

Hérnia discal lombar alta em dois níveis

Relato de caso

Ricardo J. de Almeida Leme, Edson Bor Seng Shu, Mário A. Taricco

Disciplina de Neurocirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

As hérnias lombares de disco da região de L1 até L3 correspondem a menos de 5% dos casos de todas as herniações discais. A maioria ocorre nos níveis L4-L5 e L5-S1. Os autores relatam o caso de uma paciente com dor lombar na região anterior da coxa esquerda, compatível com radiculopatia L2 e L3, cuja investigação mostrou hérnias discais L1-2 e L2-3, e discutem aspectos clínicos, terapêuticos e diagnósticos diferenciais.

PALAVRAS-CHAVE

Hérnia de disco lombar.

ABSTRACT

Upper lumbar disc herniations in two levels

Upper lumbar disc herniations (L1 to L3) occur in less than 5% of all disc herniation cases. Most of the lumbar disc herniations are located at L4-5 and L5-S1 levels. The authors relate a case of a patient presenting a lumbar pain and radiating over the left anterior left thigh related to L2 and L3 radiculopathy due to L1-2 and L2-3 disc herniations and discuss the clinical features, treatment and differential diagnosis.

KEYWORDS

Lumbar disc herniation.

Introdução

A maioria das hérnias lombares de disco ocorrem nos níveis L4-L5 e L5-S1^{2,3}. As hérnias lombares da região de L1 até L3 correspondem a menos de 5% dos casos de todas as herniações discais, com incidência menor quanto mais alto o nível da herniação^{1,3,5,6,9,10}. Entre essas hérnias, aquelas que ocorrem entre L3-L4 correspondem a quase três quartos de todas as herniações lombares altas^{1-3,6,9}, sendo as entre L1-L2 e L2-L3 de ocorrência rara. Existem poucos dados sobre o quadro clínico e os métodos de tratamento cirúrgico para essas hérnias. O objetivo deste relato é de apresentar um caso de hérnia discal alta em dois níveis e comentar alguns aspectos dessa patologia.

Relato do caso

AAG, 69 anos de idade, sexo feminino, do lar, procedente de São Paulo, foi admitida no Ambulatório de Coluna do Departamento de Neurocirurgia do Hos-

pital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com história de dor lombar na região anterior da coxa esquerda, há dez anos, em queimação e aperto, contínua, de intensidade moderada a forte, além de paroxismos de dor em choques, de frequência variável; esses paroxismos prejudicavam as atividades diárias, obrigando-a ao repouso no leito; duravam semanas, havendo, também, períodos sem dor. Atividades físicas como deambulação, o ato de tossir ou espirrar pioravam as dores. Quando as dores eram de forte intensidade, além da região anterior da coxa esquerda, atingiam também a perna e o pé. Ao exame neurológico, notavam-se apenas discreta hipoestesia na região anterior da coxa esquerda e disestesia no território correspondente à inervação das raízes L2 e L3. Não havia déficits motores ou alterações dos reflexos, nem sinal de Lasègue.

A ressonância magnética de coluna lombar mostrou abaulamentos discais em L1-2 e L2-3, com estreitamento do canal nos respectivos níveis (Figura 1). Foi submetida à laminectomia L1, L2 e L3 e à discectomia microcirúrgica de L1-2 e L2-3. Evoluiu nos primeiros dias do período pós-operatório com piora das dores, porém, progressivamente, houve melhora dos sintomas.



Figura 1 – RM de coluna lombar, cortes sagitais e axiais, mostra abaulamentos em espaços discais L1-2 e L2-3, com estreitamento do canal nos respectivos níveis compatíveis com hérnias de discos.

Discussão

Tipicamente, o paciente com herniação discal lombar alta apresenta lombalgia, freqüentemente relacionada a episódio de traumatismo². Com a progressão do quadro, aparecem dores e parestesias na porção anterior da coxa, sendo a queixa de paresia freqüente, principalmente evidenciada na tentativa de subir escadas. Ao exame, há dor e restrição na movimentação da região lombar, podendo-se notar, por vezes, algum grau de atrofia do músculo quadríceps. O músculo iliopsoas pode estar parético, embora a avaliação desse déficit possa ser prejudicada pelo quadro algico. O reflexo patelar pode estar diminuído ou ausente, podendo haver várias áreas de hipoestesia na porção anterior da coxa. A dor do paciente pode ser reproduzida pelo reflexo de extensão femoral (com o paciente em decúbito ventral, o joelho é fletido ao máximo, ocorrendo dor importante no território referido pelo paciente), mas o sinal de Lasègue não é encontrado⁵. A sintomatologia radicular é usualmente ipsilateral à herniação na fase inicial da doença; no entanto, após um período de tempo, pode tornar-se bilateral⁴.

