

Regresión espontánea de la hernia discal lumbar de dos féminas

Spontaneous regression of the lumbar herniated disk in two women

Héctor Figueredo Acosta^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0321-9978>

¹Hospital Provincial Docente Dr. Joaquín Castillo Duany. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: hfigueredo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se describen los casos clínicos de dos féminas que habían padecido lumbociatalgias durante varios meses, por lo cual acudieron al Hospital Provincial Docente Dr. Joaquín Castillo Duany de Santiago de Cuba, donde se les diagnosticó hernia discal lumbar y recibieron seguimiento médico en la consulta de Neurocirugía por más de un año. Ante la negativa de ser intervenidas quirúrgicamente, se prescribieron esquemas terapéuticos convencionales y alternativos, así como fisioterapia. En ambas pacientes se evidenció regresión espontánea de la discopatía, lo que se confirmó mediante estudios evolutivos de resonancia magnética. Dicha correlación entre la mejoría clínica y la recuperación imagenológica del disco intervertebral no siempre sucede en la evolución de estos casos.

Palabras clave: hernia discal; disco intervertebral; dolor de la región lumbar; radiculopatía.

ABSTRACT

The case reports of two women that had suffered from lumbar sciatic pain during several months are described, reason why they went to Dr. Joaquín Castillo Duany Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba, where they were diagnosed lumbar herniated disk and received medical follow up in the Neurosurgery Service for more

than a year. Before the negative of being surgically intervened, conservative and alternative therapeutic outlines were prescribed, as well as physiotherapy. In both patients spontaneous regression of the lumbar herniated disk was evidenced, which was confirmed by means of evolutionary studies of magnetic resonance. This correlation between the clinical improvement and the imaging recovery of the intervertebral disk doesn't always happen in the clinical course of these cases.

Key words: herniated disk; intervertebral disk; low back pain; radiculopathy.

Recibido: 15/06/2021

Aprobado: 25/11/2021

Introducción

El dolor lumbar o lumbalgia es el síntoma más común en la población de 20 a 50 años de edad; resulta un padecimiento importante que afecta a más de 80 % de los individuos al menos una vez en su vida. Aunque no es una condición médica que ponga en peligro la vida, se encuentra entre las principales causas de pérdida de la actividad social y la productividad, y puede devenir una discapacidad funcional considerable y motivo de consulta frecuente en los servicios de neurocirugía, lo cual genera altos costos.^(1,2,3)

En ese orden de ideas, la hernia discal constituye uno de los principios del dolor lumbar y aqueja a cerca de 9 % de los habitantes del orbe, con una alta carga económica asociada y una tendencia a aumentar a medida que se envejece. Usualmente aparece concomitante con la radiculopatía; entidad descrita la primera vez por Dandy, en 1929. Posteriormente, en 1934, Mixter y Barr propusieron que el material extruido puede producir dolor ciático y que esto podía solucionarse con tratamiento quirúrgico.^(1,4,5)

Los síntomas generados por la hernia discal pueden mejorar e incluso desaparecer sin ningún procedimiento quirúrgico; en algunos pacientes ocurre conjuntamente con una reducción del tamaño de la hernia, lo cual se conoce como regresión espontánea, que puede ser parcial o completa. Este hecho fue demostrado en 1984 por Guinto y otros

investigadores con el apoyo de la tomografía computarizada; desde entonces ha sido descrito no solo en la región lumbar, sino también en la cervical y la torácica, en un número cada vez mayor de publicaciones.^(1,3,4)

Cabe señalar que la intervención quirúrgica continúa siendo la de elección. Sin embargo, desde hace un poco más de 30 años, se ha identificado que las hernias discales pueden presentar una regresión espontánea, aunque no se ha evidenciado una relación directa entre el uso de medicamentos y la reducción del disco intervertebral herniado (a pesar de que la mayoría de los pacientes han llevado tratamiento farmacológico coadyuvante). La regresión o disminución espontánea del tamaño de una hernia de disco intervertebral predomina en el sexo masculino, comúnmente en la región lumbar, con una incidencia mayor de 60 %, y en menor medida en la sección cervical; mientras que en la región torácica rara vez se ha notificado. El nivel segmentario donde más se produce este fenómeno es el L4-L5, que representa el de mayor afectación por hernia discal lumbar.^(4,6,7,8)

Teniendo en cuenta que el tema es poco conocido y no ha sido abordado por investigadores cubanos —según lo obtenido de una revisión efectuada a revistas científicas nacionales—, se decidió comunicarlo con el fin de que se considere durante la evaluación de pacientes con discopatías dolorosas, para evitar el tratamiento quirúrgico en algunos casos.

