

## ABORDAJE QUIRÚRGICO A LAS HERNIAS DISCALES LUMBARES EXTREMO LATERALES

G.F. Recagno, C.P. Plasenzotti

Sanatorio Julio Corzo - Hospital Español Rosario

### ABSTRACT

We operated 14 patients with a extreme lateral lumbar disk hernia. CAT was used in 9 cases and CAT -MRI in 5 cases. The surgical approach was done through a partial medial facetectomy and through a total facetectomy when necessary. After a follow-up of one year patients were symptomless. We conclude that MRI and high resolution CAT are the best diagnostic tests and partial or total facetectomy allowed a simple and direct approach.

**Key words:** Extreme lateral lumbar hernia, Surgical approach

**Palabras clave:** hernia discal, lumbar lateral, abordaje quirúrgico

### INTRODUCCIÓN

Dentro del amplio capítulo de las lumbalgias y lumbociáticas se ha hecho hincapié en los últimos años en el diagnóstico y tratamiento de las hernias discales lumbares (HDL) laterales (foraminales) o extremolaterales (extraforaminales) .-

Se clasifican así las hernias del núcleo pulposo que ocurren fuera del canal raquídeo, bajo la faceta articular (foraminal) o externas a la faceta (extraforaminales) afectando la raíz que emerge al mismo nivel del espacio comprometido ( por ejemplo la raíz L4 en el nivel L4-L5).

La incidencia según el nivel afectado, sobre 138 casos, según Abdullah<sup>1</sup> es:

L1-L2	1%	L4-L5	60 %
L2-L3	8%	L5-S1	7%
L3-L4	24%		

Corresponden en frecuencia desde 7% a 12% de las hernias de discos lumbares<sup>2</sup>.

Siendo superiores en los niveles L3-L4 y L4-L5, la forma de presentación más habitual es: parestesia del cuádriceps, hipo o arreflexia patelar e hipotesia en dermatoma L3 y L4.

Difieren de las HDL más medialmente localizadas en que:

1. La raíz nerviosa involucrada usualmente es la que emerge a nivel del espacio patológico.

2. El dolor tiende a ser más severo que con las HDL mediales (debido probablemente a compromiso directo del ganglio de la raíz dorsal).

3. El examen físico de los pacientes permite observar que el test de elevación del miembro inferior extendido (signo de Lasegue) es negativo entre el 85 y el 90 % de los casos; siendo positivo el test de estiramiento femoral con mayor frecuencia.

4. Se observa una incidencia más alta de fragmento extruido (60%) en las HDL extraforaminales.

La TAC de alta resolución o la IRM son los métodos más eficaces para el diagnóstico.

La TAC revela una masa que desplaza la grasa epidural; e invade el receso lateral, el foramen intervertebral o más laterales en las HDL extraforaminales; comprimiendo la raíz emergente<sup>3</sup>.

La IRM con cortes sagitales a través del foramen aumenta la sensibilidad diagnóstica. Este estudio tiene aproximadamente 8% de falsos positivos debido a la presencia de venas foraminales dilatadas que semejan HDL extremolaterales<sup>4</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Catorce pacientes con HDL foraminales y/o extraforaminales fueron operados con técnicas de resección total o subtotal medial de las facetas articulares. La edad de los pacientes osciló entre 32 y 71 años; con un promedio de 54,5 años, 10 hombres y 4 mujeres. Tres pacientes presentaron HDL en el nivel L3-L4 (una derecha y dos sobre el lado izquierdo); siete en el nivel L4-L5 (tres derechas y cuatro sobre el izquierdo); tres L5-S1 (izquierdas) uno con lesión en dos niveles L4-L5 y L5-S1 izquierdo.

El tiempo de evolución desde el inicio de la sintomatología hasta el momento de la cirugía fue entre 15 días y 7 meses.

