



Paciente con deterioro neurológico de rápida instauración secundario a hernia discal torácica. Presentación de caso y revisión de la literatura

Patient with rapid onset neurological deterioration, secondary to thoracic disc herniation. Case presentation and literature review

Eduardo González-Camacho,* Oscar Minkhail Chavarreti-Gutiérrez,* Alejandro Tejera-Morett,†
Francisco Javier Sánchez-García,‡ Jorge De Haro-Estrada,‡ Herman Michael Dittmar-Johnson,‡
Francisco Cruz-López,‡ Erick Alejandro Lira-Hernández*

*Alta Especialidad en Cirugía de Columna. Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco; †Grupo Médico Reespalda A.C. Centro Médico Puerta de Hierro. Zapopan, Jalisco.

Resumen

Introducción: las hernias discales torácicas (HDT) son lesiones poco comunes, representan de 0.1 a 3% de todas las hernias discales. Se presentan en adultos jóvenes, sin predominio de sexo y son de curso progresivo; su diagnóstico y tratamiento suelen ser difíciles. **Descripción del caso:** paciente masculino de 27 años con cuadro de dos meses de evolución, caracterizado por parestesias e hipoestésias en miembros inferiores, dolor dorsolumbar, cambios en la sensibilidad en la cara lateral de los muslos y piernas, dificultad para la marcha por pérdida de fuerza, así como síntomas urinarios; fue valorado inicialmente por neurólogo, quien sugiere diagnóstico de mielitis transversa y se trata con metilprednisolona, con mejoría parcial de sintomatología, presentado recaída dos semanas después. Se realizan estudios de imagen (radiografías y tomografía sin alteración), resonancia magnética simple de columna torácica con presencia de hernia discal T6-T7. Se decide realizar manejo quirúrgico mediante discectomía posterior con uso de microscopio e instrumentación unilateral del segmento. El paciente presentó recuperación del compromiso neurológico a las ocho semanas, logrando una marcha de características normales, con adecuada fuerza y sensibilidad en miembros pélvicos. **Conclusiones:** las HDT son poco frecuentes, su diagnóstico suele ser difícil debido a que cursan con deterioro neurológico y signos de mielopatía, lo cual podría simular patologías neurológicas. En el tratamiento de las HDT la presencia de dolor axial o radicular significativo, así como la mielopatía se consideran indicaciones quirúrgicas, en cuyo caso el uso de microscopio durante la discectomía no sólo provee una excelente visión, sino que podría disminuir el riesgo de lesión neurológica.

Palabras clave: columna vertebral, hernia discal, hernia discal torácica, tratamiento de la hernia discal torácica, abordaje de la hernia discal torácica.

Abstract

Introduction: thoracic disc herniation (TDH) are rare lesions, representing 0.1 to 3% of all herniated discs. They appear in young adults, without predominance of sex and they have a progressive course; its diagnosis and treatment are often difficult. **Case description:** 27-year-old male with a two-month evolution, characterized by paresthesia and hypoesthesia in the lower limbs, dorsolumbar pain, changes in sensation on the lateral aspect of the thighs and legs, difficulty walking due to loss of strength, as well as urinary symptoms; it was initially evaluated by a neurologist who suggests a diagnosis of transverse myelitis and was treated with methylprednisolone, with partial improvement of symptoms, presenting relapse 2 weeks later. Imaging studies were performed (X-rays and CT scan without alteration), magnetic resonance imaging of the thoracic spine with the presence of a T6-T7 disc herniation. It was decided to perform surgical management by means of posterior discectomy with the use of a microscope and unilateral instrumentation of the segment. The patient presented recovery of neurological compromise at 8 weeks, achieving a gait with normal characteristics, with adequate strength and sensitivity in the pelvic limbs. **Conclusions:** TDH are rare, their diagnosis is usually difficult because they present with neurological deterioration and signs of myelopathy, which could simulate neurological pathologies. In the treatment of TDR, the presence of significant axial or radicular pain, as well as myelopathy are considered surgical indications, in which case the use of a microscope during the discectomy not only provides excellent vision, but could also reduce the risk of neurological injury.

Keywords: spine, disc herniation, thoracic disc herniation, thoracic disc herniation treatment, thoracic disc herniation approach.

