

## HERNIAS DISCALES DORSALES. CLINICA Y TRATAMIENTO

B. ODORIZ, H. GICOLI, R. NEME

*Cátedra de Neurología y Neurocirugía. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Cuyo.*

---

**PALABRAS CLAVE:** Hernias de disco dorsal - Mielografía.

### Introducción

A pesar que la hernia del núcleo pulposo del disco intervertebral dorsal aparentemente es una patología considerada poco conocida, de incidencia escasa y con un cuadro sombrío y grave, nosotros creemos que ello no es así.

Es así que en la Clínica Mayo recién fue admitido un paciente con una hernia dorsal a nivel 6 en 1922 y sólo 17 casos fueron recogidos por Love y Kiefer (12) desde esa fecha hasta 1950 de los anales de dicha Clínica. En 1963 para Arseni y Nash (2) el número de casos registrados sólo había llegado a 191. Es clásico asimismo el artículo de Muller (13) donde se hace hincapié en la gravedad y el pronóstico sombrío de estos casos.

Sin embargo, contrapuesto a todo lo anterior, se trata de una afección que ya desde 1838, cuando Key la describe (8), se suponía que podía producir un cuadro de compresión medular y Carson, Gumpert y Jefferson en 1971 (4) consideran que su incidencia no es baja, sino que es de un caso por millón de habitantes por año. Concomitantamente estos autores sostienen que un buen diagnóstico y tratamiento cambian su sombrío pronóstico.

El objeto de esta presentación es mostrar nuestra experiencia, la cual nos lleva a sostener que, combinando:

- a) una actitud de expectativa para su diagnóstico clínico preoperatorio basado en el conocimiento de ciertas características de su cuadro clínico y su real incidencia de presentación, mayor que lo que clásicamente se sostiene,
- b) una excelente radiología, y
- c) una cirugía racional, donde se aúnan el cuidado y la suavidad, invariablemente se obtendrán buenos resultados en pacientes con hernia de núcleo pulposo dorsal que no hayan tenido ya una lesión grave y total.

### Material y Método

Durante el período 1970-1985 se observaron 12 casos de hernias del núcleo pulposo de los discos intervertebrales dorsales (Tabla 1). Sus edades oscilaban entre los 28 y los 62 años, con un promedio de 45 años, existiendo predominio de 3:1 en favor del sexo masculino.

Todos los pacientes fueron examinados clínicamente, se les realizó Rx simple de columna y cuidadosa mielografía con contraste positivo (lipiodol ultrafluido) vía lumbar. Se intervinieron quirúrgicamente 11 de ellos, mediante la vía posterolateral (Carson y Col. 1971). Un caso

Tabla 1

Caso	Sexo	Edad	Nivel	Ant. Traum.	Evol.	Sint. Mot.	Sint. Sens.	Resultado
1	F	51	D8-9	SI	4a.	4	NIVEL D10	EXCELENTE
2	F	43	D9-10 D10-11	NO	3a.	3	NIV. DUDOSO	EXCELENTE
3	F	43	D10-11	NO	5a.	3	NIV. DUDOSO	POBRE
4	M	54	D8-9	NO	4a.	2	NIVEL D10	BUENO
5	M	62	D11-12	SI	24 hs.	3	NIVEL D11-12	EXCELENTE
6	M	36	D9-10	NO	3a.	3	NIV. DUDOSO	POBRE
7	M	48	D8-9	SI	4a.	3	NIV. D10	NO SE OPERO
8	M	50	D7-8	NO	3a.	3	NIV. D7	BUENO
9	F	28	D7-8	NO	1a.	1	NIV. DUDOSO	EXCELENTE
10	M	42	D9-10	NO	1a.	3	NIV. DUDOSO	POBRE
11	M	33	D11-12	NO	2a.	4	NIV. D9	POBRE
12	M	39	D10-11	NO	1a.	3	NIV. D9	EXCELENTE

SINT. MOTORES: 1: Paraparesia leve - 2: Parap., camina con bastón solo - 3: camina con ayuda - 4. Paraplejía.

(No. 6) se negó a ser intervenido quirúrgicamente, siendo portador de una hernia a nivel D8-9.

### Resultados

Se observa en la Tabla 1 que la mayoría de los pacientes (2/3) presentaban la hernia a nivel D8 a D10. Un solo paciente presentó dos hernias, a niveles D9-10 y D10-11 (Caso 2).

Los antecedentes traumáticos se hallaban presentes en sólo el 25% de los casos (2 caídas sentados y una torsión violenta con flexión).

