

LUMBOCIÁTICA POR HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO

Dres. R. Arana Iñíguez, C. Mirassou, N. Azambuja,
E. Acle y J. C. Rey

La lumbociática constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta al médico práctico. Estadísticas diversas ponen de manifiesto que la hernia del núcleo pulposos es la causa de este sufrimiento en un porcentaje que varía entre el 90 % y el 34 % (1, 3) de los casos. Quiere decir, que aún las estadísticas que asignan menos frecuencia ponen de manifiesto que de cada tres enfermos que sufren de lumbociática uno es portador de un disco herniado.

La modalidad más frecuente de hernia del disco pulposos consiste en la protrusión de este ligamento hacia el canal vertebral. Se produce así una compresión radicular que provoca sufrimiento. (Fig. 1). En su producción interviene primordialmente el factor traumático, que según diversas estadísticas está presente por lo menos en un 65 % de los casos.

El diagnóstico de lumbociática por hernia del disco pulposos se hace por la clínica y la radiología.

Clínicamente el enfermo presenta como síntoma subjetivo primordial un lumbago, una ciática, o ambos asociados, es decir la lumbociática. Se inicia a menudo en personas jóvenes y de físico fuerte, luego de un esfuerzo de cierta entidad o de un traumatismo. El dolor se exagera con los esfuerzos (tos, estornudo, risa, defecación, etc.) por aumento de la tensión del líquido céfalorraquídeo que provoca una compresión del nervio afectado, exagerando el sufrimiento. En cambio el reposo alivia el dolor.

Objetivamente la inspección muestra a menudo escoliosis de la columna, rigidez en sus movimientos y contractura de los músculos espinales; el paciente tiene dificultad en flexionar el tronco, cuando por ejemplo intenta agarrar algún objeto del suelo, pues ese movimiento le exagera su dolor en forma intolerable.

A la palpación se encuentra a menudo una vértebra suma-

mente dolorosa, que nos permite localizar la altura lesional; este dolor adquiere a menudo la irradiación topográfica exacta de la distribución metamérica de la raíz enferma; la maniobra de Lasègue es casi siempre positiva a igual que todas aquellas maniobras que tienden a elongar al nervio ciático. Debemos descubrir posibles hipertrofias musculares de los miembros procediendo a su medida. Comúnmente se mide la circunferencia de la pan-

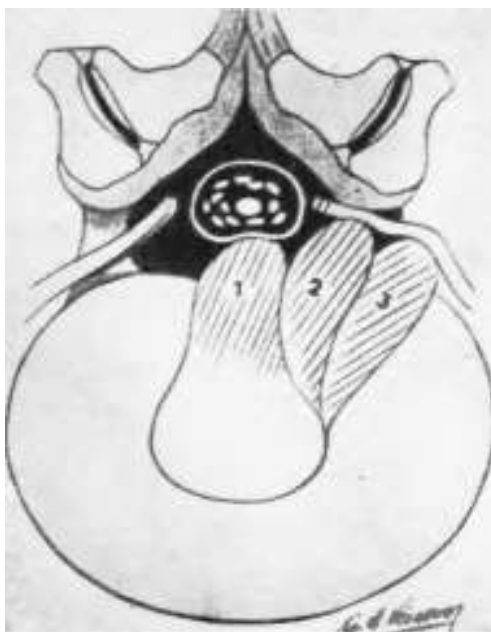


Fig. 1. 1) Procidencia mediana; 2) procidencia póstero-lateral; 3) procidencia externa. (Tomado de Dickmann, G. H. Lumbociáticas rebeldes, Buenos Aires, López & Etchegoyen, 1950). (2)

torrilla y el muslo. El examen de los reflejos pone de manifiesto en los casos típicos de compresión de la primera raíz sacra (hernia entre L5 y S1), la disminución o abolición del aquileo; en la hernia del disco de L3 puede verse disminución o abolición del reflejo rotuliano, circunstancia muy rara.

