

Rev Soc Esp Dolor
2014; 21(1): 65-67

Dolor abdominal por extrusión discal dorsal

Sr. Director:

La incidencia de hernia discal torácica (HDT) es de 0,25-1 % de todas las hernias discales, y de 1 caso/millón de habitantes/año. El máximo pico de incidencia es entre los 30-50 años sin existir diferencias significativas en cuanto al sexo. La prevalencia de la HDT es del 11-37 % en pacientes asintomáticos. Del 0,15-4 % requieren tratamiento quirúrgico (1).

Caso clínico

Mujer de 57 años con dolor subagudo recurrente en hipocostrio derecho. Refería irradiación del dolor a zona dorsal baja derecha, de características mixtas, náuseas, afébril y síntomas miccionales, por lo que se sospechaba causa urológica. Antecedente de litiasis renal, apendicectomía e hysterectomía. A la exploración física presenta un abdomen blando y deprimible, doloroso, sin masas ni visceromegalias. Peristaltismo normal. Sucusión renal negativa. Dolor a la palpación en zona paravertebral derecha, Lassegue y Bragard negativo; no existe déficit neurológico en EE. II. El estudio de hemograma y bioquímica de sangre y orina no mostró alteraciones.

Ecografía y TAC abdomino-pélvico sin hallazgos. RM dorsal y lumbar: discopatía degenerativa D8-D9, asociando cambios reactivos discopáticos en la esponjosa adyacente a la porción anterior de los platillos, con características de edema óseo (fenómenos de tipo Modic I). A este mismo nivel existe una hernia discal con características de extrusión, en localización paramedial derecha (Fig. 1). Se descarta tratamiento quirúrgico por la no existencia de afectación neurológica, por lo que se realiza tratamiento rehabilitador con manejo del dolor con analgesia de tercer escalón de la OMS (asociación de gabapentina y tramadol oral). A los seis meses el dolor ha disminuido y el estudio de RM de control mostró estabilidad de la hernia.

Discusión

La restricción del movimiento a nivel torácico y la elevada estabilidad de esta zona, favorecen la baja prevalencia de la herniación discal a este nivel. Otra de las razones es que el núcleo pulposo deriva embriológicamente de la notocorda y, en general, los restos de notocorda son más frecuentes a nivel cervical y lumbar bajo (2). El 75 % de las HDT se presentan por debajo de la octava vértebra torácica

