

Síndrome de cauda equina por edema post-cornada.

Jaime Flores Gallardo, Marcos Chico García, Iñigo Sarabia Berrioartegortua, Cristina Igualada Blázquez.

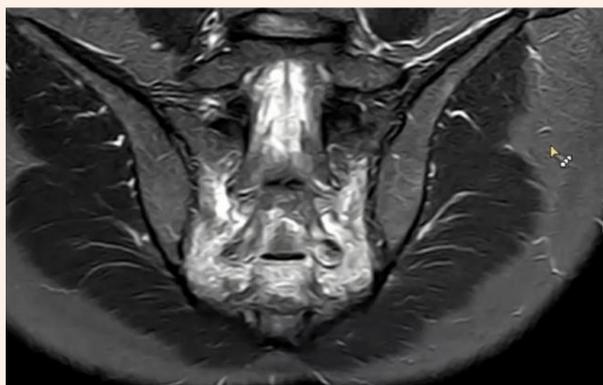
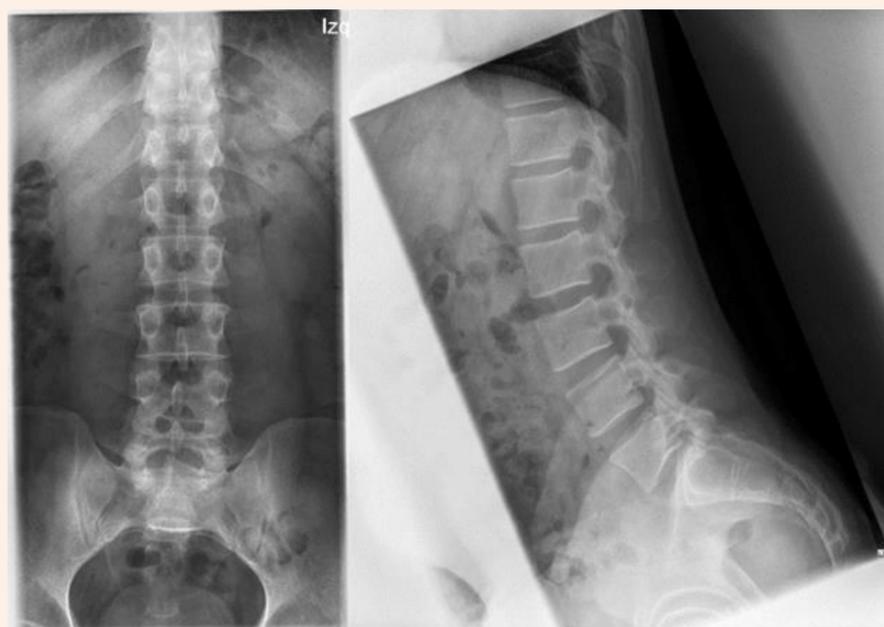
Objetivos:

Existen múltiples causas para el síndrome de cauda equina. A continuación, presentamos el raro caso clínico de un síndrome de cauda equina por edema postraumático en el contexto de una cornada.

Material y metodología:

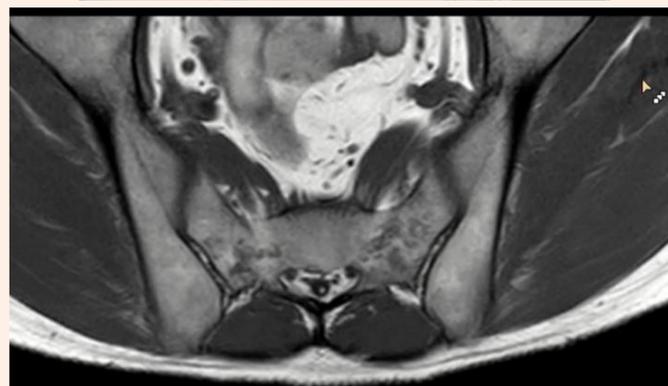
Varón de 24 años, que, tras sufrir un traumatismo por cornada sin lesiones cutáneas, acude a nuestro hospital por mal control del dolor y dificultad para iniciar la micción y defecación. Presentaba dolor en región sacra, con anestesia en silla de montar, y globo vesical que precisó de sondaje. Ante la sospecha clínica de síndrome de cauda equina, se inicia tratamiento con corticoides, y se solicita una RMN de urgencia.

Se evidenciaron fracturas vertebrales no desplazadas de S2,3 y 4 con importante edema óseo circundante, comprometiendo el edema los forámenes de conjunción y las raíces sacras sin compresión directa por fragmentos óseos.



Resultados:

El dolor mejoró con los corticoides, desapareciendo la anestesia en silla de montar, con esfínter anal normorreactivo y reflejo bulbocavernoso positivo. El tránsito de heces y orina fueron positivos.



Conclusiones:

El síndrome de cauda equina es relativamente frecuente en fracturas sacras con disociación espino pélvica por compresión directa por fragmentos desplazados. Solo existen dos artículos que describen síndrome de cauda equina por fractura de estrés osteoporótica sin compresión directa y sin justificación clara del mecanismo lesional.

Es por ello que nuestro paciente constituye el primer caso descrito de síndrome de cauda equina causado por edema circundante en el contexto de fractura sacra no desplazada tras traumatismo de alta energía. Por todo ello es difícil determinar cuál es el tratamiento óptimo y pronóstico de estas lesiones sin compresión directa fragmentaria.

Bibliografía

1. Muthukumar T, Butt SH, Cassar-Pullicino VN, McCall IW. Cauda equina syndrome presentation of sacral insufficiency fractures. *Skeletal Radiol.* 2007 Apr;36(4):309–13.
2. Barcellos ALL, da Rocha VM, Guimarães JAM. Current concepts in spondylopelvic dissociation. Vol. 48, *Injury.* Elsevier Ltd; 2017. p. S5–11.
3. Cauda equina syndrome following sacral fractures- a report of three cases 2012.
4. Long B, Koyfman A, Gottlieb M. Evaluation and management of cauda equina syndrome in the emergency department. *Am J Emerg Med.* 2020 Jan;38(1):143–8.