

Hernia discal lumbar en una niña de 10 años de edad

Sr. Editor:

Los discos intervertebrales son láminas cartilaginosas rodeadas de un anillo fibroso que cuando se rompe facilita la salida hacia el exterior del núcleo, provocando una hernia discal que si comprime raíces nerviosas producirá signos de sufrimiento radicular y raquídeo. Se trata de una patología poco frecuente en la edad pediátrica, y generalmente está relacionada con anomalías estructurales raquídeas, traumatismos y/o prácticas deportivas¹⁻³, aunque también se han sugerido factores genéticos⁴.

Se presenta una niña con dolor lumbociático unilateral que fue diagnosticada de hernia discal lumbar L4-L5 y que precisó tratamiento quirúrgico.

Paciente de 10 años y medio de edad que consultó por presentar un dolor lumbar izquierdo de 2 semanas de evolución que se irradiaba a toda la extremidad inferior homolateral. No había tenido fiebre, ni había perdido peso. El dolor se inició súbitamente mientras compraba en unos grandes almacenes, sin mediar esfuerzo alguno.

Entre los antecedentes familiares, la madre, de 36 años de edad, había sido intervenida quirúrgicamente de dos hernias discales (cervical y dorsal) y con ausencia del quinto disco lumbar.

Como antecedentes personales destacaba sindactilia de segundo y tercer dedos de ambos pies.

En la exploración física se observó marcha claudicante, ya que la niña eludía apoyar la extremidad izquierda con flexión y rotación interna de la cadera izquierda. Contractura paravertebral izquierda y actitud escoliótica. Dolor intenso a la presión de la masa paravertebral que se irradiaba por la parte posterior de la pierna homolateral. Maniobra de Lasegüe positiva. Reflejos osteotendinosos normales. Sensibilidad conservada. Resto de exploración sistémica sin hallazgos patológicos.

En las exploraciones complementarias: hemograma y bioquímica, normales. Radiología de columna: actitud escoliótica. Ecografía abdominal: normal. Potenciales evocados somatosensoriales (nervios medianos y tibiales posteriores): conducción de la vía cordonal posterior normal. Electroneurograma (tibiales anteriores): conducción central normal. Resonancia magnética (RM) de columna lumbar: pinzamiento en el interespacio L4-L5 con disco que protruye hacia el canal medular, y en el espacio L5-S1 se aprecia un pequeño pinzamiento con discreta protrusión discal sin efecto compresivo (fig. 1). El disco sobrepasa ampliamente toda la periferia de los cuerpos vertebrales adyacentes y ocupa una importante parte del canal medular y del agujero de conjunción izquierdo con compresión radicular (fig. 2).

Se inició tratamiento conservador con reposo y analgésicos, pero ante la recurrencia del cuadro clínico se practicó abordaje quirúrgico visualizándose una hernia discal subligamentosa y masiva que comprimía la raíz L5 izquierda contra el receso lateral, estando la raíz nerviosa acintada; se realizó laminectomía parcial con flavectomía L4-L5 y discectomía. El análisis anatomopatológico mostró un tejido fibrocartilaginoso con alteraciones degenerativas inespecíficas. La paciente fue dada de alta hospitalaria al quinto día del postoperatorio, y 5 meses después de su intervención se mantiene asintomática.

La hernia discal es, junto a otras alteraciones de tipo mecánico, inflamatorio, tumoral y/o del desarrollo, una de las causas orgánicas de dolor de espalda; pero, a diferencia de lo que ocurre en el adulto, es poco frecuente en la edad pediátrica^{5,6}. En el adulto, la hernia discal es una afectación común derivada del



Figura 1. RM lumbar T2 (proyección sagital): protrusión discal L4-L5.



