



Según sea la posición del disco herniado en el canal raquídeo, la hernia discal puede ser posterior lateral, central, foraminal y extrema foraminal. Cada una tiene características clínicas que es útil conocer desde el punto de vista técnico y pronóstico.

Las hernias postero laterales son las más frecuentes por la debilidad del ligamento longitudinal en esa posición, lo que facilita la migración extraligamentosa del disco (Fig.5). Producen síntomas radiculares unilaterales. Las hernias discales centrales pueden dar síntomas y signos radiculares bilaterales simultáneos o alternados (Fig.6). Las de gran tamaño pueden producir un Síndrome de cauda equina. Todas estas posiciones de las hernias discales son de abordaje inter laminar. Las hernias extra foraminales requieren abordaje inter transverso. En lo clínico, al comprimir el ganglio sensitivo originan en el post operatorio un dolor radicular prolongado que puede confundirse con cirugía fallida y que requieren tratamiento anti neurítico

### DIAGNÓSTICO

Es importante conocer y descartar causas inflamatorias, tumorales, desmielinizantes, etc. que pueden ser causa de Síndrome Lumbociático. Un tercio de pacientes no tiene historia de trauma, (caída sentado o esfuerzo físico en flexión son los más frecuentes).

El dolor lumbar (LUMBAGO), como síntoma aislado puede ser secundario a variadas patologías músculo esqueléticas, viscerales y vasculares y puede ser el síntoma inicial de una discopatía lumbar.

En el caso de patología discal lumbar, la indicación quirúrgica se fundamenta en la apreciación clínica, un complemento de la cual es la Neurofisiología. En nuestra experiencia el estudio de Potenciales Evocados Somato Sensoriales (PESS), ha demostrado utilidad al poner en evidencia compromisos radiculares sub clínicos. El reconocimiento del compromiso radicular, su severidad y localización son el primer paso para decidir la oportunidad de indicación quirúrgica y el tipo de técnica a usar. Deben considerarse de indicación quirúrgica de urgencia las ciáticas con compromiso radicular importante, con compromiso de esfínteres o con dolor severo de difícil control analgésico, especialmente en pacientes con riesgo coronario.

La pérdida de la movilidad lumbar es un signo importante, si no la hay debe pensarse en un cuadro funcional u otra causa.

El dolor ciático de origen fascetario es poco intenso y proximal.

El dolor por compromiso radicular compromete en el 95% de los casos los territorios de la quinta raíz lumbar y la primera raíz sacra (Fig.7).

El signo de Lasegue traduce compromiso de esas raíces y conserva su valor diagnóstico. El compromiso de la cuarta raíz lumbar se pone en evidencia por la maniobra de estiramiento femoral.

Los avances en las técnicas radiológicas como son la Tomografía Axial Computada y la Resonancia Nuclear Magnética han aportado con un diagnóstico más preciso al demostrar todos los factores involucrados en el compromiso radicular y su magnitud permitiendo de este modo



Figura 5: Hernia discal posterior lateral.

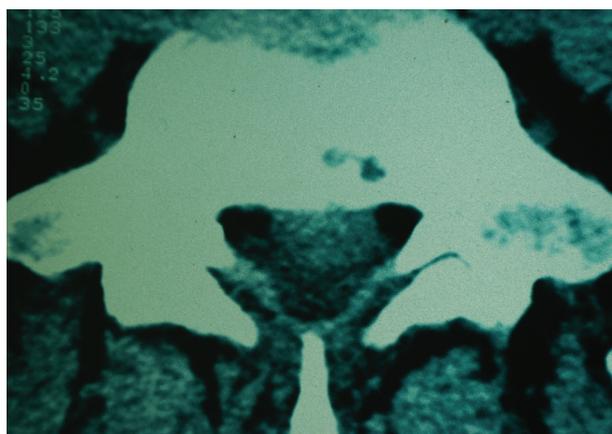


Figura 6: Hernia discal central.

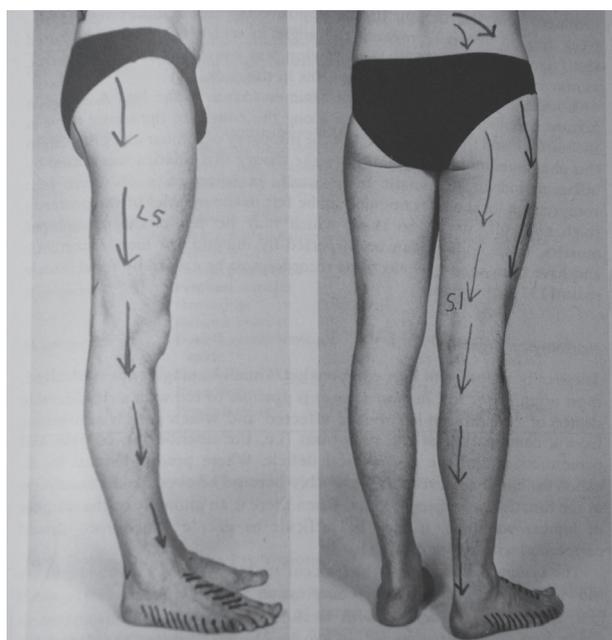


Figura 7: Compromiso radicular de la quinta raíz lumbar y primera raíz sacra. Del Libro Spinal Degenerative Disease, Maurice Williams (2).

