

ESTANDARIZACIÓN DE LA
NOMENCLATURA DE LA PATOLOGÍA
DISCAL LUMBAR.

VERSIÓN 2.0.

RAQUEL PRADA GONZÁLEZ

HOSPITAL POVISA (VIGO)

ESTANDARIZACIÓN DE LA NOMENCLATURA DE LA PATOLOGÍA DISCAL LUMBAR. VERSIÓN 2.0.

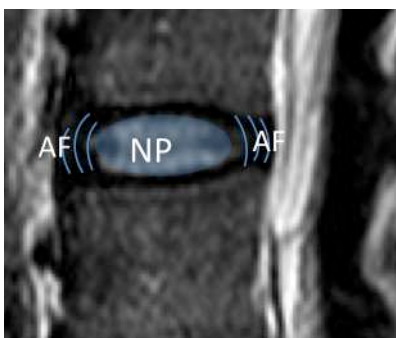
La terminología de la patología discal es confusa en la bibliografía y a menudo mal empleada por los especialistas médico-quirúrgicos y los propios radiólogos. Inicialmente era suficiente hablar de disco herniado o no herniado pero, los progresos en las técnicas de imagen y quirúrgicas nos obligan a describir con mayor exactitud la morfología y localización del disco herniado.

En el año 2001 la Sociedad Americana de la Radiología de la Columna (ASSR), la Sociedad Americana de Neurorradiología (ASNR) y la Sociedad Norteamericana de la Columna (NASS) publicaron las recomendaciones de la nomenclatura y clasificación de la patología discal lumbar con el objetivo de unificar y clarificar la terminología empleada. En el año 2014 publicaron nuevamente una nueva revisión y actualización de la nomenclatura de la patología discal lumbar, con alguna modificación. Esta nomenclatura es la más recomendada actualmente para la descripción de esta patología.

Aunque la mayor parte de las definiciones pueden extrapolarse a la columna cervical y dorsal, el objetivo de la revisión es la columna lumbar.

DISCO NORMAL

El disco intervertebral normal está formado por un núcleo central pulposo (NP) y un anillo periférico fibroso (AF).



DEGENERACIÓN DISCAL

La degeneración discal incluye diferentes cambios discales que van desde la evolución normal de la edad a cambios patológicos en el disco. Clásicamente se dividía en espondilosis deformans, que afecta principalmente al anillo fibroso y apófisis adyacentes y, en la osteocondrosis intervertebral que afecta esencialmente al núcleo pulposo, cuerpo y platillo vertebral y puede incluir extensas fisuras del anillo fibroso. Radiológicamente el término degeneración discal incluye multitud de anomalías: la deshidratación, la fibrosis, la disminución del espacio intervertebral, el

