

Síndrome de cauda equina por hernia discal gigante

A. Barriga¹, C. Villas¹

¹Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Correspondencia:

Dr. Carlos Villas

Dpto. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria

Avda Pío XII, 36. 31008 Pamplona

(cvillas@unav.es)

Resumen

La aparición de forma aguda o rápidamente progresiva de un cuadro de ciatalgia bilateral, con disminución completa de la fuerza de los pies y ocasionalmente del cuádriceps acompañado de retención y/o incontinencia urinaria e hipoestesia en silla de montar debe hacernos sospechar de la existencia de un síndrome de compresión de la cola de caballo, generalmente a causa de una hernia discal.

Se trata de una urgencia quirúrgica absoluta en la patología del raquis. La identificación del síndrome por el médico de Urgencias y la confirmación de la lesión mediante resonancia magnética permiten una cirugía mediante descompresión en las primeras 24-48 horas que es el único factor pronóstico en la recuperación de las lesiones neurológicas y urológicas que presentan estos pacientes que, si existe demora en la descompresión, pueden llegar a ser permanentes.

Presentamos el caso de un paciente afecto de síndrome de cauda equina agudo por hernia discal gigante visto unos días antes en consulta por lumbalgia mecánica y realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema.

Palabras clave: Síndrome de cauda equina. Hernia discal.

Introducción

La aparición de forma aguda o rápidamente progresiva de un cuadro de ciatalgia bilateral, con disminución de la fuerza de los pies y ocasionalmente del cuádriceps acompañado de retención y/o incontinencia urinaria e hipoestesia en silla de montar debe hacernos sospechar de la existencia de un síndrome de compresión de la cola de caballo, generalmente a causa de una hernia discal¹⁻⁵.

Es un cuadro poco común y que en ocasiones se diagnóstica tardíamente por desconocimiento o confusión, siendo el único factor pronóstico en la recuperación de estos pacientes el tiempo de evolución de los síntomas. La descompresión en las primeras 48 horas se relaciona con los mejores resultados funcionales^{1,4}.

Presentamos el caso de un paciente afecto de síndrome de cauda equina agudo por hernia discal gigante visto unos días

Summary

In cases of acute or progressive development in a few hours of bilateral sciatica, severe foot and occasional quadriceps weakness and/or retention or incontinence of urine with perineal hypalgesia or anesthesia, acute compression of the cauda equina should be suspected, which is usually due to a lumbar disc herniation.

Cauda equina syndrome requires emergency spinal surgery. To identify and confirm this syndrome by MR, Ismanoatory. Early surgical decompression must be achieved. Decompression within 24-48 hours significantly improves the neurological and urological outcome.

We present the case of a patient who had previously been treated for low back pain who developed a cauda equina syndrome a few days later.

Key words: Cauda equina syndrome. Disc herniation.

antes en consulta por lumbalgia mecánica y realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema.

Caso clínico

Paciente varón de 50 años, electricista. Acude a consultas externas de Traumatología por cuadro de lumbalgia mecánica de 2-3 meses de evolución referida a cara posterior del muslo derecho llegando en ocasiones a la pantorrilla. La exploración física es normal excepto dolor con la espinopalpación L4-L5. Como antecedente personal de relevancia había sido intervenido mediante discectomía L5-S1 hace 14 años encontrándose asintomático hasta el momento. Se realiza radiografía AP y L donde se aprecia disminución del espacio L5-S1. Con el diagnóstico de síndrome facetario y discopatía L5-S1 se lleva a cabo infiltración facetaria con anestesia local y antiinflamatorios

esteroideos L4-L5 y L5-S1 con disminución del dolor en un 80% en las tres primeras horas. Se aconseja potenciación abdominal y espinal isométrica y se recomienda rizolisis en caso de reaparecer el dolor.

