

Síndrome de la cauda equina (SCE) agudo tras traumatismo hace dos meses. ¿Es posible?

Escudero Císneros, Berta; Rodríguez-Montserrat, David; Bosch García, David; Anglès Crespo, Francesc (Jefe de Servicio). Hospital Universitari Mutua de Terrassa.

El SCE no es una entidad frecuente. La clínica suele aparecer de forma aguda y progresa en pocas horas. Se presenta el caso de un paciente que con lumbalgia de dos meses de evolución tras traumatismo de baja energía, desarrolla un cuadro agudo de SCE de etiología inicialmente incierta.

Dada la existencia de diversas causas responsables de la aparición del SCE, es de suma importancia el diagnóstico específico a fin de llevar a cabo un manejo adecuado

Paciente de 62 años que acude a urgencias por dolor lumbar de semanas de evolución, tras un traumatismo hace dos meses.

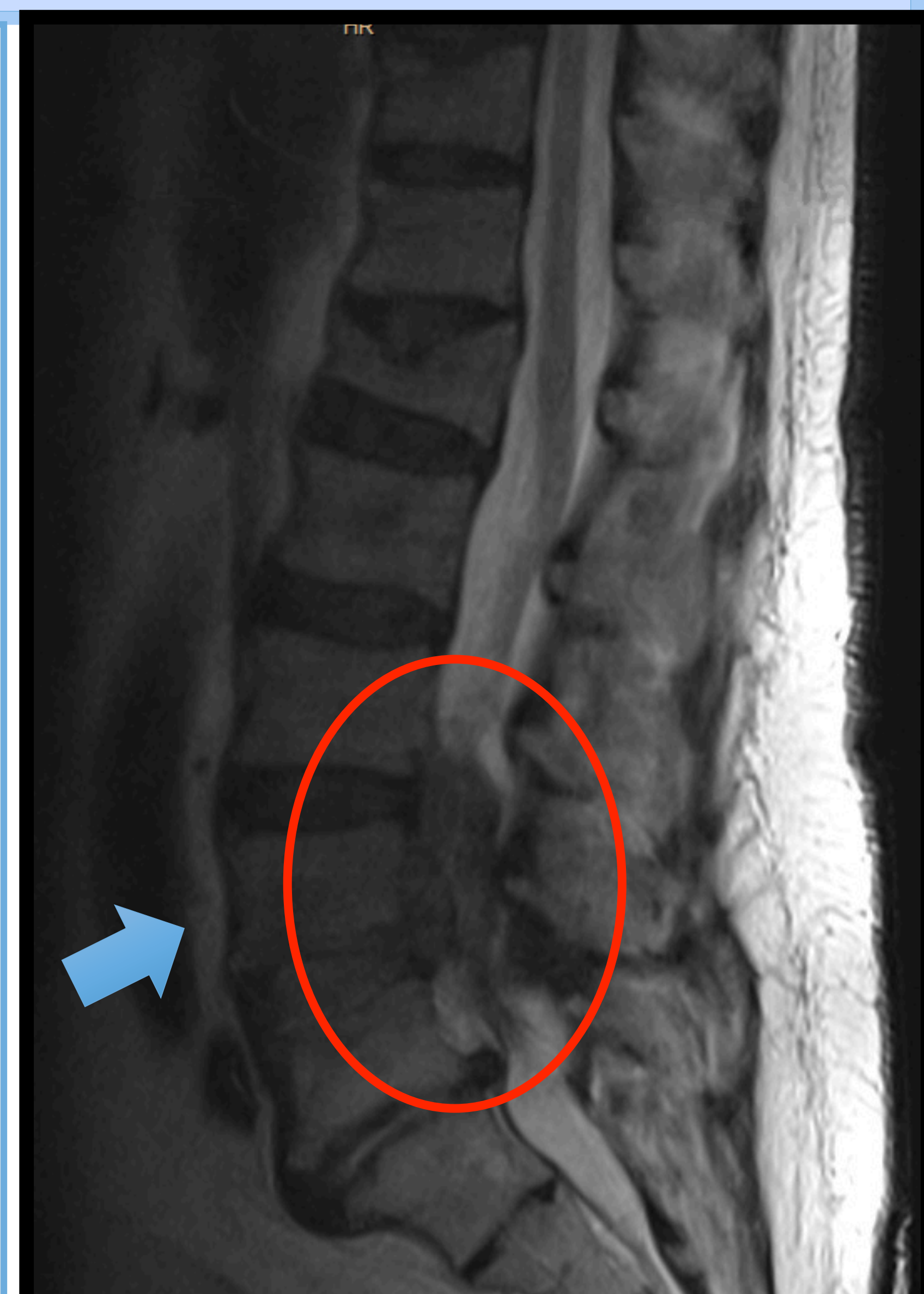
Destacar antecedente previo de fractura antigua de L1 y discopatía lumbar L4-L5-S1.

A la exploración física, no presenta déficit neurológico, dolor radicular ni alteraciones esfinterianas. Se realizan radiografías sin hallazgos agudos aparentes.



