Aproximadamente el 5% de las hernias de disco lumbares se producen en los niveles superiores de la columna lumbar (L1-L2, L2-L3, L3-L4), aunque la incidencia en la literatura varía desde 1% a 10,4%.

Esta amplia discrepancia en la incidencia se debe en parte a la falta de una terminología estandarizada sobre hernia discal lumbar alta.

Algunos autores consideran solo las L1-L2, L2-L3 y otros incluyen la D12-L1.

La mayoría de los autores no consideran la L3-L4 como altas.

Sanderson y col., propone incluir las hernias de disco L3-L4 en la categoría de hernias discales lumbares inferiores, porque el paciente presenta características y resultados que coinciden con las hernias de disco L4-L5 y L5-S1 (Sanderson y col., 2004).

Patogenia

La disminución del movimiento de la columna lumbar superior en comparación con la columna lumbar baja puede conducir a una menor espondilosis, menor degeneración del disco, y por lo tanto menos hernias de disco.

Se han descrito anomalías (fracturas por compresión, vértebra en limbo, y retrolistesis) que podría cambiar la dinámica y el estrés en los discos lumbares superiores, lo que predispone a herniación.

La edad parece ser un factor en la patogénesis ya que la población ere de mayor edad que las inferiores.

Clínica

Su sintomatología con frecuencia no permite la localización de un nivel específico.

La presentación clínica típica es dolor en el muslo por lo general anterior y / o dolor en la ingle.

Clásicamente, los pacientes con una radiculopatía lumbar superior no tienen MER positivas, pero si un estiramiento femoral positivo en un 84 a un 94% de los pacientes.

Los déficit neurológicos, cuando están presentes, puede manifestarse como ´debilidad del cuadriceps y / o una disminución del reflejo rotuliano. Pocos pacientes tienen monoradiculopatías.

La mayoría tiene definidas poliradiculopatías que no pueden ser claramente clasificados en grupos musculares, dermatomas o reflejos

Una explicación para esta diferencia es que una hernia de disco a este nivel puede contactar con múltiples raices, ya que la parte superior del canal espinal lumbar es más estrecho que el canal inferior, de hecho, varios autores han concluido que los síntomas no son precisos para el diagnóstico del nivel afectado.

Albert y col., proponen que la inervación cruzada entre los nervios espinales en la región lumbar superior puede explicarlo.

Pasztor y Szarvas, apoyan esta teoría mediante la documentación de un déficit sensorial objetivo en el 35% de estos pacientes atribuible a una o dos raíces y la participación de más de dos raíces en un 52% de los pacientes.

En los casos con afectación de las raíces L1-L2, pueden originar un síndrome de la cola de caballo o

cauda equina.

Pronóstico

Los resultados después de la cirugía son menos satisfactorios que los de hernias discales lumbares en los niveles inferiores.

Bibliografía

Sanderson, Scott P, John Houten, Thomas Errico, David Forshaw, Joel Bauman, and Paul R Cooper. 2004. “The Unique Characteristics of ‘Upper’ Lumbar Disc Herniations.” Neurosurgery 55 (2) (August): 385–389; discussion 389.

From:
http://neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=hernia_discal_lumbar_alta

Last update: **2019/09/26 22:25**