

Programa de Formación Continua AOSpine

Patología Degenerativa

Hernia de disco lumbar recidivada

Autor

Dr. Mario Augusto Taricco

Editor

Dr. Néstor Fiore



Hernia de disco lumbar recidivada

Autor

Dr. Mario Augusto Taricco

Editor

Dr. Néstor Fiore



OBJETIVOS

- ▶ Describir el cuadro clínico de los pacientes que presentan una hernia discal lumbar recidivada.
- ▶ Enfocar los aspectos diagnósticos.
- ▶ Considerar aspectos actuales del tratamiento.



ÍNDICE

▶ 1. Introducción	04
Conceptos generales	04
▶ 2. Aspectos clínicos	05
Exámenes complementarios	05
▶ 3. Tratamiento	08
Tratamiento médico	08
Bloqueos	08
Tratamiento quirúrgico	08
Síntesis	11
▶ Bibliografía	12



1. INTRODUCCIÓN

Conceptos generales

Los síntomas de la hernia de disco lumbar tienen un óptimo pronóstico con el tratamiento conservador. Como ya fue presentado anteriormente, en casos en que no hay una mejora de los síntomas con el tratamiento clínico o está asociado un compromiso neurológico grave, existe indicación de tratamiento quirúrgico.

Para repasar este tema, ver el tópico "Hernia de disco lumbar" del Ciclo 1.



El tratamiento quirúrgico también suele tener buen resultado. La mayoría de las veces, el paciente retorna a sus actividades normales previas a los síntomas, pero no es infrecuente que pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de hernia de disco lumbar, que tuvieron remisión completa de sus síntomas, vuelvan a presentar los mismos síntomas después de un período y, cuando se los somete a exámenes de imágenes, muestren una hernia de disco lumbar en el mismo nivel en el que fue operado.

Lo importante es diferenciar el caso como el descrito de los siguientes casos: aquellos en que no hubo mejoría con la cirugía y aquellos que presentaron otros síntomas diferentes después de la cirugía.

Existen estudios (Fu et al., 2005; Herron, 1994) que demuestran una incidencia del 3% al 18% de recurrencia, tornando importante el tema en cuestión. Varios puntos deben ser discutidos en cuanto al concepto de hernia de disco recidivada.

En la literatura (Fu et al., 2005), se toma un período de seis meses como intervalo entre la cirugía y el retorno de los síntomas. Sin embargo, existen trabajos prospectivos sobre este tema que tuvieron un índice del 10,22% de recidiva con indicación de reoperación. En estos casos, el retorno de los síntomas ocurrió de la siguiente manera:

- Durante el cuarto mes operatorio, retornaron en cinco pacientes.
- Durante el primer año operatorio, retornaron en cuatro pacientes.
- Después tres años del tratamiento quirúrgico, retornaron en dos pacientes.

Se puede afirmar que, más importante que precisar un tiempo de intervalo entre la cirugía y el retorno de los mismos síntomas, es que exista un período en que el paciente haya estado libre de los síntomas, realizando sus actividades.



Otro factor a tener en cuenta es que se considera también recidiva de hernia discal si el dolor es del lado opuesto al inicial, siempre que sea en el mismo disco operado previamente.



No es necesario que sea del mismo lado para ser recidiva, pero sí del mismo disco.

De esta forma, el concepto de hernia de disco lumbar recidivada está bien establecido, y se debe tener cuidado en no confundir recidiva con malos resultados del tratamiento quirúrgico de hernia de disco lumbar. Los pacientes con malos resultados al tratamiento son aquellos pacientes que no tuvieron mejora de los síntomas que presentaban antes de la cirugía o que presentan otros síntomas que no se deben a la compresión de raíz por fragmento de disco herniado.

Conociendo la posibilidad de recidiva de hernia de disco, es importante identificar aquellos factores que favorecen que esto ocurra, como algún detalle técnico de la cirugía que pudiese facilitar la recidiva.



Existen estudios (Papadopoulos et al., 2006) que asocian la cantidad de material removido del disco intervertebral con la posibilidad de recidiva: cuanto mayor sea la cantidad de disco removido, menor es el índice de recidiva. Esto es cuestionado por otros estudios (Suk, Lee, Moon y Kim, 2001).

