

Artículo original

ABORDAJE LUMBAR INTERMUSCULAR DE WILTSE EN PATOLOGÍA NO DISCAL

Juan José Mezzadri, Conrado Rivadeneira, Alvaro Campero y Armando Basso

División de Neurocirugía, Departamento de Cirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, ARGENTINA.

RESUMEN

Se analizan los resultados obtenidos en tres casos de patología no discal, que comprometían las áreas foraminal y extraforaminal, con el abordaje lumbar intermuscular de Wiltse. El caso 1 (sexo femenino/59 años) con antecedentes de linfoma primario de piel, padecía un dolor radicular en L5 causado por un tejido hiperintenso en las IRM ubicado en L5-S1. La biopsia fue inespecífica. El caso 2 (sexo femenino/33 años) padecía un dolor radicular L5 causado por una megapófisis transversa en L5 que fue resecada. El caso 3 (sexo femenino/23 años) con antecedentes de haber sido operada en la infancia de un tumor congénito, mostraba en las IRM un tejido hiperintenso extenso que invadía el canal a través de varios forámenes entre D12 y L4. La biopsia dio ganglioneuroma. El dolor radicular desapareció en todos los casos. El alta a las 72 horas fue sin complicaciones. Este es un abordaje de bajo riesgo, directo, que se facilita con el empleo de técnicas microquirúrgicas.

Palabras clave: abordaje extremolateral lumbar - abordaje intermuscular lumbar - hernia de disco extraforaminal.

SUMMARY

We analyse the results obtained with the Wiltse lumbar intermuscular approach in three cases with non-discal pathology which compromised the foraminal and extraforaminal areas. Case 1 (female/59 years) with a history of primary skin lymphoma, suffered from L5 radicular pain caused by an L5-S1 hyperintense tissue in MRI. Biopsy was not specific. Case 2 (female/33 years) suffered from L5 radicular pain caused by a left megatransverse L5 process which was completely resected. Case 3 (female/23 years) with a history of abdominal surgery for a congenital tumour, the MRI showed an hyperintense tissue that invaded extensively de spinal canal through T12-L4 foramina. Biopsy informed ganglioneuroma. After surgery radicular pain gave up in cases 1 & 2. After 72 hours patients were discharged without complications. This was a safe and direct approach that was greatly assisted by microsurgical techniques.

Key Words: far-lateral approach - lumbar intermuscular approach - extraforaminal lumbar disc hernia.

INTRODUCCIÓN

El abordaje lumbar intermuscular es el indicado para resecar las hernias de disco lumbares foraminales y extraforaminales^{1,3-7}. Permite una exposición adecuada de las áreas laterales al foramen, evitando traumatizar excesivamente la articulación interapofisaria, preservando la estabilidad espinal. Este abordaje fue descrito inicialmente por Wiltse para tratar patología no

discal y realizar artrodesis posterolaterales⁸. El objetivo de esta presentación es analizar los resultados obtenidos con este abordaje en tres casos con patología no discal.

POBLACIÓN Y MÉTODO

a) Descripción de los casos:

Caso 1: paciente de sexo femenino y 59 años de edad, con antecedentes de linfoma primario de piel, consultó por dolor radicular y paresia del

miembro inferior izquierdo en el territorio L5. Las imágenes por resonancia magnética (IRM) de la columna lumbar mostraron a nivel foraminal y extraforaminal en L5-S1 un tejido blando hiperintenso con respecto al líquido cefalorraquídeo (LCR) que infiltraba los tejidos vecinos y se introducía dentro del canal a través del foramen (Fig. 1). La paciente fue tratada con 16 mg/24 horas de dexametasona y antiinflamatorios no esteroideos 72 horas antes de ser llevada a cirugía para tomar biopsia y liberar la raíz nerviosa afectada.

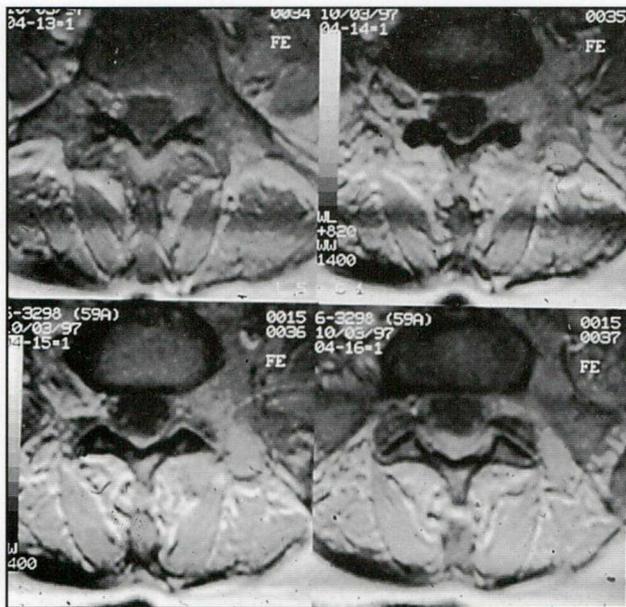


Fig. 1. IRM axiales ponderadas en T1 que muestran un tejido blando hiperintenso con respecto al LCR que ocupa las regiones foraminal y extraforaminal izquierdas.

