

SÍNDROME DA CAUDA EQUINA: REVISÃO DE LITERATURA

EDUARDA DA SILVA TOLFO¹; BÁRBARA LUIZA BENETTI WILKE; CAMILLE KIEKOW;
LUCAS ZAMBONI RONZONI; VINÍCIUS PASINI LARA.

MAX DOS SANTOS AFONSO⁶:

1Universidade Católica de Pelotas – Eduarda.tolfo@sou.ucpel.edu.br

2Universidade Católica de Pelotas – barbara.wilke@sou.ucpel.edu.br

3Universidade Católica de Pelotas – camille.kiekow@sou.ucpel.edu.br

4Universidade Católica de Pelotas – lucas.ronzoni@sou.ucpel.edu.br

5Universidade Católica de Pelotas – vinicius.lara@sou.ucpel.edu.br

6Universidade Católica de Pelotas – max.afonso@ucpel.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da cauda equina (SCE) caracteriza-se pela compressão das raízes nervosas lombares, sacrais e coccígeas distais ao término do cone medular (término da medula), no nível das vértebras L1 e L2.

Os sinais clínicos clássicos correspondem a lombalgia acompanhada da ciatalgia, anestesia em sela, disfunção esfinteriana e sexual, além da fraqueza nos membros inferiores, o que mesmo após o tratamento, pode levar a uma diminuição da qualidade de vida dos pacientes e altos custos à saúde pública. Para o diagnóstico, não é necessária a coexistência de todos os sinais simultaneamente. Relacionam-se tais sintomas com fatores precipitantes como um evento traumático, carregar peso ou com algum movimento brusco (CHAU et al., 2014), além de que as causas principais são variadas, destacando-se hérnia discal extrusa, fraturas vertebrais, estenoses do canal vertebral, complicações após manipulação cirúrgica, espondilite anquilosante, ferimentos por arma de fogo (FUSO et al., 2013), tumores, sejam eles extra ou intradural, destacando-se ainda, que tumores como linfoma apresentam diagnóstico dificultado (GARDNER et al., 2011), cisto sinovial lombar e terapia manipulativa da coluna vertebral (FUSO et al., 2012).

Além da história clínica e do exame neurológico, soma-se a necessidade de exames complementares como a tomografia computadorizada (TC) e o padrão ouro capaz de determinar a topografia da compressão e a etiologia, a ressonância magnética (RM). O tratamento consiste na descompressão cirúrgica, que, se realizada antes das 48 horas apresenta um melhor prognóstico. É válido ressaltar que os sinais podem evoluir para uma incontinência permanente, paraplegia ou ambos e a exacerbação do quadro pode ocorrer após o indivíduo alongar, tossir ou espirrar. Observa-se também a parestesia, podendo ser bilateral, nos membros inferiores, em geral transitórias, e que seguem o trajeto determinado pelo dermatomo e pelo miótomo correspondentes à raiz comprimida pela herniação (PEREIRA et al., 2013).

Deste modo, faz-se necessária uma revisão dos casos já encontrados na literatura, a fim de aprofundar os conhecimentos sobre a síndrome da cauda equina, bem como, analisar as condutas médicas já descritas a fim de melhorá-las na prática.

2. ATIVIDADES REALIZADAS

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura baseada em artigos encontrados nas bases de dados PubMed e SciELO. Foram utilizados descritores como síndrome da cauda equina, manejo clínico e manejo cirúrgico, em língua portuguesa e inglesa. A data delimitada de publicação foi para os últimos 15 anos (2010-2025), além de inclusão de estudos voltados à etiologia, prevalência, estratégias de tratamento e epidemiologia relativas à síndrome. Vale destacar lacunas de estudos científicos sobre a patologia, o que dificulta o entendimento médico e, por consequência, sua conduta terapêutica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A patogênese da síndrome da cauda equina ainda segue em investigação, porém, em sua grande maioria ocorre por uma hérnia de disco vertebral na região lombar, além de outros fatores, como a compressão mecânica ou isquemia da cauda equina (YANG et al., 2017). Pacientes relatam que a dor piora após atividade física ou algum tempo sentado, em decúbito lateral ou posição de semi-Fowler, em que se inclina o leito a 45° e flexiona os membros inferiores do paciente como um fator de melhora (AHN et al., 2011). A revisão da literatura indica que cerca de 50-70% dos pacientes têm retenção urinária (CES-R) na apresentação (GARDNER et al., 2011), com a diminuição da sensibilidade e motricidade, causadas por uma hérnia discal lombar.

É considerada uma patologia com baixa incidência, estima-se que 1 caso para cada 100.000 habitantes, porém observa-se que pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em adultos entre a quarta e quinta década de vida, sendo bastante incomum em pacientes jovens (FUSO et al., 2013).