Por otro lado, la literatura sobre el tema (Kim, Park y Kim, 2009) también intenta relacionar el tamaño de la rotura del anillo fibroso con la recidiva, sugiriendo que la incidencia sería mayor en los casos con mayor lesión del anillo.

Se considera recidiva de hernia de disco cuando el paciente fue operado, tuvo remisión de los síntomas atribuidos a esta enfermedad, permaneció un período de tiempo sin tenerlos y después volvió a presentar los mismos síntomas de compresión radicular debido a una hernia de disco en el mismo nivel.



2. ASPECTOS CLÍNICOS

Cuadro clínico

El cuadro clínico es el de un paciente operado de hernia de disco lumbar, que presenta remisión del dolor irradiado y retorna a sus actividades profesionales y recreativas, y, después de un período asintomático, vuelve a presentar el mismo síntoma que presentaba antes de la cirugía anterior, caracterizado por dolor irradiado en el miembro inferior.

Exámenes complementarios

Radiografía

La radiografía simple debe ser solicitada cuando existe sospecha de inestabilidad posoperatoria, debido al cuadro clínico, o cuando existe duda en relación al espacio operado.

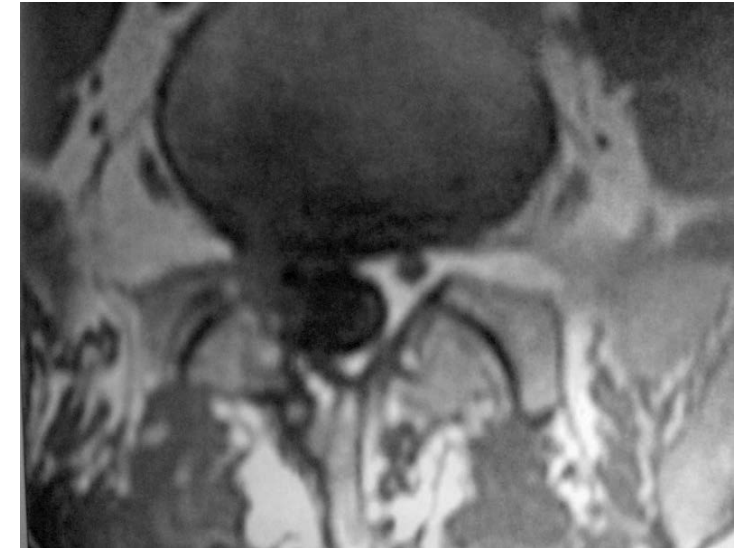
La radiografía no contribuye a la confirmación para el diagnóstico de hernia recidivada, pero se torna fundamental en los casos en que hay indicación de reoperación para confirmar o descartar inestabilidad.

Resonancia magnética (RM)

La resonancia magnética (RM) es el examen de elección para la confirmación diagnóstica.

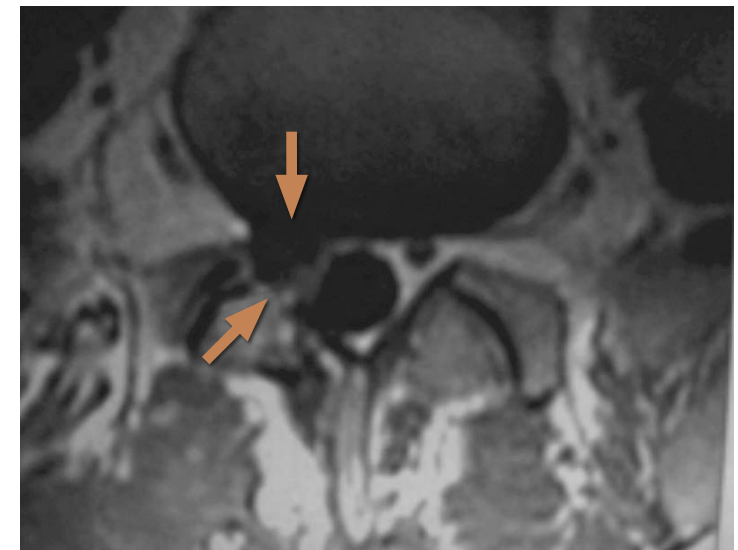
Como se realiza en pacientes ya operados, es difícil distinguir si las alteraciones en la imagen son por manoseo quirúrgico con ausencia de grasa epidural local y posible tejido fibrótico cicatricial, o por una hernia recidivada. Para hacer esa distinción, es importante que se realice la RM con gadolinio (Mullin, Heithoff, Gilbert y Renfrew, 2000).