Los trastornos de la sensibilidad superficial acusan también el sufrimiento de la raíz, tomando una distribución metamérica de acuerdo con el disco afectado. El sufrimiento de la raíz S1 provocado por la hernia del disco entre las vértebras L5 y S1 produce una hipoestesia en la parte externa del dorso del pie y dos últimos dedos, extendiéndose en una delgada franja sobre

la parte externa de la pierna. El sufrimiento de la raíz L5 provocado por la hernia del disco entre L4 y L5 produce una hipoestesia del borde interno del dorso del pie y del dedo gordo, que se prolonga en la pierna en su parte ánterointerna.

La radiografía simple de la columna proporciona dos datos principales: el pinzamiento articular y la escoliosis (figs. 4, 12, 13); el primero es a veces muy visible en la proyección lateral. Para que tenga valor debe enfocarse el espacio que se desea investigar. En un 6 % (4) de los casos hay asociación con malformaciones congénitas del tipo de la sacralización de la 5ª lumbar, lumbarización de la 1ª sacra, espina bífida o espondilolistesis.

El estudio mielográfico debe ser hecho con sumo cuidado. En primer lugar con el paciente de pie se puede visualizar la columna lipiodolada dibujando el fondo de sacro dural; luego se hará flexionar, extender e inclinar la columna hacia los costados para poder visualizar los diferentes aspectos que toma la columna lipiodolada; a menudo las hernias dibujan en estos movimientos muescas importantes llegando en ocasiones a seccionar totalmente la columna del lipiodol. Se examinará luego al paciente en decúbito ventral, estudiando bien el tránsito lipiodolado; se puede dar a la columna diversas actitudes, en flexión y extensión, para provocar desplazamiento del disco lesionado, lo que determina muchas veces aspectos mielográficos del mayor interés. Estas diversas posiciones de la columna se documentan con films de frente y de perfil (figs. 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14).

El médico puede enfrentarse a un cuadro clínico típico tal como queda descrito, y el diagnóstico de hernia del disco pulposo se impondrá como muy probable; si a ello se le agrega un pinzamiento visible en una radiografía simple, el diagnóstico estará confirmado. En estos casos la mielografía no es necesaria. En los casos en que la sintomatología clínica y radiológica no es categórica, como sucede muchas veces, la mielografía puede aportar datos del mayor interés diagnóstico.

Presentamos seis observaciones de enfermos a los que se les extirpó un disco herniado (Cuadro 1). Se trata de enfermos jóvenes, cuyas edades oscilan entre 26 y 38 años, la mayor parte hombres (5 hombres y 1 mujer) con antecedentes de esfuerzos

CUADRO I

485

Caso	Sexo	Edad	Trauma	Síndrome	Examen	R. X.	Diag.	Operación	Evolución
N. H.	M.	38	No	Lumbo-ciático	Lasègue D. Duele presión de L ⁵	Pinzamiento. Mielo +	H. del D. L ⁴ a derecha	Sí Confirma	Buena
J. C. S.	M.	35	Sí	Lumbago, luego ciática	Lasègue I. Hipoestesia ext. de dorso de pie	Espondilo- listesis. Mielo +	H. del D. L ⁴ a izq.	Sí Confirma Artrodesis	Buena
D. L.	M.	22	Sí	Lumbago, luego ciática	Lasègue I. Hipoestesia ext. pierna y pie izq.	Mielo +	H. del D. L ⁴ a izq.	Sí Confirma	Buena
B. O.	M.	31	Sí	Lumbago	Lasègue D. Duele al pre- sionar en L ⁵ y S	Mielo +	H. del D. L ⁵ a der.	Sí Confirma	Buena
A. D. S.	F.	26	No	Lumbo-ciática der. luego bi- lateral	Lasègue bilate- ral. Aquileo der. abolido, hipoestesia en dorso de am- bos pies.	Escoliosis. Pinzamiento. Mielo +	H. del D. o tumor de cauda equina	Sí H. del D. me- diana en L	Buena
L. T.	M.	32	Sí	Lumbago, luego ciática	Lasègue izq. Aquileo izq. disminuido	Pinzamiento articular. Mielo +	H. del D. L ⁵ a izq.	Sí Confirma	Buena