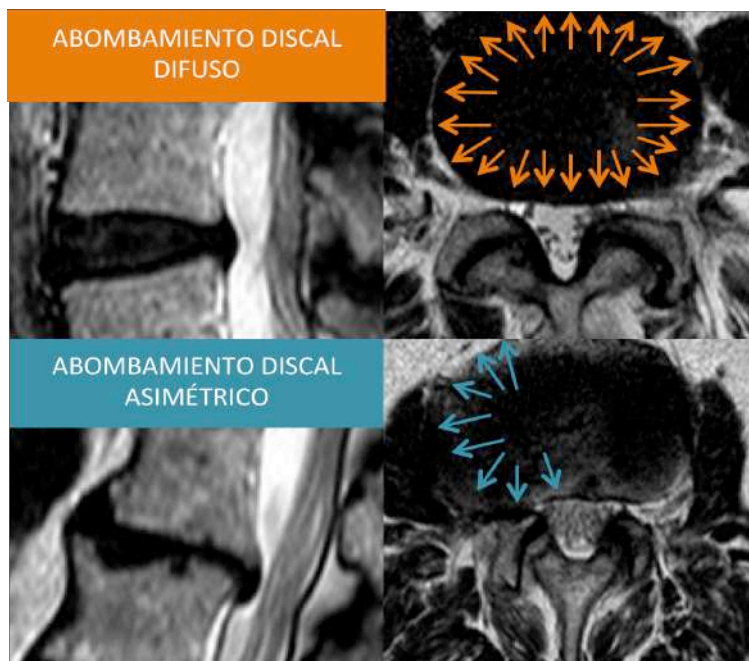
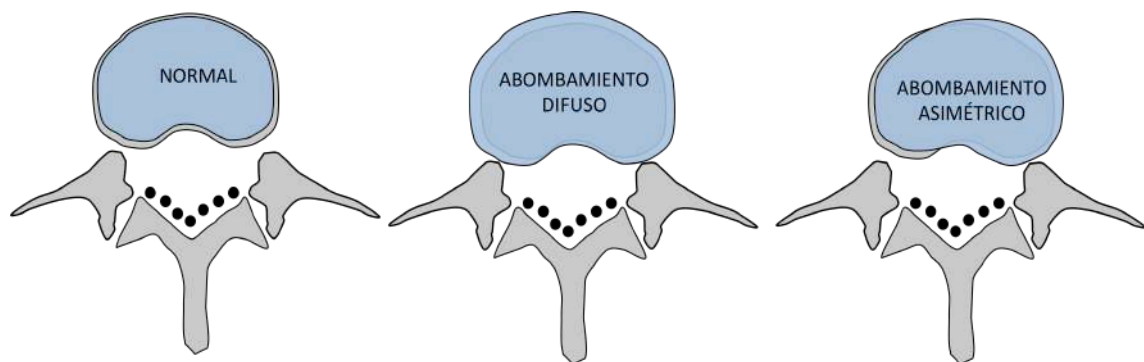
abombamiento discal, las fisuras anulares, la degeneración mucosa del anillo, el gas intradiscal, los osteofitos de las apófisis vertebrales, los cambios inflamatorios y la esclerosis de los platillo vertebrales. En RM la degeneración discal se ve como una pérdida de la hiperintensidad normal del disco en las secuencias T2.

ABOMBAMIENTO DISCAL O PROTRUSIÓN ANULAR DIFUSA

Cuando el disco sobrepasa los límites de las apófisis vertebrales, a lo largo de la circunferencia discal, se produce un abombamiento discal difuso y leve sobre el límite del espacio discal (menos de 3mm). Se producen por roturas del anillo fibroso.

Los abombamientos discales pueden ser:

- Difusos
- Asimétricos: cuando son superiores al 25% de la circunferencia discal suelen ser adaptaciones a deformidades vertebrales adyacentes.

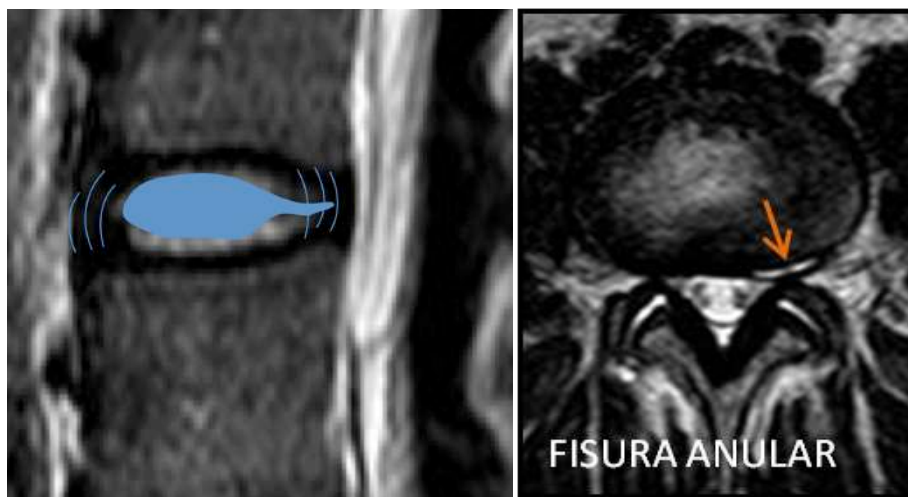


Los abombamientos no se consideran hernias discales. Pueden ser una variante de la normalidad (normalmente en L5-S1), pueden ser el resultado de degeneración discal avanzada o una remodelación de un cuerpo vertebral (por osteoporosis, traumatismo, deformidad vertebral), o puede ocurrir por hiperlaxitud ligamentosa.

