

NOTA CLÍNICA

**Síndrome de cauda equina en paciente embarazada
con hernia de disco masiva**



B. Antón Capitán* y M. Malillos Torán

Unidad de Columna, Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja, España

Recibido el 25 de enero de 2015; aceptado el 3 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 3 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Síndrome de cauda
equina;
Hernia discal;
Embarazo

Resumen La lumbalgia durante el embarazo supone una causa frecuente de consulta médica. Si bien la lumbalgia es muy frecuente, la incidencia de lumbalgia secundaria a hernia discal durante la gestación es baja (1:10.000).

El síndrome de cauda equina secundaria a hernia discal representa una complicación muy grave. El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento puede suponer una causa de discapacidad crónica secundaria a secuelas neurológicas. Se han comunicado numerosos casos de hernias discales durante el embarazo, sin embargo la asociación de un síndrome de cauda equina por hernia discal es poco frecuente. Presentamos el caso de un síndrome de cauda equina en una mujer embarazada de 12 semanas de gestación.

© 2015 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cauda equina
syndrome;
Herniated disc;
Pregnancy

The cauda equina syndrome in pregnant woman with a massive disc herniation

Abstract Low back pain during pregnancy is a common cause of medical consultation. Although back pain is very common, the incidence of low back pain secondary to lumbar disk herniation in pregnancy is low (1: 10,000).

Cauda equina syndrome from lumbar disk herniation is a serious complication. The delay in diagnosis and treatment can be a cause of chronic disability secondary to neurological sequelae. Numerous cases of disk herniation in pregnancy have been reported, however the association of a cauda equina syndrome as a result of disk herniation is rare. A case is presented of cauda equina syndrome in a pregnant woman at 12-week gestation.

© 2015 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: borjantoncapi@hotmail.com (B. Antón Capitán).

Introducción

La lumbalgia durante el embarazo supone una causa frecuente de consulta médica, siendo la sobrecarga mecánica y posicional su principal motivo. El dolor lumbar en mujeres embarazadas es muy frecuente, sin embargo la presencia de lumbalgia como consecuencia de una hernia discal es baja (1:10.000)^{1,2}.

El síndrome de cauda equina secundaria a hernia discal representa una complicación muy grave que se caracteriza por ciatalgia bilateral, pérdida de fuerza en miembros inferiores, hipostesia en silla de montar y alteración esfinteriana genitourinaria¹. El tratamiento suele ser quirúrgico en la mayoría de los casos. El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento puede suponer una causa de discapacidad crónica secundaria a secuelas neurológicas. A pesar de la recomendación de cirugía urgente, no se puede garantizar la recuperación plena, siendo relativamente frecuente la presencia de secuelas tras la misma. Sin embargo, el retraso o la ausencia de cirugía condiciona mayor riesgo de presentar secuelas definitivas y una mayor gravedad de las mismas³.

Han sido descritos numerosos casos de hernias discales durante el embarazo, sin embargo la asociación de un síndrome de cauda equina por hernia discal es infrecuente^{1,2,4,5}.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 39 años gestante en su semana 12, que presenta lumbociatalgia bilateral de 12 horas de evolución asociada a anestesia en silla de montar, incontinencia urinaria y tenesmo fecal. Entre sus antecedentes destaca lumbalgia crónica de un año de evolución manejada conservadoramente por no limitar en exceso a la paciente. A la exploración física presenta hiporreflexia tendinosa, Lasegüe positivo bilateral a 30° y ausencia de reflejo anal.

En el estudio de resonancia nuclear magnética (RNM) lumbar se evidencia una hernia discal masiva en L4-L5



Figura 2 Fragmento herniario de disco intervertebral lumbar obtenido tras la discectomía.

izquierda que estenosa de forma severa el canal vertebral (fig. 1).

Resultados

Tras valoración por el servicio de anestesiología y de ginecología se procede a intervenirla quirúrgicamente con carácter urgente, realizando hemilaminectomía izquierda y microdiscectomía por vía posterior con la paciente en decúbito prono (fig. 2).

Durante la cirugía no se aprecian complicaciones en la madre ni en el feto.

Tras 5 meses desde la intervención quirúrgica, la paciente deambula con normalidad, pero presenta mínima hipostesia en silla de montar y alteración genitourinaria (infección de