Fig. 2



FIG. 3

Figs. 2, 3. Observación N. H. Mielografía frente y perfil. Se ve la deformación de la columna lipiodolada entre L¹ y L² mostrando una hernia del núcleo pulposo izquierda.

bruscos o traumatismos en la mayoría (en 4 de ellos traumatismos). Todos consultaron por un síntoma subjetivo: el dolor; casi siempre a comienzo lumbar que luego tomó irradiación ciática. Uno solo quedó como lumbago en toda su evolución. Todos tuvieron Lasègue positivo del lado afectado y dolor a la percusión vertebral. La alteración de la sensibilidad superficial sólo se puso de manifiesto en la mitad de los casos y la abolición del reflejo



Fig. 4. — Observación J. C. S. Placa simple de perfil. Gran pinzamiento articular entre L⁵ y S¹ con disminución del agujero de conjugación.

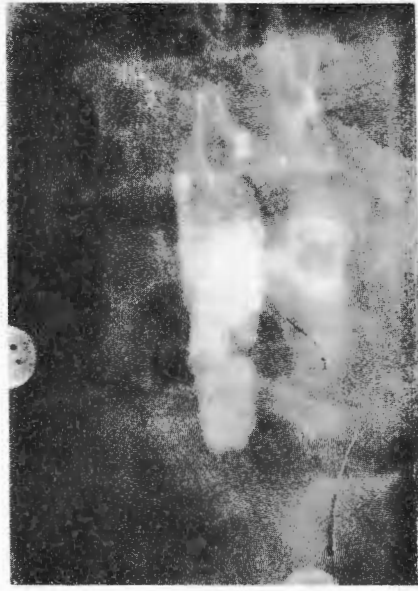


Fig. 5. — Mielografía de la misma observación. Muesca irregular a la altura de ese espacio, del lado izquierdo.



Fig. 6. — Observación D. L. Placa simple. Desviación de la columna al parecer por alteraciones de la estática.



Fig. 4. — Observación J. C. S. Placa simple de perfil. Gran pinzamiento articular entre L⁵ y S¹ con disminución del agujero de conjugación.



Fig. 5. — Mielografía de la misma observación. Muesca irregular a la altura de ese espacio, del lado izquierdo.



Fig. 6. Observación D. L. Placa simple. Desviación de la columna al parecer por alteraciones de la estática.



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

Figs. 7, 8, 9. — Mielografía de la misma observación. Primera placa: imagen de desplazamiento de la columna opaca que evoca la presencia de un disco herniado. Segunda placa: en lordosis moderada, se hace proci-dente el núcleo pulposo alterado, dando una imagen típica. Tercera placa: lordosis exagerada; la división de la columna lipiodolada es completa, por protrusión del núcleo pulposo por la maniobra.



Fig. 10. — Observación B. O. Mielografía de perfil. Pinzamiento articular entre L⁵ y S¹ con desplazamiento posterior de la columna lipiodolada a ese nivel.



Fig. 11. — Mielografía de frente de la misma observación. Típica imagen mielográfica de hernia del núcleo pulposo izquierda.

aquileo en uno de ellos. El líquido céfalorraquídeo fué normal, salvo en una observación de hernia mediana en que hubo una franca disociación albúminocitológica. Radiográficamente se observaron escoliosis y pinzamiento articular en la mayoría de los casos. La mielografía fué practicada en los 6 enfermos, ya que ninguno realizaba una forma típica, con resultados positivos en todos ellos. Se pudo de esta manera realizar el diagnóstico de hernia del núcleo pulposo, localizar su lado y altura; sólo en una de nuestras observaciones que presentaba un síndrome de ciática bilateral, se planteó la posibilidad de una tumoración benigna de cola de caballo.