Casos clínicos

Caso 1

Se trata de una paciente de 46 años de edad, con antecedente patológico personal de hipertensión arterial esencial, controlada con medicación regular por vía oral (50 mg de captopril diarios), a la cual la aquejaba un dolor en toda la región lumbar desde hacía varios meses, con predominio en el lado derecho e intensidad que había evolucionado de leve (en sus inicios) a moderada, y se había incrementado en las últimas semanas, lo que la obligó a permanecer encamada durante 2 días.

Al ejercer su profesión de estomatóloga, debía mantenerse sentada por más de 8 horas diarias y, con relativa frecuencia, adoptaba posturas inadecuadas durante su labor sometiendo la región lumbar a una sobrecarga.

El dolor comenzó localizado en el lado derecho de la región lumbar, de carácter opresivo, luego de varias jornadas laborales continuas. Pocos meses después se intensificó y se extendió de forma bilateral a toda esa región, con propagación por la parte posterior de la pierna derecha hasta los últimos tres dedos y el borde lateral del pie; además, concomitaba con calambres y sensación de hormigueos en el miembro inferior ipsilateral. Esta sintomatología persistió, a pesar de haber tomado varios analgésicos (dipirona de 300 mg, una tableta 4 veces al día durante una semana, y diclofenaco sódico, 2 tabletas diarias de 75 mg por 5 días) prescritos por el médico del área de salud, por lo que decidió acudir a consulta de neurocirugía.

Examen físico

Al realizar el examen físico, se detectó que las maniobras de elongación radicular de Lasegue a 30°, de Bragard, de Neri I y II, Soto Hall, entre otras, eran positivas de arreflexia aquiliana, hipopalestesia y parestesias en la dermatoma de S1 del lado derecho. Ante el presunto diagnóstico de hernia discal, se indicaron algunos exámenes imagenológicos.

Estudio imagenológico

- Radiografía simple de la sección lumbar en vistas anteroposterior y lateral: Se detectaron cambios degenerativos como osteofitos marginales posteriores, hipertrofia de las facetas articulares y disminución de los espacios intervertebrales.
- Resonancia magnética nuclear (RMN) simple de la región lumbosacra: Se confirmó la presencia de hernia discal lateral derecha extruida en más de 9 mm, que comprimía la raíz de S1 de ese lado (fig. 1A).

Tratamiento indicado

Se propuso realizar tratamiento quirúrgico, pero la paciente se negó; de manera que se buscó aliviar el dolor con medicación convencional, consistente en analgésicos opioides (tramadol en dosis de 100 mg diarios durante 5 días), antiinflamatorios esteroideos (dexametasona en dosis de 8 mg diarios por 5 días), relajantes musculares, entre ellos el metocarbamol (1000 mg cada día durante una semana); todos estos fueron administrados por vía oral y posibilitaron paliar los episodios de dolor.

En dos ocasiones, cuando los dolores eran menos intensos, se emplearon esquemas terapéuticos alternativos: ozonoterapia rectal y/o paravertebral y fisioterapia; una vez también se requirió efectuar bloqueo anestésico peridural.

La paciente mejoró en el transcurso de un año, pues disminuyeron la frecuencia e intensidad de las crisis de dolor.

En un estudio evolutivo de RMN se observó una considerable mejoría de la discopatía (fig. 1B), que coincidió con la evolución favorable del cuadro clínico.

