

Hernia Medular Transdural Idiopática: Cuándo Pensar En Ella Y Cómo Diagnosticarla.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: Ana Tapia Guerrero, **María José Regañá Feijoo**, Eva García Carrasco, Laura Domínguez Gómez, Rafael Aguilar Cuevas, Laura Peñuela Ruiz

Objetivos Docentes

Conocer los hallazgos en imagen que conducen a este diagnóstico para realizar un correcto manejo de estos pacientes.

Revisión del tema

DEFINICIÓN

La hernia medular transdural idiopática consiste en un pequeño defecto de la duramadre, casi siempre en la parte anterior, a través del cual se hernia parcialmente la médula hacia el espacio epidural. Es una causa poco frecuente de mielopatía progresiva con presentación clínica variable. El primer caso fue descrito, en 1974, por el doctor Wortzman y recientemente han aumentado el número de casos publicados debido a los avances en las técnicas de imagen que ayudan a detectar de forma más precisa esta patología.

PATOGENIA

La patogenia de la hernia medular idiopática no se conoce, aunque se han descrito varias teorías:

- Algunas postulan la presencia de un quiste aracnoideo dorsal que desplazaría centralmente la médula, lo que favorecería su herniación.
- Otras describen la existencia de una alteración congénita de la duramadre consistente en una duplicación de ésta, que produciría la hernia entre ambas capas.

Independientemente del origen del defecto de la duramadre, la protusión de la médula a través de éste provocaría una isquemia progresiva del tejido nervioso, asociada al anclaje y distorsión de la médula que determinaría el daño y la aparición de la mielopatía. Origina un cuadro progresivo de hemisección medular (síndrome de Brown-Séquard), dado que la mayoría de los casos la ubicación del orificio herniario es ventrolateral; son menos frecuentes otras manifestaciones, como la paraparesia espástica.

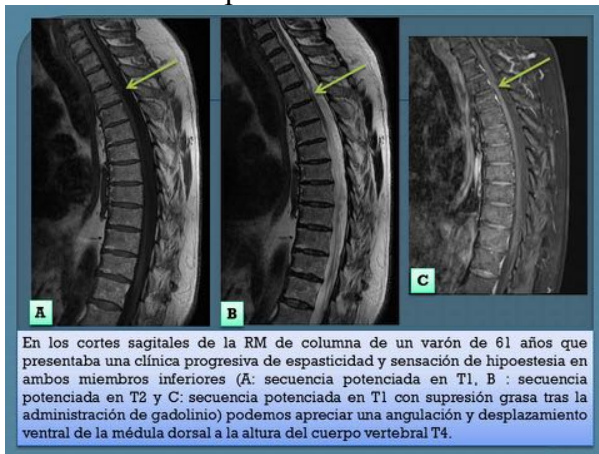
incontinencia, alteraciones en la marcha, disminución de la sensibilidad térmica en piernas o dolor. Se diferencia de las mielopatías de origen iatrogénico o postraumático por la falta de antecedentes.

DIAGNÓSTICO

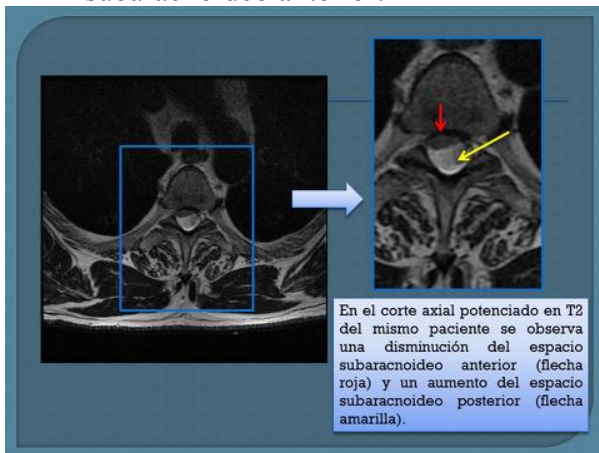
El diagnóstico de esta entidad se hace básicamente con técnicas de imagen, siendo los estudios más útiles la resonancia magnética (RM) y la mielografía con tomografía computarizada (mielo-TC). La RM es la técnica de elección para su diagnóstico.

