

REPORTE DE CASO

Primer caso registrado de hernia discal torácica operada en Paraguay. Dificultades y desafíos

First recorded case of thoracic disc herniation operated in Paraguay. Difficulties and challenges

Marín-Sanabria EA, Arbo Oze de Morvil CA, Silva Figueredo JR, Franco Schiavo M.
Sanatório San Roque, Asunción, Paraguay.

RESUMEN

La hernia discal de la columna torácica sintomática con indicación quirúrgica es poco frecuente. La dificultad para el diagnóstico temprano radica en encontrar signos y síntomas que orienten a solicitar la Resonancia Magnética Nuclear de la columna a nivel torácica para obtener una rápida identificación del fenómeno compresivo sobre la médula espinal. El objetivo de este trabajo es realizar la presentación de la primera hernia discal de la columna torácica tratada quirúrgicamente en forma exitosa en Paraguay, discutir la historia natural y determinar las dificultades del diagnóstico clínico y manejo quirúrgico. El caso presentado es el de un paciente de sexo masculino, de 61 años, con historia de dolor lumbar y posterior debilidad progresiva rápida del miembro inferior izquierdo hasta la paraplejía. Los datos de la rutina laboratorial de sangre y líquido cefalorraquídeo, ni estudios electromiográficos mostraron un patrón típico. El estudio por imágenes determinó con precisión el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico constituyó un abordaje anterior transtorácico, intrapleural y disectomía parcial de una de una hernia fibrosa dura, sin necesidad de adicionar algún sistema de artrodesis. La evolución fue excelente con recuperación total de la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores.

Palabras clave: disectomía torácica, hernia discal torácica; paraplejía.

Autor correspondiente: Dr. Ph D. Elio Arnaldo Marín-Sanabria, Email eamarin@yahoo.com, Teléf.: 595-21-2171000,

Fecha de recepción el 21 de noviembre del 2014; aceptado el 29 de diciembre del 2014.

ABSTRACT

Symptomatic herniated disks of thoracic column with surgical indication are not frequent. The difficulty for an early diagnosis lays on finding signs and symptoms orienting to request a Nuclear Magnetic Resonance of the thoracic column in order to obtain a rapid identification of the compressive phenomenon on the spinal cord. The objective of this study is to present the first herniated disk of the thoracic column treated surgically and successfully in Paraguay, discuss the natural history and determine the difficulties of the clinical diagnosis and surgical handling. The case presented is one of a 61-year old male patient with history of lumbar pain and progressive and rapid weakness of the left lower extremity until paraplegia. Neither the routine laboratory data of blood and cephalorachidian fluid nor the electromyographic studies showed a typical pattern. The image study determined precisely the diagnosis. The surgical treatment was an intrapleural, anterior transthoracic approach and partial discectomy of one hard fibrous hernia, without the need to add any arthrodesis system. The evolution was excellent with total recovery of mobility and sensitivity of lower extremities.

Key Words: thoracic discectomy, thoracic herniated disk, paraplegia.

INTRODUCCION

Hernia discal de la columna torácica sintomática con indicación quirúrgica es infrecuente. Uno de los principales problemas en el tratamiento de los mismos es determinar a través de síntomas y signos tempranos la necesidad de solicitar un estudio diagnóstico preciso. Actualmente, la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de la columna vertebral ha hecho que el diagnóstico sea rápido y efectivo. Las opciones terapéuticas quirúrgicas presentan sus dificultades y desafíos según la técnica elegida.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar la presentación de la primera hernia discal de la columna torácica tratada quirúrgicamente en forma exitosa en Paraguay, discutir la historia natural y determinar las dificultades del diagnóstico clínico y manejo quirúrgico.

PRESENTACIÓN CLINICA

Paciente de sexo masculino, de 61 años, 183 cm de altura, 124 kg de peso, que ingresa caminando al consultorio con historia de dolor lumbar inespecífico de una semana de evolución, el cuadro se acompaña de debilidad progresiva de miembro inferior izquierdo casi imperceptible por el mismo paciente, que no le impide realizar sus actividades diarias. En el examen físico llama la atención la diferencia de fuerza muscular entre ambos miembros inferiores, principalmente en territorio S1 izquierdo. Llamativamente el paciente niega cuadro de cialgia. No hipoestesia, reflejos osteotendinosos simétricos no exaltados, no signos de Lasegue.

La RMN de la columna lumbar muestra solamente discopatía lumbar de los niveles L4-L5 y L5-S1 que no explican el cuadro clínico del paciente. Se solicita Electromiografía de miembros inferiores.

