

HERNIA POSTERIOR DEL NUCLEO PULPOSO

Abel CHIFFLET y Víctor SORIANO

Desde los trabajos de Schmorl, anatomo-patólogo de Dresde, que basó sus estudios sobre diez mil columnas, el disco intervertebral ha tomado una importancia clínica, radiológica y terapéutica que no había tenido hasta entonces.

Al nombre de Schmorl se han agregado los de Junghans, de Puschel, Jacobi, Mauric, Rouvière (Francia), John De Camp, Glen Spurling (EE. UU.) y otros que han estudiado distintos aspectos del disco intervertebral.

El disco está formado por una parte central que es el núcleo gelatinoso (núcleos pulposos de los alemanes) y una parte periférica llamada anillo fibroso (annulus lamellosus de los alemanes). En las partes que contacta con los cuerpos vertebrales están las láminas cartilaginosas.

Estas distintas formaciones tienen diferente origen embrionario: el núcleo gelatinoso o pulposo se origina en la corda primitiva; el anillo fibroso se forma a expensas de células mesenquimatosas.

El disco intervertebral sufre alteraciones que le son propias y alteraciones consecutivas a enfermedades de las vértebras. No nos detendremos para hacer un estudio minucioso de todas esas alteraciones, que serán motivo de un estudio de conjunto ulterior por uno de nosotros. Digamos solamente que casi no existen afecciones de las vértebras, sean congénitas o adquiridas, en que no participe el disco intervertebral. Y muy a menudo éste participa de una manera efectiva en la patogenia de las lesiones óseas. (Hernias discales intraesponjosas).

Nos ocuparemos en esta comunicación solamente de la protrusión posterior del disco intervertebral. Este proceso provoca, al introducirse el disco en el canal raquídeo, frecuentes compresiones mielo radicales de importancia variada.

Mixtren and Barr, Adson, Stookey, Elsberg, en EE. UU.; Alajouanine et Petit Dutallis, en Francia, han llamado la atención sobre esta causa de compresión radículo medular donde intervendría el fibro cartílago normal (nódulo fibro cartilaginoso de la cara posterior de los discos intervertebrales de Alajouanine et Petit Dutallis) o discretamente alterado (condromas anteriores extradurales o condrosis de Stookey and Elsberg).

El diagnóstico de esta lesión es de real interés, puesto que ciertas radiculalgias (ciática, p. ej.) consideradas como de origen médico y rebeldes a la medicación corriente, son en realidad provocadas por la saliente en el canal raquídeo del disco y susceptibles por lo tanto de una terapéutica quirúrgica efectiva.

Presentamos un caso en el cual la clínica y el estudio del líquido céfalo raquídeo permitieron, frente a una ciática, sospechar la existencia del proceso que nos ocupa, sospecha que fué confirmada por la radiografía lipiodolada.

HISTORIA CLÍNICA

A. K., 48 años, alemán, casado, comercio.

Unico antecedente de cierto interés: recibió una herida de bala en la pierna izquierda en la guerra 1914-18. Su enfermedad actual comenzó hace 10 meses, de modo brusco, con un dolor en la parte posterior del muslo izquierdo, pantorrilla y pie del mismo lado. Pocos días después se instaló bruscamente una paresia en su pie izquierdo, de modo que no puede actualmente subir una cuesta sin tropezar.

Los dolores calmaron algo con el tratamiento médico, pero hace 5 meses recrudecieron para continuar con ligeras alternativas hasta hoy. Calman con el decúbito y aumentan con la posición sentada y los movimientos.

Los tratamientos que recibió, con el diagnóstico de ciática, antes de llegar a nosotros, fueron: medicación iodada, sulfurada, veneno de abeja, ionización, lipiodol paravertebral. Todo fué sin resultado.

Examen. — a) *General:* Cardiovascular, respiratorio y digestivo sin particularidades. Análisis de orina: normal. Urea en el suero 0.34 ^o/₁₀₀. R. de Wassermann: negativa.

b) *Neurológico:* Estática sin particularidades. La marcha muestra al dar el paso con el pie izquierdo, su punta llevada algo hacia afuera. En la marcha lateral hacia la derecha arrastra la punta del pie izquierdo. En la marcha hacia la izquierda aparece un dolor fuerte en la pantorrilla al afirmar en el suelo el pie izquierdo.

Fuerzas, Tono, Motricidad segmentaria. Toda la musculatura cefálica y cervical es normal. También lo es en el miembro superior. En el miembro

inferior izquierdo se observa una atrofia muscular global. Es mayor en la pierna que en el muslo, predominando en el grupo ántero externo. En el muslo es mayor en la musculatura anterior. Las fuerzas están disminuídas haciéndose la flexión dorsal del pie izquierdo muy débilmente. Lo mismo ocurre con la extensión pero en un grado menor. La rotación interna y externa del



pie es imposible. La movilidad de los dedos del pie izquierdo está también bastante comprometida. El dedo gordo no se mueve y los otros se mueven juntos en flexión y extensión. Los movimientos de la pierna sobre el muslo y del muslo sobre la pelvis son más débiles del lado izquierdo.

Reflejos: Fotomotor, acomodación y convergencia normales. En los miembros superiores los reflejos son normales. En el miembro inferior izquierdo el rotuliano es más débil que a derecha. El aquiliano y medio plantar izquierdo no salen. Los reflejos cutáneos son normales.

Sensibilidad: La sensibilidad objetiva es normal a todos los medios de investigación.

Exámen eléctrico: Reacción de degeneración parcial en el bíceps crural y en el territorio del ciático poplíteo externo.

Líquido céfalo-raquídeo: Pandy: negativa. Elementos por milímetro cúbico: 2. Albúmina 0.44 por mil.

