

CASO CLÍNICO

Abordaje alternativo torácico. Tratamiento quirúrgico de la hernia discal torácica. Caso clínico



Emiliano Gardino*, Enrique Bovier, Javier Méndez y Nicolás Maldonado

Hospital Español, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Recibido el 30 de noviembre de 2016; aceptado el 4 de julio de 2017

Disponible en Internet el 9 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Abordaje torácico;
Hernia discal torácica

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo es describir una modificación en la técnica de la vía de abordaje posterior como alternativa viable en el tratamiento quirúrgico de la discopatía torácica.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 29 años con diagnóstico de hernia discal torácica central (T11) sintomática. Se realizó tratamiento quirúrgico mediante discectomía por abordaje posterior modificado.

Resultados: Evolución favorable con reversión total de los síntomas y signos presentados, sin complicaciones perioperatorias, y seguimiento a los 3 y 6 meses con controles clínicos, radiográficos y tomográficos aceptables.

Discusión: Se describieron para el tratamiento de la discopatía torácica sintomática numerosos abordajes anteriores, posteriores y toracoscópicos. No hay precedente publicado en la bibliografía sobre por vía posterior modificada utilizada como alternativa de tratamiento de esta patología. En la actualidad, todas las técnicas descritas son opción válida para el tratamiento de las discopatías torácicas sintomáticas. A pesar de ser un solo caso tratado con el tipo de abordaje empleado, la intención es convertirlo en una alternativa válida para los cirujanos espinales no familiarizados con la vía anterior. Aún faltan estudios prospectivos, de mayor seguimiento y con mayor número de pacientes para validar la técnica quirúrgica empleada.

Nivel de evidencia clínica: Nivel IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emiliano_gardino@hotmail.com (E. Gardino).

KEYWORDS

Thoracic approach;
Thoracic disc
herniation

Alternative thoracic approach. Surgical treatment of the thoracic disc hernia. Clinical case**Abstract**

Background: The aim of this paper is to describe a modification in the posterior approach technique as a viable alternative in the surgical treatment of thoracic disc disease.

Materials and methods: A 29-year-old female patient with a diagnosis of a symptomatic central (T11) thoracic disc herniation. Surgical treatment was performed by discectomy by modified posterior approach.

Results: The outcome was favourable with total reversion of the signs and symptoms presented. There were no perioperative complications, and follow-up at 3 and 6 months was acceptable with clinical, radiographic and tomographic controls.

Discussion: Numerous anterior, posterior and thoracoscopic approaches have described for the treatment of symptomatic thoracic disc disease. There is no precedent published in the literature on the modified posterior route used as an alternative treatment of this pathology. At present, all the techniques described are a valid option for the treatment of symptomatic thoracic disc diseases. Despite being a single case treated with the type of approach employed, the intention is making it a valid alternative for spinal surgeons unfamiliar with the anterior route. There is a lack of prospective studies, with longer follow-up and a larger number of patients in order to validate the surgical technique used.

Evidence level: IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El objetivo de este trabajo es describir una modificación en la técnica de la vía de abordaje posterior, como alternativa viable en el tratamiento quirúrgico de la discopatía torácica, y realizar una revisión bibliográfica.

Material y métodos

Se trata de una paciente de 29 años que presenta dorsalgia, anestesia en silla de montar, parestesias en ambos miembros inferiores y episodios de incontinencia urinaria, con diagnóstico de hernia discal torácica central (T11) sintomática estudiada mediante resonancia magnética (RM; [figs. 1 y 2](#)) y radiografías estáticas y dinámicas.

Se realizó tratamiento quirúrgico mediante discectomía por abordaje posterior y artrodesis.

