

A propósito de un caso clínico

HERNIA DISCAL DORSAL JUVENIL EN UN NIÑO DE 12 AÑOS TRAS SOBRESFUERZO

INTRODUCCIÓN:

Las hernias discales dorsales acontecen del 0.15% al 1.7% de la población adulta, número que disminuye aún más en la población infantil.

Es bien conocida la cascada degenerativa que acontece en el raquis adulto y como consecuencia las hernias discales. Pero aún está por dilucidar porqué en ciertas ocasiones también ocurre en las espaldas en crecimiento, tanto en edad infantil como juvenil que parecen no estar relacionadas con progresos degenerativo .

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial para que no pasen desapercibidos procesos sistémicos.



P-53

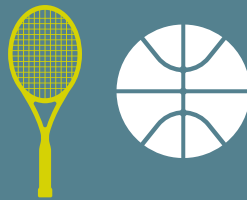
CASO CLÍNICO

Niño de 12 años de edad acudió a la consulta refiriendo dolor dorsal severo de 3 días de evolución. El paciente había estado practicando tenis y levantamiento de neumáticos como actividad deportiva. Tras este sobreesfuerzo, empezó con dolor en la región dorsal constante, en reposo y agravándose con la actividad sin irradiación por dermatomas.



Además, a los 2 días de comenzar le dolor presentaba una deformidad escoliótica en bipedestación.

Como antecedentes de interés, el paciente realizaba una actividad deportiva moderada jugando al baloncesto durante 2 horas semanales. En cuanto a antecedentes familiares, su padre presentaba cifoescoliosis.



No había historia previa de traumatismo de alta intensidad, fiebre, pérdida de peso, infección u otros. Como analgésicos había tomado antiinflamatorios no esteroideos con un alivio parcial del dolor.



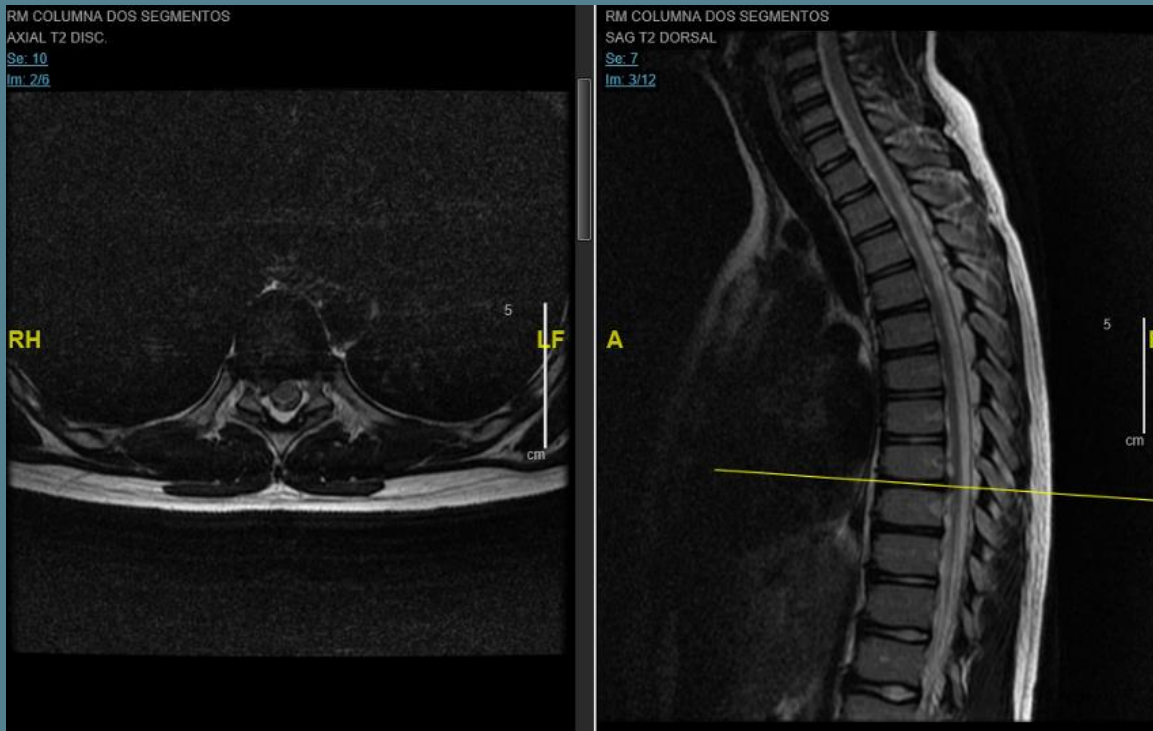
EXPLORACIÓN FÍSICA

Se podía observar una **escoliosis con curva torácica izquierda**, además de **tumefacción sobre la contractura de la musculatura paravertebral derecha**.

Pero con **test de Adam negativo** por tanto no había deformidad estructurada.

La **movilidad** en los diferentes planos estaba **limitada por dolor**.