Los hallazgos en imagen que encontramos en esta entidad serían:

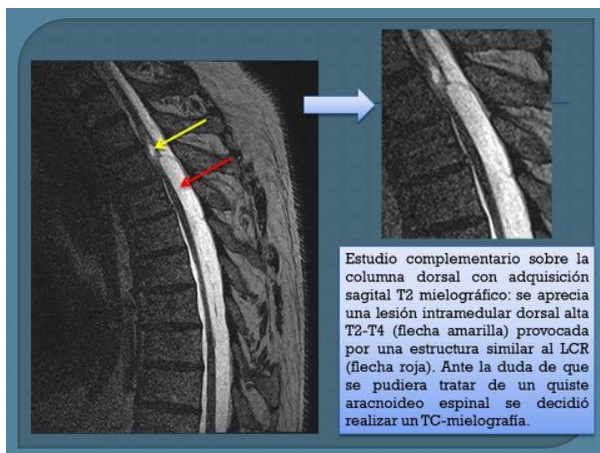
- Acodamiento con adelgazamiento de la médula espinal, la cual se encuentra en íntimo contacto con el cuerpo vertebral.



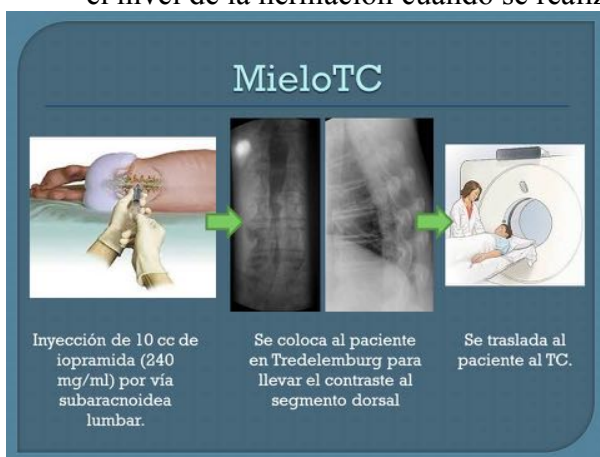
- Aumento del espacio subaracnoideo posterior, así como una llamativa disminución del espacio subaracnoideo anterior.



- La afectación ocupa uno o dos cuerpos vertebrales, frecuentemente en los niveles vertebrales de T4 a T7.
- No es infrecuente que existan áreas hiperintensas en la médula en secuencias T2, que traducen mielopatía.



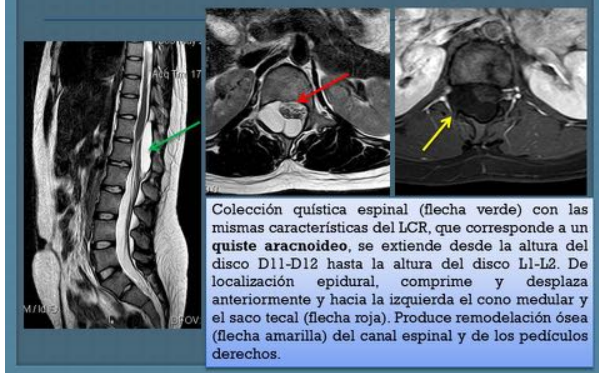
- Libre movimiento del LCR en el caso de secuencias 2d cine en RM o del contraste mielográfico en el nivel de la herniación cuando se realiza mieloTC.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante un desplazamiento ventral y una angulación de la médula, especialmente en la médula dorsal, hay que excluir un quiste aracnoideo posterior antes de diagnosticar una hernia medular idiopática.

Quiste aracnoideo espinal



Quiste aracnoideo espinal

Son lesiones quísticas intraespinales extramedulares rellenas de LCR, que pueden ser tanto intra como extradurales y tener un origen congénito o adquirido. Según la *clasificación de Nabors* se distinguen los siguientes tipos:

- Tipo I: extradural sin fibras de las raíces nerviosas espinales.
 - Ia: cervical o torácico.
 - Ib: lumbar o sacro.
- Tipo II: extradural con fibras de raíces nerviosas espinales. Aquí se incluye el quiste de Tarlov.
- Tipo III: intradural.