Tres días posteriores a la consulta, al levantarse en la mañana el paciente se percata de marcada pérdida de la fuerza muscular de ambos miembros inferiores (MMII) de proximal a distal, principalmente del miembro inferior izquierdo, que le impide deambular. Por lo que es admitido de urgencia en el Hospital. Retrospectivamente refiere antecedentes aislados de dificultad de control de esfínteres.

Durante su internación, al examen neurológico se constata una disminución de la fuerza muscular en ambos MMII predominando del lado izquierdo MII: 3/5 MID: 4/5, con hiporreflexia rotuliana y aquiliana sin trastornos sensitivos, reflejo cutáneo plantar indiferente, no trastornos esfinterianos, no se constatan signos cerebelosos o meníngeos.

En las 8 horas posteriores a su ingreso, el déficit motor del MII se encontraba en 2/5 y del MID en 3/5, arreflexia osteo tendinosa y nivel sensitivo en silla de montar con incontinencia vesical.

Aunque el aspecto del líquido cefalorraquídeo (LCR) fue límpido e incoloro, glucorraquia de 56 mg/dl, proteínorraquia de 20 mg/dl, llamativamente se constata Leucocitos de 1000 elem/uL, con predominancia de un 70% de polimorfonucleares y 30% de mononucleares y por otra parte Hematies de 100 elem/uL, con 90% de frescos. Todos los cultivos de LCR fueron negativos.

El electromiograma de miembros inferiores muestra velocidades de conducción dentro de límites normales, onda F de latencia normal pero de aspecto polifásico (**figura N°1**), la detección muscular no mostró actividad de reposo, el reclutamiento pobre y de baja amplitud debido a la disminución de la fuerza muscular.

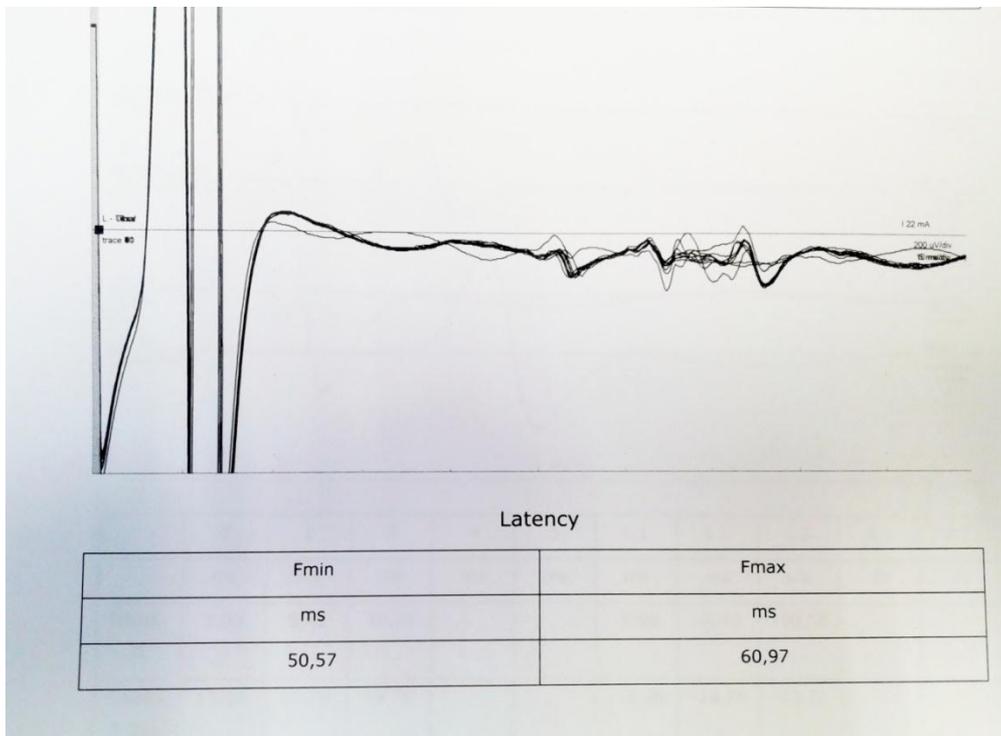


Figura 1. Electromiografía de miembro inferior izquierdo, que muestra la respuesta polifásica de latencia F con retardo entre los grupos de ondas registradas.

Teniendo en cuenta la falta de un cuadro clínico que oriente hacia patología infecciosa, la rápida evolución de la paraparesía con nivel sensitivo y el hallazgo electromiográfico que aunque inespecífico orientaba hacia patología proximal se solicita RMN de la columna dorsal con contraste constatándose hernia discal torácica extrusa y lateralizada a izquierda al nivel de T10-T11 con mielomalacia al nivel correspondiente (**figura N°2**). Es de destacar que el paciente evolucionó a una paraplejía y pérdida de control de esfínteres inmediatamente antes del acto operatorio.