La manifestación inicial fue en todos los casos un dolor o manifestación dolorosa medial o paramedial a nivel dorsal, aproximadamente en el mismo nivel donde a posteriori se encontró la hernia. La mayoría de las veces dicho dolor inicialmente fue agudo, pero se convirtió en una "molestia no clara" con el pasar del tiempo.

La evolución desde la primera manifestación hasta el momento del diagnóstico varió ampliamente, desde 1 día a 5 años, siendo en la mayoría de los pacientes (67%) una historia crónica de 2 o más años. Sólo 1 caso (No. 5) fue visto primariamente por uno de los autores.

Los cuadros clínicos presentaban características razonablemente homogéneas, no solamente en las manifestaciones motoras paraparesicas, sino también en las sensitivas. En estas últimas es de resaltar:

- 1°) que generalmente eran disestesias molestas y a veces realmente desagradables, relacionadas con la percepción térmica (sensación pervertida),
- 2°) su topografía no era homogénea, y
- 3°) su nivel clínico, en la mayoría de los casos, era superior al dermatoma correspon-

diente a la lesión hallada. Los síntomas motores no se correspondieron paralelamente, salvo en el caso agudo (No. 5), con los trastornos esfínterianos urinarios esperados.

Los estudios radiológicos simples, excepto en 2 casos (5 y 8) donde se vio la calcificación del fragmento herniado, no demostraron alteraciones evidentes, pero el estudio mielográfico reveló siempre el diagnóstico claramente.

Todos los casos fueron intervenidos quirúrgicamente mediante el abordaje posterolateral. Sólo un paciente se negó a la operación, caso que fallece pocos meses después, por una infección urinaria (pielonefritis) con insuficiencia renal aguda.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con reintegro a sus ocupaciones habituales del 70% de los pacientes, quedando sin signos obvios el 71% de éstos. Sólo el 30% obtuvo una pobre mejoría.

### Discusión

La incidencia de nuestra casuística, doce casos en 14 años, muestra que su frecuencia de aparición es mayor de lo que clásicamente se cree, estando de acuerdo en esto con Carson y Col. (1971). El análisis de ella nos lleva a sostener que una historia cuidadosa con un examen neurológico prolijo hace que, teniendo en cuenta en forma presuntiva el posible diagnóstico de hernia discal dorsal (4), dicho diagnóstico puede preverse, (4) más específicamente llevarlo "in mente", para confirmarlo en el estudio mielográfico. La importancia del diagnóstico preoperatorio es fundamental para un resultado favorable, haciendo desaparecer maniobras de exploración innecesarias que, a nuestro juicio, son las responsables de los resultados sombríos de otras comunicaciones.

A pesar de los artículos de Muller (13), Logue (11), Arseni y Nash (2), Love (12) y Alvarez y Col. (1) coincidimos con Carson y Col. (4) en que el cuadro clínico de las hernias de disco dorsales ha sido subestimado y que existen datos que hacen que dicha afección pueda ser sospechada fehacientemente. Dichos datos, a nuestro entender, junto a Kuhlendahl (10) y Carson y Col. son: una historia clínica crónica, de años,

iniciada con un dolor agudo dorsal que persiste a posteriori, aunque más leve, a la que se agrega una historia también crónica de "sensaciones perversas" sobre todo térmicas y finalmente un cuadro motor de paraparesia progresiva (motivo de consulta final al neurocirujano o neurólogo), sin síntomas evidentes o de intensidad semejante de trastornos de la mecánica vesical. Estos síntomas y signos hacen una indicación precisa de estudio mielográfico para confirmar el diagnóstico. Esto es más claro cuando existe un antecedente traumático, que en nuestros casos no ha sido frecuente (25%), a pesar de que sí lo es en otras casuísticas (Carson, 1971).

La importancia de una mielografía de excelente técnica ha sido manifestada por Kroll y Reiss (9), y pensamos con ellos que es el resultado del accionar conjunto del neurólogo o neurocirujano con el radiólogo en el momento del estudio. Ello conlleva, creemos, junto con el cuadro clínico, a un aumento en el número de hallazgos de esta patología. Nos resulta interesante destacar aquí, que en el momento del examen mielográfico buscando el nivel anatómico-radiológico, hay que tener en cuenta el hecho de que, en ciertos casos, el nivel clínico es más alto, hecho imputado por Hawk (6), Arseni y Nash (2) y Carson y Col. (4) al componente de compromiso compresivo vascular arterial del disco protruído.

