estadística de quien cree que un paciente equivale a una población.

Discusión

El caso descrito ilustra una presentación compleja de meningocele sacro anterior oculto en edad pediátrica. La paciente presentó síntomas digestivos persistentes, masa presacra recurrente, compromiso urinario por compresión vesical y diagnóstico orientado por histopatología, elementos que coinciden con descripciones previas de la literatura en las que el meningocele sacro anterior puede manifestarse como masa pélvica, constipación crónica o síntomas urinarios.

Desde el punto de vista embriológico y anatómico, el meningocele sacro anterior corresponde a una herniación del saco dural hacia el espacio presacro a través de un defecto óseo anterior del sacro. Esta localización explica que la lesión pueda manifestarse como una masa retrorectal y no necesariamente con alteraciones cutáneas lumbares visibles. En consecuencia, el diagnóstico puede retrasarse cuando la evaluación se centra únicamente en causas funcionales de constipación o en procesos inflamatorios locales.

La constipación crónica fue uno de los síntomas dominantes en la paciente. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que diversos reportes pediátricos han señalado que el meningocele sacro anterior, aunque infrecuente, debe considerarse cuando la constipación se acompaña de signos de alarma, masa pélvica, alteraciones urinarias o antecedentes de cirugía por lesión presacra. En este caso, la recurrencia de la masa y la presencia de globo vesical reforzaron la necesidad de ampliar el estudio diagnóstico.

El rol de las técnicas de imagen fue fundamental para la evaluación de la lesión. La ecografía permitió detectar una lesión quística compleja de gran volumen en la excavación pélvica; la tomografía computarizada ubicó la masa en relación con la región sacrococcígea y evidenció efecto compresivo sobre estructuras vecinas; mientras que la resonancia magnética posquirúrgica mostró persistencia parcial de la lesión. En masas presacras, la literatura destaca que la caracterización por imagen debe valorar la presencia de componentes quísticos o sólidos, la relación con el sacro, una posible comunicación con el canal medular y el desplazamiento de estructuras pélvicas.

El hallazgo histopatológico de tejido compatible con lipomeningorrizocele constituyó un elemento determinante para orientar el diagnóstico definitivo. En la práctica clínica, este tipo de hallazgo obliga a reconsiderar la naturaleza de una lesión inicialmente interpretada como abscedada. La negatividad de los cultivos también apoyó la posibilidad de que el componente inflamatorio no explicara por completo la masa observada.

El diagnóstico diferencial incluye teratoma sacrococcígeo, quistes congénitos retrorrectales, duplicaciones intestinales, abscesos presacros, tumores neurogénicos, lipomas y lesiones asociadas al síndrome de Currarino. Dado que este síndrome combina anomalía sacra, malformación anorrectal y masa presacra, resulta razonable considerar una evaluación dirigida cuando existe una masa presacra vinculada al disrafismo. En este caso no se documentó malformación anorrectal, por lo que no puede establecerse dicha asociación con la información disponible.

En cuanto al tratamiento, la literatura describe como objetivo quirúrgico principal el cierre del defecto dural y la desconexión de la comunicación entre el saco tecal y la lesión herniaria. El abordaje posterior suele preferirse en muchos escenarios por permitir un acceso adecuado al defecto dural y reducir el riesgo de daño a los órganos

pélvicos. Sin embargo, los abordajes anteriores, combinados o individualizados pueden ser necesarios en lesiones extensas, adheridas, recurrentes o con compromiso visceral significativo.

En la paciente reportada, la imposibilidad de realizar una exéresis completa debido a las adherencias presacras y la posterior exploración neuroquirúrgica sin identificación clara de una fístula demostraron la complejidad terapéutica del caso. La decisión de mantener seguimiento por consulta externa y considerar una nueva intervención resulta coherente con una estrategia individualizada, especialmente en una paciente pediátrica con lesión compleja y riesgo de compromiso neurológico, rectal o urinario.

La importancia académica del caso radica en recordar que no toda masa presacra recurrente corresponde exclusivamente a un proceso infeccioso. Cuando se asocia con constipación crónica, globo vesical o dependencia sacrococcígea evidenciada mediante estudios de imagen, el meningocele sacro anterior debe incorporarse al diagnóstico diferencial. La correlación entre los hallazgos clínicos, quirúrgicos, anatomopatológicos y radiológicos puede contribuir a reducir retrasos diagnósticos y favorecer un abordaje terapéutico más adecuado.