Técnica quirúrgica

La paciente adoptó una posición de decúbito ventral sobre mesa accesoria de columna y se le realizó abordaje posterior a la altura de la línea media, esqueletización, identificación de nivel con radioscopia, liberación posterior y laminotomía completa del segmento T11-T12 bilateral; se utilizó la instrumentación con tornillos pediculares contralateral al cirujano y distracción del segmento con la barra correspondiente para generar cifosis del segmento y ganar espacio a nivel posterior del disco T11. Se procedió a realizar una osteotomía parcial con escoplo recto laminar del segmento suprapedicular del cuerpo vertebral T12, con

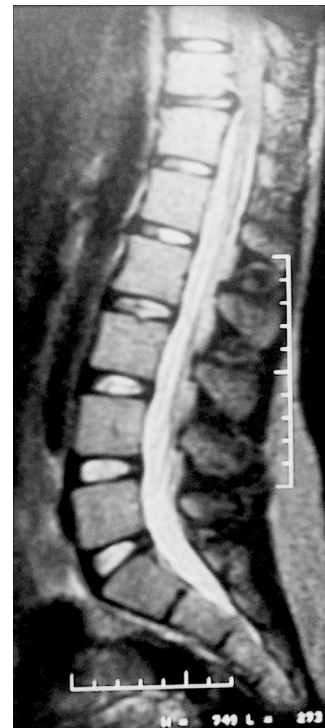


Figura 1 Corte sagital de resonancia magnética.

dirección proximal, espacio que permitía acceder al platillo superior de T12 y al disco desde un acceso foraminal, para realizar la discectomía completa y la colocación del injerto corticoesponjoso más la caja de fusión intersomática. A



Figura 2 Corte sagital de resonancia magnética ampliado en nivel T11.



Figura 3 Herida quirúrgica.

continuación, se instrumentaron los pedículos vertebrales restantes y se sometió al sistema de barras a compresión bilateral para lograr la angulación sagital correspondiente al segmento T11-T12.

Resultados

La paciente evolucionó favorablemente con reversión total de los síntomas y los signos presentados, sin complicaciones perioperatorias y con un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses con controles clínicos (fig. 3), radiográficos (fig. 4) y tomográficos (fig. 5) aceptables.

Discusión

La incidencia de la hernia de disco torácica se estima en el 0,25-1% de todas las hernias de disco y el 80% se producen entre la tercera y la quinta décadas de la vida. El análisis de los estudios de población sugiere que la incidencia global de las hernias de disco torácico es, aproximadamente, de 1 por cada 1.000.000 pacientes por año. Hay una relación hombre/mujer de 1:1 por término medio¹.

El uso de la tomografía computarizada (TC) y la RM se ha traducido en un aumento importante de la detección y el diagnóstico de esta lesión. Hasta en el 15-37% de los casos son visibles hernias de disco torácico «incidentales» en las imágenes de RM y, sin embargo, no hay quejas del paciente. Las hernias discales sintomáticas son poco comunes en la columna torácica. Se presenta una variedad de síntomas y la dorsalgia es el síntoma inicial más frecuente y, con

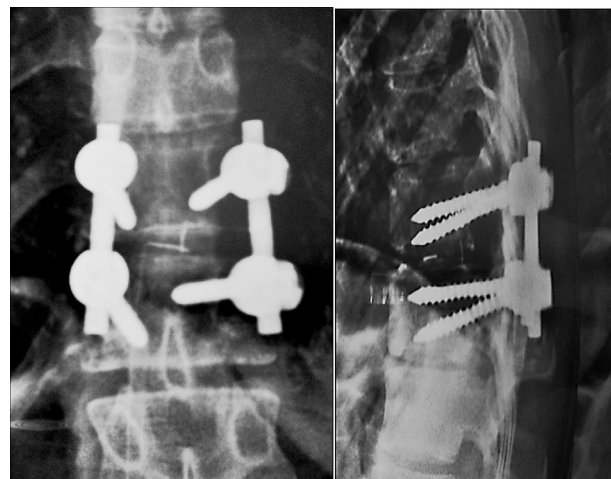


Figura 4 Control radiológico postoperatorio.