No hemos utilizado la Tomografía Axial Computada en el diagnóstico de esta afección, ya que, coincidiendo con Ciapetta y Col. (5), queda reservada, por razones lógicas, para el estudio de aquellos casos que presentaban calcificación intraespinal. En estos casos creemos que, aunque puede ser utilizada, siempre es mandatorio un estudio mielográfico con contraste positivo, por lo que nosotros la hemos obviado.

Con el diagnóstico correcto preoperatorio, nuestra técnica quirúrgica ha sido siempre la preconizada por Carson y Col. (4) o sea el abordaje posterolateral que, siendo sencillo y simple, es realmente efectivo. Dicho abordaje también permite utilizar la técnica de Patterson y Arbit (14) en aquellos discos más difíciles y mediales. No hemos utilizado en ningún caso las técnicas de abordaje anterolateral, incidadas por Hulme (7), Ciapetta y Col. (5), Román y Col. (15) y otros, por considerarla más complicada y sin aparentes ventajas sobre la utilizada por nosotros.

### Conclusiones

Debemos resaltar los siguientes puntos:

- 1 — La hernia discal lumbar es una patología que se presenta con una incidencia mayor de lo que generalmente se cree.
- 2 — Presenta una historia clínica crónica, donde el antecedente traumático puede no ser relevante.
- 3 — Su cuadro clínico es muy sugestivo, si tenemos en cuenta ciertos parámetros que no siempre se consideran.
- 4 — Aunque la tomografía axial computada es de valor, es fundamental el estudio mielográfico cuidadoso con contraste positivo realizado conjuntamente entre el neurólogo/neurocirujano y el radiólogo, teniendo presente siempre que en ciertos casos la imagen radiológica puede hallarse 1 o 2 niveles por debajo del que la clínica indica.
- 5 — Los resultados del tratamiento pueden ser satisfactorios en la mayoría de los casos si, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada, se llega al acto operatorio con el diagnóstico correcto y claro.
- 6 — Abogamos como técnica quirúrgica, por su sencillez y efectividad, la vía posterolateral, siempre considerando como premisa básica un accionar preciso y sumamente cuidadoso.

### BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez M, Usaralde H, y Moncaut N: Estudio estadístico de 280 compresiones radiculomedulares ope-

radas. XIII Congr Arg de la Asoc Arg de Neurocirugía Buenos Aires, 1971.

2. Arseni C y Nash F: Thoracic Intervertebral Disk Protrusion. A Clinical Study. *J Neurosurg* 17:418-430, 1960.

3. Arseni C y Nash F: Protrusion of thoracic intervertebral discs. *Acta Neurochir (Wien)* 11:3-33, 1963.

4. Carson J, Gumpert J y Jefferson A: Diagnosis and treatment of thoracic intervertebral disc protrusions. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 34:68-77, 1971.

5. Ciapetta P, Celli P, Delfini R y Cantore GP: Computed tomography in diagnosis of thoracic disk protrusions with a technical suggestion. *Zentralbl Neurochir* 43:77-84, 1982.

6. Hawk WA: Spinal compression caused by echodrosis of the intervertebral fibrocartilage with a review of the recent literature. *Brain* 59:204-224, 1936.

7. Hulme A: The surgical approach to thoracic intervertebral disc protrusions. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 23:133-137, 1960.

8. Key CA: On paraplegia depending on disease of the ligaments of the spine. *Guy's Hosp Rep* 3:17-34, 1938.

9. Kroll FW y Reiss E: Der Thorakale Bandscheibenprolaps *Dtsch Med Wschr* 76:600-603, 1951.

10. Kuhlendahl H: Der thorakale Bandscheibenprolaps als extramedullärer Spinal-tumor und in seinen Beziehungen zu internen organsyndromen. *Arztl. Wschr* 6:154-157, 1951.

11. Logue V: Thoracic intervertebral disc prolapse with spinal cord compression. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 15:227-241, 1952.

12. Love JG y Kefer EJ: Root pain and paraplegia due to protrusions of thoracic intervertebral discs. *J Neurosurg* 7:62-69, 1950.

13. Muller R: Protrusion of thoracic intervertebral discs with compression of the spinal cord. *Acta Med Scand* 139:99-104, 1951.

14. Patterson R y Arbit E: Surgical Approach through the pedicle to protruded thoracic discs. *J Neurosurg* 48:768-772, 1978.

15. Roman RF, Morales JC, Olivieri SD, Ternak AN y Turjansky L: Costotransversectomía en el tratamiento de las hernias discales dorsales. XXV Congr Anual de la Asoc Arg de Neurocirugía Tucumán, 1983.