

# Síndrome de cauda equina con resolución tratado conservadoramente. A propósito de un caso

## COLUMNA

**Ester Yuste Berenguer**, Ramon Jové Talavera, Hector Fabio Acosta, César Salamanca Ontiveros, Jordi Espona Roselló, Jaime Marín Nasarre  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

## Introducción y Objetivos

El síndrome de cauda equina es una condición extremadamente rara caracterizada por la compresión nerviosa de las raíces nerviosas L2 – L5, S1 – S5 y nervios coccígeos [1][2][4][6].

La causa más frecuente es la herniación discal lumbar masiva [2][3][6].

La clínica incluye lumbalgia, radiculalgia, alteraciones sensitivas en silla de montar, alteraciones esfinterianas y debilidad en extremidades inferiores; que, junto a la RM, nos darán el diagnóstico [1][2][3][4][5][6].

El tratamiento de elección es la descompresión quirúrgica en <24-48h [1][2][3][4][5][6].

- Presentar el caso de una mujer de 61 años con síndrome de cauda equina con resolución de la misma tras tratamiento conservador.

## Material y métodos

- Mujer de 61 años.
- No AP de interés.
- Consulta ambulatoriamente por:
  - Lumbalgia de 2 meses de evolución
  - Parestesias en extremidad inferior derecha + pérdida de control de esfínteres + hipoestesia en silla de montar de 1 mes de evolución.

## Resultados

Se realiza estudio inicial con RM y EMG.