Figura 2. Resonancia Magnética Nuclear de la Columna Torácica pre operatoria en T2 (izquierda) y T1 con contraste (derecha) que muestra hernia discal torácica extrusa a nivel de T10-T11.

La técnica quirúrgica elegida fue el abordaje anterior, consiste en un abordaje transtorácico, intrapleural izquierdo en posición lateral con la asistencia de cirujanos torácicos. Se constató una hernia discal fibrosa dura, no calcificada, la disectomía parcial posterior (tercio posterior) laboriosa y con mínima corpectomía inferior y superior izquierda del tercio posterior de T10 y T11 respectivamente, no se constató lesión de saco dural, y no hubo necesidad de adicionar algún sistema de artrodesis en consideración de que no se desarrolló inestabilidad alguna de la columna vertebral (**figura N°3**).

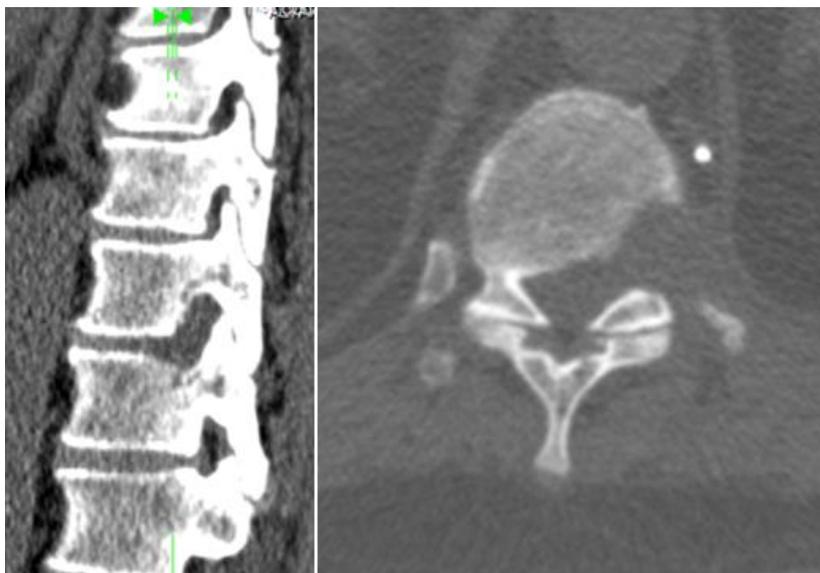


Figura 3. Tomografía axial computarizada postoperatoria de la columna lumbar, muestra mínima corpectomía inferior y superior de los niveles T10 y T11 con la foraminotomía correspondiente (derecha) y corpectomía izquierda del tercio posterior izquierdo de T10 – trayecto utilizado para la disectomía (derecha).

El paciente evolucionó favorablemente, en el post-operatorio inmediato con fuerza de 3/5 en ambos miembros inferiores. Fue dado de alta del Hospital al quinto día, deambulando con asistencia y luego de 6 meses de asistencia kinésica presenta fuerza muscular 5/5 en ambos miembros inferiores. La única queja que persiste es la parestesia dolorosa en el lugar de la toracotomía izquierda.

DISCUSION

La hernia discal torácica es muy rara en comparación con sus contrapartes cervical y lumbar, comprometiendo en el 0.1 al 4 % de las hernias discales [8].

En una revisión de 280 casos, se constató que la máxima incidencia de la misma se constató en la cuarta década con 75% de discos protruidos por debajo de T8 [1].

Llamativamente el dolor lumbar fue el principal síntoma de presentación seguido por trastornos sensitivos. Al momento del diagnóstico el 70 % de los pacientes presentaban signos de compresión medular, 13 de 23 pacientes mielopatía severa o parálisis motora. [1,4]. Muchos tienen historia de antecedentes traumáticos en el último mes [1].

Nuestro paciente debuta con debilidad de MMII de rápida evolución con componente álgido inespecífico (lumbar bajo) de una semana de evolución y con lesiones discales radiológicas de discopatías (L4-L5 – L5-S1) incompatibles con el cuadro clínico.

Los trastornos sensitivos aparecen horas después y la sistematización orientaba a una compresión del cono medular o cola de caballo, el resultado del LCR para el cual no encontramos explicación, aumentaba la dificultad diagnóstica. El hallazgo de la onda F del electromiograma no era típico de las radiculopatías lumbares y su aspecto polifásico evocaba varios niveles de respuesta.