frecuencia, está localizado en la línea media, aunque puede ser unilateral o bilateral. El dolor puede ser constante o intermitente, y puede ser exacerbado por la actividad o la tos, estornudos o una maniobra de tipo Valsalva. Las alteraciones sensitivas son también frecuentes, pues se producen en el 24-61% de los pacientes. Los trastornos motores o mielopatía se pueden detectar en, aproximadamente, el 60% de estos pacientes y los síntomas de la disfunción de la vejiga se producen en un 24%. La mayoría (75%) de las hernias de disco torácico sintomáticas implica los 4 niveles más bajos (de T8-9 a T11-12); el nivel más afectado con más frecuencia es T11-12. Solo el 4% de las hernias de disco afecta a los 2 niveles superiores. La mayoría de las hernias son centrales o paracentrales, y la calcificación es un hallazgo común².

La cirugía para hernias de disco torácico comprende menos del 5% de todas las operaciones de disco. El tratamiento de este trastorno ha sido una problemática debido a los retrasos en el diagnóstico derivados tanto de la poca frecuencia de esta enfermedad y su falta de patrón de presentación característica. Además, las indicaciones para la cirugía no han sido bien establecidas porque la historia natural de este trastorno no está claramente definida. Una indicación absoluta para la cirugía se considera generalmente la existencia de mielopatía grave y/o progresiva³.

La selección del abordaje quirúrgico óptimo para la discectomía torácica también es controvertida. La bibliografía para el tratamiento de la discopatía torácica sintomática describe abordajes anteriores mediante toracotomía; posteriores, como laminectomía simple; discectomías por vías transpedicular y costotransversectomía, y vía toroscópica⁴⁻⁸. La elección del abordaje quirúrgico se basa en varios factores: la formación y experiencia del cirujano; los tipos de síntomas; las relaciones anatómicas entre la hernia, la médula espinal, la raíz del nervio y la anatomía del hueso, y la consistencia de la hernia (blanda o calcificada). Factores relacionados con el paciente, como el hábito corporal y las comorbilidades, también pueden influir en la elección de la vía de abordaje. Actualmente, el abordaje transtorácico se ve favorecido por muchos cirujanos para abordar hernias centrales o paracentrales en pacientes en que la mielopatía está presente. La calcificación de la hernia es otro factor que favorece un abordaje transtorácico

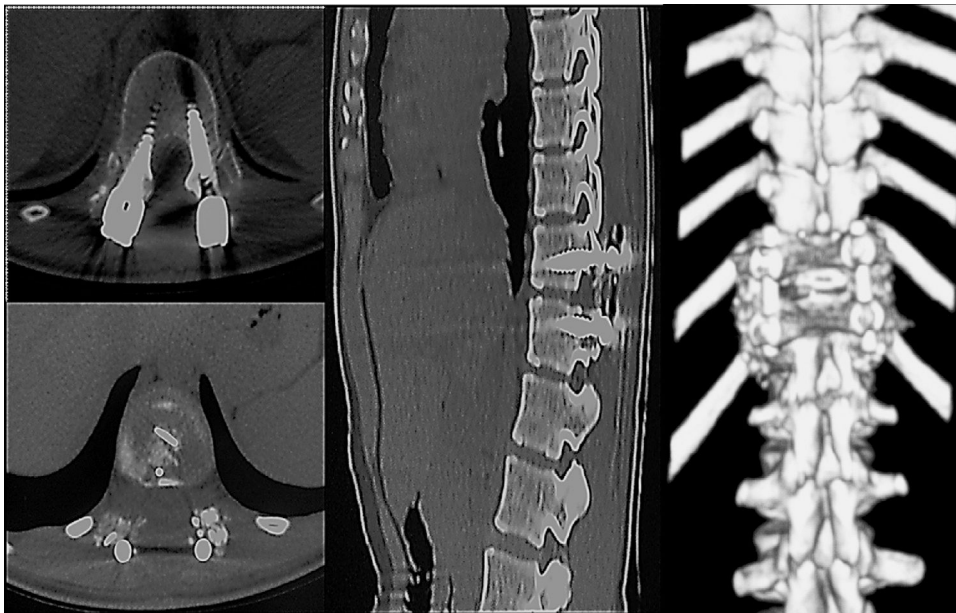


Figura 5 Control tomográfico postoperatorio (cortes axiales, corte sagital y reconstrucción 3D).

