



CASO CLÍNICO

Síndrome de compresión del plexo lumbosacro durante el embarazo

S. Herrero-Gámiz, I. Zapardiel Gutiérrez*, S. Kazlauskas, J. de la Fuente-Valero, E. Pérez-Carbayo y L.S. Frutos Llorente

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid, España

Recibido el 17 de junio de 2008; aceptado el 24 de julio de 2008

Disponible en Internet el 27 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Compresión
lumbosacra;
Parálisis;
Parto;
Embarazo

Resumen

Las lesiones del plexo lumbosacro durante el embarazo y el parto son muy poco frecuentes y se han relacionado fundamentalmente con primigestas jóvenes con fetos de gran tamaño. Se suelen presentar en el puerperio inmediato, después de partos prolongados, o bien en partos instrumentales. La forma de aparición más común es como parestesias en miembros inferiores, pérdida de fuerza e incluso como síndrome de pie caído. Presentamos el caso de una paciente con una gestación a término, que acude al servicio de urgencias por síntomas sugestivos de compresión medular a nivel del plexo lumbosacro. Debido al riesgo de isquemia nerviosa se decide la finalización del parto mediante cesárea, que cursó sin incidencias. Tras la cesárea, la paciente empieza a recuperar la función sensitiva y motora con una resolución completa al alta.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Lumbosacral
compression;
Paralysis;
Labor;
Pregnancy

Lumbosacral plexus compression syndrome during pregnancy

Abstract

Lumbosacral plexus injuries during pregnancy and labor are highly uncommon and have been related to young primiparous women and overweight fetuses. These injuries usually appear during the early puerperium, after a long labor, or after instrumental deliveries. The clinical features are paresthesia in the lower extremities, weakness and drop foot syndrome. We report the case of a woman with term pregnancy who presented to the emergency room with symptoms of lumbosacral plexus compression. Due to the risk of nerve ischemia, a cesarean section was carried out with no adverse events. Immediately after delivery, the patient began to recover sensitivity and mobility, with complete resolution at discharge.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ignaciozapardiel@hotmail.com (I. Zapardiel Gutiérrez).

Introducción

Las lesiones del plexo lumbosacro durante el embarazo y el parto son muy poco frecuentes, estimándose que tienen una incidencia del 0,92%¹ y se han relacionado fundamentalmente con primigestas jóvenes, con fetos de gran tamaño. Se suelen presentar en el puerperio inmediato, después de partos prolongados, fundamentalmente a expensas del período de expulsivo, o bien en partos instrumentales. La forma de aparición más común es como parestesias en miembros inferiores, pérdida de fuerza e incluso como síndrome de pie caído² unas horas después del parto. Presentamos el caso de una paciente con una gestación a término, que acude al servicio de urgencias con síntomas sugestivos de compresión medular a nivel del plexo lumbosacro.

Caso clínico

Mujer de 34 años de edad, sin antecedentes personales de interés, primigesta de 38 semanas, que acude al servicio de urgencias por presentar un cuadro de disminución de la sensibilidad y adormecimiento en hipogastrio y en miembros inferiores, fundamentalmente en la cara posterior del tercio proximal de ambas piernas, de 3 días de evolución. La paciente no presentaba clínica neurológica antes del embarazo. En la exploración se objetiva una disminución de la sensibilidad en miembros inferiores e hipogastrio, sin respuesta a los estímulos dolorosos en dichas zonas. Se deriva a la paciente al Servicio de Neurología para valoración donde, tras realizar una exploración neurológica detallada, informan que la paciente presenta un cuadro de compresión del plexo lumbosacro, con afectación tanto sensitiva como motora, acompañado de pérdida de fuerza e imposibilidad para la deambulación de puntillas y talones, y con principio de compromiso vascular, por lo que aconsejan la realización de una cesárea de forma urgente debido al riesgo de isquemia del plexo nervioso por compresión del mismo por el polo cefálico fetal.

