

## Reintervención quirúrgica en las hernias discales lumbares

M. Rodríguez, C. Botana, J. Fandiño, A. Viladrich, J. Gómez-Bueno.  
Servicio de Neurocirugía. Hospital Xeral de Vigo.

*De una serie de 201 pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernia discal lumbar entre los años 1979 y 1982, 18 precisaron ser intervenidos (8,95% del total). El tiempo transcurrido desde la primera operación, osciló entre 15 días y 8 años. Cabe destacar que más de la mitad de las reintervenciones (61% del total), se realizaron durante el primer año post-operatorio.*

*Constatamos que el mayor porcentaje de recidivas se deben a extirpación discal insuficiente (44,4%) seguido de hernia discal a nivel inmediatamente inferior al operado previamente (27,7%).*

*Los resultados obtenidos tras la reintervención quirúrgica, con un período de seguimiento que osciló entre 3 y 6 años, fueron satisfactorios en el 61,1% de los casos empujando el pronóstico en presencia de fibrosis.*

Palabras clave: Desplazamiento del disco intervertebral. Reoperación. Fibrosis

*From 1979 to 1982, a total of 201 patients were operated on for lumbar disc herniation. 18 of them were reoperated on (8.95 per cent). The time between the two operations ran-*

*ged between 15 days and 8 years, and 61 per cent of the eighteen were reoperated during the next year after the first operation.*

*Most of relapses were because of insufficient discectomy (44,4 per cent), and disc herniation at the immediately lower level (27,7 per cent).*

*The follow-up time was 3-6 years, and the results were satisfactory in 72,2 per cent of patients; the results in patients with fibrosis were poor.*

Key words: Intervertebral disk displacement. Reoperation. Fibrosis.

Galicía Clin. 1990; 62 (5): 154-155

### INTRODUCCIÓN

Existe un porcentaje no despreciable de pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernia discal lumbar en los que se produce una recidiva de la clínica, ya sea a corto o largo plazo, siendo necesario realizar una segunda intervención.

Este estudio pretende describir las posibles causas de recidiva, establecer los criterios de selección quirúrgica y correlacionar la evolución de los pacientes con la técnica operatoria y los hallazgos quirúrgicos.

### MATERIAL

De una serie de 201 pacientes interve-

nidos quirúrgicamente de hernia discal lumbar, 18 fueron sometidos a una segunda intervención (8,95% del total).

El tiempo transcurrido desde la primera operación hasta la reaparición de la sintomatología osciló entre 15 días y 8 años. En 11 pacientes fue menor de 1 año (61%).

14 de los pacientes presentaban ciática homolateral a la sufrida previamente y los 4 restantes síndrome ciático bilateral.

Los métodos complementarios de diagnóstico utilizados, fueron la T.A.C. y la Radioculografía.

Practicamos Hemilaminectomía parcial y discectomía en 10 pacientes; Hemilaminectomía total y discectomía en 5 y Laminectomía y discectomía en 3 casos.

Hallamos fibrosis post-quirúrgica en 11 casos (61,1%), restos discales al mismo nivel en 8 casos (44,4%), hernia discal a nivel inmediato superior en 3 casos (16,7%), y hernia discal a nivel inmediato inferior en 5 (27,8%). Constatamos que en 2 pacientes (11,1%) existía únicamente fibrosis post-quirúrgica (Tabla 1).

Tabla 1. Hallazgos quirúrgicos

	Nº pacientes	%
Fibrosis	11	61,1
Restos discales	8	44,4
H.D. nivel inmediato sup.	3	16,7
H.D. nivel inmediato inf.	5	27,8

Correspondencia:  
M. Rodríguez Correa  
Cmno. Robaleira, 8-Samil. 36208 Vigo (Pontevedra)

## RESULTADOS

La evolución post-operatoria de nuestros pacientes fue excelente en 1 caso (5,5% del total) sin síntomas ni secuelas neurológicas y el paciente se reincorporó a su trabajo habitual; buena en 12 (66,7%) en los que cedieron los síntomas radiculares y la lumbalgia, pudiendo persistir en algún caso, parestesias o lumbago de esfuerzo, que no precisaron tratamiento médico alguno, y los pacientes retornaron a su trabajo; regular en 4 casos (22,3%) en los que persistió radiculalgia moderada o lumbalgia que requirió algún tipo de tratamiento médico, con reincorporación parcial de los pacientes a su trabajo; la evolución fue mala en 1 paciente (5,5%) con persistencia de la sintomatología y restricción total de las actividades habituales (Tabla 2).

Tabla 2. Evolución

	Nº casos	%
Excelente	1	5,5
Buena	11	61,2
Regular	5	27,8
Mala	1	5,5

## DISCUSIÓN

La recidiva de un cuadro de lumbociática en un paciente previamente operado, puede tener lugar días, meses o años después de la intervención quirúrgica, pudiendo producirse al mismo nivel por extirpación insuficiente o por verdadera recidiva herniaria. Pero como apunta Finnegan (1), el problema mayor se plantea en el diagnóstico diferencial entre hernia discal y fibrosis, que no siempre se resuelve con los métodos complementarios de diagnóstico.