porque una lesión de la dura requerirá claramente mayor manipulación para lograr una descompresión. Las ventajas adicionales del abordaje transtorácico incluyen una excelente exposición de la cara ventral del canal espinal sin la necesidad de manipulación de la duramadre, la capacidad de preservar la estabilidad de la columna en la mayoría de los casos, sin la necesidad de la fusión, y la capacidad para llevar a cabo la fusión intercorporal cuando esté indicado. Una desventaja de la vía anterior puede ser que el cirujano esté menos familiarizado con el abordaje y la anatomía en comparación con los abordajes posteriores. Esto se puede evitar si el cirujano de columna suma la ayuda de un cirujano torácico en la obtención del abordaje.

La laminectomía se utilizó inicialmente para abordar estas hernias de disco, pero pobres resultados neurológicos llevaron al desarrollo de diversas alternativas modernas, incluidos distintos abordajes posterolateral y lateral. Diversas modificaciones de los abordajes posteriores se han visto favorecidas por los neurocirujanos debido a la familiaridad de la anatomía y la naturaleza menos invasiva del procedimiento. Una desventaja significativa a los abordajes posterolaterales (p. ej., el transpedicular y abordajes transfacetarios con conservación de los pedículos) es que ofrecen una visualización limitada y el acceso al canal espinal ventral y dorsal. Incluso con el abordaje más lateral proporcionado por costotransversectomía y su variante, el abordaje extracavitario lateral, puede ser difícil de visualizar las hernias de disco de la línea media. Con los recientes avances en la tecnología endoscópica, la toracoscopia se ha vuelto más popular; sin embargo, se requiere de instrumentos especiales e implica una curva de aprendizaje elevada.

No hay precedente publicado en la bibliografía actual sobre discectomías por vía posterior y artrodesis descrita anteriormente como alternativa de tratamiento de esta patología.

En la actualidad, todas las técnicas quirúrgicas descritas en la bibliografía, con excepción de la laminectomía, son una opción válida para el tratamiento de las discopatías

torácicas sintomáticas. Se recomienda el abordaje anterior con fusión en la mayoría de los casos por el menor riesgo de complicaciones respecto a la vía posterior. A pesar de ser un solo caso descrito del tipo de abordaje empleado, se tuvo en cuenta el potencial riesgo de la vía posterior para realizar la modificación de dicha técnica quirúrgica, con la intención de convertirla en una alternativa válida para los cirujanos espinales no familiarizados con la vía anterior. Aún faltan estudios prospectivos, de mayor seguimiento y con mayor número de pacientes para validar la técnica quirúrgica empleada.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Bilsky MH. Transpedicular approach for thoracic disc herniations. *Neurosurg Focus*. 2000;9:e3.
2. Black P. Laminotomy/medial facet approach in the excision of thoracic disc herniation. *Neurosurg Focus*. 2000;9:e6.

3. Kalfas IH. Laminectomy for thoracic spinal canal stenosis. *Neurosurg Focus*. 2000;9:e2.
4. Kim KD, Babbitt JD, Mimbs J. Imaging-guided costotransversectomy for thoracic disc herniation. *Neurosurg Focus*. 2000;9:e7.
5. Mc Inerney J, Ball PA. The pathophysiology of thoracic disc disease. *Neurosurg Focus*. 2000;9:e1.
6. Sasaki S, Kaji K, Shiba K. Upper thoracic disc herniation followed by acutely progressing paraplegia. *Spinal Cord*. 2005;43:741–5.
7. Stillerman CB. Introduction to thoracic disc disease. *Neurosurg Focus*. 2000;9, intro.
8. Vollmer DG, Simmons NE. Transthoracic approaches to thoracic disc herniations. *Neurosurg Focus*. 2000;9:e8.