Se realiza una cesárea bajo anestesia general para evitar el enmascaramiento de los síntomas por la anestesia raquídea. La cesárea transcurre sin incidencias, naciendo un feto varón sano de 3.340 g. En el postoperatorio la paciente refiere leve mejoría de los síntomas. El cuadro se va resolviendo de forma progresiva, llegando a recuperar por completo, al tercer día del puerperio, la fuerza y la sensibilidad de miembros inferiores, y llegando tan sólo a sentir ligero adormecimiento en hemiabdomen inferior.

Discusión

Durante el embarazo o el parto se puede producir compresión de nervios periféricos o troncos nerviosos, siendo frecuentes la neuropatía femoral y el síndrome de pie caído posparto³. Éstos pueden producirse por la compresión de la cabeza fetal, la aplicación de un fórceps, traumatismos, hematomas tras cesárea o por una posición no adecuada de las piernas en el parto, aunque lo más frecuente es que no se conozca la causa exacta de esta complicación. En el caso que presentamos, este síndrome aparece en el tercer trimestre de gestación y no en el parto

como sucede con mayor frecuencia, y aunque en este período la causa exacta no se conoce, lo más probable es que esté en relación con la compresión del plexo contra el sacro por la cabeza fetal.

Los nervios que se lesionan con mayor frecuencia son los que forman el plexo lumbosacro, que se puede dividir en plexo lumbar formado por L1-L4 y plexo sacro de S1-S3 y, dentro de éstos, con mayor frecuencia el nervio femoral (formado por L2, L3 y L4), ya que discurre relacionándose estrechamente con el músculo iliopsoas; su lesión nerviosa puede estar localizada a cualquier nivel, pero el nervio es más susceptible de dañarse en su trayecto por el surco iliopsoas y a nivel del ligamento inguinal.

La forma de presentación clínica más frecuente es parestesia, anestesia, dolor, paresia, dificultad para levantarse o deambular y debilidad muscular (a nivel del cuádriceps femoral e iliopsoas). El diagnóstico se realiza mediante un examen físico de la paciente, preferiblemente por un neurólogo, y puede confirmarse con pruebas complementarias como el electromiograma. Una vez realizado el diagnóstico, si la causa sigue presente (como ocurre cuando se hace antes del parto) debe eliminarse la causa que lo produce y hacer todo lo posible por no incrementar el cuadro. En nuestro caso, el neurólogo aconseja la finalización del embarazo y contraindica el parto vaginal para evitar el aumento de presión a nivel del plexo, lo cual ocurre sobre todo en el período de expulsivo, pudiendo agravar el cuadro. El pronóstico es bueno⁴, en la mayoría de los casos se recupera por completo la función motora y sensitiva en un período aproximado de 3 meses sin necesidad de tratamiento, aunque ejercicios guiados por un fisioterapeuta pueden contribuir a una recuperación más rápida. La mayor parte de los síntomas desaparecen de forma precoz, tal y como sucedió en nuestro caso, al eliminar la causa que producía el cuadro, que era la compresión por la cabeza fetal.

A pesar de no ser un cuadro de aparición frecuente durante el embarazo, debe sospecharse siempre que una gestante en el tercer trimestre refiera un cuadro de dolor seguido de alteraciones en la sensibilidad, pérdida de fuerza y dificultad para la deambulación⁵, requiriendo la finalización de la gestación en caso de que exista compromiso nervioso.

Bibliografía

1. Wong CA, Scavone BM, Dugan S, Smith JC, Prather H, Ganchiff JN, et al. Incidence of postpartum lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries. *Obstet Gynecol*. 2003;101:279-88.
2. Graesslin O, Elaerts M, Palot M, Bednarczyk L, Quereux C. Maternal paralysis of obstetrical origin. Two case reports. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1996;25:858-61.
3. Lindner A, Schulte-Mattler W, Zierz S. Postpartum obturator nerve syndrome: Case report and review of the nerve compression syndrome during pregnancy and delivery. *Zentralbl Gynakol*. 1997;119:93-9.
4. Delarue MWG, Vles JSH, Hasaart THM. Lumbosacral plexopathy in the third trimester of pregnancy: A report of three cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1994;53:67-8.
5. Turgut F, Turgut M, Menteş E. Lumbosacral plexus compression by fetus: An unusual cause of radiculopathy during teenage pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;73:203-4.