Correspondencia:

Eduardo González-Camacho

E-mail: dr.egonzalezc@gmail.com

Citar como: González-Camacho E, Chavarreti-Gutiérrez OM, Tejera-Morett A, Sánchez-García FJ, De Haro-Estrada J, Dittmar-Johnson HM, et al. Paciente con deterioro neurológico de rápida instauración secundario a hernia discal torácica. Presentación de caso y revisión de la literatura. Orthotips. 2023; 19 (1): 35-38. <https://dx.doi.org/10.35366/109764>

Recibido: 14-12-2021. Aceptado: 05-01-2022.

Introducción

Las hernias discales torácicas (HDT) son lesiones poco comunes, representan de 0.1 a 3% de todas las hernias discales.¹ Se presentan en adultos jóvenes, con mayor incidencia entre la tercera y la quinta década de la vida sin diferencia de género, suelen ser únicas y la localización más frecuente es entre T8 y T12; su diagnóstico y tratamiento suelen ser difíciles, su curso suele ser progresivo.^{2,3} Las HDT representan sólo un pequeño porcentaje de la patología intervertebral sintomática, ya que su variada clínica se presenta en apenas una de cada 1,000 a 1,000,000 pacientes.⁴ La etiología de las HDT no se ha esclarecido totalmente; sin embargo, se cree que podrían asociarse a una lesión previa, enfermedad degenerativa o enfermedad de Scheuermann.⁵ La selección del abordaje quirúrgico apropiado es a menudo un desafío, ya que el abordaje posterior se ha asociado durante mucho tiempo con mayor riesgo de deterioro por microtraumatismo mecánico y lesión isquémica, por lo que se han desarrollado alternativas como el posterolateral, lateral, anterior abierto y toracoscópico.⁶ A continuación se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de hernia torácica, se describe su curso clínico, métodos diagnósticos, tratamiento y resolución.

Presentación del caso

Masculino de 27 años con cuadro de dos meses de evolución, caracterizado por parestesias e

hipoestesias en miembros inferiores, dolor dorso-lumbar, cambios en la sensibilidad en la cara lateral de los muslos y piernas, dificultad para la marcha por pérdida de fuerza, así como síntomas urinarios; fue valorado inicialmente por un neurólogo, quien sugiere diagnóstico clínico de mielitis transversa y se trata con metilprednisolona, con mejoría parcial durante dos semanas, presentando posterior recaída con la misma sintomatología. Es valorado en nuestra unidad tres meses, después del inicio de su cuadro se encuentra clínicamente con datos antes descritos: hipoestesia a nivel abdominal supraumbilical e infraumbilical bilateral, con mayor déficit sensitivo en cara lateral de ambos miembros inferiores en región de muslos y piernas, flexión de caderas 4/5, extensión de cuádriceps 4/5 y dorsiflexión de pies 3/5 bilaterales, hiperreflexia patelar bilateral y aquilea bilateral, Babinski positivo bilateral y sin datos de neurotensión (Lasegue y Bragard negativos).

Se realizan estudios de imagen, radiografías y tomografía axial computarizada sin alteraciones, la resonancia magnética simple de columna cervical y torácica con neuroeje en T2 revela hernia discal paracentral izquierda T6-T7, la cual genera compresión medular (**Figuras 1 y 2**).

Se decide efectuar manejo quirúrgico mediante discectomía con abordaje posterolateral transfacetario y uso de microscopio, así como instrumentación unilateral del segmento. La técnica quirúrgica consiste en colocar al paciente en posición de decúbito prono con soportes laterales. Con uso de monitoreo neurológico intraoperatorio se hace una incisión cutánea de apro-