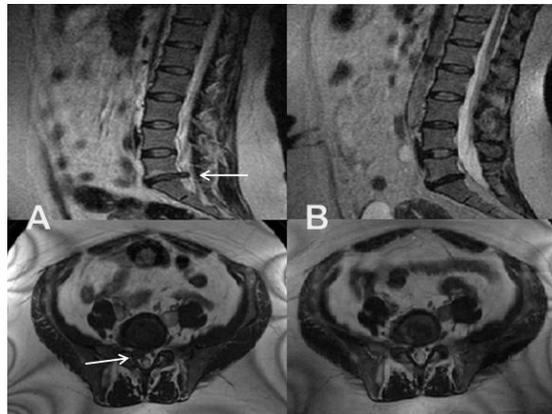


Fig. 1. RMN de la región lumbosacra 0,35 T en vistas sagital y axial en la secuencia T2: A) detección de hernia discal lumbar L5-S1 extruida (indicada con flechas); B) significativa resolución de la hernia (transcurrido un año)

Actualmente se mantiene la evaluación en consulta solo si se manifiesta algún cuadro esporádico de dolor, que remite tras la aplicación de medicamentos e, indistintamente, de los métodos antes mencionados.

Caso 2

Se presenta el caso clínico de una fémina de 43 años, ama de casa, con antecedente patológico de gastritis crónica —sin episodios recientes—, quien inmediatamente después de cargar un peso, experimentó un dolor lumbar intenso opresivo que le imposibilitó caminar durante varios minutos; luego de permanecer en reposo por una hora, consiguió retomar la marcha, aunque con mucha dificultad.

El dolor persistió por varios días con intensidad moderada y se extendió a ambas piernas, sobre todo a la derecha, unido a calambres. Tres meses después de iniciados los síntomas, asistió a la consulta de Neurocirugía de este Hospital.

Examen físico

Se confirmó la presencia de hiporreflexia aquiliana del lado derecho y parestesias ipsilateral, al realizar las maniobras de elongación radicular de Lasegue a 30^o y de Bragard, entre otras.

Estudio imagenológico

- Resonancia magnética nuclear simple de la región lumbosacra: Reveló la existencia de una hernia discal centrolateral derecha, protruida, que causaba compresión radicular (fig. 2A).

Tratamiento indicado

Se decidió intervenir quirúrgicamente, lo que fue diferido ante la negativa de la paciente debido a situaciones personales. En consecuencia, se indicó tratamiento médico convencional con un esquema similar al del primer caso, pero esta vez asociado a medicación para controlar la enfermedad de base: omeprazol (20 mg diarios), alusil (1500 mg diarios), domperidona (30 mg por día), administrados por vía oral.

Al cabo de 8 meses se había conseguido un alivio considerable del dolor en la paciente. Dos años después de seguimiento en consulta, se realizó un estudio evolutivo de resonancia magnética que evidenció una regresión completa del disco herniado (fig. 2B).

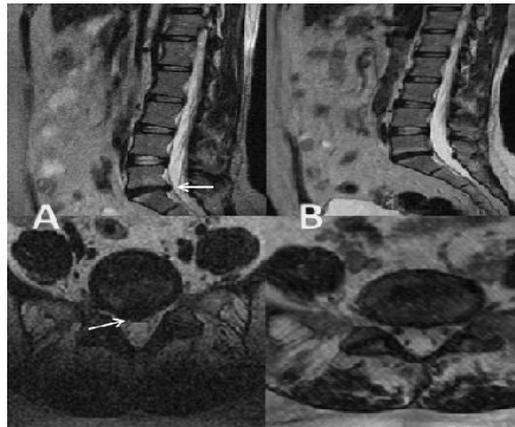


Fig. 2. RMN de la sección lumbosacra en vistas sagital y axial en la secuencia T2: A) hernia discal lumbar L5-S1 protruida (indicada con flechas) detectada a los 6 meses de iniciados los síntomas; B) regresión de la hernia (dos años después)

Se continuó la evaluación médica en consulta de Neurocirugía por cuadros de dolor agudo aislados, que fueron revertidos con tratamiento convencional y sesiones de oxigenación hiperbárica en algunas ocasiones, según el protocolo terapéutico establecido a tal efecto.