El examen neurológico no reveló **ninguna compresión radicular** y la marcha normal.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Imágenes de RM potenciada en T2. En la derecha se aprecia un **corte axial** donde observamos la **hernia discal posterolateral derecha a nivel D9-10**. En la izquierda tenemos un **corte sagital** donde se detecta la **compresión medular** y el **desplazamiento de la misma** por la **región herniada del disco**.



Telemetría radiográfica **de todo el raquis**, donde se observa la **actitud escoliótica dorsal** centrada en los niveles T1-L3 izquierda.

TRATAMIENTO

T El paciente no presentó progresión de la clínica durante el seguimiento. Por lo que se decide terapia conservadora



Reposo inicial deportivo junto con control del dolor mediante analgésicos tipo AINES en su caso Ibuprofeno durante la primera semana con dosis intermitentes cada 24 horas o 12 horas ajustado a peso.



Terapia física por parte del equipo de rehabilitación, que consistió en un programa donde se incorporan ejercicios para los músculos extensores de la espalda, flexores del tronco (musculatura abdominal), flexores laterales de tronco (abdominales laterales)



En el primer control evolutivo al mes, el paciente se encontraba con gran mejoría del dolor y la curva escoliótica antiálgica había desaparecido.



En el control evolutivo al año del proceso el paciente se encontraba paucisintomático habiendo dejado de practicar deportes asimétricos como el tenis o el baloncesto. Sigue controles en Traumatología y Rehabilitación. La actitud escoliótica había desaparecido completamente.



Imágenes del control evolutivo a la exploración física al año de evolución. Test de Adam negativo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



El dolor de espalda en la población infantil **no es frecuente**, no obstante, puede ser un síntoma que implique una patología de mayor gravedad.

Es muy importante detectar los **signos de alarma** clásicos para diferenciar un problema agudo de rápida resolución de **enfermedades infecciosas o tumorales**, que pueden afectar de forma global al paciente.

Es necesario centrarse en una **buena exploración física** y detectar adecuadamente el **nivel de afectación**. El nivel torácico es peculiar por presentar un mayor espacio ocupado por la médula en relación con el tamaño del conducto vertebral, junto con un espacio subaracnoideo pequeño condicionan esta región a tener **mayor probabilidad de compresión**. Además, la zona comprendida entre **T4-T9** suele presentar un **escaso aporte sanguíneo**.

El **primer escalón terapéutico** son las **terapias físicas y de rehabilitación muscular** asociadas a tratamiento **analgésico** que puede ir complementado con relajantes musculares.

Únicamente cuando haya **compromiso neurológico progresivo** o un dolor incoercible o una neuralgia intercostal refractaria a tratamiento, estará indicado el tratamiento quirúrgico, siendo el primer escenario una **indicación absoluta de cirugía**

P-53

BIBLIOGRAFÍA: 1. Picado-Baca ML, Mireles-Cano JN, León-Meza VM, García-González OG, Ramos-Trujillo A. Tratamiento de hernia discal torácica. Reporte de 2 casos. *Cir Cir*. 2016;84(5):415-419. doi:10.1016/j.circir.2015.11.001. 2. Arce CA, Dohrmann GJ. Thoracic disc herniation. *Surg Neurol*. 1985;23(4):356-361. doi:10.1016/0090-3019(85)90206-X. 3. Ortega-Martínez M, Cabezudo JM, Fernández-Portales I, Gómez-Perals L, Bernal-García LM. Hernias discales calcificadas en la infancia. *Neurocirugía*. 2006;17(4):333-338. doi:10.1016/S1130-1473(06)70335-9. 4. Martínez-Lage JF, Martínez-Robledo A, López F, Poza M. Disc protrusion in the child. *Childs Nerv Syst*. 1997;13(4):201-207. doi:10.1007/s003810050069. 5. Biagiarelli FS, Piga S, Reale A, et al. Management of children presenting with low back pain to emergency department. *Am J Emerg Med*. 2019;37(4):672-679. doi:10.1016/j.ajem.2018.07.012. 6. Diehn FE, Maus TP, Morris JM, et al. Uncommon Manifestations of Intervertebral Disk Pathologic Conditions. *RadioGraphics*. 2016;36(3):801-823. doi:10.1148/rg.2016150223. 7. Spapens N, Wouters C, Moens P. Thoracolumbar intervertebral disc calcifications in an 8-year-old boy: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2010;169(5):577-580. doi:10.1007/s00431-009-1076-z. 8. Giblin EM, Hochheiser GM. Thoracic Disk Herniation Resulting in Acutely Progressing Paraplegia in a Pediatric Patient. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(8):550-553. doi:10.1097/PEC.0b013e318180ff1d. 9. Court C, Mansour E, Bouthors C. Thoracic disc herniation: Surgical treatment. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2018;104(1):S31-S40. doi:10.1016/j.otsr.2017.04.022. 10. Dang L, Chen Z, Liu X, et al. Lumbar Disk Herniation in Children and Adolescents. *Neurosurgery*. 2015;77(6):954-969. doi:10.1227/NEU.0000000000000983. 11. King HJ, Ramchandani R, Maxwell C, Sarkar A, Loven T. To cut or not to cut? A case report on pediatric intervertebral disc calcification. *Surg Neurol Int*. 2021;12:307. doi:10.25259/SNI_207_2021