Figura 2. RM lumbar T1 (proyección axial): protrusión discal hacia el canal medular en dirección mediolateral izquierda.

envejecimiento y, por tanto, mayor vulnerabilidad del disco intervertebral; mientras que en la infancia se considera que este proceso degenerativo aún no habría tenido lugar y que su etiología sería preferentemente malformativa y/o traumática, bien por traumatismo directo, bien por microtraumatismos repetidos^{1-3,7}. Sin embargo, en algunas series se han descrito fenómenos degenerativos en adolescentes con hernias discales⁸, tal y como ocurría en el caso que nos ocupa, lo cual, junto con el antecedente materno, cabría pensar en la posibilidad de que pudieran existir factores genéticos que estarían condicionando un envejecimiento prematuro del disco intervertebral⁴. Por tanto, en estos casos no sería preceptiva una etiología traumática para explicar la protrusión del núcleo a través de las fibras rotas del anillo.

La sintomatología suele caracterizarse por dolor ciático, a veces aislado, pero generalmente acompañado de una contractura paravertebral que produce una rigidez dolorosa del raquis y una actitud de descompensación axial. La benignidad del síndrome radicular y la intensidad del síndrome raquídeo caracterizan la ciática por hernia discal en el niño y/o adolescente, y la positividad del test de Lassègue constituye el signo más específico^{2,3,9}. A diferencia de lo que ocurre en el adulto, no suele existir afección neurógena, lo que en este paciente se confirmó mediante la normalidad de las velocidades de conducción sensitivas.

Si bien la radiología convencional sigue siendo indispensable en el diagnóstico diferencial del dolor de espalda en la infancia; la RM permite ver claramente la protrusión discal y objetivar la compresión radicular^{3,9}. El disco L4-L5 es el más afectado, aunque conviene tener presente la eventualidad de protrusiones discales múltiples y escalonadas, tal y como se puso en evidencia en este caso, que podrían incluso llegar a dificultar la localización del disco responsable de la situación clínica del paciente.

Si después de un tratamiento conservador persiste la sintomatología debe plantearse el tratamiento quirúrgico, cuyos resultados suelen ser satisfactorios^{2,3,9,10}. En este caso, tras 4 semanas de tratamiento conservador sin resultados positivos se practicó laminotomía y disección del disco protruido, desapareciendo gradualmente el dolor ciático y la rigidez raquídea y reanudando su actividad escolar al mes de la intervención.

**T. Durá Travé^a, M.E. Yoldi Petri^a, S. García Mata^b
y V. Baranda Areta^b**

Servicios de ^aPediatría y ^bTraumatología.
Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Correspondencia: Dr. T. Durá Travé.
Avda. Pío XII, 10, 8º C. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: tduratra@cfnavarra.es

4. Matsui H, Kanamori M, Ishihara H, Yudoh K, Naruse Y, Tsuji H, et al. Familial predisposition for lumbar degenerative disc disease. *Spine* 1998;23:1029-34.
5. Abril JC, Martos LA, Queiruga JA, Díaz A. Dolor de espalda en la infancia. *An Esp Pediatr* 1997;46:133-7.
6. Olsen TL. The epidemiology of low back pain in adolescent population. *Am J Public Health* 1992;82:606-8.
7. Ishihara H, Matsui H, Osada R, Ohsima H, Tsuji H. Facet joint asymmetry as a radiologic feature of lumbar intervertebral disc herniation in children and adolescents. *Spine* 1997;22:2001-4.
8. Lee JY, Ernestus RI, Schroder R, Klug N. Histological study of lumbar intervertebral disc herniation adolescents. *Acta Neurochir* 2000;142:1107-10.
9. Pombo V. Patología discal. En: De Pablos J, González P, editores. *Apuntes de Ortopedia Infantil*. Madrid: Ergón, 2000; p. 176-82.
10. Parisini P, Di Silvestre M, Greggi T, Miglietta A, Paderni S. Lumbar disc excision in children and adolescents. *Spine* 2001;26:1997-2000.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plangger C, Mohsenipour L, Twerdy K, Fischer J. Lumbar disk hernia in children and adolescents. *Zentralbl Neurochir* 1989;50:159-61.
2. Arendt Y, Schorling S, Scale D, Schmitt E, Kurth AA. Experiences with lumbar disc herniations in adolescents. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2002;140:644-51.
3. Villarejo F, Torres JM, Bencosme JA, Álvarez C, Pascual A, Pérez C, et al. Hernia discal lumbar en adolescentes. *Rev Neurol* 2003;36:514-7.