De los 14 pacientes, 4 se presentaron con lumbocruralgia o lumbociática, el resto con irradiación radicular pura según nivel de lesión. El signo de Lasègue fue positivo en 3 de los pacientes con hernias L4-L5 y 3 en L5-S1. En los 3 pacientes con hernia L3-L4 se observó paresia del cuádriceps, junto a hipo o arreflexia patelar, y parestesias en territorio de L3. Dos de los pacientes con hernia L5-S1 mostraron paresia de L5 con dificultad en la dorsiflexión del pie.

Hallamos en L3-L4, dos hernias extraforaminales y una foraminal; en L4-L5, tres fueron extraforaminales y una foraminal; en L5-S1 dos extraforaminales y dos foraminales<sup>1</sup>. La técnica quirúrgica practicada consistió en facetectomía medial subtotal en siete pacientes (cuatro L4-L5; dos L5-S1 y uno L3-L4) y facetectomía total en los otros siete (cuatro L4-L5; dos L5-S1 y dos L3-L4). Se abordaron 15 niveles en 14 pacientes.

Se evaluaron al momento del alta según sintomatología, principalmente resolución del dolor y déficit motor.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Bajo anestesia general y en decúbito ventral efectuamos una incisión mediana, centrada sobre las apófisis espinosas correspondientes al espacio afectado, algo más extendida que lo habitual para poder retraer mejor la masa muscular (10 cm aproximadamente).

Luego de seccionar la aponeurosis, desinsertamos la masa muscular paravertebral legando hasta dejar al descubierto completamente el macizo articular; sin extirpar el ligamento amarillo, resecamos la mitad interna de las facetas articulares; si no se logra exponer correctamente la hernia y la raíz realizamos facetectomía total.

Identificada la raíz se procede a la disección y extirpación del material si está extruido o incidiendo el ligamento vertebral común posterior en caso contrario. La extrusión es más frecuente en localización extraforaminal mientras que la protrusión predomina bajo el foramen.

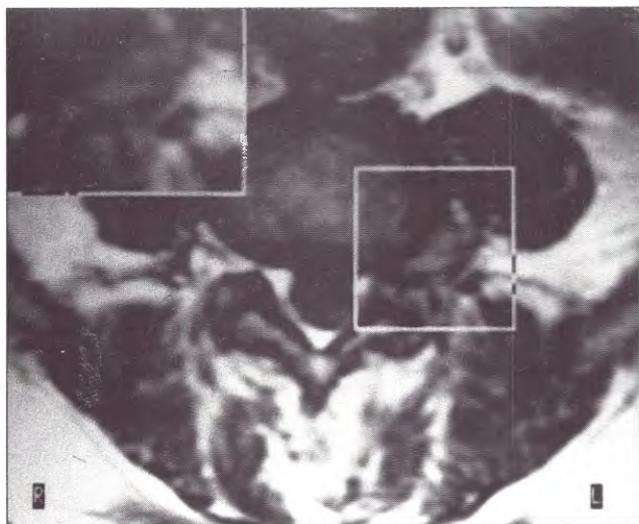


Fig. 1. HDL extremo lateral extruido izquierdo L4 L5.