A continuación se muestran, a modo de ejemplo, las imágenes de un paciente de 38 años con lumbociática derecha en el que se realizó, nueve meses antes, una cirugía por hernia de disco L4-L5 derecha.



Se observa ausencia de grasa peridural en la zona quirúrgica (derecha).

Resonancia magnética sin gadolinio, secuencia T1, corte axial



Se observa captación del gadolinio alrededor de la hernia recidivada (derecha), es decir, realce alrededor de la hernia.

Resonancia magnética con gadolinio, secuencia T1, corte axial

Al realizar la RM con gadolinio, habrá hipercaptación por el tejido cicatricial, sin alteración del posible fragmento de disco herniado.



A continuación se muestran, a modo de ejemplo, las imágenes de un paciente de 45 años con lumbociática derecha en el que se realizó, once meses antes, una cirugía por hernia de disco L5-S1 derecha.



Se observa ausencia de grasa peridural en la zona quirúrgica (derecha).

Resonancia magnética sin gadolinio, secuencia T1, corte axial



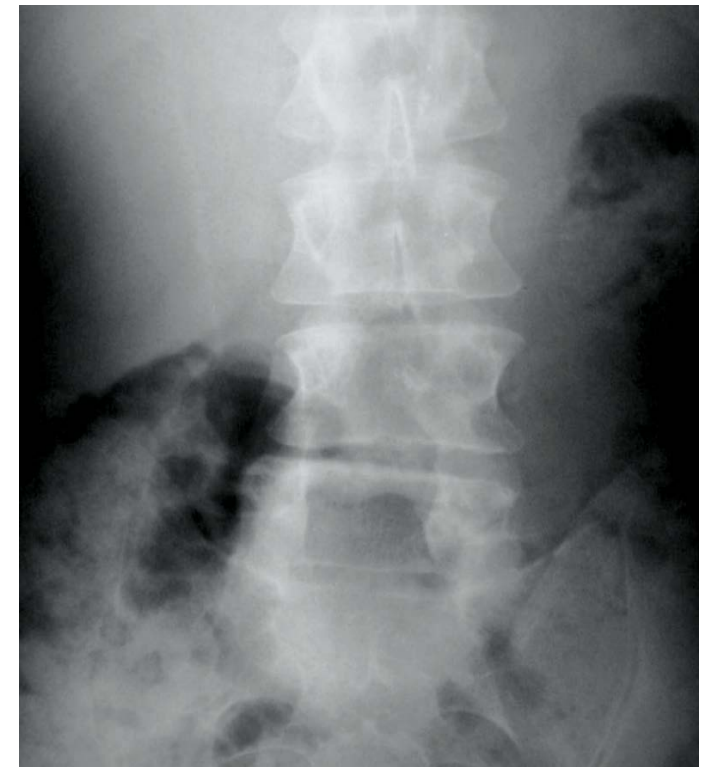
Se observa la raíz y el realce con el contraste en zona de fibrosis posoperatoria (derecha).

Resonancia magnética con gadolinio, secuencia T1, corte axial

Radiculografía

La radiculografía puede ser útil para confirmar una compresión radicular en casos donde los datos clínicos son bastante sugestivos de compresión radicular y la RM no es lo suficientemente esclarecedora para la confirmación del diagnóstico, o en pacientes que, por algún motivo, la RM no se pueda realizar.

A continuación se muestran, a modo de ejemplo, las imágenes de un paciente de 47 años, sexo masculino, con lumbociática derecha en el que se realizó, cinco meses antes, una cirugía por hernia de disco L4-L5 derecha.



Se observa una zona de laminectomía en L5 con resección de apófisis articulares derechas.

Radiografía de columna lumbosacra de frente



Se observa una aparente compresión a la altura del disco L4-L5.