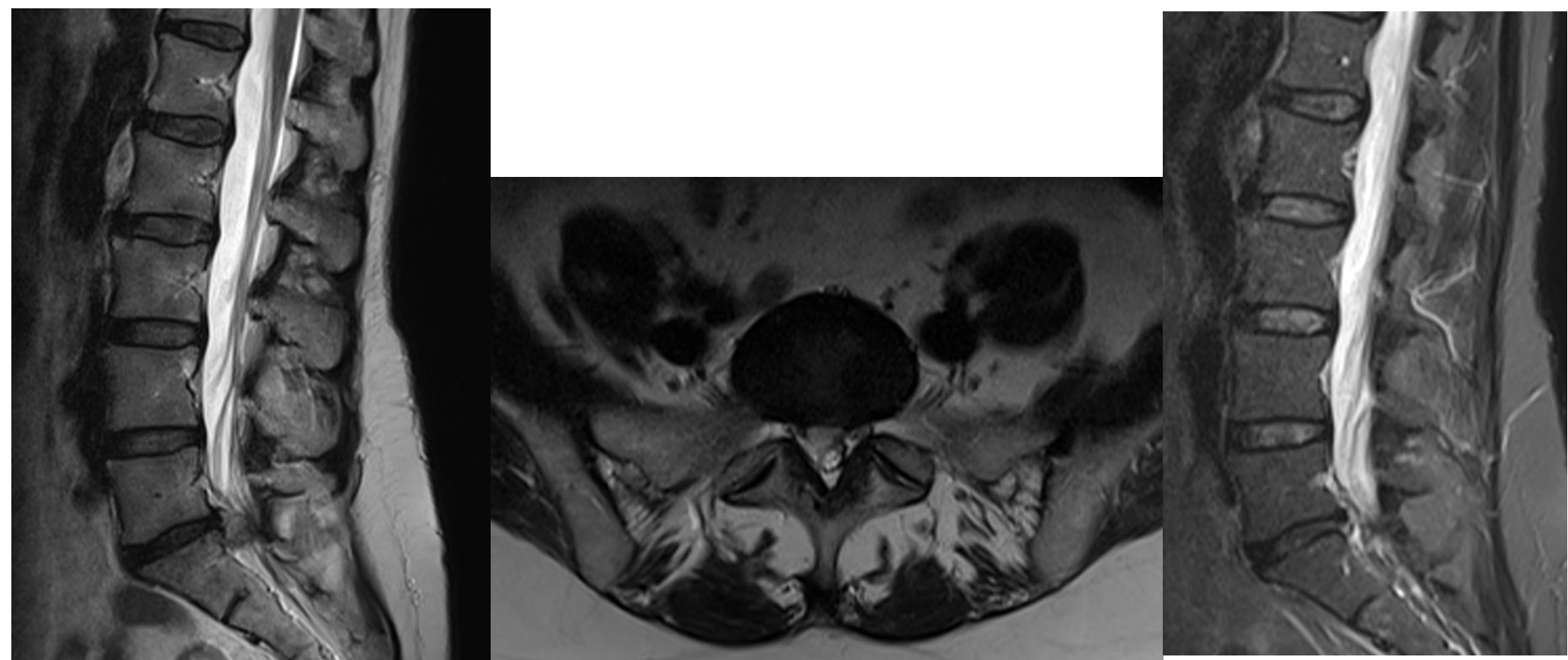


Fig 1. RM que muestra hernia discal extruida que comprime el infundíbulo radicular S1 derecho y emigra caudalmente

Signos de afectacion radicular subaguda a nivel de la raiz S1 derecha, y cronica, sin denervacion aguda en la actualidad, L5 derecha y L4 izquierda.

Fig 2. Resultados EMG

Se pauta analgesia y pregabalina en pauta creciente en los siguientes controles.

A los 3 meses:

- Sin dolor
- Controlando esfínteres
- Persistiendo parestesia en pierna derecha e hipoestesia en glúteo derecho.

Se solicita nuevo estudio RM y EMG.

Radiculopatía S1 derecha con déficit motor leve, en fase crónica y sin signos de denervación activa.

Gran mejoría.