FISURAS ANULARES

Son separaciones entre las fibras anulares, o separaciones entre las fibras anulares y el hueso vertebral y se ven como zonas de hiperseñal en las imágenes T2. Representan líquido o tejido de granulación y pueden realzar tras la administración de contraste. Están presentes en casi todos los discos degenerados y son frecuentemente asintomáticas. En función de su orientación pueden clasificarse en concéntricas, radiales y transversas.

Previamente se aceptaban los términos rotura anular y fisura anular indistintamente, pero en la revisión actual dicen que rotura radial es inapropiado porque puede malinterpretarse como lesión grave y debe ser sustituido por fisura anular.



HERNIAS DISCALES

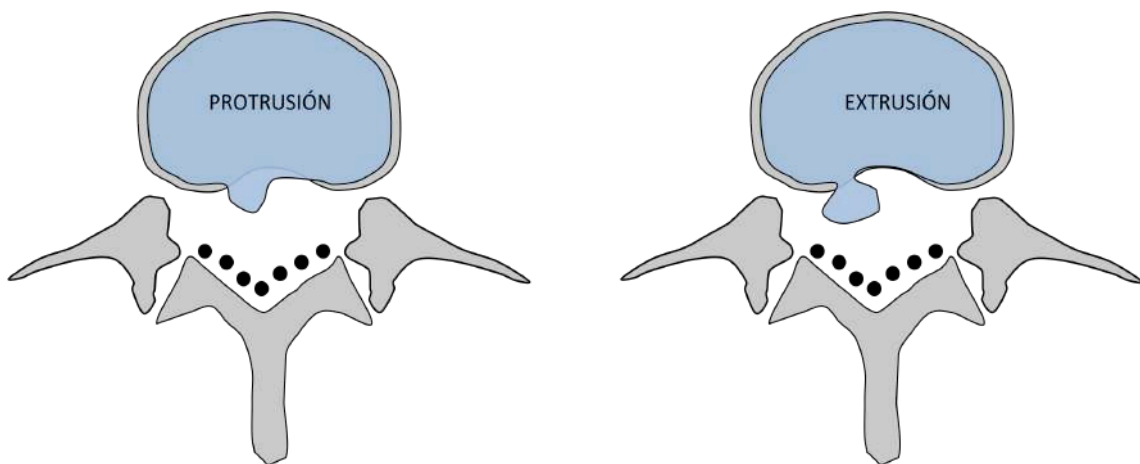
Se definen como un desplazamiento “localizado” o “focal” (<25% de la circunferencia discal) de material discal (núcleo, cartílago, hueso apofisario fragmentado, fibras anulares fragmentadas o una combinación de los mismos) por fuera de los límites del espacio discal. El nombre del espacio discal se define por las vértebras craneal y caudal.

Puede ser contenida (cuando está recubierta por el anillo fibroso y /o ligamento longitudinal posterior) o no contenida (cuando no está recubierta por ellos). Con las