Caso 2: paciente de sexo femenino y 33 años de edad, sin antecedentes significativos, consultó por dolor radicular en el territorio L5 derecho de un año de evolución. Las IRM mostraron sólo signos de degeneración artrósica discal múltiple. La radiografía simple mostró una megapófisis transversa de L5 derecha que se articulaba con el sacro (Fig. 2). Se interpretó que ésta era la causa de sus síntomas y la paciente fue llevada a cirugía para reseca la megapófisis.

Caso 3: paciente de sexo femenino y 23 años de edad, con antecedentes de haber sido operada en su infancia de un tumor neurogénico abdominal, concurrió a la consulta con IRM que mostraban un tejido blando hiperintenso con respecto al LCR entre D12 y L4, ubicado en el espacio pre y paravertebral retroperitoneal, que se introducía dentro del canal espinal a través de los forámenes



Fig. 2. Rx simple que muestra una megapófisis transversa de L5.

(Figs. 3 y 4). La paciente estaba asintomática. La oncóloga solicitó una biopsia para conocer la patología y luego poder indicar el tratamiento definitivo.



Fig. 3. IRM axial ponderada en T1 que muestra un tejido blando hiperintenso con respecto al LCR ubicado a nivel extra e intraforaminal que invade el canal espinal.



Fig. 4. IRM sagital ponderada en T1 que muestra un tejido blando hiperintenso con respecto al LCR ubicado extensamente a nivel prevertebral e intraforaminal.

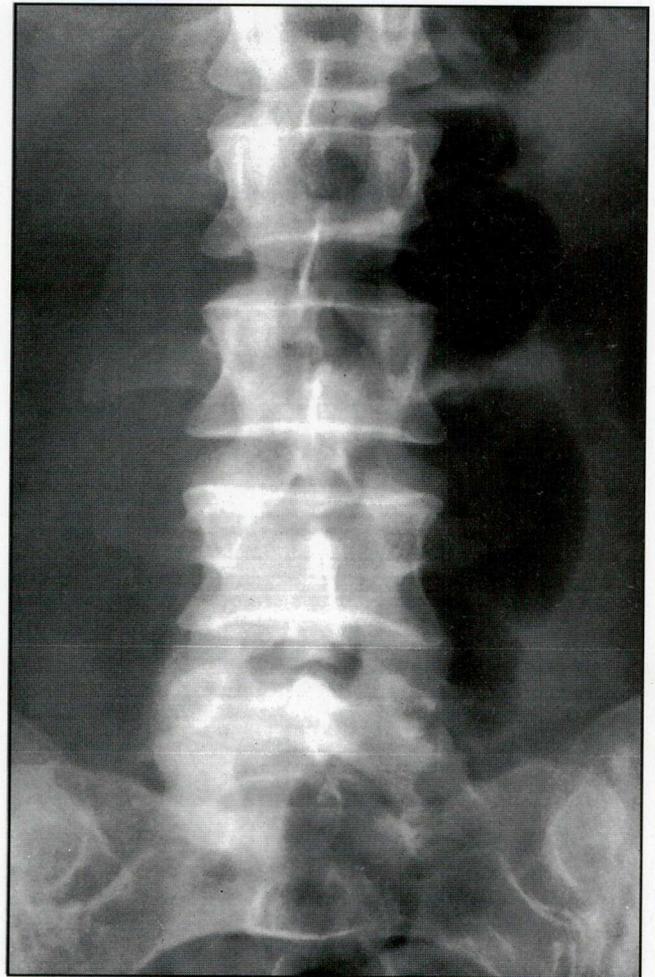


Fig. 5. Rx simple postoperatoria que muestra la falta de la megapófisis transversa de L5.

b) Descripción técnica breve

En cada caso la incisión de piel se efectuó a 3 cm de la línea media sobre el nivel apropiado, ubicado con radiografías intraoperatorias. Luego de abrir la fascia toracolumbar se individualizó el hiato existente entre los músculos longissimus y multifidus, profundizando la disección. Al llegar al espacio intertransverso en los casos 1 y 3 se colocó el microscopio y se continuó la cirugía con técnicas microquirúrgicas. En el caso 1 se abrió el músculo y la fascia intertransversa. Luego se individualizó la raíz y antes de liberarla se tomaron muestras del tejido circundante. Se completó el procedimiento aspirando el tejido que rodeaba la raíz dejándola libre y móvil. En el caso 2 se disecó la megatransversa de los tejidos blandos y se la resecó cortando con un torno su base de implantación en el pedículo.