Conclusiones

El meningocele sacro anterior oculto es una entidad poco frecuente, pero de gran relevancia clínica en la población pediátrica, su presentación como masa presacra asociada a constipación crónica, dolor abdominal y síntomas urinarios puede dificultar el diagnóstico inicial, en el presente caso, la compresión de estructuras pélvicas permitió establecer la relación entre las manifestaciones digestivas y urinarias y una lesión anatómica compleja.

La presentación clínica simuló inicialmente un proceso abscedado recurrente, lo que pone de manifiesto la complejidad diagnóstica de esta entidad, la ausencia de aislamiento microbiológico y la recurrencia de la lesión hicieron necesaria una evaluación más amplia que trascendiera la sospecha de una etiología infecciosa convencional, la integración de los antecedentes quirúrgicos, los hallazgos clínicos, los estudios de imagen y el análisis histopatológico fue fundamental para orientar el diagnóstico definitivo.

La resonancia magnética de la región sacrococcígea constituye una herramienta diagnóstica de especial importancia en la evaluación de masas presacras complejas, este método permite delimitar la extensión de la lesión, establecer su relación con el saco tecal y contribuir a la planificación quirúrgica, no obstante, en casos con hallazgos iniciales no concluyentes, la correlación entre los hallazgos intraoperatorios y los estudios histopatológicos puede resultar determinante para el diagnóstico final.

El tratamiento del meningocele sacro anterior oculto debe individualizarse de acuerdo con las características anatómicas de la lesión, las manifestaciones clínicas y los riesgos asociados al procedimiento quirúrgico, la participación multidisciplinaria de cirugía pediátrica, neurocirugía, radiología, patología y seguimiento clínico es esencial para garantizar una atención integral y segura, el principal objetivo terapéutico consiste en

corregir el defecto dural, prevenir recurrencias y minimizar el riesgo de complicaciones infecciosas, urinarias y digestivas.

El seguimiento clínico a largo plazo resulta fundamental para evaluar la evolución funcional intestinal y urinaria de los pacientes con esta patología, asimismo, la incorporación de estudios de imagen seriados puede contribuir a determinar la persistencia o resolución de la lesión presacra, la evaluación genética y familiar también podría aportar información relevante para descartar asociaciones sindrómicas, particularmente aquellas relacionadas con el síndrome de Currarino.

Referencias Bibliográficas

- Antuña-Ramos, A., García-Fructuoso, G., Alamar-Abril, M., Guillén-Quesada, A., & Costa-Clara, J. M. (2011). Meningocele sacro anterior oculto. *Neurocirugía*, 22(4), 342-346.
- Beyazal, M. (2013). An asymptomatic large anterior sacral meningocele in a patient with a history of gestation: A case report with radiological findings. *Case Reports in Radiology*, 2013, 842620. <https://doi.org/10.1155/2013/842620>
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., & Riley, D. (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Medical Case Reports*, 7, 223. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-7-223>
- Hollenberg, A. M., et al. (2018). Rupture of giant anterior sacral meningocele in a patient with Marfan syndrome. *World Neurosurgery*, 119, 137-141. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.07.249>

- Lefere, M., Verleyen, N., Feys, H., & Somers, J. F. A. (2009). Anterior sacral meningocele presenting as acute urinary retention: A case report. *Acta Orthopaedica Belgica*, 75, 855-857.
- Mohta, A., Das, S., & Jindal, R. (2011). Anterior sacral meningocele presenting as constipation. *Journal of Pediatric Neurosciences*, 6(1), 40-43.
<https://doi.org/10.4103/1817-1745.84406>
- Patel, N., Maturen, K. E., Kaza, R. K., Gandikota, G., Al-Hawary, M. M., & Wasnik, A. P. (2016). Imaging of presacral masses: A multidisciplinary approach. *The British Journal of Radiology*, 89(1061), 20150698.
<https://doi.org/10.1259/bjr.20150698>
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., et al. (2017). CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218-235.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Siplovich, L., Halperin, M., & Mogilner, J. (1989). The anterior sacral meningocele: A rare cause of constipation in childhood. *Pediatric Surgery International*, 4(3), 214-216. <https://doi.org/10.1007/BF00181990>
- Wang, Y. L., He, B., Yang, J., Xu, J., Liu, J., & Huang, S. (2020). Individualized management of giant anterior meningoceles: Case series. *Medicine*, 99(14), e19631.