A los 16 días el paciente ingresa por urgencias por cuadro de inicio hace 48 horas y rápidamente progresivo de dolor lumbar con intensa cialgia bilateral hasta los pies, imposibilidad para la deambulación por déficit motor absoluto, hipoestesia en plantas y periné e incontinencia urinaria. En la exploración física se aprecia que todos los grupos musculares dependientes de las raíces L5 y S1 se encuentran a cero con ambos cuádriceps a 4/5. Existe hipoestesia en los territorios dependientes de L5 a S4 y abolición del reflejo aquileo bilateral con el bulbo-cavernoso conservado. La maniobra de Lasègue es positiva (+++) a 10°. Hipotonía vesical con retención urinaria e incontinencia por rebosamiento.

Se realiza resonancia magnética donde se comprueba una hernia discal gigante a nivel L4-L5 que ocupa todo el canal medular comprimiendo la cola de caballo.(Figura 1)

Se opera de urgencias mediante abordaje posterior y hemilaminectomía bilateral L4 y L5 con extracción del contenido discal del canal, que se encuentra rodeando la duramadre estrangulándola, y discectomía.

Resultados

En el postoperatorio inmediato hay una gran mejoría del dolor, persistiendo el déficit motor con una muy leve mejoría de la sensibilidad. Precisa de sondaje por residuo miccional debido a hipotonía vesical.

El paciente inicia rehabilitación con mejoría de los síntomas lenta pero paulatina.

Al año de la operación el paciente deambula sin muletas, pudiendo hacerlo de talones pero claudicando con la marcha de puntillas. El balance muscular es de 4+/5 para la musculatura dependiente de S1 y normal para el resto. La recuperación de la sensibilidad es casi completa (3+/4). Presenta incontinencia urinaria escasa, principalmente nocturna y prácticamente no precisa sondaje. Consigue erecciones completas aunque no con la misma intensidad que antes de la operación. Continúa con rehabilitación.

Discusión

Tradicionalmente se establece que la médula espinal acaba a nivel del disco L1-L2 pero esta afirmación sólo es cierta en la mitad de los casos en estudios de cadáveres. Realmente puede acabar a cualquier nivel entre T12 y L2-L3 o incluso L3-L4⁵ Su compresión masiva se manifiesta con déficit motor y sensitivo en todos los dermatomas inferiores a la lesión⁵

Aunque todavía existe controversia al respecto, parece que el único factor pronóstico en la recuperación de la sintomatología neurológica y urinaria de los pacientes con un síndrome de cauda equina es la descompresión urgente en las primeras 24-48 horas tras el inicio del cuadro.^{1,4} Estudios experimentales no han demostrado diferencias entre la duración de la compresión y la recuperación de los

Figura 1. Hernia discal gigante a nivel L4-L5 que ocupa todo el canal medular comprimiendo la cola del caballo. A nivel proximal y distal se observa el canal en toda su amplitud con imagen en reloj de arena de la duramadre en la zona de la hernia. La imagen se encuentra movida al no poder permanecer el paciente quieto por el intenso dolor a pesar de la analgesia intravenosa aplicada.



síntomas, aunque el seguimiento era escaso⁶. En estudios clínicos parece que hay evidencia de que la descompresión en las primeras 48 horas se relaciona con mejores resultados no existiendo diferencia entre la cirugía antes de 24 o 48 horas^{1,4}

La etiología de este síndrome es variada pudiendo estar causada la compresión por hematomas epidurales (p.e. tras anestesia raquídea), abscesos, neoplasias, migración de la grasa colocada tras una laminectomía e incluso por manipulaciones vertebrales, aunque es la aparición de una hernia discal lumbar la causa más frecuente^{1-4,7,8}. En general suele tratarse de una hernia voluminosa pero también puede aparecer con hernias de pequeño tamaño en canales lumbares estrechos como en la espondilitis anquilopoyética o en la estenosis de canal congénita o adquirida^{1,4}.

Los pacientes pueden no haber tenido dolor lumbar y/o ciático nunca debutando con la compresión. Shapiro encontró un 32 % de pacientes asintomáticos hasta ese momento, un 20% con dolor lumbar de repetición de años de

evolución y un 48% de pacientes con historia de dolor lumbar y ciática recurrentes incluyendo a casi la mitad intervenidos mediante hemilaminectomía y discectomía⁴.

