Neurocirugia. 2024;35(Supl 1):S85

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

P-025 - CASO INUSUAL DE HERNIA DISCAL DORSAL Y LUMBAR CON EXPRESIÓN CLÍNICA SIMULTÁNEA

J. Cerón Daza, M.J. Portugués Vegara, M. Claramonte de la Viuda, M. Martín Risco, J.A. Ruíz Ginés, J. Villaseñor Ledezma, E. Olmos Francisco, C. del Río Pérez, G.A. Roa López, D. Volcinschi Moros, J.B. Calatayud Pérez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Resumen

Introducción: La hernia discal doble sintomática es extremadamente infrecuente y generalmente solo una de ellas es la responsable de la sintomatología. En la literatura no encontramos datos estadísticos de esta patología. Las hernias discales dorsales tienen una baja incidencia (1%). Son sintomáticas en menos del 1% y la gran mayoría son centrales o centrolaterales y poco frecuente las laterales. Las hernias lumbares se presentan entre un 20 y 30% y aproximadamente el 95% de los casos aparecen a nivel L4-L5 y L5-S1. El déficit neurológico es una complicación poco frecuente. Presentamos el caso de un paciente masculino con doble hernia discal dorsal y lumbar con expresión clínica simultánea y queremos mostrar la importancia de realizar un buen examen neurológico que permite identificar el nivel de afectación.

Caso clínico: Varón de 20 años con dolor lumbar no irradiado de 29 horas, afectación motora y sensitiva de las extremidades inferiores, retención urinaria. Consulta a hospital de referencia le realizan RM lumbar que muestra hernia discal L4-L5 con estenosis completa del canal raquídeo y se traslada a nuestro centro. Al ingreso hallamos paraparesia con fuerza proximal 2/5 y distal 1/5, nivel sensitivo D11 y analgesia L4-S3, hiperreflexia en el MII, esfínter anal hipotónico. Ante la sospecha de doble patología discal, solicitamos RM dorsal evidenciando hernia discal posterolateral izquierda que comprime la médula. Se interviene de forma urgente, realizándose laminectomía izquierda D8-D9 extrayéndose fragmento discal y luego laminectomía izquierda L4-L5 con microdiscectomía. El paciente mejora parcialmente y continúa manejo en la Unidad de Lesionados medulares. A 6 meses de la cirugía, logra bipedestación con ojos cerrados, marcha independiente.

Discusión: A pesar de contar con estudios especializados, la anamnesis y el examen físico son imprescindibles para orientar los estudios complementarios en el enfoque y tratamiento de un paciente.

1130-1473/© 2024 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.