Em um estudo retrospectivo realizado em 2013 contando com 19 prontuários que foram diagnosticados e classificados pelo Código Internacional de Doenças (CID) com o código G834, das internações por SCE, entre 2005-2001, evidenciou que 79% esperou mais de 48 horas para ser referenciado ao serviço de saúde, além de que a hérnia como etiologia principal correspondeu a 69% e mais prevalência no sexo feminino com 12 casos (63%). Pacientes com idade média de 12,83 a 44,16 anos, com amplitude de 22 a 64 anos, justamente na idade com maior incidência de hérnias de disco (FUSO et al., 2013).

O tratamento de descompressão cirúrgica continua sendo o tratamento mais eficaz (FUSO et al., 2013), sendo a laminectomia total aberta, com ou sem artrodese, a abordagem de eleição, apesar dos riscos associados a uma maior morbidade cirúrgica, como sangramento excessivo, maior lesão de tecidos moles e tempo de recuperação prolongado (BRITO et al., 2024). Atualmente, com o avanço das técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, busca-se métodos com uma descompressão eficaz e menor trauma tecidual, ganhando destaque a técnica endoscópica, com incisões menores, menor dano às estruturas paravertebrais, menor algia pós operatória e tempo cirúrgico. Há poucos estudos disponíveis, mas sugerem que a discectomia endoscópica pode fornecer resultados comparáveis às técnicas convencionais, tanto em termos de alívio quanto na recuperação funcional neurológica (BRITO et al., 2024). O tratamento com altas doses de corticosteroide pode melhorar o quadro de dor e melhorar a função neurológica por reduzir o edema, enquanto aguarda os demais exames complementares e a descompressão cirúrgica (PEREIRA et al., 2013).

A SCE representa uma condição de alta gravidade, exigindo intervenções cirúrgicas imediatas para prevenir sequelas neurológicas permanentes (BRITO et al., 2014), além de que a sintomatologia inespecífica e as comorbidades de nosso paciente destacam a necessidade dos profissionais de saúde manterem um alto índice de suspeita em qualquer pessoa com incontinência urinária e fecal e lombalgia (BENKO et al., 2019). Fatores que influenciam no prognóstico são: gravidade do distúrbio esfíncteriano no

pré-operatório, extensão da diminuição da sensibilidade da bexiga e a severidade da diminuição sensitiva na área perianal (PEREIRA et al., 2013).

O baixo nível socioeconômico de diversos pacientes, que retarda a busca por ajuda médica, além da superlotação dos serviços de saúde público e as longas filas de espera pelo atendimento, bem como para a realização de exames, como a ressonância magnética, são fatores que propiciam um atraso no diagnóstico, e por consequência, atraso no tratamento, aumentando as sequelas. Ademais, evidencia-se a necessidade de mais estudos voltados para a síndrome da cauda equina, esta que ocasiona sequelas permanentes e diminui a qualidade de vida do paciente, o que proporcionará um melhor entendimento médico acerca dos sinais e sintomas clássicos da patologia, melhorando o tempo de diagnóstico e a conduta terapêutica.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHN, U. M. et al. Cauda equina syndrome secondary to lumbar disc herniation: a meta-analysis of surgical outcomes. **Spine**, v. 25, n. 12, p. 1515-1521, 2017.

BENKO, A.F. et al. Distal cauda equina syndrome: a case report of lumbosacral radiculopathy. **Surgical Neurology International**, 2019;10(84).

BRITO, M. B. S. D. et al. Endoscopic treatment of acute cauda equina syndrome: case series. **Coluna/Columna**, v. 23, n. 4, p. e291349, 2024.

CHAU, A. M. T. et al. Momento da intervenção cirúrgica na síndrome da cauda equina: uma revisão crítica sistemática. **Neurocirurgia Mundial**, v. 81, n. 3-4, p. 640-650, 2014.

FUSO, F.A.F. et al. Estudo epidemiológico da síndrome da cauda equina. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 21, n. 3, p. 159-162, 2013.

GARDNER, A.; GARDNER, E.; MORLEY, T. Síndrome da cauda equina: uma revisão da situação clínica e médico-legal atual. **European Spine Journal**, v. 20, n. 5, p. 690-697, 2011.

LIMA, M.O. et al. Síndrome da cauda equina em paciente jovem: um estudo de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, 2021.

PEREIRA, C. U. et al. Síndrome da cauda equina devido a hérnia discal lombar. Apresentação de caso. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 17, n. 1, p. 1-6, 2013.

YANG, S. D. et al. Análise dos desfechos clínicos e neurológicos em pacientes com síndrome da cauda equina causada por hérnia de disco lombar aguda: um estudo retrospectivo-prospectivo. **Oncotarget**, v. 8, n. 48, p. 84204-84209, 2017.