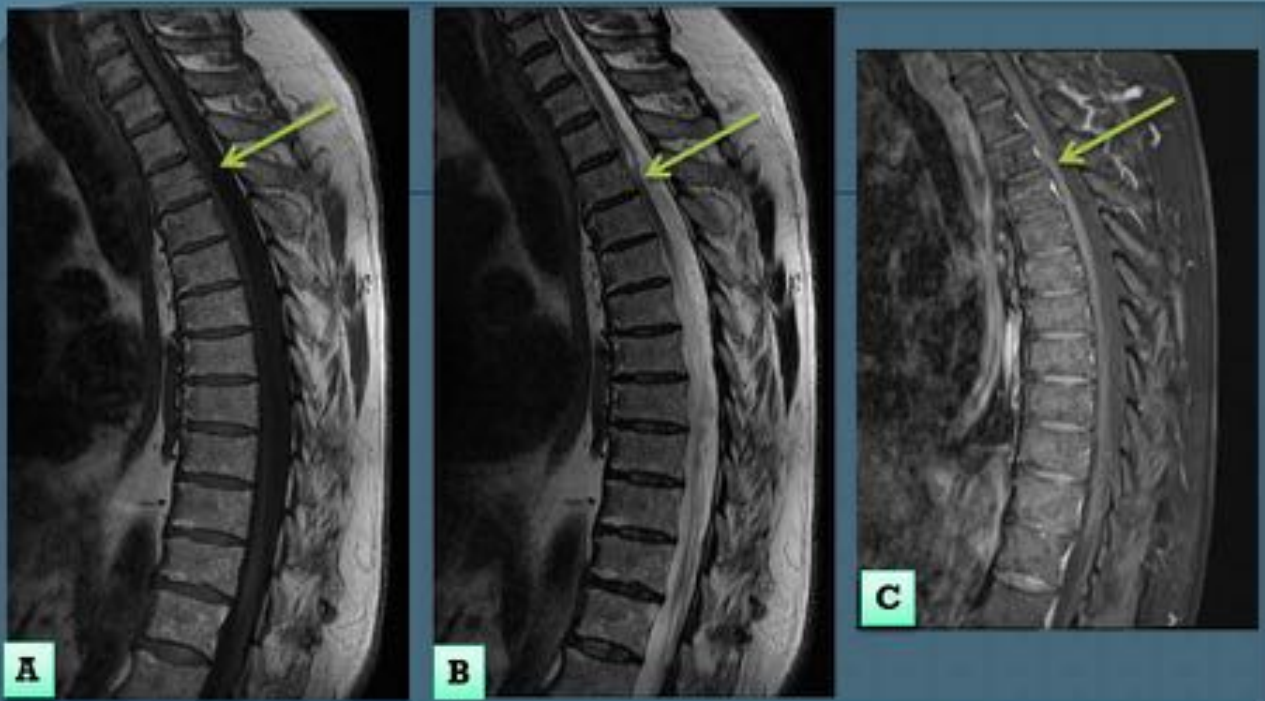
Si existen dudas de que se trate de un verdadero quiste, se puede llegar al diagnóstico mediante RM realizando secuencias 2D cine que nos permiten demostrar el flujo de LCR en el espacio subaracnoideo, o bien realizando una mielografía o TC-mielografía. En ambos casos es característico observar un bloqueo completo del paso de LCR/contraste mielográfico en el espacio subaracnoideo posterior por la presencia de la lesión quística intraespinal.

El tratamiento es quirúrgico, pudiendo realizarse la resección quirúrgica de la lesión, una marsupialización del quiste o derivación. Si se trata el pronóstico suele ser bueno.

TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento, en aquellos casos en los que la sintomatología del paciente no es limitante se aconseja un manejo conservador; sin embargo cuando el déficit se hace incapacitante, sólo la cirugía puede evitar la progresión de la enfermedad y permitir la recuperación a los pacientes. La intervención quirúrgica tiene como objetivos la liberación del anclaje medular, la reducción de la zona herniada y la oclusión del defecto dural, con el fin de evitar la recurrencia.

Imágenes en esta sección:



En los cortes sagitales de la RM de columna de un varón de 61 años que presentaba una clínica progresiva de espasticidad y sensación de hipoestesia en ambos miembros inferiores (A: secuencia potenciada en T1, B : secuencia potenciada en T2 y C: secuencia potenciada en T1 con supresión grasa tras la administración de gadolinio) podemos apreciar una angulación y desplazamiento ventral de la médula dorsal a la altura del cuerpo vertebral T4.