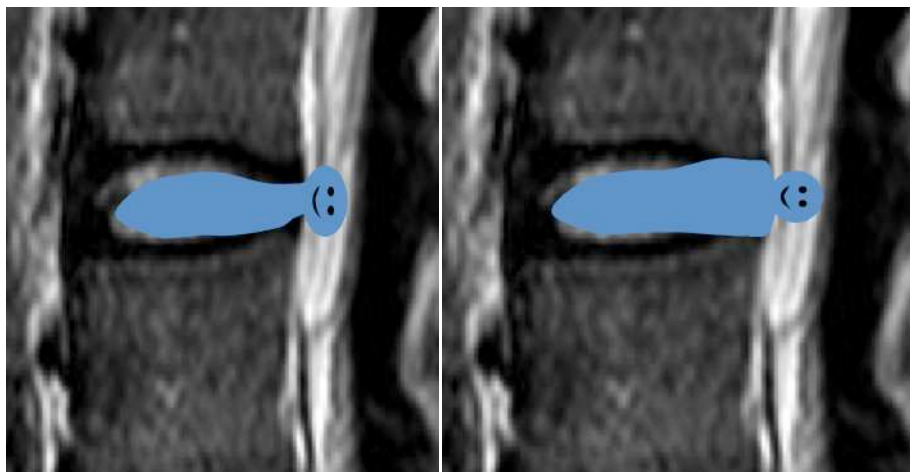
técnicas de imagen usadas a diario es imposible diferenciarlas, por lo que términos como hernia subligamentaria deben ser abandonados.

En función de la morfología del material desplazado las hernias se dividen en protrusión y extrusión

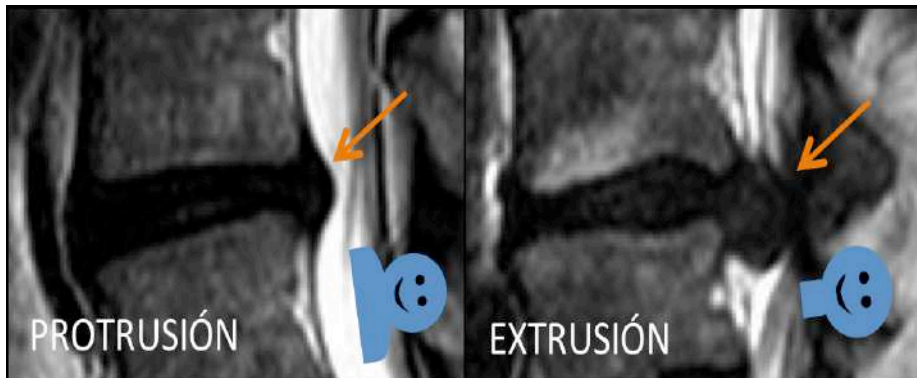
- **PROTRUSIÓN:** Cuando el diámetro máximo del fragmento discal herniado es menor que la base del disco medido en el mismo plano. Es decir, si se mide en el plano sagital el eje a medir será el craneocaudal, y si es en el plano axial, el eje a medir será el transversal. Son las más frecuentes.
- **EXTRUSIÓN:** Cuando el diámetro máximo del fragmento discal desplazado es mayor que el de la base del disco medido en el mismo plano. Las extrusiones suelen asociarse a defectos en el anillo fibroso y son normalmente no contenidas.



Para entender estos conceptos de forma clara pensemos en las hernias como si fuesen una cabeza con un cuello. Cuando en un mismo plano la cabeza es más grande que el cuello será una extrusión y cuando el cuello es más grande que la cabeza será una protrusión.