Comentarios

La discopatía lumbar degenerativa consiste en el desplazamiento del disco intervertebral hacia el canal medular, lo cual cursa con dolor de espalda, parestesias, radiculopatía compresiva y limitación o incapacidad funcional. No obstante, de 30-40 % de los individuos afectados se encuentran asintomáticos y solo son diagnosticados mediante estudios imagenológicos.^(4,5,9)

Anatómicamente, el disco intervertebral es una estructura que consta de un núcleo pulposo central, rico en colágeno y proteoglicanos, un anillo fibroso circunferencial externo y dos placas terminales cartilaginosas adyacentes a los cuerpos vertebrales. Se origina a partir de las estructuras embrionarias esclerótoma y notocorda entre las vértebras en desarrollo.⁽⁷⁾

Las hernias discales lumbares de mayor tamaño y las llamadas secuestradas tienden a reabsorberse más, en comparación con otros subtipos de hernias; se presume que esto se debe a la exposición del material del disco herniado a la vascularización epidural, debido a la ruptura del ligamento longitudinal común posterior (LLP). Al respecto, se han descrito varios mecanismos para explicar este fenómeno, entre los cuales figuran la deshidratación y contracción gradual del disco, la tensión aplicada por el LLP cuando está íntegro, la degradación enzimática y la fagocitosis inducida por una reacción inflamatoria mediada por macrófagos, granulocitos, linfocitos, células dendríticas plasmocitoides y neovascularización del tejido cartilaginoso; así como por una reacción inmunológica.^(6,8,10)

La hernia discal es una entidad frecuente con una evolución dinámica, cuyo pronóstico es favorable en la mayoría de los casos. Su regresión espontánea suele estar en relación directa con la mejoría clínica, lo que se confirma mediante los estudios imagenológicos de tomografía axial computarizada y resonancia magnética. La técnica de difusión por resonancia magnética (*diffusion weighted imaging-DWI*) también es de gran utilidad para ello.^(4,5,6)

Hasta el momento no se ha informado acerca de una asociación directa entre la recuperación clínica y la radiológica.^(3,6) Pero en los casos clínicos descritos en este artículo se pudo demostrar todo lo contrario, pues la mejoría clínica de las pacientes se correspondió con las imágenes obtenidas en los estudios evolutivos de resonancia magnética.

Asimismo hay que señalar que el tipo de hernia es más importante que sus dimensiones en sí; las denominadas extruidas, secuestradas o migradas tienen mayor probabilidad de regresión y de que suceda más rápidamente en comparación con el resto de los subtipos.^(3,5) Sin embargo, en el actual artículo se evidenció la regresión completa de una hernia discal protruida; o sea, si bien este fenómeno es más frecuente en la extrusión herniaria, también puede suceder de forma similar con la protrusión.

Resulta preciso aclarar que se le denomina hernia discal extruida a la que presenta un pedículo vertebral que es más estrecho que el resto del fragmento en, al menos, una de

las dimensiones del disco intervertebral herniado; en el caso de la hernia protruida no existe un pedículo estrecho en el fragmento herniario.

Las estrategias actuales para el control de la degeneración discal incluyen el tratamiento médico convencional y el quirúrgico; este último se aplica con mayor frecuencia y siempre debe realizarse si existe síndrome de la cola de caballo (cauda equina), insuficiencia neurológica motora progresiva o dolor que no disminuye con la medicación.^(1,3,7,10)

Por su parte, el tratamiento conservador consiste en reposo en cama, sobre todo durante las crisis agudas, seguidas de un estilo de vida activo una vez que se logra el alivio; antiinflamatorios no esteroideos; esteroides sistémicos; analgésicos; relajantes musculares; fisioterapia y medicina natural y tradicional. En ese sentido, el autor del presente informe ha podido constatar, en su práctica médica habitual de más de 5 años, que en pacientes tratados convencionalmente por afecciones de la columna vertebral, sobre todo las de causas degenerativas (que incluyen la hernia discal), el reposo absoluto en cama durante más de tres días no consigue el alivio esperado de los síntomas, sino que empeora muchas veces el cuadro clínico.

