

Hernia discal dorsal

sinónimo [hernia discal torácica](#).

Epidemiología

Comprenden el 0,5% de todas las [hernias de disco](#), presentándose el 80% entre los 30 y 50 años de edad.

El 75% se encuentra por debajo de D8 y la mayoría entre D11-D12.

Como casos raros se describen hernias en D1-D2.

En el 25% existe un antecedente traumático ¹⁾.

Clínica

Los síntomas iniciales varían considerablemente, desde cuadros clínicos de dolor atípico hasta la mielopatía.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza siempre por técnicas de imagen (RMN) y TAC.

Tratamiento

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la discopatía dorsal es problemático porque resulta difícil acceder a los discos por vía anterior.

El espacio que existe entre la médula y el canal espinal es proporcionalmente más estrecho que en las zonas cervical y lumbar, y las zonas fronterizas de irrigación sanguínea propias de la médula dorsal generan un riesgo importante de dañar la médula cuando se pretende operar sobre la zona anterior desde una vía de acceso posterior.

Además, las hernias de disco dorsal frecuentemente están calcificadas.

El tratamiento ha evolucionado enormemente desde que la primera laminectomía.

La última década ha sido testigo de la evolución de los abordajes mínimamente invasivos posteriores / posterolaterales o toracotomía anterior o, más recientemente, las técnicas toracoscópicas.

Tipos de acceso quirúrgico

Los accesos quirúrgicos se dividen en 3 categorías básicas:

1. Acceso posterior (laminectomía de la línea media): la indicación principal es el abordaje de una enfermedad intrarraquídea ubicada posteriormente (p. ej., tumor metastásico), sobre todo, en varios niveles. Este acceso tiene un alto índice de fracaso y complicaciones cuando se utiliza para tratar una lesión de ubicación anterior en un solo nivel (p. ej., hernia de disco en la línea media)

2. Acceso posterolateral

A. espacio lateral: consiste en una laminectomía y la extirpación del pedículo; como alternativa, puede utilizarse una vía de acceso transpedicular.

B. costotransversectomía

3. vía de acceso anterolateral (transtorácica)

Una opción en lugar de la operación a cielo abierto es la cirugía toracoscópica.

La vía retropleural permite el uso del microscopio quirúrgico con un separador tubular en la zona torácica anterior en hernia de disco central (Kasliwal y Deutsch, H 2011).

Elección de la vía de acceso

Para efectuar un acceso anterior hacia la columna dorsal superior La vía de acceso lateral no es buena porque hay poco espacio en los vértices pulmonares. Es necesario utilizar un procedimiento con esternotomía.

Para efectuar un acceso hacia la columna dorsal media En los casos de hernia lateral de disco dorsal sin mielopatía: la vía de acceso lateral con facetectomía es técnicamente simple y, por lo general, se logran buenos resultados. En los casos de hernia central, o ante la presencia de mielopatía: el acceso transtorácico tiene menor índice de incidencia de lesiones de la médula espinal y mejores resultados operatorios. Para efectuar un acceso anterior, salvo que el proceso patológico esté claramente situado a la izquierda, se prefiere una toracotomía derecha porque el corazón no se interpone.

Para efectuar un acceso anterior hacia la columna dorsal inferior A menos que el proceso patológico tenga predominancia del lado derecho, se prefiere una toracotomía izquierda (resulta más fácil mover la aorta que la vena cava). Para efectuar un acceso anterior hacia la columna dorsolumbar A menos que el proceso patológico tenga predominancia del lado izquierdo, se prefiere un acceso retroperitoneal (evita que se interponga el hígado). Para efectuar un acceso anterior hacia la columna lumbar Acceso transabdominal mediante una incisión de Pfannenstiel.

COSTOTRANSVERSECTOMÍA Indicaciones: fue ampliamente utilizada para drenar abscesos vertebrales tuberculosos; puede utilizarse para tratar hernias de disco laterales, para efectuar una biopsia vertebral o pedicular, o para descomprimir la médula espinal (por tumor). La costotransversectomía consiste en resear la apófisis transversa y, al menos, = 4 cm de la parte posterior de la costilla. Un riesgo serio que implica este acceso quirúrgico es interrumpir alguna arteria radicular importante que puede comprometer la irrigación sanguínea de la médula espinal. Asimismo, existe el riesgo de un neumotorax, que es una complicación menos grave.

Acceso transtorácico Indicaciones: discopatía dorsal, fractura por compresión de la columna dorsal, etc.

Ventajas: • se obtiene una exposición anterior excelente (sobre todo, es muy útil cuando se deben

intervenir varios niveles) • provoca poco compromiso de la estabilidad (debido a que la caja torácica actúa como sostén) • es bajo el riesgo de provocar una lesión mecánica de la médula

Desventajas: • es necesario que realice el abordaje un cirujano torácico (o uno que, al menos, esté familiarizado con la cirugía torácica) • existe cierto riesgo de provocar lesiones vasculares (debido a que se ponen en riesgo arterias intercostales) • es probable que no sea posible llegar a un diagnóstico definitivo si fue incierto antes de realizar el procedimiento

Complicaciones posibles • pulmonares: derrame pleural, atelectasia, neumonía, empiema, hipoventilación • fístula pleural de LCR

Bibliografía

Kasliwal, M. & Deutsch, H., 2011. Minimally invasive retropleural approach for central thoracic disc herniation. Minimally Invasive Neurosurgery: MIN, 54(4), págs.167-171.

Hoja Operatoria

Decúbito prono sobre trineo de Wilson. Localización bajo radioscopia de pedículos vértebra T11 y vértebra T12.

Incisión en línea media. Disección por planos.

Exposición de lámina vertebral de T11 y T12.

Inserción con control de radioscopia de tornillos canulados de 5.0 x 40 mm S 4® Spinal System de Aesculap Braun a nivel de pedículos de T11 y T12.

Facetectomía T11-T12 izquierda ampliada a lámina y “undercutting” sobre apófisis espinosa y exéresis de fragmento de ligamento amarillo calcificado adherido a porción posterior de la duramadre.

Discectomía Th11-Th12 apreciando descompresión de saco tecal.

Conexión de sistema de artrodesis con barras. Hemostasia. Se coloca inductor óseo (DBM) + hueso autólogo sobre facetas y láminas de lado derecho. Redón nº8 con vacío. Cierre de músculo y subcutáneo con reabsorbible y piel con grapas.

1)

Arce CA, Dohrmann GJ. Herniated thoracic disks. Neurol Clin. 1985;3:383-92. Review.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=hernia_discal_dorsal

Last update: 2025/05/04 00:04