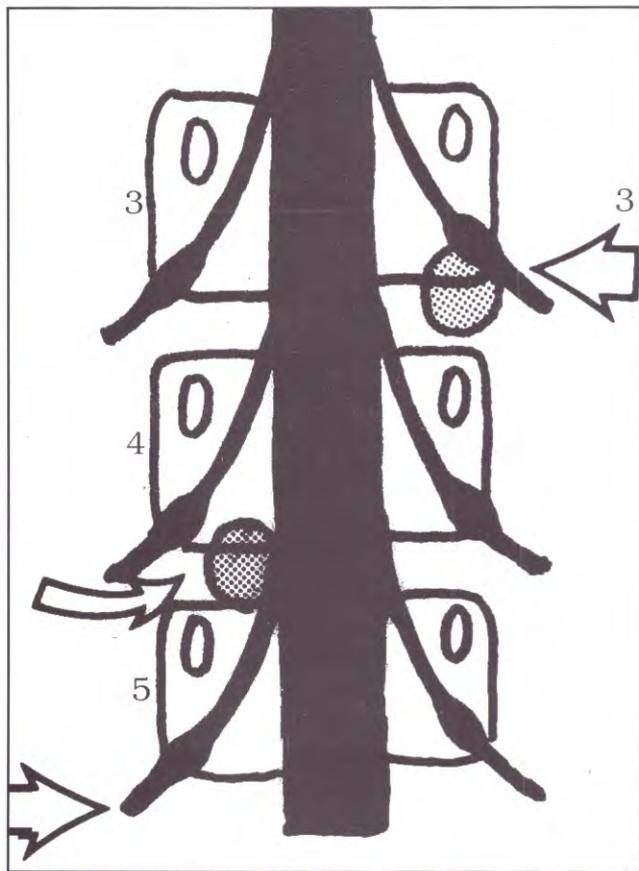


Fig. 2. Compresión radicular y de ganglio según la localización de la HDL.

En uno de los casos se extrajo un fragmento extruido de aproximadamente 10 x 5 x 5 mm, en otros 5, fragmentos extruidos más pequeños externos a la faceta y en dos casos también bajo la misma; en el resto el núcleo pulposo herniado debió ser extirpado luego de seccionar el ligamento vertebral común posterior.

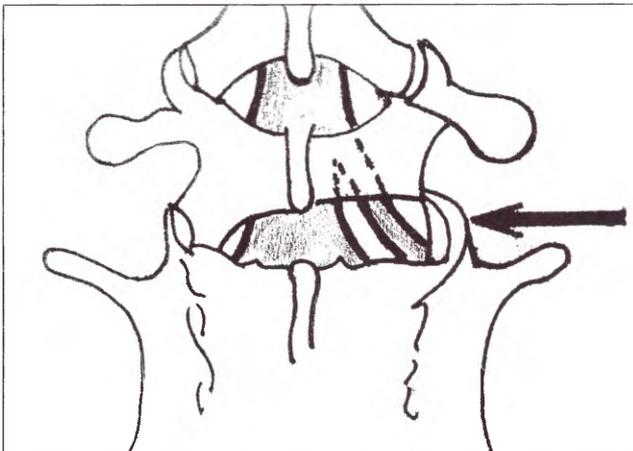


Fig. 3. Resección de la faceta articular.

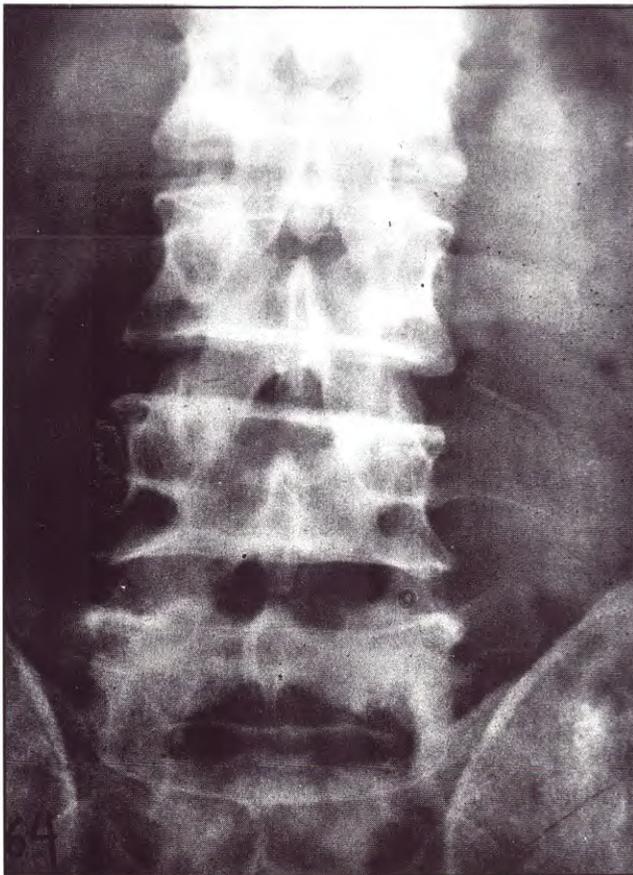


Fig. 4. Radiografía postquirúrgica. Resección parcial articular L5-S1 izquierda.