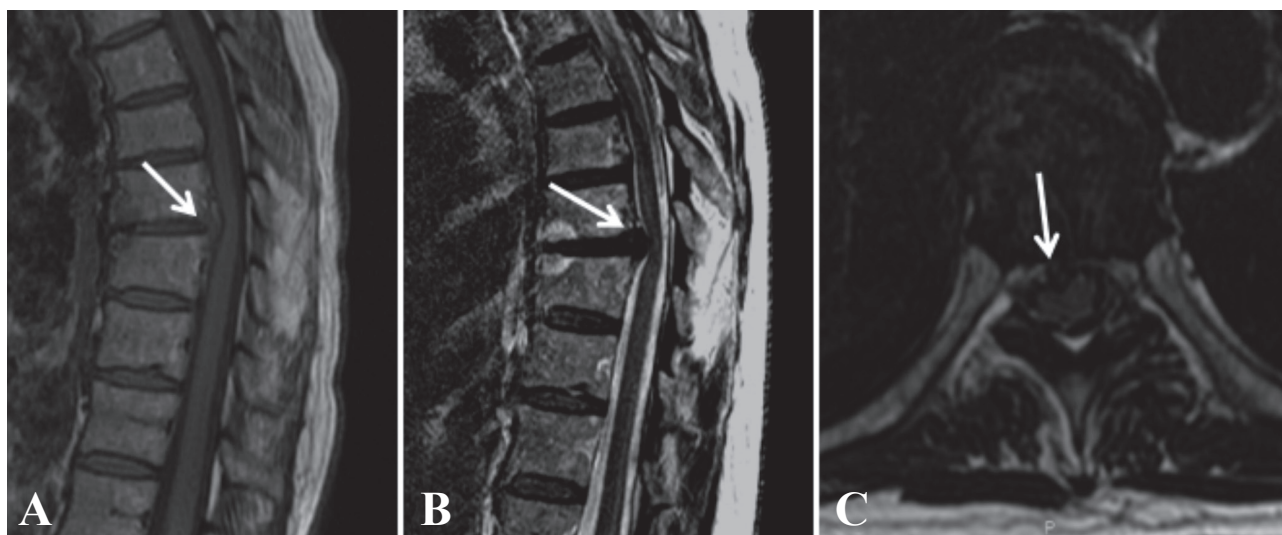


Fig. 1. Imágenes de resonancia magnética. Secuencias sagitales potenciadas en T1 (A), T2 (B) y axial T2 (C), las cuales muestran una protrusión discal paramedial derecha (flecha) que oblitera por completo focalmente el espacio subaracnoideo anterior, contactando y deformando con el cordón medular.

y la mayoría entre D11-D12, debido a que en este segmento existe mayor movilidad. En el 25 % existe un antecedente traumático. Rara vez la hernia discal dorsal es blanda, no calcificada y puramente lateral (3).

La HDT puede provocar dolor dorsal, dolor radicular y/o mielopatía. Los síntomas de presentación más comunes son: dolor en 76 % de los casos, afectación de esfínteres en 24 %, y afectación sensitivomotora en 61 % de los casos, otras presentaciones atípicas son: estreñimiento, vejiga hipotónica, anestesia en silla de montar, disfunción intestinal, náuseas y gastroparesia. La determinación más precisa mediante las modalidades del estudio por imagen (RM) hace que la detección incidental de las anomalías de los discos torácicos aparezca con mayor frecuencia (4).

Los casos con mielopatía tienen una clara indicación de cirugía, no tanto es así en los casos exclusivos de dolor radicular o axial. El porcentaje de mejoría clínica postoperatoria en los casos de radiculopatía es de un 75 %, y en los casos de mielopatía una mejoría del 38 %. En el 58 % hay una estabilidad clínica y un empeoramiento en 2 % de los casos (5).

Conclusión

La patología degenerativa dorsal sintomática es menos frecuente que la cervicolumbar y de diagnóstico más demorado. La hernia discal dorsal es la menos frecuente de todas las del raquis, con el menor porcentaje de necesidad quirúrgica. Predomina en el segmento dorsal bajo

por las características biomecánicas. Es fundamental el diagnóstico por RM, por ello debe tenerse en cuenta esta entidad ante un dolor abdominal inespecífico con pruebas cardiopulmonares, gastrointestinales y genitourinarias anodinas.

A.P. Soriano Guillén¹, E. Mayayo Sinués², S. Cortés Franco³ y J.I. Barranco Domínguez⁴
Servicios de ¹Medicina Física y Rehabilitación, ²Radiodiagnóstico, ³Neurocirugía y ⁴Cirugía General. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Bibliografía

1. Quint U, Bordon G, Preissl I, Sanner C, Rosenthal D. Thoracoscopic treatment for single level symptomatic thoracic disc herniation: A prospective followed cohort study in a group of 167 consecutive cases. *European Spine Journal* 2012;21(4):637-45.
2. McInerney J, Ball PA. The pathophysiology of thoracic disc disease. *Neurosurgical Focus* 2000;9(4):e1.
3. Barbanera A, Serchi E, Fiorenza V, Nina P, Andreoli A. Giant calcified thoracic herniated disc: Considerations aiming a proper surgical strategy. *J Neurosurg Sci* 2009;53(1):19-25; discussion 25-6.
4. Rohde RS, Kang JD. Thoracic disc herniation presenting with chronic nausea and abdominal pain: A case report. *Journal of Bone and Joint Surgery A* 2004;86(2):379-81.
5. Aizawa T, Sato T, Sasaki H, et al. Results of surgical treatment for thoracic myelopathy: Minimum 2-year follow-up study in 132 patients. *J Neurosurg Spine* 2007;7(1):13-20.