El cuadro clínico de nuestro paciente difiere del descrito en los hallazgos de la literatura en que presenta una rápida evolución del déficit motor y sensitivo, este último con una distribución no acorde al nivel de compresión, si bien atípico en las descripciones existentes de hernia discal dorsal, motivaron la realización de la RMN dorsal descrita más arriba.

La RMN, constituye el método por imágenes que ofrece mayores y más completas informaciones en cuanto a la condición del disco intervertebral, la ocupación del canal vertebral y la afectación de los elementos neurales. La Tomografía Axial Computarizada constituye un estudio complementario para evaluar las condiciones de calcificación de los elementos vertebro discales. En un estudio realizado con TAC de columna torácica, constataron 11 de 23 pacientes con disco calcificado y osteofitos [4]. Nuestro caso en particular presentó una hernia de características fibrosas, no blandas, lo que llevó a una disectomía laboriosa.

Teniendo en cuenta el abordaje quirúrgico, por lo general, se conocen dos opciones: anterior a través de una toracotomía o posterior a través de descompresión transfacetaria, laminectomias o costotransversectomía.

La descompresión anterior transtorácica del disco herniado torácico es considerado el abordaje Gold Standard [3,5,6], comparando con otros abordajes quirúrgico que en muchos casos puede basarse en la experiencia y preferencia del cirujano [2].

Sea la técnica operatoria elegida, el objetivo final es obtener una adecuada descompresión de los elementos neuronales y mejoría clínica neurológica.

Con respecto al resultado de satisfacción se encontró alrededor de 57% solamente con laminectomía descompresiva vs 80% con abordajes laterales, posterolaterales o transtorácicos [1].

En nuestro caso en particular se constató mejoría notable de la paraplejía preoperatoria a una fuerza muscular de MMII 3/5 en el inmediato postoperatorio.

Es sabido de resultados pocos satisfactorios, como en el caso de una experiencia de 9 años entre 1973 a 1982, en 23 pacientes, se habían utilizado el abordaje lateral como opción terapéutica en combinación con laminectomias, y se constató que en 4 pacientes en quienes se realizó ese último procedimiento quedaron parapléjicos [4].

Otra serie de experiencias quirúrgicas constituye un estudio de origen japonés de 23 pacientes, operados en un periodo de 16 años, los mismos fueron tratados con disectomía total y fusión de los cuerpos vertebrales, además en su población como dato adicional, constataron también la osificación del ligamento amarillo coincidente con el nivel discal herniado y en todos los casos prefirieron el abordaje extrapleural por facilitar la evolución post operatoria [7]. En nuestro caso en particular utilizamos el abordaje transpleural sin dificultad técnica alguna.

En nuestra experiencia, durante el abordaje la principal dificultad encontrada fue la localización exacta del nivel de la hernia, incluso utilizando fluoroscopia per operatoria.

No reportamos complicación alguna, no se requirió hasta la fecha cirugía adicional de estabilización de la columna torácica, tampoco se presentó cuadro infeccioso. Debido a la parestesia dolorosa en el lugar de la toracotomía nos obliga a buscar un abordaje menos agresivo pero que otorgue suficiente espacio de trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arce C., Dohrmann G. Thoracic disc herniation: Improved diagnosis with computed tomographic scanning and a review of the literature. *Surgical Neurology*, 1985; 23(4): 356–361.
2. Bransford R., Zhang F., Bellabarba C., Lee MJ. Treating thoracic-disc herniations: Do we always have to have to go anteriorly? *Evidence Based Spine-Care Journal*, 2010; 1(1) 21-28.
3. Fessler RG, Sturgill M. Review: Complications of surgery for thoracic disc disease. *Surg Neurol*, 1998 ; 49(6): 609–618.
4. Maiman DJ, Larson SJ, Luck E.; El-Ghatit A. Lateral Extracavitary Approach to the Spine for Thoracic Disc Herniation: Report of 23 Cases. *Neurosurgery* 1984; 14: 178-182.
5. McCormick WE, Will SF, Benzel E. Surgery for thoracic disc disease. Complication avoidance: overview and management. *Neurosurg Focus*; 2000; 9(4): e13.
6. Mulier S, Debois V. Thoracic disc herniations: trans thoracic, lateral, or posterolateral approach? A review. *Surg Neurol*; 1998; 49(6):599–606;
7. Otani K, Yoshida M, Fujii E, Nakai S, Shibasaki K. Thoracic Disc Herniation: Surgical Treatment in 23 Patients. *Spine*, 1988; 13(11):1262-1267.
8. Ridenour TR, Haddad SF, Hitchon PW, et al. Herniated thoracic discs: treatment and outcome. *J Spinal Disord*, 1993; 6:218–224.