## DISCUSIÓN

La existencia de hernias del núcleo pulposo lumbares delante o externa a la faceta articular es conocida de larga data pero su objetiva demostración ha dependido de la TAC de alta resolución y de la IRM<sup>5</sup>.

No habíamos tenido oportunidad de diagnosticarlas anteriormente pero creemos que han correspondido al grupo de pacientes con síntomas radicales lumbares en las cuales la radiculografía no las demostró y la TAC sin suficiente resolución tampoco y por lo tanto no hicimos la indicación quirúrgica<sup>6</sup>.

Hemos observado que nuestros pacientes se quejaban fundamentalmente de ciática o dolor intenso a nivel del dermatoma afectado; con menos compromiso lumbálgico que en las lesiones más mediales, quizás por compresión directa del ganglio sensitivo.

En tres de los pacientes la Rx directa demostró importante pinzamiento en el espacio afectado por la patología.

Utilizamos como método de diagnóstico la IRM en cinco casos que nos brindó, junto a la TAC de alta resolución, las mejores imágenes.

En época anterior a la TAC, Abdullah comunicó mielografías negativas en los 24 casos publicados y debió recurrir a la discografía como método diagnóstico. Posteriormente Maroon utilizó la tomografía con discografía.

Creemos estos métodos superados por la excelente definición de la TAC y la IRM.

La localización predomina a nivel L4-L5 La edad promedio es de 54,5 años y el sexo predominante masculino.

Elegimos la técnica quirúrgica descrita por su simpleza y rapidez; no efectuamos facetectomía total de comienzo, ya que la consideramos innecesariamente amplia, si no fuera necesario.

El abordaje totalmente lateral nos resultó una vía no usual para nuestra experiencia.

Los pacientes tuvieron un postoperatorio habitual, sin complicaciones, sin referir más lumbalgia que la observada en este tipo de intervenciones.

No se halló mayor déficit radicular que el existente previo a la Cirugía, comprobándose progresiva recuperación. Los pacientes fueron dados de alta entre el tercer y cuarto día postoperatorio. No se hallaron signos de inestabilidad postquirúrgica luego de un año de seguimiento.

La Rx postoperatoria demostró la resección articular y la IRM la liberación radicular.

### CONCLUSIÓN

Se presenta nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de hernias discales lumbares extremo laterales.

Se evalúan los métodos diagnósticos concluyendo que la IRM y TAC de alta resolución, brindan la mayor definición en las imágenes.

Se describe la técnica quirúrgica utilizada, consistente en la resección de la faceta articular, parcial o totalmente, comparándolas con las otras publicadas.

### Bibliografía

1. Abdullab AF, Wolber PGH, Warfield JR et al: Surgical management of lateral lumbar disc hemiations. Review of 138 cases. **Neurosurgery** 22: 648-653, 1988.
2. Epstein N E: Evaluation of varied surgical approaches used in the management of 170 far lateral lumbar disc herniations: indications and results. **J Neurosurg** 83: 648-656; 1995.
3. Godersky JC, Erickson D L, Seljeskof EL: Extreme lateral disc herniation; Diagnosis by CT scanning. **Neurosurgery** 14: 549-552, 1984.
4. Grenier N , Greselle JFI, Douwsc, et al: MRI of Foraminal and Extraforaminal Lumbar Disk herniations. **J Comput Assist Tomogr** 14: 243-249, 1990.
5. O'Brien MF, Peterson D, Crockard A: A posterolateral microsurgical approach to extreme lateral lumbar disc herniation. **J Neurosurg** 83: 636-640; 1995.
6. Recagno G F: Abordaje a las hernias discales lumbares laterales. Presentado en XXXIII Jornadas de Neurocirugía de la Pcia. de Buenos Aires, Pinamar, 1991.