Fig. 1: Figura 1

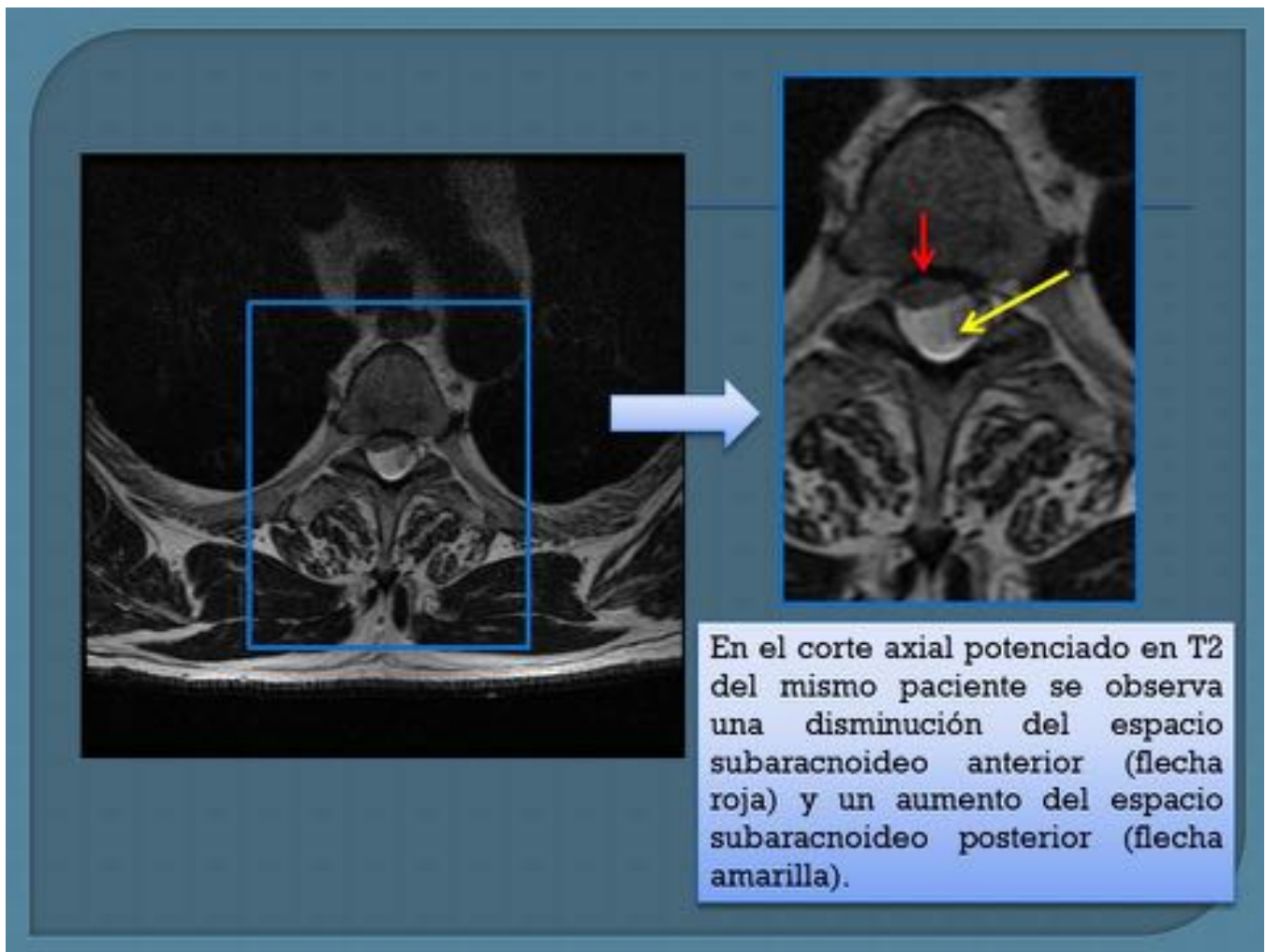


Fig. 2: Figura 2

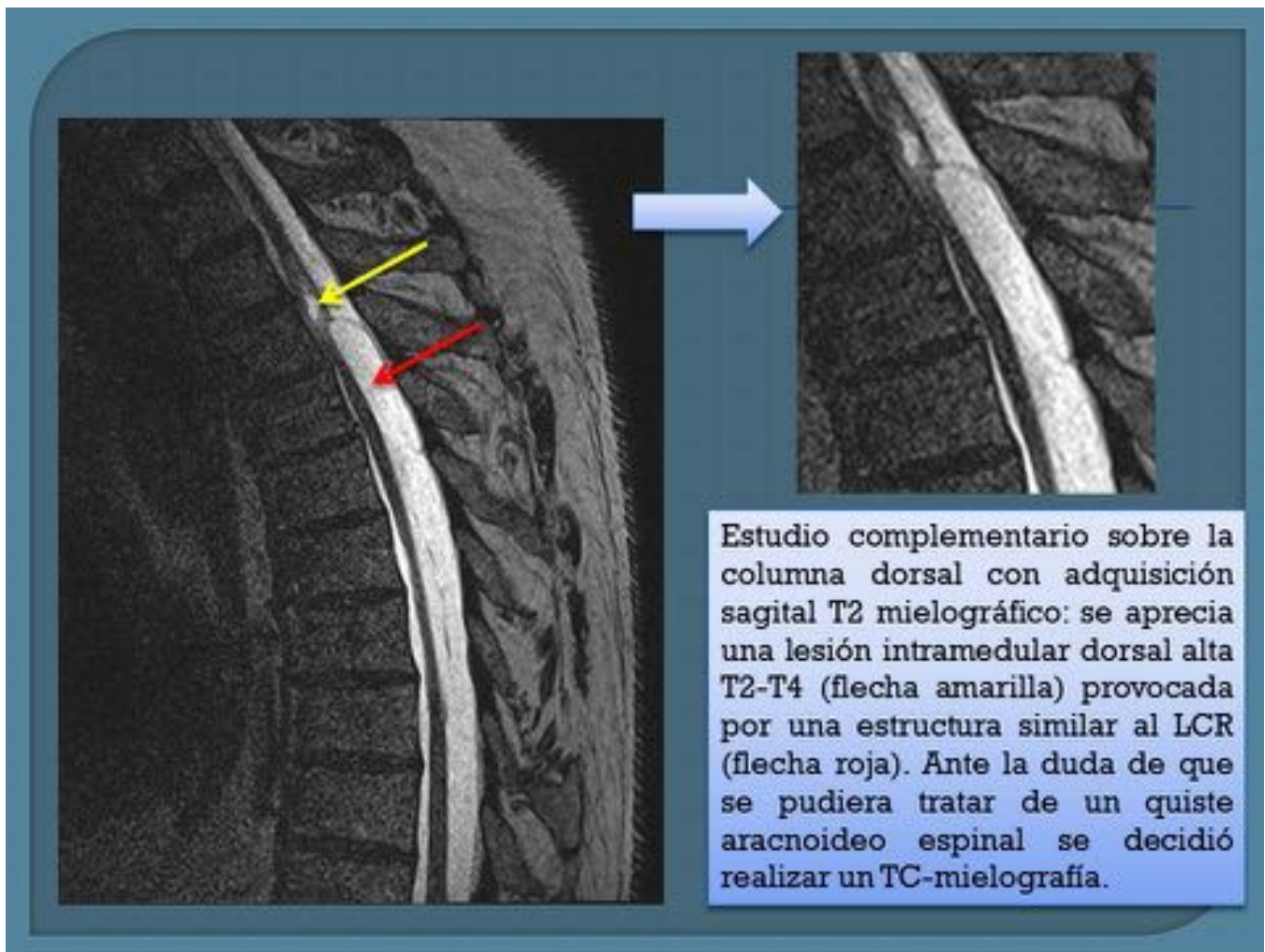
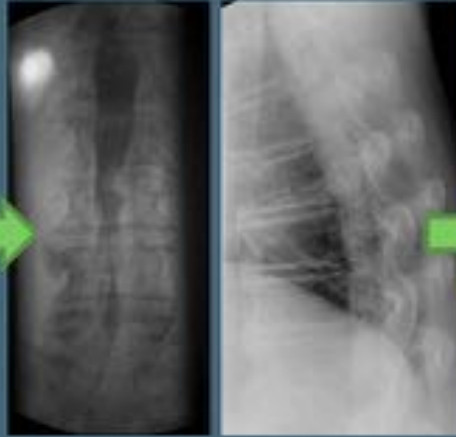


Fig. 3: Figura 3

MieloTC



Inyección de 10 cc de iopramida (240 mg/ml) por vía subaracnoidea lumbar.



Se coloca al paciente en Trendelenburg para llevar el contraste al segmento dorsal lumbar.



Se traslada al paciente al TC.

Fig. 4: Figura 4



Se realizó un mieloTC donde se aprecia como el contraste difunde libremente en el espacio subaracnoideo sin formación quística, confirmando el diagnóstico de **hernia medular transdural idiopática**.