En los últimos años se ha incrementado el empleo de la oxigenación hiperbárica y la ozonoterapia para el alivio de las lumbociatalgias causadas por la hernia discal.⁽⁹⁾ Estas modalidades terapéuticas están disponibles en el Hospital Provincial Docente Dr. Joaquín Castillo Duany, y con ellas se logra una evolución clínica favorable de manera más rápida y eficaz que con solo el empleo de fármacos.

Cabe destacar que en la realización de este trabajo se tuvieron en cuenta los principios éticos establecidos para las investigaciones biomédicas, así como el consentimiento informado de las pacientes para exponer sus casos clínicos y las imágenes de RMN sin relevar sus identidades. Además, en este se aborda una temática descrita desde hace apenas unos pocos años, no muy conocida en la comunidad científico-médica nacional, y se demuestra que los pacientes con herniaciones discales extruidas y protruidas (o sea, de diferentes subtipos) pueden presentar con igual frecuencia una regresión espontánea, y que el tratamiento convencional puede ser la primera opción en ellos, siempre que no existan criterios definitivos para intervenir quirúrgicamente.

Aunque esta publicación parezca ser de interés solo para neurocirujanos, también es de relevancia para todos los médicos que asisten a pacientes con síntomas sugestivos de afecciones degenerativas de la columna vertebral.

Referencias bibliográficas

1. Oktay K, Ozsoy KM, Dere UA, Cetinalp NE, Arslan M, Erman T, et al. Spontaneous regression of lumbar disc herniations: A retrospective analysis of 5 patients. *Niger J Clin Pract.* 2019 [citado 01/10/2020];22(12):1785-9. Disponible en: <http://www.njconline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2019;volume=22;issue=12;spage=1785;epage=1789;aulast=Oktay>
2. Altun I, Yüksel KZ. Lumbar herniated disc: spontaneous regression. *Korean J Pain.* 2017 [citado 01/10/2020];30(1):44-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5256262/>
3. Turk O, Antar V, Yaldiz C. Spontaneous regression of herniated nucleus pulposus. The clinical findings of 76 patients. *Medicine.* 2019 [citado 01/10/2020];98(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014667>
4. Cunha C, Silva AJ, Pereira P, Vaz R, Gonçalves RM, Barbosa MA. The inflammatory response in the regression of lumbar disc herniation. *Arthritis Research & Therapy.* 2018 [citado 01/10/2020];20. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13075-018-1743-4>
5. Çitişli V, İbrahimoğlu M. Spontaneous Remission of a Big Subligamentous Extruded Disc Herniation: Case Report and Review of the Literature. *Korean J Spine.* 2015 [citado 01/10/2020];12(1):19-21. Disponible en: <https://www.e-neurospine.org/upload/pdf/kjs-12-19.pdf>
6. Turk O, Yaldiz C. Spontaneous regression of cervical discs. Retrospective analysis of 14 cases. *Medicine.* 2019 [citado 01/10/2020];98(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000014521>

7. Zhen Sun, Bing Liu, Zhuo-Jing Luo. The Immune Privilege of the Intervertebral Disc: Implications for Intervertebral Disc Degeneration Treatment. *Int J Med Sci.* 2020 [citado 01/10/2020];17(5):685-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7085207/>
8. Sari H, Misirlioglu TO, Palamar D. Regression of a symptomatic thoracic disc herniation with a calcified intervertebral disc component. *Acta Orthop Traumatol Tur.* 2016 [citado 01/10/2020];50(6):698-701. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6197642/>
9. Bonetti M, Zambello A, Leonardi M, Princiotta C. Herniated disks unchanged over time: Size reduced after oxygen–ozone therapy. *Interv Neuroradiol.* 2016 [citado 01/10/2020];22(4):466–72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4984384/>
10. Babashahi A, Taheri M, Rabiee P. Spontaneous Resolution of Symptomatic Thoracic Spine Calcified Disc Herniation: A Case Report and Literature Review. *Iran J Med Sci.* 2019 [citado 01/10/2020];44(3):251-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6525724/pdf/IJMS-44-251.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).