No se vio un músculo intertransverso muy desarrollado y la raíz nerviosa se podía ver libre por transparencia. En el caso 3 al llegar al espacio intertransverso se observó la salida de un tejido blando y de color blanquecino, que fue biopsiado. En todos los casos se preservó la estructura ósea de la columna.

RESULTADOS

El dolor radicular desapareció en los casos 1 y 2 en el postoperatorio inmediato. La biopsia en el caso 1 fue informada como tejido inespecífico y en el caso 3 como ganglioneuroma. En el caso 2 la radiología postoperatoria confirmó la resección de la megatransversa (Fig. 5). El dolor postoperatorio respondió fácilmente a los analgésicos comunes. En los tres casos el alta se produjo a las 72 horas sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El abordaje intermuscular lumbar posee numerosas ventajas⁴. Nos lleva directamente a las regiones foraminales y extraforaminales de la columna lumbar. Transcurre por un plano anatómico natural: el hiato existente entre los músculos longissimus y multifidus. Por lo tanto, limitaría a un mínimo la necrosis muscular producida por la retracción, disminuyendo la incidencia de dolor lumbar postoperatorio². Respeta las estructuras óseas y ligamentarias de la columna vertebral preservando su estabilidad. Con el agregado de las técnicas microquirúrgicas es posible individualizar y respetar las estructuras nerviosas y vasculares más delicadas^{1,4,6}.

También tiene algunas desventajas⁴. La curva de aprendizaje es mayor. En el espacio L5-S1 la presencia del alerón sacro achica demasiado la ventana quirúrgica⁷. Conviene utilizar la coagulación monopolar y/o bipolar en la proximidad de la raíz nerviosa y su ganglio porque estos pueden

dañarse, apareciendo en el postoperatorio un dolor neuropático muy rebelde al tratamiento^{3,4,6}.

Es el abordaje de elección para las hernias foraminales y extraforaminales lumbares^{1,3-7}. Esto se debe a que el foramen y su área lateral están fuera del canal espinal⁴. Los resultados a largo plazo avalarían este abordaje⁶. Inicialmente fue ideado para tratar patología no discal⁸, aunque luego fue muy poco utilizado en estas patologías^{9,10}. Por lo visto en los casos presentados su utilidad fue reconfirmada. Si bien la biopsia fue negativa en un caso, quizás por la acción de los corticoides preoperatorios sobre el tejido linfomatoso, el área pudo ser abordada con comodidad y sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

El abordaje intermuscular lumbar a la región extraforaminal en patología no discal es directo, de bajo riesgo y se ve facilitado por el empleo de técnicas microquirúrgicas.

Bibliografía

1. Darden BV, Wade F, Alexander R, Wood KE, Rhyne AL, Hicks JR. Far lateral disc herniations treated by microscopic fragment excision. Techniques and results. **Spine** 20: 1500-1505, 1995.
2. Geijo R, Matsui H, Kawaguchi Y, Ishihara H, Tsuji H. Serial changes in trunk muscles performance after posterior lumbar surgery. **Spine** 24: 1023-1028, 1999.
3. Hodges SD, Humpreys SC, Eck JC, Covington LA. The surgical treatment of far lateral L3-L4 and L4-L5 disc herniations. A modified technique and outcome analysis of 25 patients. **Spine** 24: 1243-1246, 1999.
4. McCulloch JA, Young PH. Foraminal and extraforaminal lumbar disc herniation. En JA McCulloch & PH Young (Eds.), *Essentials of Spinal Microsurgery*, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, pp. 383-428, 1998.
5. Maroon JC, Kopitnik TA, Schulhof LA, Abba A, Wilberger JE. Diagnosis and microsurgical approach to far-lateral disc herniation in the lumbar spine. **J Neurosurg** 72: 378-382, 1990.
6. Porchet F, Chollet-Bornand A, de Tribolet N. Long-term follow up of patients surgically treated by the far lateral approach for foraminal and extraforaminal lumbar disc herniations. **J Neurosurg: Spine** 90: 59-66, 1999.
7. Reulen H-J, Müller A, Ebeling U. Microsurgical anatomy of the lateral approach to extraforaminal lumbar disc herniations. **Neurosurgery** 39: 345-351, 1996.
8. Wiltse LL, Bateman JG, Hutchinson RH, Nelson WE. The paraspinal sacrospinalis-splitting approach to the lumbar spine. **J Bone Joint Surg** 50A: 919-926, 1968.
9. Wiltse LL, Guyer RD, Spencer CW, Glenn WV, Porter IS. Alar tranverse process impingement of the L5 spinal nerve: The far-out syndrome. **Spine** 9: 31-41, 1984.
10. Zonenshayn M, Edger MA, Lavyne MH. Removal of a lumbar melanotic schwannoma via the far lateral approach in a patient with Carney complex. Case report. **J Neurosurg: Spine** 92: 241-245, 2000.