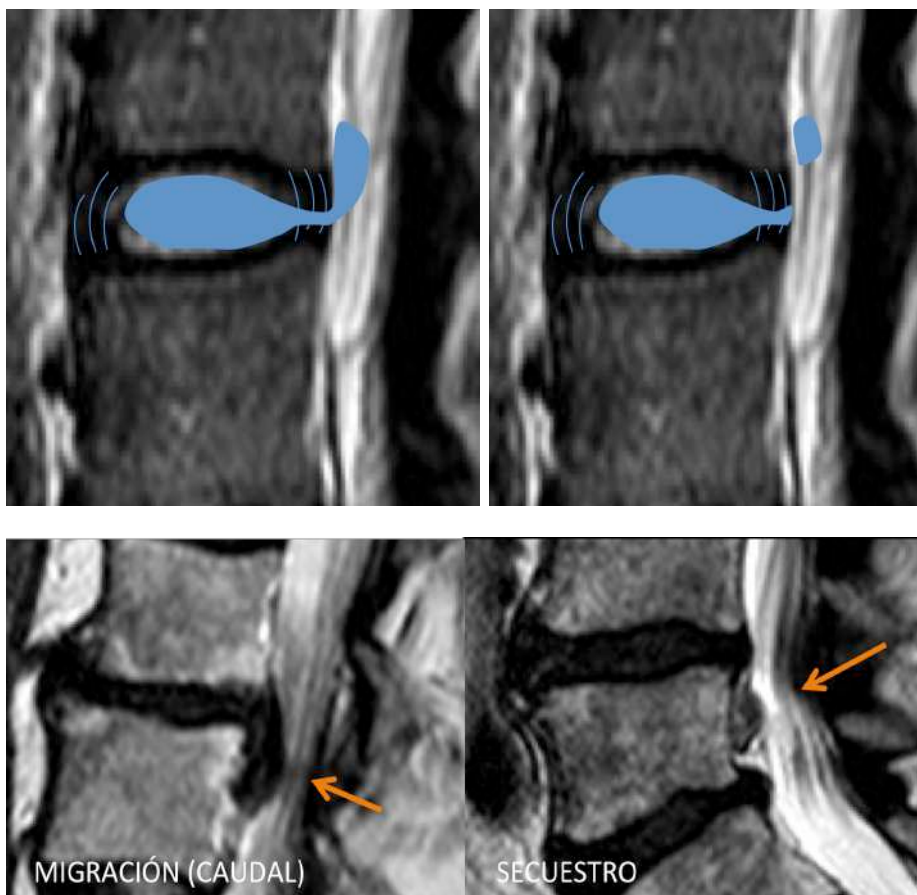


A veces una hernia discal puede tener forma de protrusión en un plano y de extrusión en otro. En estos casos la hernia se considera una extrusión.



A su vez las extrusiones pueden clasificarse en migración o secuestro.

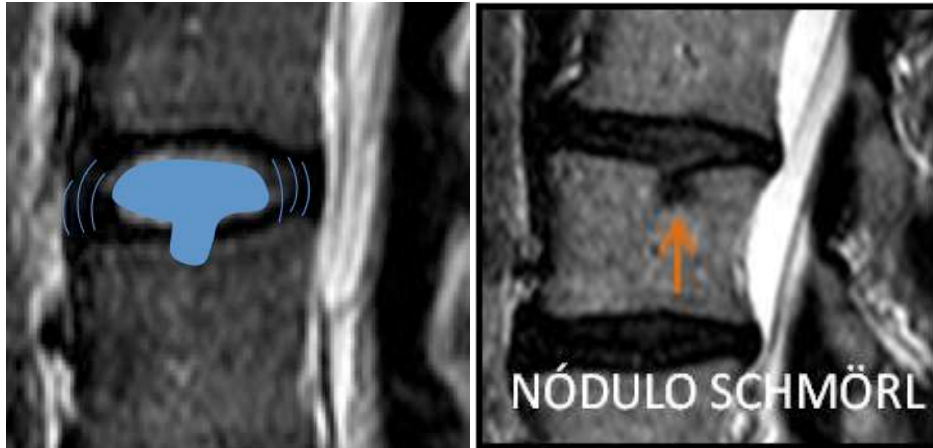
- **MIGRACIÓN:** Cuando el fragmento discal está desplazado pero mantiene la continuidad con el disco de origen.
- **SECUESTRO:** Cuando no hay continuidad entre el material discal desplazado y el disco del que procede, es decir, existe un fragmento discal libre.



El uso de protrusión y extrusión es opcional y algunos médicos prefieren usar hernia en todos los casos.

HERNIAS INTRAVERTEBRALES

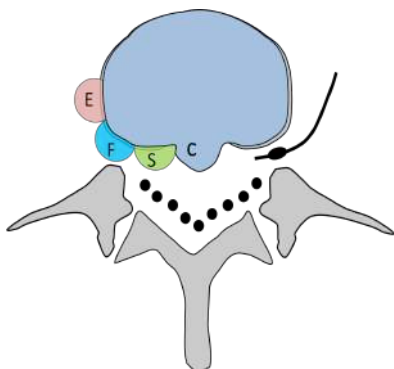
Las herniaciones intravertebrales o nódulos de Schmörl son herniaciones del disco en dirección vertical a través de un defecto en los platillos vertebrales.



