

Síndrome de la cola de caballo

Se trata de un complejo de síntomas y signos (dolor de espalda, ciática unilateral o bilateral, debilidad motora de las extremidades inferiores acompañado de trastornos esfinterianos, impotencia sexual e hipoestesia o anestesia en silla de montar), como resultado de la compresión de los nervios en la cola de caballo (Scott, 1965; Floman y col., 1980; Byrne, 1993; Shapiro 1993; Kostuik y col., 1986).

Historia

El término "cola de caballo", fue descrita por primera vez por el anatomista francés Lazarius en el siglo XVII (Lazarius 1600).

Tres siglos más tarde, Mixter y Barr introdujo el término síndrome de cola de caballo en la literatura inglesa (Mixter y Barr., 1934).

Epidemiología

La prevalencia en la población general se estima entre 1:100 000 y 1:33 000 (Mooney, 1991).

Es un síndrome poco frecuente, presente en aproximadamente 2% de los casos de los discos lumbares herniados sobre todo grandes, centrales y/o migración posterior de un fragmento (Sengoz y col., 2011).

La causa más frecuente de la lesión de cola de caballo es la hernia de disco lumbar intervertebral.

Las lesiones iatrogénicas también pueden ser una causa, la proporción de cirugías de columna con esta complicación varió de 0 a 6,6 por mil en diferentes centros, siendo responsable del 15 % de los síndromes de cola de caballo.

La mayoría de las lesiones probablemente se podrían evitar con una mejor técnica quirúrgica (por ejemplo, el uso de un motor de alta velocidad en lugar de una gubia Kerrison en pacientes con estenosis espinal grave), o prevenirse mediante una mayor vigilancia postoperatoria (por ejemplo, en pacientes con hematoma epidural lumbar postoperatorio)(Podnar y Simon., 2010).

Clínica

Para hablar del síndrome de cola de caballo secundario al disco herniado, como condición sine qua non, debe estar presente el trastorno esfinteriano.

Alrededor del 50-70% de los pacientes presentan retención urinaria , siendo un 30-50% un síndrome incompleto (Gardner y col., 2011).

Diagnóstico

Las manifestaciones clínicas requieren una resonancia magnética urgente para confirmar el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

Los principales diagnósticos diferenciales están representados por el absceso epidural, quiste sinovial, tumores extradurales diversos, la fibrosis y hematomas epidurales postoperatorios.

Si el diagnóstico es incierto, se debería realizar una RM con gadolinio (Lakshmanan y col., 2006).

Tratamiento

La urgencia quirúrgica sigue siendo controvertida ya que la cirugía se suele realizar con medios técnicos y humanos subóptimas (Gleave y Macfarlane 2002).

Aunque el pronóstico empeora claramente tras las 48 horas desde la instauración del síndrome (Arrigo y col., 2011).

Se debe de realizar todo tipo de esfuerzo para evitar la incontinencia ya que esta es de peor pronóstico que la retención (Gardner y col., 2011).

Migración posterior

La elección entre una hemilaminectomía o laminectomía depende principalmente del tamaño de la lesión, pero la mayoría de autores prefieren una laminectomía con discectomía (Tatli y col., 2005).

Bibliografía

Arrigo, Robert T, Paul Kalanithi, y Maxwell Boakye. 2011. Is Cauda Equina Syndrome being Treated within the Recommended Timeframe? *Neurosurgery* (Febrero 9).

doi:10.1227/NEU.0b013e31820cd426. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311382>.

Byrne TN. Disorders of the spinal cord and cauda equina. *Curr Opin Neurol Neurosurg* 1993; 6: 545-548.

Floman Y, Wiesel SW, Rothman RH. Cauda equina syndrome presenting as a herniated lumbar disk. *Clin Orthop Relat Res* 1980; 147: 234-237.

Gardner, Alan, Edward Gardner, y Tim Morley. 2011. Cauda equina syndrome: a review of the current clinical and medico-legal position. *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 20, no. 5 (Mayo): 690-697. doi:10.1007/s00586-010-1668-3.

Gitelman, Alex, Shuriz Hishmeh, Brian N Morelli, Samuel A Joseph Jr, Andrew Casden, Paul Kuflik, Michael Neuwirth, y Mark Stephen. 2008. Cauda equina syndrome: a comprehensive review. *American Journal of Orthopedics (Belle Mead, N.J.)* 37, no. 11 (Noviembre): 556-562.

Gleave, J R W, y R Macfarlane. 2002. Cauda equina syndrome: what is the relationship between timing of surgery and outcome? *British Journal of Neurosurgery* 16, no. 4 (Agosto): 325-328.

Kostuik JP, Harrington I, Alexander D, Rand W, Evans D. Cauda equina syndrome and lumbar disc herniation. *J Bone Joint Surg Am* 1986; 68: 386-391.

Lakshmanan, Palaniappan, Sashin Ahuja, Kathleen Lyons, John Howes, y Paul Rhys Davies. 2006. Sequestered lumbar intervertebral disc in the posterior epidural space: a report on two cases and review of the literature. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society* 6, no. 5 (Octubre): 583-586. doi:10.1016/j.spinee.2005.09.009.

Lazarius A. *Historia anatomica humani corporis*. Frankfurt Germany: Becker; 1600: 178.

Mixter WJ, Barr JS. Rupture of the intervertebral disc with involvement of the spinal canal. *N Engl J Med* 1934; 211:210-215.

Mooney V. Differential diagnosis of low back disorders: principles of classification. In: Frymore JW, eds. *The adult spine*. New York: Raven Press; 1991: 1559-1560.

Podnar, Simon. 2010. Cauda equina lesions as a complication of spinal surgery. *European Spine Journal: Official Publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society* 19, no. 3 (Marzo): 451-457. doi:10.1007/s00586-009-1170-y.

Scott PJ. Bladder paralysis in cauda equina lesions from disc prolapse. *J Bone Joint Surg Br* 1965; 47: 224-235.

Shapiro S. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation. *Neurosurg* 1993; 32: 743-747.

Sengoz, Ahmet, Kadir Kotil, y Erol Tasdemiroglu. 2011. Posterior epidural migration of herniated lumbar disc fragment. *Journal of Neurosurgery. Spine* 14, no. 3 (Marzo): 313-317. doi:10.3171/2010.11.SPINE10142.

Tatli M, Guzel A, Ceviz A, et al. Posterior epidural migration of sequestered lumbar disc fragment causing cauda equina syndrome. *Br J Neurosurg* 2005; 19:257-9.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - Neurocirugía Contemporánea

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=sindrome_de_la_cola_de_caballo

Last update: **2019/09/26 22:18**