Fig. 5: Figura 5

Quiste aracnoideo espinal

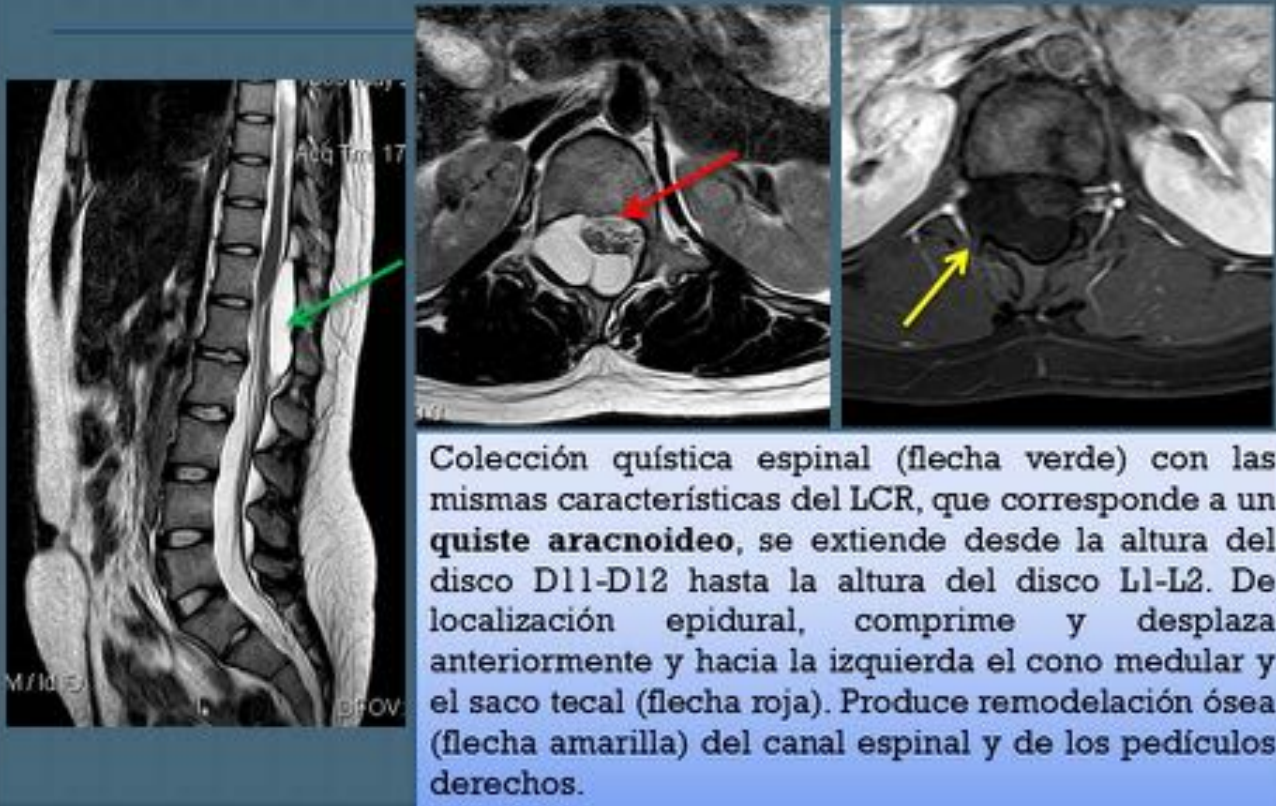


Fig. 6: Figura 6

Conclusiones

La hernia medular transdural es una patología que se debe considerar como diagnóstico diferencial en los pacientes con clínica de compromiso medular progresivo, y en los que un diagnóstico y manejo adecuado puede beneficiar a los pacientes otorgándoles un buen pronóstico.

Bibliografía / Referencias

- Jacobo JA, Ocampo J, Bermudez S, Useche N. Hernia medular transdural idiopática: presentación de dos casos y revisión de la literatura. Rev Argent Neuroc. 2014; 28 (3): 99-103.
- Ospina C, Vela AC, Montejo I, Marin M, Castán A et al. Quistes aracnoideos intracraneales y espinales: Estudio radiológico de los incidentales, los sintomáticos y los complicados. Presentación electrónica educativa SERAM 2014.

- Salvador E, Jiménez M, Herraiz L, Pardo J. Herniación medular idiopática: una entidad poco frecuente. Radiología. 2010; 52 (4): 353-356.
- Soriano AP, Mayayo E, Villarrenal I, Marín MA. Herniación transdural espontánea de la médula espinal con recidiva temprana. Rehabilitación. 2010; 44 (4): 371-375.