LOCALIZACIÓN DE LAS HERNIAS DISCALES

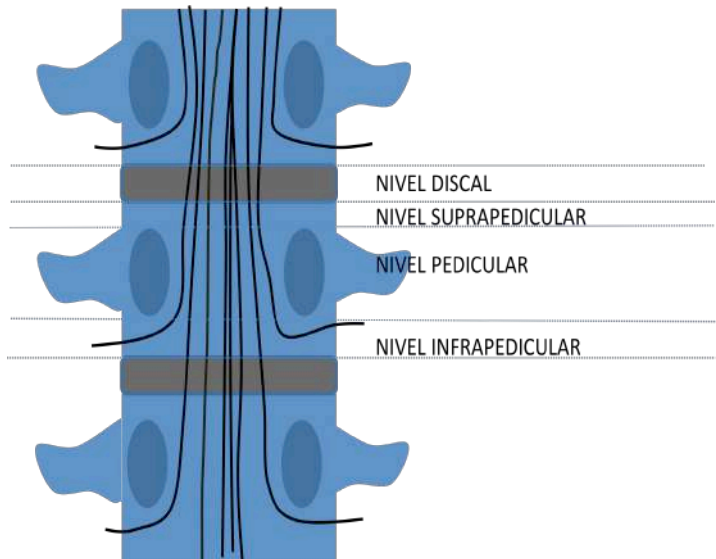
PLANO AXIAL

- **CENTRAL(C):** mediales a las facetas articulares. Como el ligamento longitudinal posterior es más fuerte en esta zona, el disco suele herniarse un poco a la derecha o a la izquierda, por lo que las podremos llamar **CENTRAL DERECHA O CENTRAL IZQUIERDA, y este término debe de** reemplazar a paracentral derecha o paracentral izquierda.
- **SUBARTICULAR(S):** Son las más frecuentes ya que el ligamento longitudinal no es tan fuerte.
- **FORAMINAL(F):** son poco frecuentes (5-10% de las hernias), pero muy sintomáticas, ya que pueden afectar al ganglión dorsal y producen importante dolor, ciática y daño de las células nerviosas.
- **EXTRAFORAMINAL(E):** todavía menos frecuentes



PLANO CRANEOCAUDAL

- ***PLANO DISCAL***
- ***NIVEL SUPRAPEDICULAR***
- ***NIVEL PEDICULAR***
- ***NIVEL INFRAPEDICULAR***



BIBLIOGRAFÍA

1. Lumbar disc nomenclature: versión 2.0. Fardon, David F. et al. The Spine Journal 2014. Volumen 14, Issue 11, 2525-2545.
2. Nomenclature and classification of lumbar disc pathology. Recommendations of the Combined task Forces of the North American Spine Society, American Society of Spine Radiology, and American Society of Neuroradiology. Fardon D.F, Milette P.C. Spine 2001 Mar 1; 26(5):E93-E113.
3. Lumbar disc nomenclature. Smithuis R. The Radiology Assistant. 2017.
4. Enfermedad degenerativa de la columna Resnick D. Huesos y articulaciones en imagen, Volumen 1. Capítulo 36.355-377. Marban 2001.
5. Lesiones degenerativas e inflamatorias de la columna vertebral. Ruscalleda Nadal J, Pedraza Gutiérrez S. Radiología Esencial. Médica Panamericana 2009.
6. Nomenclatura estandarizada de la patología discal. Sánchez-Pérez M., Gil Sierra A, Sánchez Martín A., Gallego Gómez P., Pereira Boo D. Radiología 2012, 54:503-12.
7. Patología degenerativa en la columna lumbar. Kovacs F.M., Arana E. Radiología. 2016;58(S1):26
8. La radiografía simple en el estudio del dolor de la columna vertebral. Ruiz Santiago F., Guzmán Álvarez L, Tello Moreno M, Navarrete González P.J. Radiología 2010; 52: 126-37.