

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA DISCAL TORÁCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María del Carmen Viejobueno Mayordomo, José Vicente Ramírez Villaescusa, David Ruiz Picazo, Joaquín Alfaro Micó, Leticia García Sánchez, Ana Verdejo González.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA).

INTRODUCCIÓN

La hernia discal torácica es infrecuente. Aunque visible en pruebas de imagen en el 11-37% de los casos, la hernia discal sintomática representa el 0,15-1,8% de todas las hernias discales con una incidencia de 1/1000000. En el 75% de los casos se encuentra por debajo de T7, siendo el disco T11-T12 el más vulnerable, con alto riesgo de compresión medular. El tratamiento quirúrgico puede tener complicaciones potencialmente graves.

OBJETIVO

Evaluar a través de un caso clínico y revisión de la literatura el tratamiento de la hernia discal torácica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un caso clínico de una mujer de 57 años con diagnóstico de espondilolistesis L5-S1 intervenida mediante artrodesis instrumentada a los 40 años con posterior retirada de instrumentación, consulta por dolor en columna toracolumbar con marcha en flexión anterior del raquis que precisa andador y discapacidad severa sin déficit motor ni alteración de esfínteres. En RNM se observa hernia discal posteromedial T12-L1 (Fig. 1).

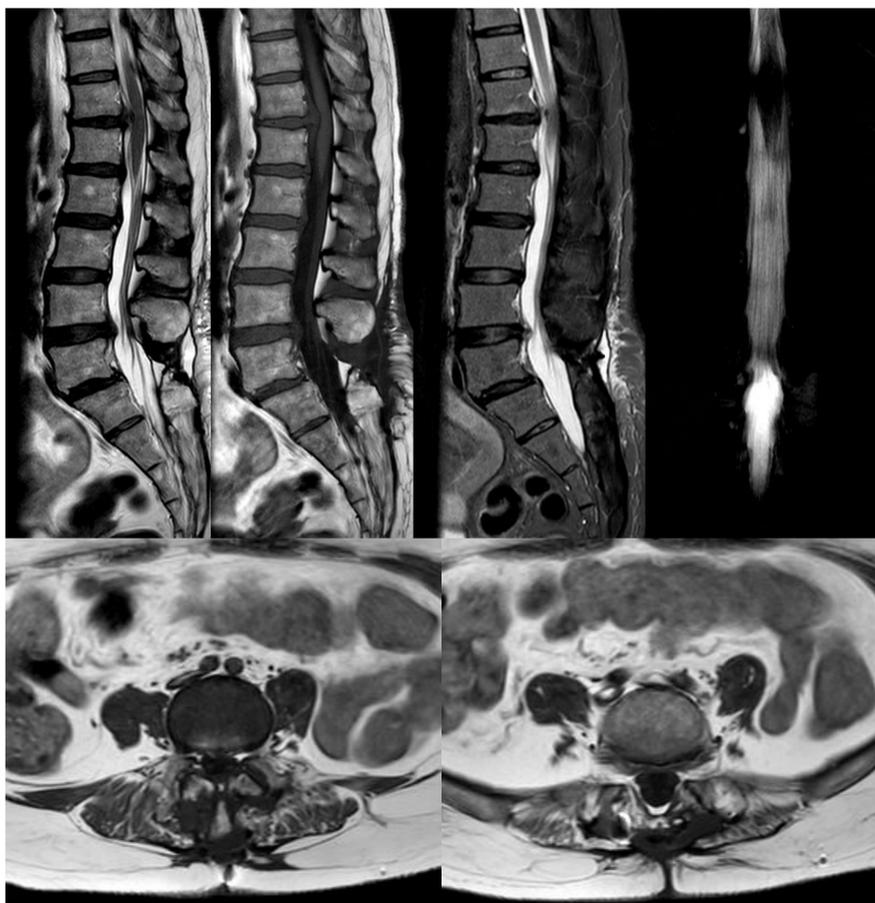


Fig. 1 RNM preoperatoria: hernia discal T12-L1.

Tras fracaso de tratamiento médico se decide intervención quirúrgica.

Mediante monitorización neurofisiológica se realiza abordaje posterior, discectomía transfacetaria T12-L1 izquierda y artrodesis circunferencial con tornillos pediculares T12-L1, hueso autólogo y colocación de implante intersomático (Fig. 2).

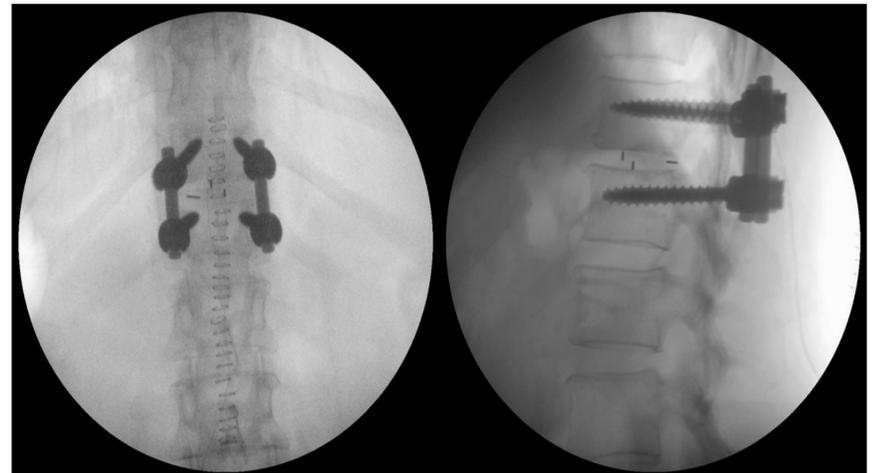


Fig. 2 Artrodesis circunferencial con tornillos pediculares T12-L1, hueso autólogo y colocación de implante intersomático.

En el postoperatorio inmediato la paciente presenta déficit motor y sensitivo del miembro inferior izquierdo (L2-L3 2/5 y L4-L5-S1 0/5) y dolor en miembro inferior derecho sin afectación motora ni sensitiva. Tras estudio de RNM urgente se objetiva fragmento discal extruido posterolateral derecho T12-L1 con compresión medular (Fig. 3).



Fig. 3 RNM postoperatoria.

Se decide reintervención urgente por vía posterior con imposibilidad de extracción de fragmento discal derecho debido a pérdida de potenciales con movilización medular. Se decide abordaje anterior mediante toracotomía derecha con discectomía anterior comprobando descompresión medular anterior.

RESULTADOS

Durante el postoperatorio presenta mejoría de la flexión de cadera y extensión de rodilla e inicio de flexión plantar y dorsal del tobillo. Se realizan controles postoperatorios al mes, dos meses y seis meses con muy buena evolución clínica y radiológica.

CONCLUSIÓN

La hernia discal torácica es poco frecuente. La indicación quirúrgica se decide con la presencia de síntomas neurológicos. La elección del abordaje depende de las características del paciente y tipo (blanda o calcificada), tamaño y localización (central, lateral) de la lesión.