Otra causa de recidiva de lumbociática, es la formación de una hernia discal a otro nivel, la más frecuente para algunos autores (2), que se explicaría en base a la sobrecarga funcional por la pérdida de función relativa del disco al nivel operado, sobre todo en aquellos casos en que existe un síndrome de inestabilidad vertebral lumbar.

El mayor porcentaje de recidivas se sitúa en nuestra casuística al

nivel previamente operado, coincidiendo con Naylor (3) y Deburge (4), debido a insuficiente extirpación discal o a la existencia de fragmentos discales extruidos parcialmente en el canal, e inadvertidos durante la primera intervención; sin embargo, no es infrecuente en pacientes jóvenes en los que se extirpó una hernia nuclear pura, que con el tiempo se produzca la degeneración y herniación del anillo fibroso. El mayor porcentaje de recidivas por hernia discal propiamente dicha, es al igual que en la serie de Lecuire (5), al nivel inmediatamente inferior al previamente operado.

La frecuencia relativa de fibrosis aislada como causa de recidiva post-operatoria, es muy variable en la literatura. Así, Law y col. (6), la encuentran en el 26,9% de los pacientes reintervenidos, Deburge (4) en el 17,8% y Burton y col. (7) en el 8%, mientras que en la serie de Frymoyer (8) no aparece ningún caso de fibrosis epidural como causa de recidiva post-operatoria de lumbociática.

Por otra parte, observamos que la causa más frecuente de recidivas durante el primer año post-operatorio fue la existencia de fragmentos discales extruidos en el canal e inadvertidos durante la primera operación; a partir del primer año, adquiere una mayor relevancia como causa de la clínica la existencia de fibrosis ya sea aislada o asociada a hernia discal a otro nivel.

A pesar de que el valor de las reintervenciones se cuestiona en algunos estudios recientes (1, 9, 10, 11, 12) y a que Nachemson (13) considera que sólo el 25% de los pacientes reintervenidos mejora, creemos, al igual que Roy-Camille (14), que la reintervención quirúrgica está justificada siempre que se cumplan los criterios de selección quirúrgica establecidos para una primera intervención, en base a la clínica y apoyados por los métodos complementarios de diagnóstico.

Así, en nuestra experiencia, es posible obtener unos resultados satisfactorios en algo más del 70% de los casos siendo la evolución mejor en aquellos pacientes que presentan restos discales o hernia discal a otro nivel, y empeorando el pronóstico en presencia de fibrosis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Finnegan WJ, Fenlin JH, Marvel JP. Results of surgical intervention in the symptomatic multiplyoperated back patient. Analysis of sixty-seven cases followed for three to seven years. *J Bone Joint Surg (Am)* 1979; 61-A: 1077-1082.
2. Arcq M. À propos des difficultés de re-education de la hernie discale lombaire opérée. *Acta Orthop Belg* 1979; 45: 497-508.
3. Naylor A. Late results of laminectomy for lumbar disc prolapse. A review after ten to twenty-five years. *J Bone Joint Surg (Br)* 1974; 56-B: 17-29.
4. Deburge A, Badelon O. Echecs tardifs de la chirurgie de la hernie discale; dans Les échecs du traitement chirurgical des sciatiques discales communes non paralyzantes. *Rev Chir Orthop* 1982; 68: 249-254.
5. Lecuire J, Bret P, Dechaume JP et al. À propos de 641 interventions pour neuralgies sciatiques par hernies discales. *Neurochirurgie* 1973; 19: 501-512.
6. Law J, Lehman RA, Kirsch W. Reoperation after lumbar intervertebral disc surgery. *J Neurosurg* 1978; 48: 259-263.
7. Burton CV, Kirkaldy-Willis W, Young-Hing K et al. Causes of failed of surgery on the lumbar spine. *Clin Orthop* 1981; 157: 191-199.
8. Frymoyer JW. Failed lumbar disc surgery. *Spine* 1978; 3: 7-11.
9. Echols DH, Rehfeldt FC. Failure to disclose ruptured intervertebral discs in 32 operations for sciatica. *J Neurosurg* 1949; 6: 376-382.
10. Kirkaldy-Willis W. Ther relationship of structural pathology to the nerve root. *Spine* 1984; 9: 49.
11. Pheasant HC and Dyck P. Failed lumbar disk surgery: Cause, assessment and treatment. *Clin Orthop* 1982; 164: 93.
12. Wadell G. Failures of disc surgery and repeat surgery. *Acta Orthop Belg* 1987; 53: 269-271.
13. Nachemson A. Advances in Low Back Pain. *Clin Orthop* 1985; 200: 266-278.
14. Roy-Camille R, Mamoudy P. Traitement des échecs: Les syndromes aigus chirurgicaux des sciatiques discales communes non paralyzantes. *Rev Chir Orthop* 1982; 68: 241-242.