

<b>Caso</b>	(266) “Cuando creías saberlo todo de la hernia discal”
<b>Autores</b>	Candela González, Mónica Fdez-castillo, Silvia Paz, Elena Alventosa, Sonia Benitez, Vicente Martín
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria, Santa Cruz De Tenerife

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de 76 años con dolor lumbar y clínica deficitaria progresiva de miembros inferiores.

Inicialmente se realizó TC lumbar por antecedente de traumático unas semanas antes en el que se evidencia ensanchamiento del compartimento graso epidural posterior a nivel L3.

La RM lumbar puso de manifiesto una lesión epidural posterior L3 que condicionaba reducción de los diámetros del canal, lheterogénea fundamentalmente hipointensa en secuencias T2 pero hiperintensa respecto al disco intervertebral e isoeintensa respecto al disco en secuencia T1.

Se añadieron secuencias en T2\* dados los hallazgos y el antecedente traumático estando además el paciente anticoagulado , sin que se evidenciasen datos de contenido hemático en la lesión.

En cortes axiales se demostraba continuidad de la lesión con el margen posterolateral izquierdo del disco intervertebral de modo que se propuso migración epidural posterior de fragmento discal como diagnóstico confirmado en la cirugía y con excelente evolución postquirúrgica.

## DISCUSIÓN

Las hernias discales migradas suelen localizarse en el espacio epidural anterior. La migración epidural posterior de un fragmento discal es rara. Varios autores atribuyen la baja frecuencia de esta entidad a las barreras anatómicas normales como el septo sagital que se extiende en el eje longitudinal en la línea media entre los cuerpos vertebrales y el ligamento longitudinal posterior, que dificultan la migración posterior.

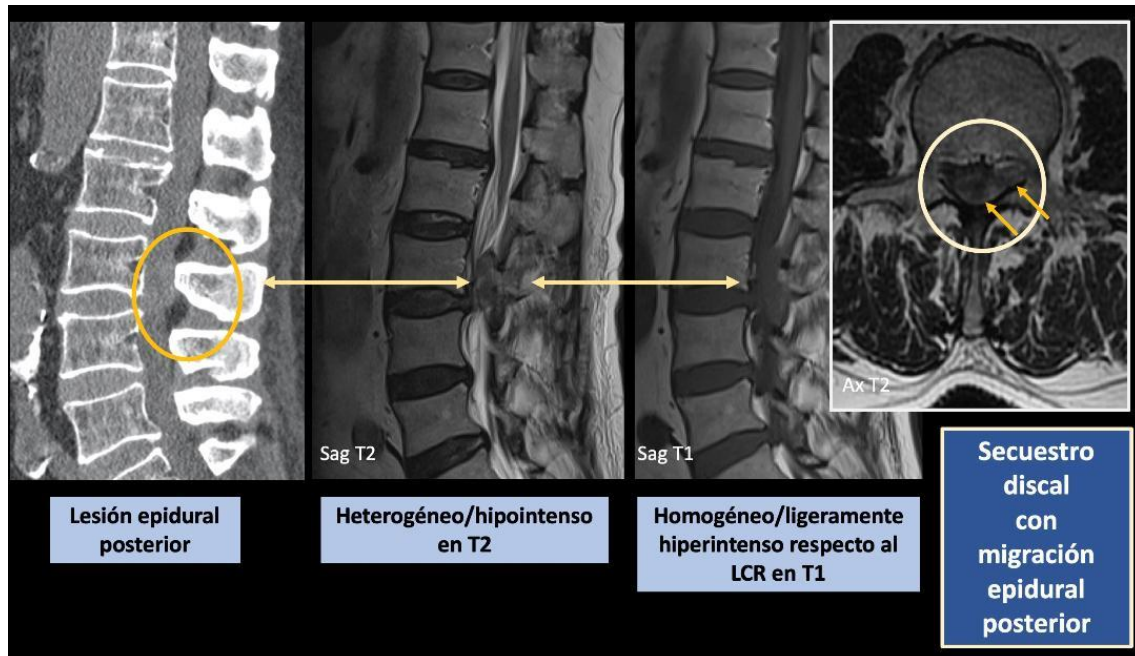
El TC no es concluyente en este contexto y nos mostraría signos indirectos, como en nuestro caso en el que existe un desplazamiento anterior de la grasa epidural posterior que pasó desapercibida en la primera lectura.

El diagnóstico diferencial de la ocupación epidural posterior incluye patología tumoral (primaria ósea y metastásica), inflamatoria (absceso epidural), degenerativa (quiste sinovial) y traumática (hematoma).

La RM con contraste es la prueba de imagen de elección. El fragmento discal secuestrado suele mostrar hipointensidad en T1 y en el 80% de los casos hiperintensidad en T2 relativa a la señal del disco de origen. La mayoría de casos muestra realce periférico que se atribuye a los fenómenos inflamatorios con tejido de granulación y vasos en torno al fragmento secuestrado.

## CONCLUSIÓN

A pesar de ser una manifestación poco frecuente de la hernia discal dada la alta prevalencia de la patología herniaria discal el radiólogo debe conocer esta entidad y en muchos casos los pacientes acuden con sintomatología deficitaria que puede requerir estudio urgente.



*Imágenes de TC y RM (Sag T2, T1 y axTIC) con detalle de los hallazgos*

## BIBLIOGRAFÍA

R. Jové Talaveraa , V. Altemir Martínez , A. Chárlez Marcoa , J. Mas Atancea , E. Curiá Jovéa , J. Aguas Valiente . Epidural posterior migration of a disc fragment. Rev Esp Cir Ortop. Traumatol. 2012; 56 (3): 224-226. doi: 10.1016/j.recot.2011.12.004. Epub 2012 Apr 6.

C.Y. Chen Y.L. Chuang M.S. Yao W.T. Chiu C.L. Chen W.P. Chan. Posterior Epidural Migration of a Sequestered Lumbar Disk Fragment: MR Imaging Findings. AJNR Am J Neuroradiol 27:1592-94.