Fig 3. Resultados EMG

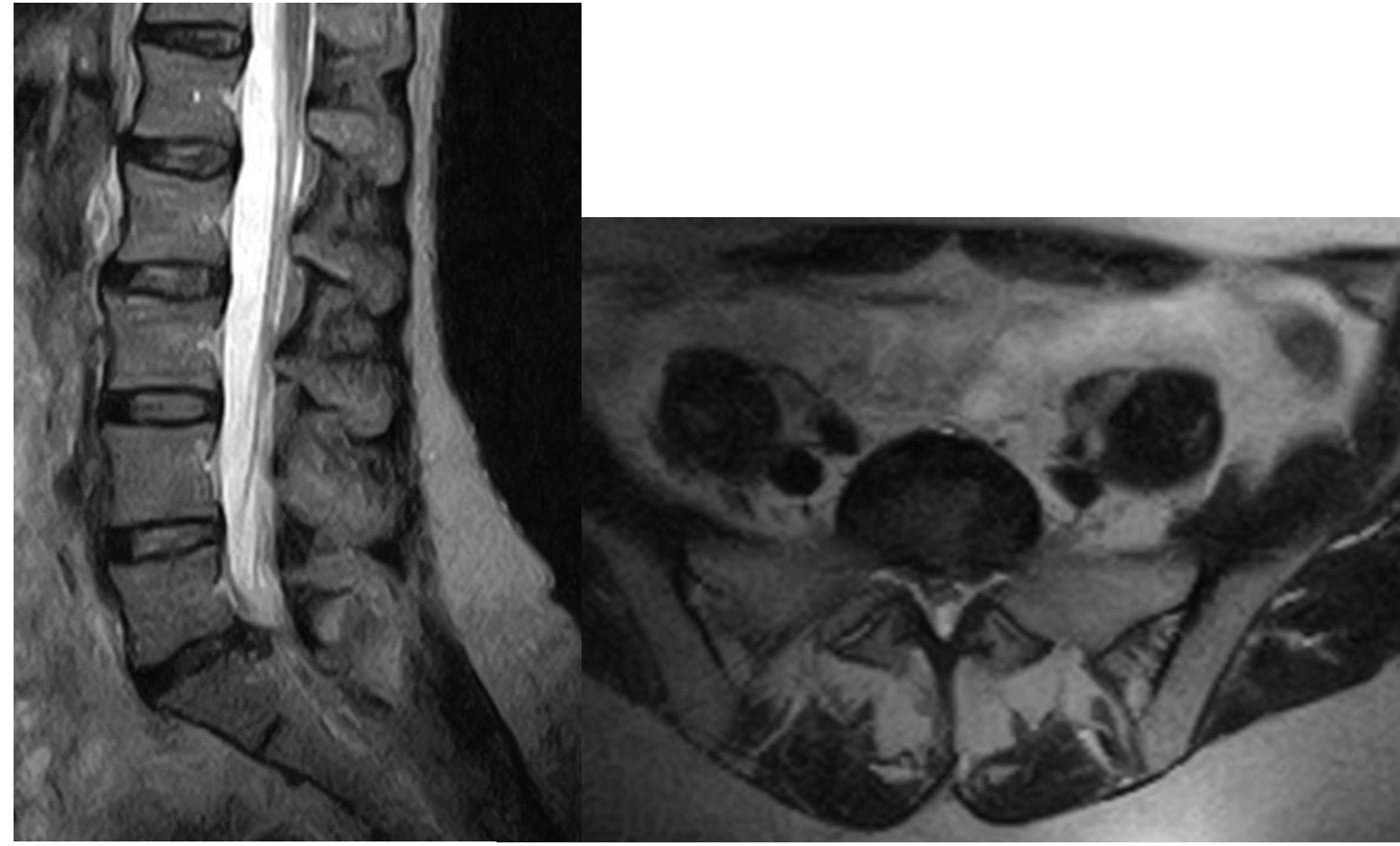


Fig 4. Deshidratación disco L5 – S1 con extrusión central del saco que impronta en ambas raíces S1

## Conclusión

- El síndrome de cauda equina es una entidad inusual, que se debe diagnosticar y tratar precozmente [1][2][3][4][5][6].
- En nuestro caso se trata de un síndrome instaurado en el que, generalmente, el daño debería ser irreversible.
- Ésta es una situación a la que no se debería llegar; por eso se conocen las banderas rojas [1]:
  - Radiculopatía bilateral
  - Déficit neurológico progresivo en miembros inferiores
- Junto a RM sugestiva, nos alertan antes de la pérdida neurológica irreversible [1][2][3][4][5][6].
- Es en estos casos o cuando se presenta clínica definitiva (afectación esfinteriana y anestesia perineal) emergente, debe realizarse la descompresión quirúrgica urgente [1][2][3][4][5][6].
- Tras 24-48h de instauración del cuadro, las posibilidades de recuperación del déficit neurológico son ínfimas [2][3][6].
- No existe evidencia actual de éxito usando métodos alternativos a la cirugía precoz [2][3][6].

## Bibliografía

- [1] Nicholas V. Todd (2017): Guidelines for cauda equina syndrome. Red flags and White flags. Systematic review and implications for triage, British Journal of Surgery.
- [2] Kapetanakis S, Chaniotakis C, Kazakos C, Papathanasiou JV (2017). Cauda equine syndrome due to lumbar disc herniation: a review of literature. Folia Med 59(4): 377-386
- [3] Todd NV, Dickson RA (2016) Standards of care in cauda equine syndrome. Br J Neurosurg 30(5):p518-p522
- [4] Gardner A, Gardner E, Morley T (2011) Cauda equine syndrome: a review of current clinical and medico – legal position. Eur Spine J 20:690-697
- [5] Qualie A (2018) Cauda equine syndrome – the questions. International Orthopaedics
- [6] Heyes G et al (2018) Influence of timing of surgery on Cauda equine syndrome: Outcomes at a national spinal centre. Journal of Orthopaedics 15 (2018) 210-215