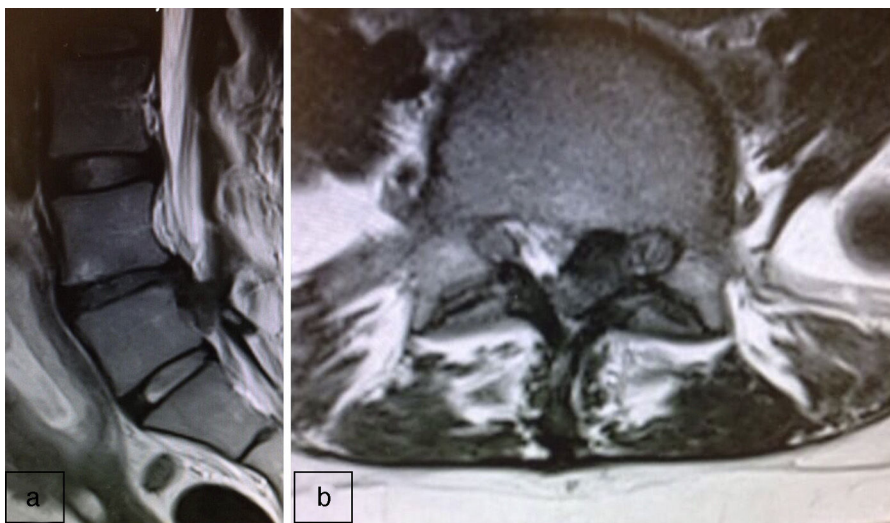


Figura 1 a) Corte sagital de RNM: hernia discal extruida L4-L5 con migración caudal. b) Corte axial de RNM: hernia discal paracentral izquierda que contacta con la raíz y rechaza el saco dural.

orina de repetición). El embarazo cursa con normalidad en espera de dar a luz en breve.

Discusión

El síndrome de cauda equina representa una verdadera urgencia médica. El hecho de ocurrir en una paciente embarazada no debe suponer una contraindicación para la intervención quirúrgica, pudiendo intervenir con buenos resultados tanto para la paciente como para el feto^{1,2,4,5}.

Debido a la discapacidad que puede generar debemos descartar este cuadro en todos los pacientes que consultan por una lumbociatalgia, incluidas también las mujeres embarazadas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico^{1,6}. Ante la sospecha de una alteración esfinteriana debemos realizar una exploración rectal para explorar el tono del esfínter anal. En caso de hipotonía del mismo, deberemos solicitar una RNM urgente^{1,2,4,6}.

No hay contraindicación para realizar un estudio con RNM durante la gestación ni para practicar una anestesia general si la paciente lo requiere.

El tratamiento, en caso de confirmarse la presencia de una hernia discal extruida responsable del síndrome de cauda equina, debería ser quirúrgico en las primeras 24-48 horas. La descompresión urgente puede evitar secuelas definitivas³.

Numerosos estudios justifican la necesidad de cirugía descompresiva urgente, ya que el tiempo de compresión medular supone un factor pronóstico muy importante. Existen otros criterios que pueden predecir los resultados: la ciatalgia bilateral tiene menor posibilidad de recuperación total que la ciatalgia unilateral, pacientes con anestesia perineal son más propensos a desarrollar secuelas vesicales. La anestesia en silla de montar es el factor predictor de recuperación más importante³.

Se debe tener especial cuidado en la colocación de la paciente para evitar una excesiva compresión abdominal^{1,6-9}. En nuestro caso se realizó una microdiscectomía con la paciente en decúbito prono, no apreciando complicaciones para la madre ni para el feto. A pesar de realizar la intervención de manera urgente, la paciente presenta secuelas, previsiblemente de menor entidad que si no se hubiese realizado o la cirugía se hubiese retrasado más de 48 horas³.

En resumen, los cuadros de lumbalgia durante el embarazo son muy frecuentes y se tratan conservadoramente. Sin embargo, deberíamos realizar un estudio con RNM ante una lumbociatalgia brusca que asocia pérdida de fuerza, alteración esfinteriana o hipoestesia en silla de montar. Si la paciente asocia un déficit neurológico progresivo y/o signos y síntomas compatibles con un síndrome de cauda equina,

se debería realizar una cirugía descompresiva urgente para minimizar las secuelas neurológicas.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia IV.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hakan T. Lumbar disk herniation presented with cauda equine syndrome in a pregnant woman. *J Neurosci Rural Pract.* 2012;3:197-9.
2. Brown MD, Levi AD. Surgery for lumbar disc herniation during pregnancy. *Spine (Phila Pa 1976).* 2001;26:440-3.
3. Ahn UM, Ahn NU, Buchowski JM, Garrett ES, Sieber AN, Kostuik JP. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical outcomes. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;15;25(12):1515-22.
4. LaBan MM, Rapp NS, von Oeyen P, Meerschaert JR. The lumbar herniated disk of pregnancy: A report of six cases identified by magnetic resonance imaging. *Arch Phys Med Rehabil.* 1995;76:476-9.
5. Kim HS, Kim SW, Lee SM, Shin H. Endoscopic discectomy for the cauda equina syndrome during third trimester of pregnancy. *J Korean Neurosurg Soc.* 2007;42:419-20.
6. Curtin P, Rice J. Cauda equina syndrome in early pregnancy: A case report. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:758-9.
7. Abou-Shameh MA, Dosani D, Gopal S, McLaren AG. Lumbar discectomy in pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;92:167-9.
8. Gupta P, Gurumurthy M, Gangineni K, Anarabasu A, Keay SD. Acute presentation of cauda equina syndrome in the third trimester of pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008;140:279-81.
9. Brown MD, Brookfield KF. Lumbar disc excision and cesarean delivery during the same anesthesia. A case report. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86-A:2030-2.