

Síndrome de cauda equina tras fractura vertebral lumbar

Cristina Fernández Gallego ⁽¹⁾, Víctor Manuel Martín Moreno ⁽¹⁾, Victoria Gómez Ruiz ⁽¹⁾, Sergio Garrido Alles ⁽¹⁾, Juan Francisco Blanco Blanco ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

OBJETIVO

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente varón de 67 años de edad, que sufre precipitación desde una altura de tres metros. Acude al servicio de urgencias por intenso dolor a nivel lumbar e impotencia funcional. En la exploración física inicial, destaca dolor a la espinopresión en charnela toracolumbar, presenta fuerza disminuida de iliopsoas 4/5 bilateral, sin otros déficits a nivel motor ni sensitivo, no anestesia en silla de montar, reflejos rotulianos y aquileos presentes y normales. En radiografía se aprecia fractura vertebral L1, se realiza TAC de columna vertebral donde se aprecia fractura en estallido L1 con retropulsión del muro posterior e invasión del canal medular (Figura 1 y figura 2). El paciente es ingresado a cargo de COT para intervención quirúrgica. A las 5 horas, tras ingreso, el paciente comienza con pérdida de control urinario y fecal y anestesia en silla de montar. A la exploración física se aprecia disminución del tono de esfínter anal. Ante la imposibilidad de micción se pauta sondaje urinario. El paciente desarrolla posteriormente una anestesia en silla de montar. Se realiza intervención quirúrgica urgente, descompresión y artrodesis T12-L2 (Figura 3 y figura 4). Durante el postoperatorio presenta recuperación completa de esfínter anal y sin mejoría del esfínter urinario, así como persistencia de hipoestesias en región perineal. El paciente es dado de alta sin déficits a nivel motor y con sondaje urinario.