Radiculografías de perfil y perfil en flexión y extensión de columna lumbosacra

Tomografía computada (TC)

La tomografía computada (TC) puede ayudar cuando se quiere saber cuánto hueso se retiró en la cirugía anterior y cuánto aún se puede retirar sin causar inestabilidad. En los pacientes que serán reoperados, hay una necesidad de reconocer el tejido normal y, desde allí, dirigirse para la región que fue manipulada en el acto quirúrgico anterior.

A continuación se muestran, a modo de ejemplo, las imágenes de un paciente de 52 años con lumbociática izquierda en el que se realizó una cirugía por hernia de disco L5-S1 izquierda, siete meses antes.



Se observa la hernia recidivada en el espacio L5-S1 a la izquierda.

Tomografía computada de columna lumbosacra, reconstrucción frontal



Se observa la laminectomía y la hernia del lado izquierdo.

Tomografía computada de columna lumbosacra a nivel L5-S1, corte axial

Electroneuromiografía

La electroneuromiografía se indica en los casos en que hay duda diagnóstica entre una compresión radicular u otra causa de neuropatía, como, por ejemplo, neuropatía diabética. Es dudosa su indicación para confirmar compresión radicular o raíz comprimida.



3. TRATAMIENTO

Confirmado el diagnóstico de recidiva de la hernia de disco lumbar, se decidirá el tratamiento a seguir.

Tratamiento médico

Se cita en la literatura (Le, Sandhu y Fessler, 2003; Papadopoulos et al., 2006) que debe ser realizado el mismo procedimiento preconizado antes de la primera cirugía (uso de antiinflamatorios y analgésicos), sabiendo que podrá haber una mejoría del síntoma, sin tratamiento quirúrgico.

Sin embargo, la mayoría de las veces, el paciente ya tuvo una experiencia previa de dolor antes de la cirugía y sintió alivio de los síntomas después de la misma, por lo que solicita una reoperación más precoz, no queriendo pasar el período de dolor que pasó antes de la primera cirugía.

Bloqueos

Los bloqueos radiculares pueden ser utilizados para confirmación diagnóstica, en casos de que haya duda de una posible compresión radicular.

Tratamiento quirúrgico

En aquellos casos en que se optó por el tratamiento quirúrgico ante una recidiva de hernia de disco, los cirujanos ponen en cuestión la necesidad de instrumentación con fijación u otro procedimiento que pueda evitar una nueva recidiva (Fu et al., 2005; Kim et al., 2009; Le et al., 2003; Papadopoulos et al., 2006).

En los casos de recidiva de hernia de disco lumbar en los que no hay factores que sugieran inestabilidad del segmento comprometido, debe ser realizada la simple descompresión radicular con retiro del fragmento herniado.



CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años, con antecedente de tratamiento quirúrgico de hernia de disco lumbar L4-L5 hace 18 meses. Hace meses, cuatro presentó lumbociatalgia izquierda en el trayecto raíz L5, sin déficit motor ni sensitivo.



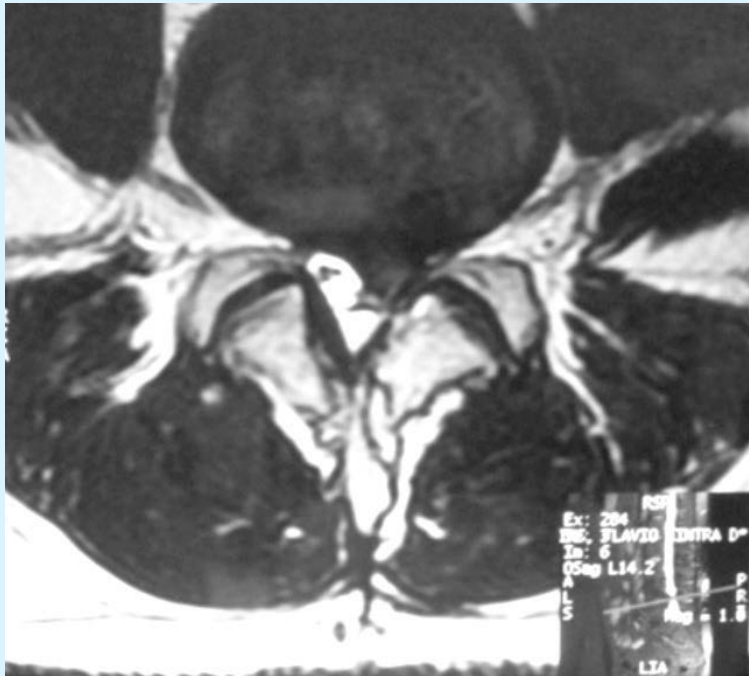
Se observa una hernia recidivada en el nivel L4-L5.