Todos estos enfermos fueron operados empleando la técnica de Love, es decir, la exploración de los espacios sin laminectomía. Sólo en el caso de ciática bilateral, como la exploración fué negativa, se realizó una laminectomía y abertura de la duramadre, encontrándose una hernia del disco pulposo mediana.



Fig. 12

Figs. 12 y 13. Observación A. D. S. Placas simples, frente y perfil. Desviación de la columna con evidente pinzamiento articular entre L⁵ y S¹ predominando a izquierda, con el correspondiente agujero de conjugación achicado.



Fig. 13



Fig. 14. Mielografía de la misma observación. Se ve la imagen poco frecuente de una falta de relleno mediana y no coincidiendo con el espacio intervertebral (hernia ascendente?).

De estos 6 casos, 4 eran discos entre L4 y L5 y los 2 restantes entre L5 y S1. En 1 sólo se practicó una artrodesis debido a que presentaba una espondilolistesis.

Un problema de interés práctico radica en la oportunidad operatoria. Frente a un enfermo con la sintomatología clínica descrita, el médico deberá tener en cuenta el tiempo que ha transcurrido desde el comienzo de sus dolores, debiendo recurrir primero al tratamiento sintomático común, es decir, reposo en cama dura, analgésicos, etc. La inmovilización de la columna con un corset ortopédico o un yeso es preconizado por muchos autores. Si el sufrimiento lleva más de 6 meses y el paciente ha sido sometido a una terapéutica adecuada sin experimentar mejoría, la intervención quirúrgica debe practicarse sin demora. En caso de lumbociática sin sintomatología típica de disco se indicará primero una mielografía.

Creemos que el conocimiento del cuadro clínico radiológico de la hernia del núcleo pulposo es primordial para el alivio de muchos enfermos que arrastran sus sufrimientos durante largos años, convirtiéndolos en verdaderos inválidos.

Resumen

Se presenta en forma esquemática el cuadro clínico-radiológico de la hernia del núcleo pulposo.

Se relatan 6 observaciones en las que por no haber una sintomatología típica fué necesario hacer mielografía que resultó positiva. El acto quirúrgico demostró en las 6 observaciones la exactitud del diagnóstico mielográfico.

Se aconseja como conducta práctica, una vez hecho el diagnóstico por la clínica o la mielografía, procedimientos médico-ortopédicos, durante un lapso variable entre 2 y 6 meses. Si fracasa esta terapéutica debe realizarse el acto quirúrgico de gran simplicidad y perfectamente tolerado con la seguridad de aliviar a un alto porcentaje de enfermos.

Summary

The clinical and radiological symptoms of the herniated intervertebral disk, are schematically related.

In 6 cases in which there wasn't typical symptomatology, it

was necessary to done a myelography which revealed the typical picture of the herniated disk.

The operation of these 6 cases, revealed the exactitude of the myelographic diagnosis. Once it has been done the clíical or myelographical diagnosis, it is advisable to perform medico-orthopedical methods during a variable lapse of 2 o 3 months. The failure of this therapeutic must be followed by the operation with the certainty of relieving a great percentage of patients. This operation is very simple and perfectly tolerated by the patients.

BIBLIOGRAFIA

1. ARNOUX, H. — Contribution a l'étude des sciaticques chirurgicales, Thèse de Paris, Foulon, 1950.
2. DICKMANN, G. H. Lubociáticas rebeldes, Buenos Aires, López Echegoyen, 1950.
3. MILLIKAN, C. H. — Sciatica. Differential diagnosis and treatment, J. A. M. A., 145: 1-8, 1951.
4. POPPEN, J. L. The herniated intervertebral disk, New England J. Medicine, 232: 211-215, 1945.