Radiografía simple: Arco posterior incompleto en la primera sacra. Resto normal.



Los datos positivos para orientar el diagnóstico en esta ciática lo constituían su modo de comienzo, su rebeldía a todo tratamiento, el ataque evidente a las neuronas motoras periféricas que inervan los músculos de la pierna y del pie, la contractura en la masa lumbar izquierda, la discreta disociación albúmino citológica en el líquido céfalo-raquídeo. No encontrándose datos a favor de una neoformación sólo quedaron en pie dos diagnósticos posibles: hernia posterior del disco intervertebral o hipertrofia

del ligamento amarillo. El hecho de estar comprometida más de una raíz orientaba hacia el primer diagnóstico, lo que suponía la afección en más de un disco. Para confirmar el diagnóstico se practicó una radiografía contrastada con lipiodol.

En la radiografía de frente se ve el lipiodol con una muesca bilateral entre cuarta y quinta vértebra lumbar a nivel del disco. La muesca es mayor a la izquierda. En la radiografía de perfil se aprecia que sobre los discos que separan la cuarta de la quinta lumbar, la tercera de la cuarta y la segunda de la tercera, existen muescas en el borde anterior de la sombra lo que confirma ampliamente el diagnóstico de protusión discal múltiple. La situación anterior de la escotadura descarta el diagnóstico de hipertrofia del ligamento amarillo.

Indicamos en este paciente la intervención quirúrgica que aun no ha aceptado.

Consideraciones

La protusión del núcleo gelatinoso debe ser en nuestro país tan frecuente como en otros. Por este motivo estamos inclinados a afirmar que muchos síndromes de ciática y lumbago que no son etiquetados correctamente deben corresponder a esa lesión. Su reconocimiento debe basarse en ciertos conocimientos elementales.

Toda ciática que se presente con manifestaciones motrices de pierna y pie o con fenómenos sensitivos objetivos de las últimas raíces lumbares o primera sacra, debe alejar la idea de que sea una simple ciática neuralgia. Descartados luego los procesos neoplásicos o inflamatorios capaces de dar un síndrome neurológico semejante, sólo nos queda analizar la posible existencia de la hernia del núcleo pulposo, o la hipertrofia del ligamento amarillo.

El diagnóstico positivo de esta lesión se basa en un trípede constituido por un síndrome radicular como el descripto, una contractura de la región lumbar y un líquido céfalo raquídeo con discreta disociación albúmino citológica. La confirmación del diagnóstico se obtiene con una radiografía contrastada de la cavidad dural.

La radiografía simple, en la hernia del disco no muestra en general, nada. A veces puede verse un pinzamiento del disco a la altura de la lesión. Es un dato de valor. Algunas veces se ha en-

contrado una calcificación discal en la parte próxima al canal vertebral, coincidente con la altura a la cual la clínica refiere la lesión. La existencia de picos de loro u otras manifestaciones radiográficas no deben invalidar una sospecha de hernia del núcleo pulposo, pues no es raro la existencia de esas deformaciones coincidiendo con el desplazamiento del disco, responsable de los síntomas.

La radiografía contrastada es el verdadero medio de asegurar la lesión. Puede obtenerse por inyección intradural de aire o de sustancias opacas como el aceite iodado. El estudio de la espinografía contrastada no nos detendrá, pues será motivo de un estudio de conjunto por uno de nosotros. Sólo diremos que hemos preferido el lipiodol, puesto que da imágenes mucho más claras que la espinografía con aire y que no había en este caso proceso inflamatorio que lo contraindicase.

Si el bloqueo del canal es completo, la radiografía dará el "stop" característico. Si no llega a tal bloqueo, la radiografía de perfil muestra una escotadura frente al disco o los discos desplazados. En la radiografía de frente aparece una escotadura uni o bilateral frente a la lesión.

Tratamiento

El único tratamiento es el quirúrgico y consiste en extirpar la parte de disco que hace hernia en el canal, para dejar libre la raíz comprimida.

La laminectomía es el primer tiempo de la intervención. Sólo por excepción puede evitarse este tiempo. Puede ser uni o bilateral. La laminectomía debe ser muy cuidadosa puesto que el tumor, empujando hacia atrás las raíces, las expone a serios accidentes por los instrumentos que trabajan el hueso.

Abierto el canal, el nódulo herniado puede extirparse por vía extradural o abriendo previamente la dura madre. La vía extradural obliga a reclinar la dura hacia un lado e ir por su cara anterior a la exeresis del tumor. Expone a hemorragias. La vía intradural, más seguida, exige maniobras con los nervios de la cola de caballo y luego abrir la dura madre adelante para extirpar la porción herniada.

La extirpación del nódulo compresor va seguida muy a me-

nudo de una rápida mejoría de los síntomas. Lo primero que desaparece es el dolor. Más tarde se recuperan las fuerzas, y la sensibilidad cuando está afectada.

No todos los casos tienen un resultado brillante. Existen algunos en los que la restitución no se produce o es muy precaria. Adson ha citado casos de recidiva después de la intervención. Estos hechos no contraindican la operación, que sin ser grave, es la única posibilidad curativa que se puede ofrecer al paciente.

Sumario

Presentamos un caso clínico con los siguientes caracteres:

1º) Ciática unilateral rebelde al tratamiento médico, con amiotrofia en la pierna y el pie.

2º) Contractura lumbar.

3º) Discreta disociación albúmino-citológica. No habiendo elementos en favor de proceso inflamatorio o neoplásico hacemos la espinografía contrastada.

4º) Mostramos la imagen característica de la saliente del núcleo pulposo en el canal raquídeo.

5º) Aconsejamos la intervención quirúrgica. Algunas consideraciones sobre la afección de nuestro paciente preceden y hacen final a su historia clínica.