Resonancia magnética de columna lumbosacra, secuencia T2, corte sagital

Los bloqueos peridurales o radiculares selectivos pueden ser realizados para mejora de los síntomas, pudiendo brindar un buen resultado definitivo o solo transitorio.

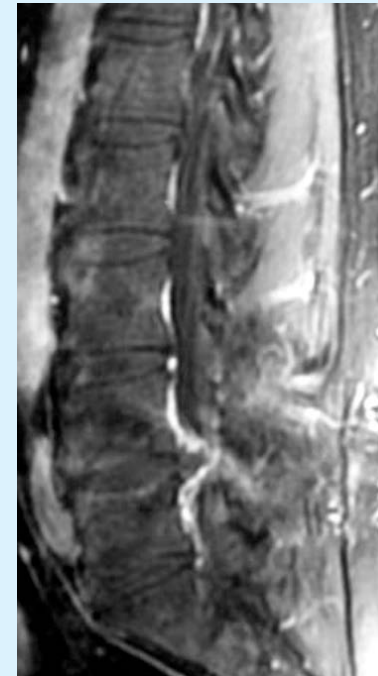


En los pacientes que deban operarse por una hernia discal lumbar recidivada, solamente debe haber indicación de artrodesis en los casos en que se confirme la inestabilidad del segmento operado.



Muestra hernia recidivada L4-L5 posterolateral izquierda.

Resonancia magnética de columna lumbosacra, secuencia T2, corte axial en T2



Se observa imagen invadiendo el canal que no capta contraste.

Resonancia magnética posoperatoria de columna lumbosacra, secuencia T1, corte sagital



Se observa la zona con posterioridad a la cirugía de la recidiva.

Resonancia magnética de columna lumbosacra posoperatoria, secuencia T1, corte sagital

El paciente evoluciona y mejora el cuadro clínico.



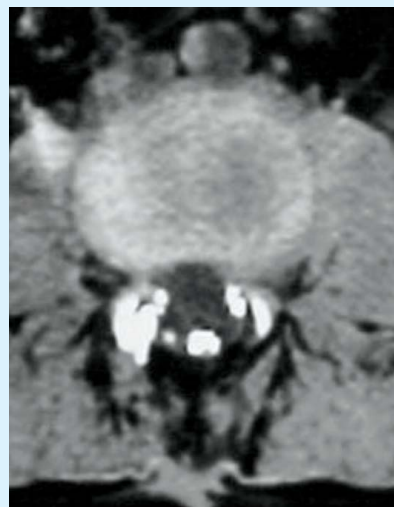
CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, con antecedente de tratamiento quirúrgico de hernia de disco lumbar L3-L4 hace nueve meses (cruralgia izquierda). Se presenta, en la actualidad, con un nuevo episodio de cruralgia izquierda con dolor lumbar importante.



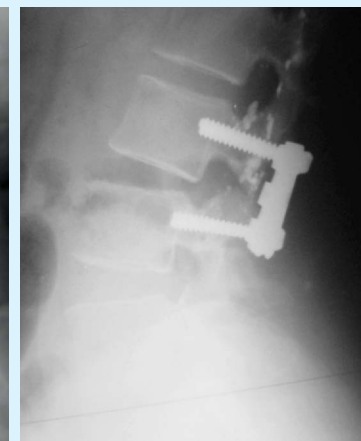
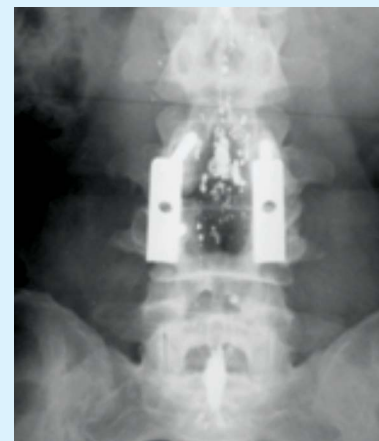
Se observa el líquido de contraste y la resección de las articulares posteriores.