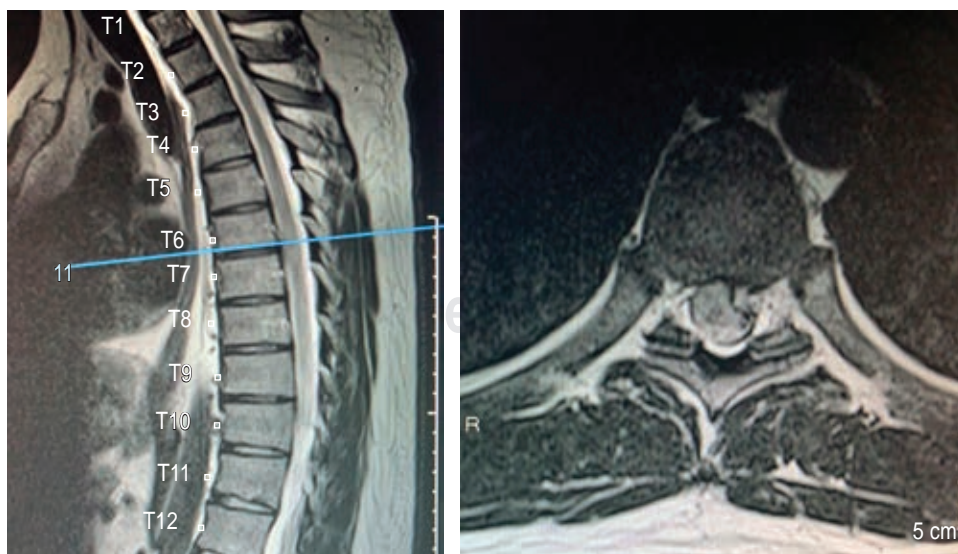


Figura 1:

Resonancia magnética nuclear prequirúrgica en secuencia T2 donde se observa hernia discal torácica T6-T7.

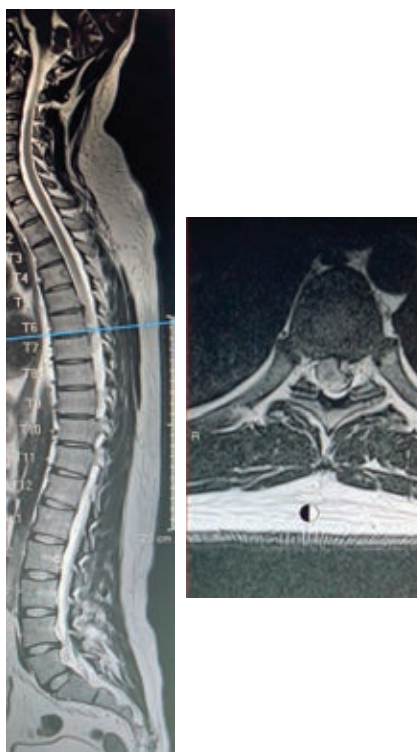


Figura 2:
Resonancia magnética nuclear prequirúrgica de neurojeje en secuencia T2 con presencia de hernia discal torácica T6-T7.

hiperreflexia, espasticidad y disfunción vesical. Se considera que el diagnóstico tardío es habitual en este tipo de lesiones, lo cual conlleva un empeoramiento de la sintomatología. El dolor de columna torácica e intercostal son las principales quejas, se presentan en 92% de los casos, el dolor tendrá características axiales en hernias de localización central y radicular en hernias de localización lateral. Las hernias por arriba de T5 pueden presentar dolor cervical, mientras que las hernias por debajo de T10 podrían cursar con dolor lumbar. Los dolores de cabeza persistentes son menos comunes. El dolor escapular ocurre en hernias en T1 y T2 acompañado de síndrome de Horner.⁸ En caso de compresión medular se puede presentar tanto disfunción sensorial como motora. Las presentaciones atípicas se caracterizan por ataxia o síntomas urinarios, y algunos casos aún más raros por paraplejía transitoria o permanente.^{9,10} La presencia de deterioro neurológico y signos de mielopatía son indicaciones quirúrgicas.

El abordaje dependerá de la localización de la hernia; en caso de una hernia central, el abordaje anterolateral es el más seguro mediante toracoscopia o toracotomía. Los abordajes posterolaterales, incluyendo el transfacetario y el transpedicular, están indicados en las hernias paracentrales o laterales no calcificadas que no crucen la línea media.¹¹ En nuestro caso se trató de una hernia paracentral, por lo cual se decidió realizar un abordaje posterolateral transfacetario con asistencia de microscopia.

ximadamente 5 cm, disección subcutánea, incisión de la fascia y musculatura a un lado de la línea media. Hemilaminectomía ipsilateral con resección facetaria parcial. Bajo visión microscópica se realiza discectomía y por último, fijación unilateral del segmento con tornillos transpediculares.

Se dio seguimiento al paciente en consulta externa cada dos semanas, el cual presentó recuperación del compromiso neurológico a las ocho semanas, logrando una marcha de características normales, con adecuada fuerza y sensibilidad en miembros pélvicos, sin datos de compromiso medular (**Figuras 3 y 4**).

