

HÉRNIA DISCAL LOMBAR GIGANTE CAUSANDO SÍNDROME DA CAUDA EQUINA: RELATO DE CASO

GIANT LUMBAR DISC HERNIATION CAUSING CAUDA EQUINA SYNDROME: CASE REPORT

CARLOS CARNELLI SILVA DEMONER, ZENO AUGUSTO DE SOUZA JÚNIOR, PEDRO PAULO SOUZA FORTUNA, FREDERICO BARRA DE MORAES, DIOGO VINÍCIOS SOARES QUEIROZ, GABRIEL LOURENZATTO SILVEIRA

RESUMO

O caso retrata uma ocorrência patológica rara de hérnia de disco lombar gigante causando síndrome da cauda equina, que se apresentava através de incontinência urinária e fecal, perda de força nas pernas e pés, com pé esquerdo caído e dormência na região perineal em torno das primeiras 24 horas. O diagnóstico foi confirmado através de exames de imagem sendo necessário intervenção cirúrgica para a melhor prognóstico do paciente.

DESCRITORES: HÉRNIA DISCAL GIGANTE, SÍNDROME DA CAUDA EQUINA, HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

ABSTRACT

The case depicts a rare pathological occurrence of giant lumbar disc herniation causing cauda equina syndrome, which is presented through urinary and fecal incontinence, loss of strength in the legs and feet, lying left foot and numbness in the perineal region around the first 24 hours. The diagnosis was confirmed by imaging studies requiring surgery for the better prognosis of the patient.

KEYWORDS: GIANT DISC HERNIATION; CAUDA EQUINA SYNDROME; LUMBAR DISC HERNIATION

INTRODUÇÃO

Síndrome da cauda equina é definida como a compressão das raízes nervosas lombares, sacrais e coccígeas distais ao término do cone medular na altura das vértebras L1 e L2¹. Esta síndrome é uma das poucas condições reais de emergência em doenças da coluna vertebral, é caracterizada pelos seguintes sintomas: dor lombar intensa, ciática bilateral, fraqueza nos membros inferiores uni ou bilateral, anestesia em sela e disfunção intestinal, urinária e sexual².

A presença de hérnia de disco lombar causando a síndrome da cauda equina é relativamente rara, na literatura corresponde em torno de 01% dos casos de hérnia de disco lombar. Embora seja relativamente rara, essa lesão tem grande potencial para causar sintomas neurológicos graves o que pode desabilitar o paciente de suas atividades diárias, afetando sua qualidade de vida.

A hérnia de disco gigante foi definida por diferentes autores como uma hérnia que ocupa mais de 8 mm, sendo 33%, 50% ou 75% do diâmetro ântero-posterior do canal espinhal ou responsável por um bloco completo no mielograma³.

O diagnóstico se baseia no exame físico e necessita de exames complementares como a tomografia computadorizada e ressonância magnética para confirmação da lesão⁴. O diagnóstico é seguido de intervenção cirúrgica pontual, essencial para alcançar o melhor resultado no tratamento. O manejo do paciente geralmente envolve cirurgia de descompressão, sendo que se realizada nas primeiras 48 horas a partir do início dos sintomas, há uma notável diminuição de danos neurológicos em longo prazo⁵.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de hérnia de disco gigante causando síndrome da cauda equina, descrevendo seus aspectos diagnósticos e do tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente de 40 anos, sexo feminino, procedência de Goiânia, feirante, com história de cirurgia previa de hérnia discal em L4 e L5 há 4 anos. Refere-se que há mais ou menos 24 horas iniciou o quadro de incontinência urinária e fecal, perda de força nas pernas e pés, com pé esquerdo caído,

além de dormência na região perineal. Paciente apresentava arreflexia patelar (L4) e aquileu bilateral (S1), com força grau 0 a esquerda (L4, L5 e S1) e grau 2 a direita no mesmo nível, com anestesia em sela na região perineal. Foram evidenciadas na radiografia em perfil da coluna lombossacra diminuição do espaço discal e neuroforames comprimidos (L4-L5 e L5-S1), com fase mielográfica da ressonância magnética evidenciando obstrução importante e volumosa nessa região.



Figura 1 - Radiografia da coluna lombossacra em perfil (1) evidenciando diminuição do espaço discal e compressão de neuroforames em L4-L5 e L5-S1, com fase mielográfica da ressonância magnética evidenciando obstrução importante e volumosa nessa região.