O tratamento cirúrgico das hérnias lombares é preconizado quando se caracteriza a falência do tratamento clínico ou persistência dos sintomas por tempo superior a seis semanas. No entanto, quando se trata de hérnias lombares altas, os sintomas podem persistir por tempo bastante superior¹. Isto pode ser devido à dificuldade diagnóstica em casos de hérnias discas lombares altas, seja pela diferença dos sintomas

destas em relação às que ocorrem nos níveis L4-L5 e L5-S1, seja pela raridade de apresentação ou falta de familiaridade do neurocirurgião com essa patologia.

Na decisão do procedimento cirúrgico a ser realizado, devem-se levar em consideração o tipo de herniação discal (protrusão *versus* extrusão), o nível da lesão e o grau de cifose toracolombar observada na radiografia simples em perfil^{2,6,7}. Em nível da medula espinal, o procedimento cirúrgico por via anterior é o de eleição. Em nível da cauda eqüina, o procedimento posterior é adequado para discos extrusos, enquanto ambos os procedimentos podem ser usados em casos de protrusão discal⁸. A operação por via posterior tem a vantagem de ser menos invasiva e de permitir, facilmente, a descompressão da raiz nervosa, diretamente; tem como desvantagem o risco de lesar a cauda eqüina durante a retração do saco dural raquiano^{6,7}. As vantagens do procedimento anterior são de permitir a discectomia completa sem manipulação da dura-máter e a fixação e a correção da cifose toraco-lombar^{1,9}; no entanto, o procedimento é mais trabalhoso, com maiores perdas sangüíneas e maior tempo cirúrgico⁸.

Uma vez que as hérnias lombares altas são relativamente raras, devem ser considerados no diagnóstico diferencial a hemorragia e tumores retroperitoneais, o aneurisma aórtico abdominal e as patologias mais comuns, como a plexopatia lombar ou a mononeuropatia diabética¹.

De forma semelhante ao que se observa nas hérnias discas lombares baixas, pacientes envolvidos com litígios relacionados à dispensa do trabalho e à aposentadoria por doença apresentam resultados cirúrgicos piores em relação àqueles pacientes fora dessa questão¹.

Referências

1. ALBERT TJ, BALDERSTON RA, HELLER JG, HERKOWITZ HN, GARFIN SR, TOMANY KS, SIMEONE FA: Upper lumbar disc herniations. *J. Spinal Dis* 4:351-9, 1993.
2. ARONSON HA, DUNSMORE RH: Herniated upper lumbar discs. *J Bone Joint Surg (Am)* 45:311-7, 1963.
3. BOSACCO SJ, BERMAN AT, RAISIS LW, ZAMARIN RI: High lumbar disc herniations: case reports. *Orthopedics* 12:276-8, 1989.
4. CHOUDHURY AR, TAYLOR JC, WORTHINGTON BS, WHITAKER R: Lumbar radiculopathy contralateral to upper lumbar disc herniation: report of 3 cases. *Br J Surg* 65:842-4, 1978.
5. ESTRIDGE MN, ROUHE SA, JOHNSON NG: The femoral stretching test. *J Neurosurg* 57:813-7, 1982.
6. GUTTERMAN P, SHENKIN HA: Syndromes associated with protrusion of upper lumbar intervertebral discs: results of surgery. *J Neurosurg* 38:499-503, 1973.
7. HALEY JC, PERRY JH: Protrusion of intervertebral discs: study of their distribution, characteristics and

- effects on the nervous system. Am. J. Surg. 80:397-404, 1950.
8. IDO K, SHIMIZU K, TADA H, MATSUDA Y, SHIKATA J, NAKAMURA T: Considerations for surgical treatment of patients with upper lumbar disc herniations. J. Spinal Dis. 1:75-9, 1998.
 9. PASZTOR E, SZARVAS I: Herniation of upper lumbar discs. Neurosurg Rev 4:151-7, 1981.
 10. VLOEBERGHES M, NOTERMAN J, LEVIVIER M, BALERIAUX D, BROTCHE J: A patient with two upper

lumbar disc herniations. Acta Orthop Belg 58:339-42, 1992.

*Original recebido em setembro de 1999
Aceito para publicação em janeiro de 2000*

Endereço para correspondência:

*Edson Bor Seng Shu
Rua Loefgreen, 1272
CEP 04040-001 – São Paulo, SP*