Discusión

Las HDT son poco comunes, una dificultad potencial en el diagnóstico de estas hernias es el amplio espectro de síntomas que los pacientes pueden presentar.⁷ En nuestro caso los datos mielopáticos y la rápida instauración de los mismos generó un diagnóstico clínico de mielitis transversa, es de suma importancia realizar estudios de imagen como radiografías, tomografía y resonancia magnética (estándar de oro para el diagnóstico), teniendo un alto índice de sospecha de esta patología en pacientes entre 30 y 50 años, con clínica de dolor localizado, mielopatía,



Figura 3: Radiografía postquirúrgica en anteroposterior.



Figura 4: Radiografía postquirúrgica en lateral.

La cirugía posterior de mínima invasión reduce la morbilidad que resulta de la disección muscular, el apoyo de magnificación de la visión mediante el uso de microscopio brinda mayor seguridad durante la discectomía, lo cual disminuye el riesgo de complicaciones por lesión neurológica transquirúrgica y, por lo tanto, podría brindar un resultado clínico superior comparado con el abordaje tradicional.¹²

Conclusiones

Las HDT son lesiones poco frecuentes, las cuales por sus características clínicas serán fácilmente confundidas con patologías neurológicas. Se deberán realizar estudios de imagen complementarios en todo paciente sospechoso, lo cual nos dará mayor eficacia en el diagnóstico. Respecto al tratamiento, se deberá realizar discectomía en pacientes con deterioro neurológico, el abordaje dependerá de las características de la hernia. En la literatura actual se considera que el apoyo de magnificación de visión mediante microscopio reduce el riesgo de lesión neurológica transquirúrgica, mejorando así el resultado clínico final.

Agradecimientos

Agradecemos al grupo médico y administrativo de Reespalda por el apoyo brindado en la realización del presente artículo.

Referencias

1. Hott JS, Feiz-Erfan I, Kenny K, Dickman CA. Surgical management of giant herniated thoracic discs: analysis of 20 cases. *J Neurosurg Spine*. 2005; 3: 191-197.
2. Arce CA, Dohrmann GJ. Thoracic disc herniation: Improved diagnosis with computed tomographic scanning and a review of the literature. *Surg Neurol*. 1985; 23: 356-361.
3. Williams MP, Cherryman GR. Thoracic disc herniation: MR imaging. *Radiology*. 1988; 167 (3): 874-875.
4. Dietze DD Jr, Fessler RG. Thoracic disc herniations. *Neurosurg Clin N Am*. 1993; 4: 75-90.
5. Lyu R, Chang H, Tang L, et al. Thoracic disc herniation mimicking acute lumbar disc disease. *Spine*. 1999; 15: 416-418.
6. Kerezoudis P, Rajjoub KR, Goncalves S, et al. Anterior versus posterior approaches for thoracic disc herniation: Association with postoperative complications. *Clin Neurol Neurosurg*. 2018; 167: 17-23.
7. Cornips EM, Janssen ML, Beuls EA. Thoracic disc herniation and acute myelopathy: clinical presentation, neuroimaging findings, surgical considerations, and outcome. *J Neurosurg Spine*. 2011; 14: 520-528.
8. Morgan H, Abood C. Disc herniation at T1-2. Report of four cases and literature review. *J Neurosurg*. 1998; 88: 148-150.
9. Quint U, Bordon G, Preissl I, et al. Thoracoscopic treatment for single level symptomatic thoracic disc herniation: a prospective followed cohort study in a group of 167 consecutive cases. *Eur Spine J*. 2012; 21: 637-645.
10. Guest JD, Griesdale DE, Marotta T. Thoracic disc herniation presenting with transient anterior spinal artery syndrome. A case report. *Interv Neuroradiol*. 2000; 6: 327-331.
11. Oppenlander ME, Clark JC, Kalyvas J, et al. Surgical management and clinical outcomes of multiple-level symptomatic herniated thoracic discs. *J Neurosurg Spine*. 2013; 19 (6): 774-783.
12. Regev GJ, Salame K, Behrbalk E, et al. Minimally invasive transforaminal, thoracic microscopic discectomy: technical report and preliminary results and complications. *Spine J*. 2012; 12: 570-576.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con este artículo.