En más del 85 % de los pacientes la sintomatología aparece de forma aguda y progresa en pocas horas. Los síntomas más característicos son ciática bilateral, aunque puede ser de mayor intensidad en una de las piernas, debilidad de la musculatura flexora y extensora del pie y en ocasiones del cuádriceps, que puede condicionar imposibilidad para la deambulación, y síntomas urinarios (retención o incontinencia o incluso ambos). En ocasiones se asocia hipo o anestesia perineal¹⁻⁵.

La aparición aguda de síntomas urinarios aislados tiene que hacernos descartar también una compresión radicular lumbosacra ya que su prevalencia es mayor que la supuesta clásicamente sobre todo en hernias centrales¹⁰

La entidad debe sospecharse por los síntomas y confirmarse por pruebas de imagen, que permiten establecer la etiología y planificar la cirugía. Si se encuentra disponible, la resonancia magnética es el método ideal aunque también son de utilidad la TAC y la mielografía².

Los pacientes suelen requerir atención médica de urgencias y sólo en casos de presentación más insidiosa ésta se retrasa. Las causas de la demora en el diagnóstico y el tratamiento, empeorando con ello el pronóstico, son en ocasiones médicas. Incluyen el desconocimiento del síndrome o la confusión con una ciática clásica por hernia discal, la dificultad de obtener exploraciones complementarias de urgencias y en ocasiones, según relata Shapiro, el que los pacientes lleguen al hospital en fin de semana o en período vacacional⁴.

La cirugía se realiza mediante laminectomía y extracción de los fragmentos del canal y del contenido discal remanente. El uso de técnicas mínimas con microscopio, al resultar más larga la cirugía, y por lo tanto mayor el tiempo de compresión, no están a nuestro entender indicadas.

La recuperación de los síntomas es impredecible y generalmente ocurre de forma lenta. La situación final de algunas lesiones, sobre todo las urinarias, puede tardar años en establecerse^{1,4}.

La descompresión en las primeras 48 horas es el único factor que se relaciona con los resultados, aunque hay pacientes que no tendrán una recuperación total o satisfactoria a pesar de la cirugía urgente y otros intervenidos pasadas 48 horas

del inicio de los síntomas con recuperación completa, por lo que esto último no es excusa para no operar.

Por lo tanto, el síndrome de cauda equina es una urgencia diagnóstica y quirúrgica y una demora en el tratamiento influye definitivamente sobre el futuro del paciente por lo que debe ser conocido y sospechado para derivar con urgencia a un cirujano de raquis.

Bibliografía

1. Ahn UM, Ahn UN, Buchowski JM, Garret ES, Sieber AN, Kostuik JP. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical outcomes. *Spine* 2000; 25: 1515-22.
2. Coscia M, Leipzig T, Cooper D. Acute cauda equina syndrome. Diagnostic advantage of MRI. *Spine* 1994; 19: 475-8.
3. Henriques T, Olerud C, Petré-Mallmin M, Ahl T. Cauda equina syndrome as a postoperative complication in five patients operated for lumbar disc herniation. *Spine* 2001; 26: 293-7
4. Shapiro S. Medical realities of cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. *Spine* 2000; 25: 348-52.
5. Bowler CJ, editor. Neurology of bladder, bowel and sexual dysfunction. Oxford: *Butterworth-Heinemann*, 1999.
6. Delamarter RB, Sherman JE, Carr JB. Cauda equina syndrome: neurologic recovery following immediate, early or late decompression. *Spine* 1991; 16: 1022-9.
7. Joanes Alepuz V, Brisa Ferrandiz A, Tommasi Rosso M, García Aguado R, Barbera Alacreu JV. Absceso epidural raquídeo. *Rev Ortop Traum* 1996; 40: 269-72.
8. García López A, Pérez Lara JM. Hematoma epidural tras tratamiento fibrinolítico por infarto agudo de miocardio. *Rev Ortop Traum* 1997; 42: 38-41.
9. Haldeman S, Rubinstein SM. Cauda equina syndrome in patients undergoing manipulation of the lumbar spine. *Spine* 1992; 17: 1469-73.
10. Perner A, Andersen JT, Juhler M. Lower urinary tract symptoms in lumbar root compression syndromes: a prospective survey. *Spine* 1997; 22: 2693-7.