Na ressonância magnética corte sagital da coluna lombossacral em T1 e T2, foi encontrado hérnia discal em L4 - L5 gigante extrusa, migrada inferiormente até S1 (figura 2). No corte axial em T1 e T2 evidenciando a compressão do canal medular levando a síndrome da cauda equina (figura 3).

A paciente foi levada ao centro cirúrgico de urgência onde foi realizado laminectomia de L4 e L5, descompressão do canal medular e artrodese posterior de L4 a S1. Após 10 anos de seguimento, a paciente demonstra recuperação completa da força, sensibilidade e reflexo do lado direito e recuperação em grau 3 do lado esquerdo e com hipoestesia no trajeto L4-S1.

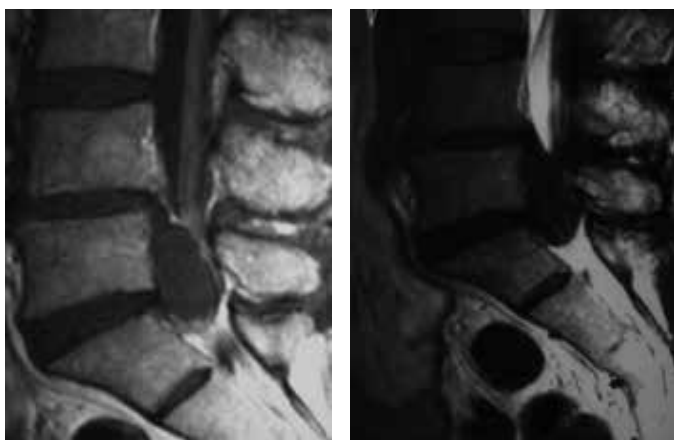


Figura 2 - Ressonância magnética da coluna lombossacra, corte sagital em T1 (1) e T2 (2) evidenciando hérnia discal L4-L5 gigante extrusa e migrada inferiormente até S1.

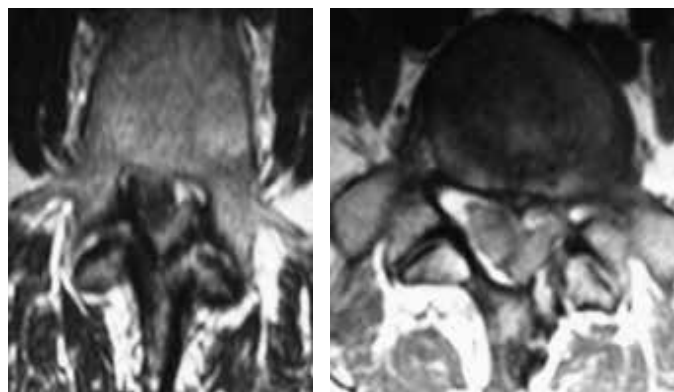


Figura 3 - Ressonância magnética da coluna lombossacra, corte axial em T1 (1) e T2 (2) evidenciando compressão do canal medular que levou à síndrome da cauda equina.

DISCUSSÃO

Síndrome da cauda equina causada por hérnia de disco lombar gigante, apesar de raro pode trazer danos neurológicos graves. Geralmente os sintomas motores e sensoriais são causadas pela compressão da raiz nervosa emergente ao nível da herniação do disco. Sintomas como fraqueza nos músculos glúteos, anestesia bilateral do tipo sela, principalmente ao nível S2 a S5, e ausência do reflexo bulbocavernoso estão presentes na maioria dos casos. A paralisia dos esfíncteres apesar de raro (2% dos casos) é altamente danoso ao paciente.

Geralmente, o tratamento é realizado pela remoção cirúrgica precoce da lesão de compressão através de uma abordagem interlaminar ou através laminectomia dependendo do tamanho e da localização do fragmento do disco lombar. A cirurgia é destinada a remoção do fragmento do disco herniado e também para a descompressão da raiz dos nervos.⁶

A síndrome da cauda equina que é definida como a compressão das raízes nervosas lombares, sacrais e coccígeas distais ao término do cone medular na altura das vertebrae L1 e L2, possui várias causas de compressão as quais se sobressaem a hérnia discal extrusa, lesões tumorais, fraturas vertebrais, estenoses do canal, infecções, ferimentos por armas de fogo entre outros. A hérnia de disco é a principal etiologia e localizada nos seguintes níveis com maior frequência, L5-S1, L4-L5, e em menor número de casos o disco herniado combinado com alto grau de estenose degenerativa L4-L5. É uma condição rara, ainda mais causada por hérnia de disco gigante, mas grave por comprimir o canal vertebral lombossacro, o que pode resultar em danos irreversíveis. Sua incidência é de aproximadamente 1 para 100.000 habitantes, sendo mais comum no sexo masculino e na faixa etária de 15 a 44 anos de idade.⁶

