

G. Grau Bolado, M.P. Angulo Barreras,
P. Gortazar Arias, A. Urberuaga Pascual,
C. Garaizar Axpe¹, A. Sojo Aguirre

An Esp Pediatr 1998;48:663-665.

Niño de 2 años con rechazo a la deambulaci3n

Caso cl3nico

Un niño de 22 meses ingresa por cuadro progresivo de 10 d3as de evoluci3n de irritabilidad, cojera de extremidad inferior izquierda y en las 3ltimas 48 horas, negativa a la deambulaci3n y sedestaci3n, conservando el gateo. Desde el inicio del proceso se mantiene afebril. Una semana antes del ingreso es diagnosticado de sinovitis transitoria de cadera izquierda, inici3ndose tratamiento con ibuprofeno, sin observarse mejor3a. No existen antecedentes personales ni familiares de inter3s. Ha cumplido correctamente el calendario vacunal vigente.

En la exploraci3n f3sica al ingreso se encuentra: afebril, con buen estado general, bien perfundido e hidratado y con constantes vitales mantenidas. Destacan la irritabilidad y el rechazo a andar, estar de pie y sentarse. Existe una dificultad para la marcha con ampliaci3n de la base de sustentaci3n, y dolor a la movilizaci3n. En el examen neurol3gico se evidencian: pares craneales y movilidad ocular normales, fuerza muscular conservada, reflejos rotulianos vivos, sensibilidad mantenida, esf3ncter anal con buen tono y ausencia de globo vesical. La exploraci3n del fondo de ojo muestra una papila derecha mal delimitada. No existen datos de significaci3n en el resto de aparatos.

La an3lítica demuestra: hemograma anodino, Prote3na C reactiva negativa, proteinograma, CPK y citoquimia del l3quido cefalorraqu3deo normales. El 3nico dato llamativo es el aumento de la velocidad de sedimentaci3n globular (VSG) con valor de 56 mm a la hora ($N < 30$).

La radiograf3a simple de columna (Fig. 1) muestra estrechamiento del espacio intervertebral L5-S1 y p3rdida de definici3n cortical de los platillos vertebrales superior e inferior.

Preguntas

1. *¿Cu3al es su diagn3stico?*
2. *¿Qu3 otras pruebas complementarias realizar3a para llegar al diagn3stico?*



Figura 1. Radiograf3a lateral de columna.

Unidad de Lactantes. Secci3n de Neurolog3a infantil.
Departamento de Pediatr3a. Hospital de Cruces. Vizcaya.
Correspondencia: A. Sojo Aguirre. Unidad de Lactantes. Departamento de Pediatr3a. Hospital de Cruces, Barakaldo 48903, Vizcaya.

Discitis- Hernia discal L5-S1

El diagnóstico se establece con la RNM, que se realiza como estudio de imagen ante la sospecha de proceso expansivo a nivel cerebral o medular. Se descarta previamente una polineuropatía con el electromiograma y las velocidades de conducción. En la RNM de columna (Fig. 2) se comprueba: disminución del espacio intervertebral L5-S1, desdibujamiento de los platillos, aumento de señal a nivel de cuerpos vertebrales y protusión del disco que oblitera el foramen de conjunción comprometiendo las raíces L5-S1. La gammagrafía ósea con Tecnecio ⁹⁹ demuestra una hipercaptación a dicho nivel. La gammagrafía con Galio ⁶⁷ es normal.

El paciente es tratado con reposo absoluto durante 3 semanas, reiniciando posteriormente primero la sedestación y luego la marcha. Con analgesia, antibioterapia con cefuroxima durante 6 semanas (4 semanas por vía intravenosa, y 2 semanas por vía oral) y corticoesteroides (los primeros 10 días). La evolución clínica es excelente. Desaparece la irritabilidad y el disconfort a las 48 horas, y recupera una deambulación normal a la 6ª semana. La VSG se normaliza al 15º día. El control de RNM a las 4 semanas evidencia también una franca mejoría. Existe cierta radiculitis S1 residual, y aparecen zonas de esclerosis en los platillos vertebrales implicados.