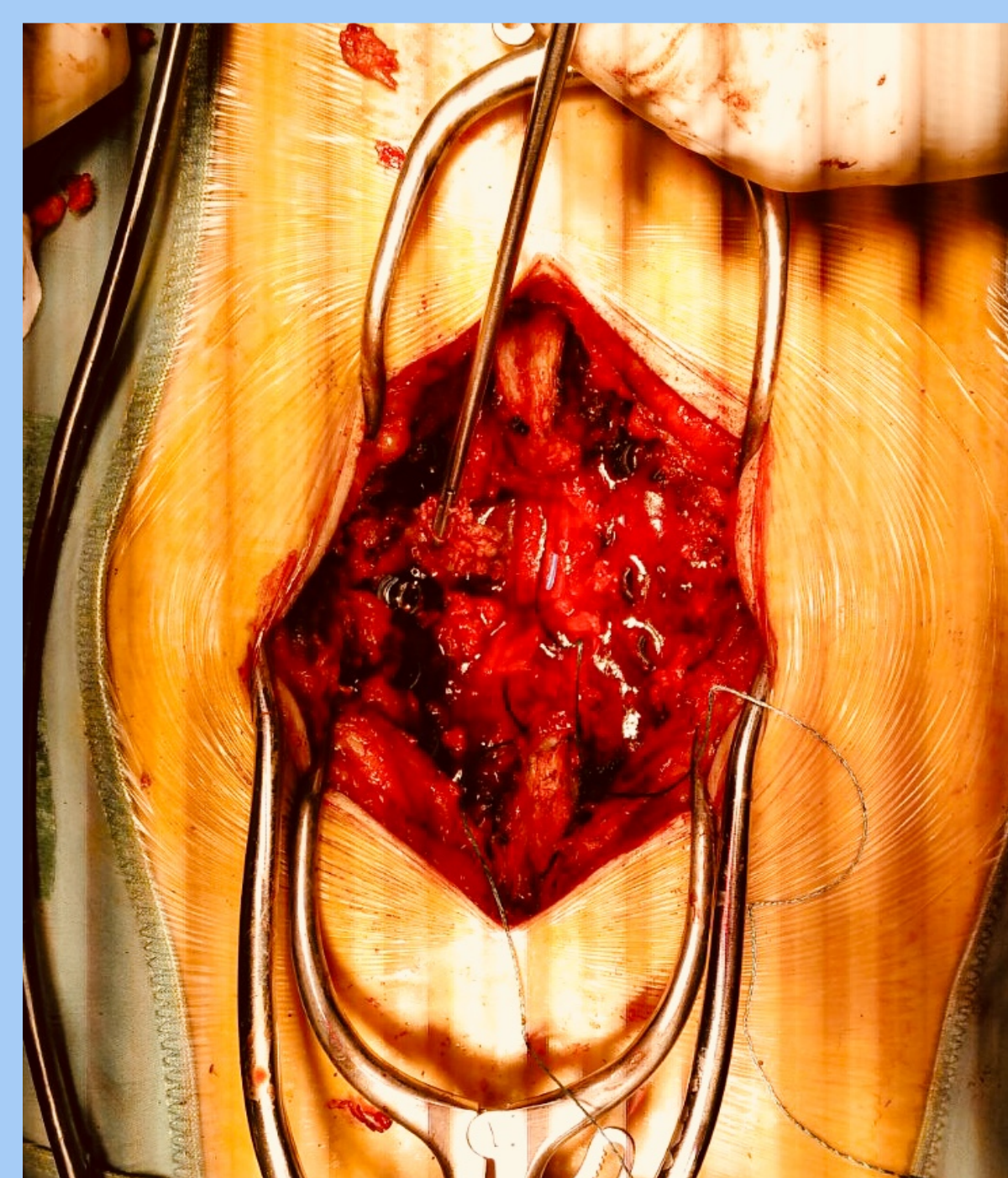
Ante la severidad del dolor y la no respuesta a mórficos, se realiza **TC** que muestra un estrechamiento del canal a nivel L4L5 junto a una lesión de partes blandas intrarraquídea en espacio epidural anterior de L3L4.

A las 48h el paciente presenta un SCE agudo. Se realiza RMN urgente que muestra una lesión ocupante de espacio asociada a hernia discal contenida en L4L5, que obliteran el canal raquídeo condicionando una estenosis severa L3L4.



Ante la urgencia del caso, se interviene al paciente en menos de 24h, realizándose **artrodesis** posterolateral con **laminectomía** de L3-L5 y extracción de la lesión, enviada para estudio microbiológico y anatomopatológico.

Descartándose el origen infeccioso y tumoral y revisando la RMN, se orienta el caso como SCE secundario a la compresión por dos hernias discales voluminosas, una contenida en L4L5 y otra extruida en L5S1 y emigrada cranealmente.



El paciente se recuperó de la alteración esfinteriana y de la hipoestesia en menos de 24h. No obstante, la clínica motora fue recuperándose progresivamente con ayuda de rehabilitación, persistiendo un mínimo déficit motor en la extremidad inferior izquierda.

*La recuperación de los síntomas es impredecible. La descompresión en las primeras 48h, es el único factor relacionado con los buenos resultados. Esta patología debe considerarse una **urgencia** diagnóstica y quirúrgica.*



55 CONGRESO
secot