

Dolor torácico por hernia discal

M. Villar Fidalgo

Médico de Familia. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Villanueva del Pardillo. Madrid.

Se presenta el caso clínico de un paciente joven con dolor torácico ocasionado por una hernia discal torácica, con compromiso medular y alto riesgo de incapacidad funcional si no es sometido a proceso quirúrgico pronto. Es esencial hacer un buen diagnóstico diferencial, descartando causas frecuentes e infrecuentes. Si en un paciente persiste la sintomatología es necesario insistir en buscar la etiología, evitando pautar tratamientos sintomáticos simplemente, que pueden desembocar en una complicación grave, como podría haber ocurrido en el caso presentado.

Palabras clave: hernia discal torácica, dolor torácico.

The clinical case of a young patient with chest pain caused by thoracic disk herniation, with spinal cord involvement and high risk of functional incapacity if early surgery is not performed is presented. It is essential to make a good differential diagnosis, ruling out frequent and rare causes. If the symptoms persist in a patient, it is necessary to insist on searching for the etiology, avoiding prescribing symptomatic treatment alone, that can cause a serious complication. This could have occurred in this present case.

Key words: thoracic disk herniation, chest pain.

INTRODUCCIÓN

Dentro del diagnóstico diferencial del dolor torácico siempre encontramos las siguientes patologías: las de origen cardiovascular, pleuro-pulmonar, digestivo, osteomuscular y de origen psicógeno. Pero raramente se habla de causas neurológicas, dada su baja frecuencia. Por ello presentamos el caso de un paciente joven con dolor torácico de origen neurológico.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 33 años que en el año 2001 acude al centro de salud por dolor torácico opresivo irradiado hacia espalda, que se acompaña de sensación de disnea, y se produce con la genuflexión y flexión del tronco. No presenta antecedentes familiares ni personales de patología o riesgo cardiovascular, ni traumatismo previo y la exploración es absolutamente normal, salvo una probable escoliosis. Se realizan un electrocardiograma (ECG), radiografía de tórax y un análisis de sangre general, que también son normales. El paciente entonces es remitido al cardiólogo, el cual descarta patología cardiovascular. En la siguiente visita el

paciente refiere una dorsalgia que parece de carácter mecánico y se le pauta un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) y un relajante muscular. Al no ceder el cuadro su médico decide mandarlo al traumatólogo. Éste informa el proceso como dorsalgia benigna debida a una insuficiencia muscular y lo remite a rehabilitación.

Cuatro meses después el paciente acude de nuevo a la consulta por seguir con el mismo dolor torácico opresivo y la misma sensación de disnea que le acompaña, y que incluso a veces le llega a producir cierta incapacidad para la movilidad del tronco. El cuadro parece producirse simplemente con cualquier movimiento del tronco, especialmente la flexión. El paciente es reexplorado y se vuelve a objetivar a la inspección una probable escoliosis, siendo el resto de la exploración física normal. Se pide entonces un análisis completo con pruebas reumáticas, proteína C reactiva (PCR) y enzimas musculares para descartar enfermedad del tejido conectivo. En la analítica presenta hemograma y bioquímica general normal, con PCR, velocidad de sedimentación globular (VSG) y lactatodeshidrogenasa (LDH) normales, al igual que factor reumatoide y anticuerpos antinucleares (ANA) negativos, pero una ligera elevación de la creatinfosfocinasa (CPK). Ante la persistencia del cuadro, y que últimamente cuenta que además tiene cierta dificultad al tragar alimentos, el paciente es enviado a Reumatología para valorar otro tipo de pruebas complementarias. Este especialista lo deriva al de Digestivo, porque le impresiona como posible cuadro

Correspondencia: M. Villar Fidalgo.
Centro de Salud Villanueva del Pardillo.
C/ Río Perales, s/n.
28229 Villanueva del Pardillo. Madrid.
Correo electrónico: margavillar@hotmail.com

Recibido el 11-02-05; aceptado para su publicación el 22-07-05.



