

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

SÍNDROME DE CAUDA EQUINA CONSECUTIVO A UN HEMATOMA EPIDURAL ESPINAL ESPONTÁNEO. A PROPÓSITO DE UN PACIENTE.

Por:

Dr. Luis Alberto Santos Pérez¹, Dr. Léster Martín Fernández² y Dr. Carlos Herrera Cartaya³

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna, Verticalizado en Cuidados Intensivos. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en MGI. Residente de tercer año en Cuidados Intensivos y Emergencias.
3. Especialista de I Grado en MGI y Especialista de I Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Instructor. ISCM-VC.

Descriptor deCS:

POLIRRADICULOPATIA/epidemiología
HEMATOMA EPIDURAL

Subject headings:

POLYRADICULOPATHY/epidemiology
HEMATOMA EPIDURAL

Jackson¹, en 1869 hizo la primera referencia a este síndrome y, posteriormente, cientos de casos han sido informados. Su incidencia exacta es desconocida, pero el hematoma epidural espontáneo (HEE) postoperatorio, que requiere evacuación, está en el rango de 0,1-3 %.

Malas y colaboradores² encontraron que el cono medular (CM) tenía una localización variable entre D12 y L2. Esta región, por la transición cifótica dorsal rígida a la lordosis lumbar móvil, es susceptible a presentar lesiones traumáticas, generalmente, entre las dorsales 11 (D11) y 12 (D12), aunque en pacientes viejos con osteopenia puede migrar en sentido caudal por un incremento en el grado de la cifosis³. En la vecindad de la unión toracolumbar, la médula termina como el CM, que es el sitio de transición del sistema nervioso central al periférico (cauda equina).

Una lesión por encima del CM provoca síntomas por afectación de la médula espinal, mientras que las que ocurren por debajo de este producen radiculopatías lumbosacras. Las lesiones que afectan la transición pueden causar disfunción de ambas neuronas motoras: superior e inferior⁴.

Presentación del paciente:

Paciente de raza negra, de 76 años de edad. Un año antes de su ingreso, al levantar un peso, presentó dolor intenso lumbar que se irradió a la pierna derecha, y fue interpretado como sacrolumbalgia. El 13 de octubre de 2004 comenzó con fiebre de 38° C, dolor en región lumbar que se irradiaba a la pierna derecha, sensación de parestesia en bota, incontinencia urinaria y dificultad para caminar.

Ingresó en el servicio de Neurología, donde se encontró disminuida la fuerza muscular en ambos miembros inferiores; se planteó como diagnóstico inicial: aplastamiento vertebral consecutivo a un proceso neoproliferativo.

Al día siguiente se le realizaron los exámenes de laboratorio, todos con resultados normales, así como rayos X de columna lumbar, donde se observó una disminución de la altura de D12, por lo que se decidió realizar una tomografía axial computadorizada con mielografía (mieloTAC) (Figs 1-3).



Fig 1 Imagen de la TAC donde se observa el hematoma espontáneo espinal en L1 comprimiendo la zona



Fig 2 Reconstrucción de las imágenes de la Mielo-TAC donde se observa en una imagen frontal, la extensión del hematoma.



Fig 3 Hematoma espontáneo espinal visto en una imagen reconstruida sagital, donde se observa la extensión del mismo.

Se inyectó contraste en el canal raquídeo, se realizaron cortes axiales y se reconstruyeron multiplanos; se observó una imagen hiperdensa posterior (densidad de 30 UH) que comprimía el saco tecal por delante de D12-L4 y detuvo el paso del contraste en L2-L3.

Fue intervenida quirúrgicamente, y se realizó laminectomía desde D12 hasta L4; se encontró la grasa infiltrada por un hematoma espinal organizado; se colocó drenaje por sonda en el lecho quirúrgico y se cerró por planos.

Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para la estabilización postoperatoria, donde se mantuvo estable con drenaje espinal durante 48 horas, que se cuantificó en 1550 mL de líquido serohemático. Se trasladó al servicio de Neurocirugía, donde su recuperación fue satisfactoria; fue egresada con control esfinteriano y capacidad para deambular sin ayuda.

Comentario:

Los pacientes con síndrome del cono medular (SCM) o cauda equina (SCE) pueden presentarse con dolor en la espalda, en una o ambas piernas (cuando la lesión está por encima de la quinta vértebra lumbar), o ambas a la vez, parestesias y debilidad motora, anestesia perineal o en silla de montar, y disfunción o incontinencia urinaria, rectal o ambas. En el SCE típico tienen, además, síntomas de radiculopatía lumbosacra, mientras que aquellos con SCM se presentan con compresión y disfunción de la médula espinal⁵.

El hematoma epidural (HE) es causa poco común de SCE agudo, generalmente es asintomático, pero puede causar en la médula o en la raíz del nervio una pequeña compresión que necesita tratamiento quirúrgico. La mayoría son causados por traumas, anticoagulantes, anomalías vasculares, procedimientos espinales epidurales y, más raramente, luego de una intervención quirúrgica espinal^{6,7}.

El hematoma epidural espinal espontáneo (HEEE) es extremadamente raro, y una vez que se sospecha mediante la clínica, y se confirma por técnicas de imagen, necesita ser evacuado de forma emergente.

Referencias bibliográficas

1. Jackson R. Case of spinal apoplexy. Lancet.1869;2:5-6.
2. Malas MA, Salbacak A, Buyukmumcu M. An investigation of the conus medullaris termination level during the period of fetal development to adulthood. Kaibogaku Zasshi. 2001;76:453-9.
3. Harrop JS, Hunt GE, Vaccaro AR. Conus medullaris and cauda equina syndrome as a result of traumatic injuries: management principles. Neurosurg Focus. 2004;16(6):19-24.
4. Dryden DM, Saunders LD, Rowe BH. The epidemiology of traumatic spinal cord injury in Alberta, Canadá. Can J Neurol Sci.2003;30:113-21.
5. Kostuik JP. Medicolegal consequences of cauda equine syndrome: an overview Neurosurg Focus.2004;16(6):39-41.
6. Cabana F, Pointillart V, Vital J. Postoperative compressive spinal epidural hematomas. 15 cases and a review of the literature. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 2000;86:335-45.
7. Dai LY. Remodelling of the spinal canal after thoracolumbar burst fractures. Clin Ortho. 2003;382:119-23.