La Discitis es una inflamación benigna y autolimitada del disco intervertebral⁽¹⁻⁴⁾. Se trata de un proceso poco común, aunque su incidencia real es desconocida. Afecta fundamentalmente a los niños, con predominio claro por el grupo de edad entre 1-5 años, siendo rara en mayores de 7 años. La localización más habitual es la columna lumbar a nivel de L4-L5 y L3-L4. La etiología resulta controvertida. La hipótesis más aceptada es la de una infección bacteriana de baja virulencia secundaria a una diseminación hematogena. A menudo existe el antecedente de infección respiratoria de vía aérea superior o de infección urinaria. El germen implicado con mayor frecuencia es el *Staphilococo aureus*. Hay un alto porcentaje de cultivos negativos. La alta incidencia de discitis en el niño parece estar en relación con la existencia de vascularización del disco a partir de vasos procedentes de los cuerpos vertebrales adyacentes, a diferencia del adulto que es avascular.

La forma de presentación es vaga y ambigua, y en relación con la edad. La dificultad para la marcha es el síntoma guía. En los menores de 3 años es llamativa la irritabilidad, y en los mayores el dolor de espalda va a ser el principal motivo de queja. Otros síntomas frecuentes son dolor de caderas y miembros inferiores, dificultad para sentarse o estar de pie y dolor abdominal. Es poco frecuente la fiebre elevada. En la exploración puede objetivarse limitación en la movilización de la columna, hiperlordosis lumbar, cifosis, o escoliosis. En el lactante la elevación de las piernas y el examen de caderas a menudo produce dolor, fácil de confundir con una artritis o una sinovitis de cadera. El cuadro típico es progresivo, de 2-3 semanas de evolución, que comienza con irritabilidad, asocia posteriormente cojera o dificultad en la marcha, y manifiesta finalmente un rechazo en la deambulación, sedestación, y/o bipedestación.



Figura 2. Alteraciones discales existentes en la RNM.

El diagnóstico⁽¹⁻⁵⁾ a menudo se demora varias semanas. La confirmación se establece por técnicas de imagen por ser los datos analíticos inespecíficos. El aumento de VSG es el dato más constante, resultando útil en la evolución. Los cultivos de sangre raramente son positivos. En la Radiografía simple de columna el hallazgo crucial es un estrechamiento del espacio intervertebral. Suele ser normal en las primeras 2 semanas. En esta fase precoz la gammagrafía ósea es la prueba diagnóstica tradicional. El Tc ⁹⁹ no diferencia entre inflamación e infección, el Ga ⁶⁷ es captado específicamente por las zonas infectadas. Actualmente, el uso de la RNM ha revolucionado el reconocimiento precoz de este proceso. Es la prueba de mayor sensibilidad diagnóstica, mostrando con más precisión anatómica la extensión de la inflamación. El TC es también un método de probada sensibilidad, útil además para la realización de biopsia dirigida.

El manejo es también controvertido. La biopsia-aspiración del disco no debe realizarse sistemáticamente y se reserva para los casos de mala evolución. EL tratamiento suele ser conservador, utilizándose tradicionalmente el reposo e inmovilización y la antibioterapia, generalmente con cefalosporinas de 2ª ge-

neración, primero vía intravenosa y después oral, de 4-6 semanas. El tratamiento quirúrgico está indicado en caso de clínica severa o rápidamente progresiva, o si existen complicaciones.

El pronóstico es muy bueno. Existe una excelente respuesta al tratamiento médico encontrándose confortables a las 48 horas, pudiendo volver a caminar con normalidad en 6-8 semanas. La VSG se normaliza en unas 4 semanas. Se han visto recurrencias (8%), preferentemente en aquellos que no recibieron antibióticos. A largo plazo, la mayoría permanecen asintomáticos a pesar de persistir alteraciones radiológicas.

El diagnóstico diferencial es amplio. Es imprescindible descartar la osteomielitis vertebral y los tumores espinales. Otros trastornos a tener en cuenta son: fracturas óseas, displasia/ ar-

tritis / sinovitis de cadera, enfermedades reumáticas, miopatías, y neuropatías.

Bibliografía

- 1 Crawford AH, Kucharzyk DW, Ruda R, Smitherman HC. Diskitis in children. *Clin Orthop* 1991;70-79.
- 2 Cushing AH. Diskitis in children. *Clin Infect Dis* 1993; **17**:1-6.
- 3 Glazer PA, Hu SS. Pediatric spinal infections. *Orthop Clin North Am* 1996; **27**:111-123.
- 4 Espinosa A, Muñoz S, Merino R, García J. Espondilodiscitis en la infancia: estudio de siete pacientes. *An Esp Pediatr* 1992; **37**:503-506.
- 5 Simón JL, Grau M, Capdevila A. Diagnóstico de la discitis mediante resonancia magnética en el niño. *An Esp Pediatr* 1989; **30**:306-308.