Figura 1

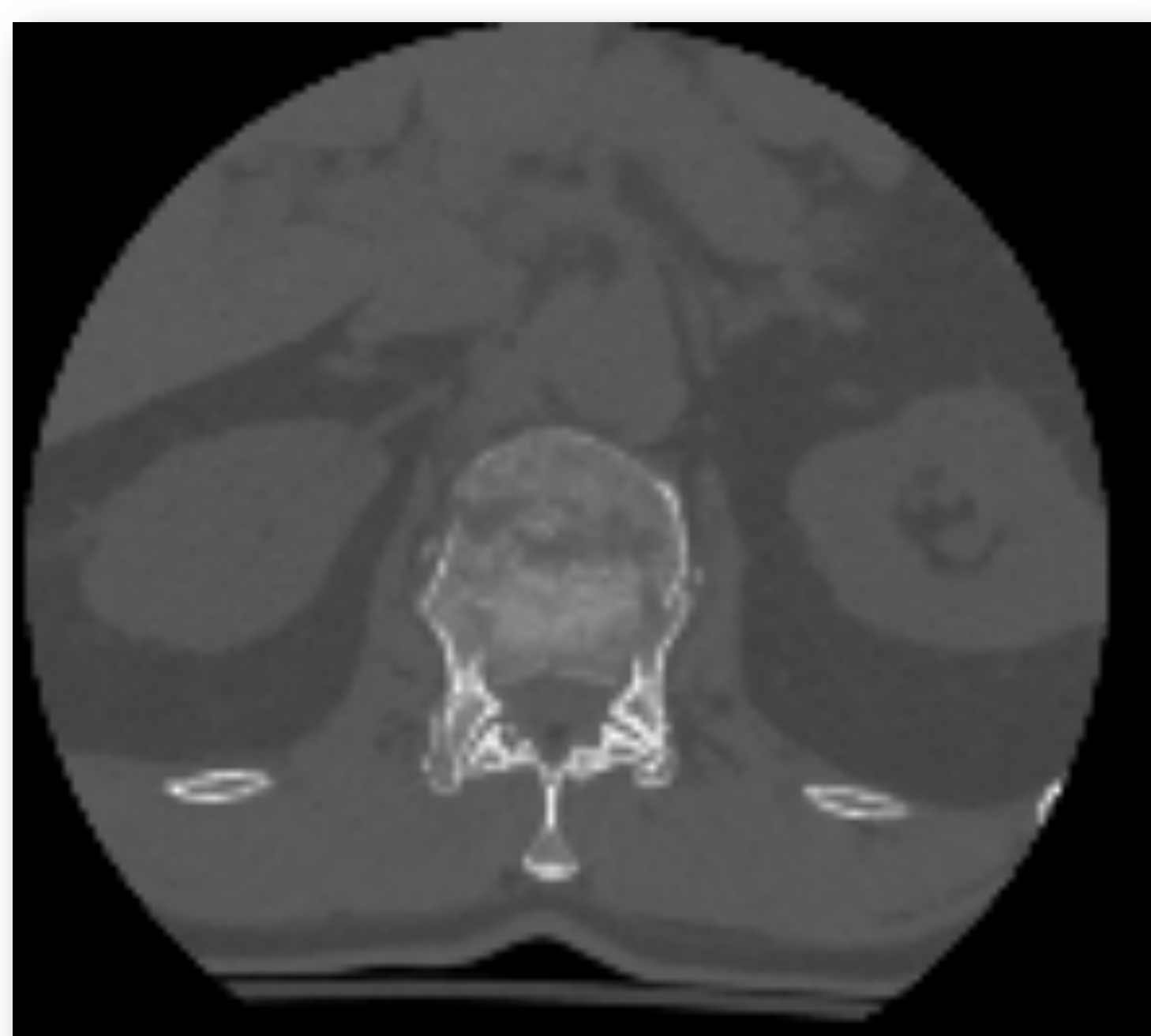


Figura 2



Figura 3



Figura 4

RESULTADOS

El paciente es valorado a las tres semanas de la intervención quirúrgica donde mantiene sonda vesical y recuperación parcial de sensibilidad perineal. A los 6 meses, el paciente se encuentra sin sonda vesical, con recuperación de sensibilidad perineal y esfinteriana.

DISCUSIÓN

El síndrome de la cauda equina es un trastorno neurológico complejo que puede manifestarse a través de una variedad de síntomas. Los pacientes pueden presentar dolor de espalda, parestesias y debilidad en extremidades inferiores, anestesia en silla de montar y afectación del esfínter anal y urinario ⁽¹⁾. Aunque la hernia discal es la causa más frecuente, las lesiones traumáticas a nivel de la charnela toracolumbar también pueden ocasionarlo⁽¹⁾. El tratamiento consiste en la descompresión quirúrgica^(1,2,3,4). El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis y exploración física. En cuanto a las pruebas de imagen, en aquellos casos originados por lesiones traumáticas, la tomografía axial computarizada proporciona una evaluación óptima de la anatomía ósea y el grado de oclusión del canal debido a fragmentos óseos retropulsados en el contexto de una fractura vertebral por estallido ⁽¹⁾. El momento de realización de la cirugía es controvertido ⁽²⁾. Algunos artículos defienden la realización de cirugía en las primeras 24-48 horas, ya que el retraso del mismo se asocia a una mayor riesgo de desarrollo de disfunción permanente ⁽²⁾, así como clínica de ciática crónica⁽³⁾. Alexia y cols. ⁽⁴⁾ analizaron 140 pacientes intervenidos de síndrome de cauda equina, donde se evidenció que la realización de cirugía temprana (primeras 24-48 horas) o tardía (>48 horas) no fue un factor pronóstico en la recuperación clínica postoperatoria del síndrome de la cauda equina.

CONCLUSIÓN

La cauda equina sigue siendo un síndrome muy incapacitante afectando a nivel motor, urinario, intestinal y sexual, con un mal pronóstico sobre todo en pacientes jóvenes. El factor pronóstico fundamental es la severidad inicial de los déficits motores. El momento adecuado para la intervención quirúrgica, actualmente se encuentra en debate. Se ha visto que la realización de cirugía en las primeras 24 horas o pasadas 48 horas no influye en la recuperación clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrop, J. S., Hunt, G. E., & Vaccaro, A. R. (2004). Conus medullaris and cauda equina syndrome as a result of traumatic injuries: management principles. *Neurosurgical Focus*, 16(6), 1-23.
2. Long, B., Koyfman, A., & Gottlieb, M. (2020). Evaluation and management of cauda equina syndrome in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(1), 143-148.
3. Gardner, A., Gardner, E., & Morley, T. (2011). Cauda equina syndrome: a review of the current clinical and medico-legal position. *European Spine Journal*, 20(5), 690-697
4. Planty-Bonjour, A., Kerdiles, G., François, P., Destrieux, C., Velut, S., Zemmoura, I., ... & Amelot, A. (2022). Cauda Equina Syndrome: Poor Recovery Prognosis Despite Early Treatment. *Spine*, 47(2), 105-113.