Embora tal patologia seja considerada uma emergência ortopédica, na qual o procedimento se caracteriza por uma abordagem interlaminar ou através da laminectomia e é destinada a remoção do fragmento do disco herniado e também

para a descompressão da raiz dos nervos, na literatura ainda não há um consenso entre os autores sobre quando realizar o procedimento cirúrgico, porém muitos estudos indicam que quando a descompressão é realizada antes das primeiras 48 horas após a admissão hospitalar tem melhor prognóstico comparado a casos em que foi realizado mais tarde⁷. A urgência do diagnóstico e tratamento da hérnia de disco lombar pode ser comparada ao hematoma epidural⁸. A relevância sobre o tempo de se realizar a cirurgia tem relação com o prognóstico do paciente, uma vez que ao analisar a literatura observa-se nítida melhora naqueles em que a descompressão foi realizada imediatamente após o diagnóstico. Nesses casos tratado de forma imediata e até no nosso caso, foi observado que os sintomas, localizados nos níveis da herniação do disco, como a perda de força nos membros inferiores, a anestesia em sela, a intensa dor lombar foram resolvidos e a força dos membros inferiores foram recuperados quase totalmente. Nos relatos em que o portador da doença teve uma admissão hospitalar tardia devido a diferentes motivos como a deficiência profissional, baixo nível socioeconômico, sistema público de saúde que oferece poucos exames complementares, superlotação e longas filas de espera, sintomas como disfunção esfinteriana, intestinal e sexual que são evidenciados mais tardiamente foram relatados e notados no exame clínico e necessitaram além da descompressão, um acompanhamento pós-cirúrgico mais longo, tendo em vista que estes últimos sintomas tiveram melhora apenas após um ano. Independente dos dados limitados sobre essa doença, há uma homogeneidade que o prognóstico é melhor quando o tempo de diagnóstico e descompressão são os menores possíveis, entretanto esses não são os únicos fatores suficientes que influenciam no resultado final, mas sim os mais relevantes. A descompressão cirúrgica de urgência, continua sendo o tratamento mais eficiente. Uma vez que esta é a única maneira segura de impedir a progressão e a permanência dos danos causados pelas lesões¹⁰⁻¹¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Fuso FAF, Dias ALN, Letaif OB, et al. Epidemiological study of cauda equina syndrome. *Acta Ortop Bras.* 2013; 21(3): 159-62.
2. Chang HS, Nakagawa H, Mizuno J. Lumbar herniated disc presenting with cauda equina syndrome. *Surg Neurol* 2000; 53:100-5.
3. Akhaddarab A, Belfquiha H, Salamia M, et al. Surgical management of giant lumbar disc herniation: analysis of 154 patients over a decade. *Neurochirurgie.* 2014; 244-8.
4. Kostuik JP, Harrington I, Alexander D, Rand W, Evans D. Cauda equina syndrome and lumbar disc herniation. *J Bone Joint Surg Am.* 1986; 68(3): 386-91.
5. Jha SC, Tonogai I, Takata Y, et al. Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy for a Huge Herniated Disc Causing Acute Cauda Equina Syndrome: A Case Report. *The Journal of Medical Investigation.* 2013; 21(3): 159-62.
6. O'Laoire SA, Crockard HA, Thomas DG. Prognosis for sphincter recovery after operation for cauda equina compression owing to lumbar disc prolapsed. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1981; 282 (6): 1852-4.
7. Markham DE. Cauda equine syndrome: diagnosis, delay and litigation risk. *Curr Orthop.* 2004; 18: 58-62.

8. 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;* 2000. 25 (12): 1515-22.
9. Aly TA, Aboramadan MO. Efficacy of Delayed Decompression of Lumbar Disk Herniation Causing Cauda Equina Syndrome. *Orthopedics.* 2014. 37 (2): 153-6.
11. de César Netto C, Gaia LF, Sattin AA, Cristante AF, Marcon RM, Barros Filho TE et al. Effects of decompression time after spinal cord injury on neurologic recovery in wistar rats. *Acta Ortop Bras.* 2010; 18(6): 315-20.