Radiografía de frente de columna lumbosacra



Se observan el líquido de contraste epidural (por error técnico), la recidiva de la hernia en el foramen L3-L4 izquierdo y la resección excesiva de las articulaciones posteriores.

Tomografía computada de columna lumbosacra a nivel L3-L4, corte axial



Se observa artrodesis sólida L3-L4.

Radiografía posoperatoria de frente y perfil de columna lumbosacra

El paciente tiene buena evolución posoperatoria del dolor lumbar y radicular.

En el acto quirúrgico, son importantes las siguientes acciones:

- reconocer los límites anatómicos normales y, desde ese punto, actuar en el lugar previamente operado;
- estar atento a las adherencias de tejido cicatricial con la duramadre, para que no ocurra una lesión del saco dural con la posible evolución a una fístula de líquido cefalorraquídeo;
- no ocasionar una inestabilidad iatrogénica por el retiro excesivo de hueso, principalmente de la articulación facetaria.

Los resultados de las reoperaciones de las recidivas de las hernias discales lumbares suelen ser buenos, semejantes a los resultados de la primera cirugía.





Síntesis: TRATAMIENTO

El cuadro clínico de recidiva de hernia de disco lumbar está bien establecido y se caracteriza por la reaparición de los síntomas preoperatorios (dolor irradiado) en pacientes operados de hernia de disco lumbar, debido a una hernia en el mismo disco operado anteriormente. Es importante destacar que estos pacientes se mantuvieron asintomáticos por un período de tiempo, luego de la primera cirugía, que les permitió retornar a sus actividades profesionales y recreativas.

Frente a un paciente con este cuadro clínico, el examen complementario de imagen de elección es la RM con contraste endovenoso. Se recomienda la radiografía dinámica de la columna lumbar para descartar o confirmar posible inestabilidad.

Puede intentarse con éxito el tratamiento conservador. En caso de fracaso o en caso de optar por el tratamiento quirúrgico, cuando no hay inestabilidad asociada, se indica una simple descompresión radicular para retirar el fragmento discal herniado.



BIBLIOGRAFÍA

Fu, T. S., Lai, P. L., Tsai, T. T., Niu, C. C., Chen, L. H. y Chen, W. J. (2005) Long-term results of disc excision for recurrent lumbar disc herniation with or without posterolateral fusion. *Spine (Phila Pa 1976)*, 30(24), 2830-2834.

Herron, L. (1994) Recurrent lumbar disc herniation: results of repeat laminectomy and discectomy. *J Spinal Disord*, 7(2), 161-166.

Kim, K. T., Park, S. W. y Kim, Y. B. (2009) Disc height and segmental motion as risk factors for recurrent lumbar disc herniation. *Spine (Phila Pa 1976)*, 34(24), 2674-2678.

Le H., Sandhu, F. A. y Fessler, R. G. (2003) Clinical outcomes after minimal-access surgery for recurrent lumbar disc herniation. *Neurosurg Focus*, 15(3), E12.

Mullin, W. J., Heithoff, K. B., Gilbert, T. J. Jr y Renfrew, D. L. (2000) Magnetic resonance evaluation of recurrent disc herniation: is gadolinium necessary? *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(12), 1493-1499.

Papadopoulos, E. C., Girardi, F. P., Sandhu, H. S., Sama, A. A., Parvataneni, H. K., O'Leary, P. F. et al. (2006) Outcome of revision discectomies following recurrent lumbar disc herniation. *Spine (Phila Pa 1976)*, 31(13), 1473-1476.

Suk, K. S., Lee, H. M., Moon, S. H. y Kim, N. H. (2001) Recurrent lumbar disc herniation: results of operative management. *Spine (Phila Pa 1976)*, 26(6), 672-676.