Figura 1. Hernia dorsocentral D6-D7.



Figura 2. Hernia dorsal grado moderado.

de espasmo esofágico y entonces se le diagnostica una hernia de hiato por tránsito gastroesofágico y se le pauta omeprazol. Poco después el paciente vuelve porque el tratamiento no es eficaz y porque ya habíamos comentado también la posibilidad de un cuadro neurológico. Entonces se decide consultar al neurólogo, para valorar la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN). Este último solicita dicha prueba, con la impresión diagnóstica de una posible hernia discal a nivel dorsal. Dicha RMN es informada como aumento de la lordosis dorsal, hernia dorsocentral a nivel de D6-D7 con leve lateralización hacia la izquierda, de grado moderado, que produce impronta significativa sobre el cordón medular y canal intrarraquídeo de calibre normal (figs. 1 y 2). Actualmente el paciente se encuentra en lista de espera preferente para intervención quirúrgica de dicha hernia.

DISCUSIÓN

El dolor torácico puede ser producido por diversas causas, sobre todo de origen cardiovascular, pleuro-pulmonar, osteomuscular, digestivo o psicógeno. Las características del dolor varían según la etiología, por lo cual es muy importante hacer una buena historia clínica, preguntando por antecedentes de riesgo y por las características de dicho dolor (localización, tipo, etc.). Luego hay que hacer una exploración física completa (inspección, auscultación cardíaca y pulmonar, etc.) y como pruebas complementarias de inicio un ECG y una radiografía de tórax. Si con la historia clínica y estas pruebas no podemos conocer la causa origen del dolor, entonces estaría indicado hacer otra serie de pruebas como la RMN o una tomografía axial computarizada (TAC), como en el caso de nuestro paciente¹.

La hernia discal torácica es una enfermedad en la que parte del disco intervertebral (núcleo pulposo) se desplaza hacia la raíz nerviosa y la presiona, pudiendo producir lesiones neurológicas derivadas de esta lesión a nivel dorsal. Comprenden el 0,5% de todas las hernias de disco, presentándose el 80% entre los 30 y 50 años de edad. El 75% se encuentra por debajo de D8 y la mayoría entre D11-D12. Como casos raros se describen hernias en D1-D2. En el 25% existe un antecedente traumático².

Los síntomas iniciales varían considerablemente, desde cuadros clínicos de dolor atípico hasta la mielopatía. Y el diagnóstico se realiza siempre por técnicas de imagen (RMN).

En el caso de nuestro paciente no existía antecedente traumático y la clínica empezaba ya a sugerir mielopatía.

Respecto al tratamiento, aunque la mayoría de los pacientes con hernia discal torácica responden favorablemente a un tratamiento no quirúrgico, se ha descrito incluso un caso aislado de una regresión de una gran hernia discal dorsal en TAC y RMN, así como desaparición de la sintomatología; la cirugía está indicada en el caso de herniación torácica aguda con un déficit neurológico progresivo (signos o síntomas de mielopatía a nivel de médula torácica)³⁻⁵. En el caso de nuestro paciente está claramente indicada dicha cirugía, dado el riesgo de progresión de dicha hernia.

BIBLIOGRAFÍA

1. López de la Iglesia, J, García Andrés LE. Dolor torácico. En: SEMFYC, editores. Guía de Actuación en Atención Primaria. Barcelona; 1998; p. 374-84.
2. Arce CA, Dohrmann GJ. Herniated thoracic disks. *Neurol Clin.* 1985;3:383-92. Review.
3. Benjamin V. Diagnosis and management of thoracic disc disease. *Clin Neurosurg.* 1983;30:577-605.
4. Morandi X, Crovetto N, Carsin-Nicol B, Carsin M, Brassier G. Spontaneous disappearance of a thoracic disc hernia. *Neurochirurgie.* 1999;45:155-9.
5. Wilke A, Wolf U, Lageard P, Griss P. Thoracic disc herniation: a diagnostic challenge. *Man Ther.* 2000;5:181-4.