

Hernia discal lumbar en la infancia. Forma de presentación y características clínicas

E. Viosca Herrero¹, L. Blasco González², M. Benac Prefaci², V. Miranda Gozalvo³, R. Mayor López¹
Servicios de ¹Rehabilitación, ²Pediatría y ³Unidad de Resonancia Magnética Nuclear. Hospital de Sagunt
y CE Puerto de Sagunto. Valencia

Resumen

Introducción: La hernia discal lumbar tiene escasa incidencia antes de los 21 años, siendo excepcional antes de los 10. La forma de presentación clínica es diferente a la del adulto, por lo que resulta difícil establecer el diagnóstico. Se revisa la bibliografía para conocer mejor las peculiaridades del cuadro clínico en el niño, diferenciarlas de las del adulto y aumentar el índice de sospecha diagnóstica.

Caso clínico: Niña de 9 años y 11 meses que consulta por cojera y dolor en el hueco poplíteo izquierdo, de un mes de evolución, con rigidez y escoliosis lumbar, y signo de Lasègue positivo bilateral. La resonancia magnética (RM) muestra una hernia discal en L5-S1.

Discusión y conclusiones: Es una enfermedad poco frecuente, de diagnóstico difícil y tardío. Debe sospecharse ante un paciente con dolor ciático, pero también ante un dolor en el hueco poplíteo, especialmente cuando exista un signo de Lasègue o una retracción o tensión dolorosa y persistente de los isquiotibiales. La alerta aumentará cuando se añada una escoliosis y una gran restricción de la movilidad lumbar, sin olvidar sospecharla ante una alteración de la marcha poco clara en su origen.

Abstract

Title: Herniated lumbar disc in childhood: presentation and clinical features

Introduction: Lumbar disc herniation is uncommon in individuals under 21 years of age, and extremely infrequent before the age of 10. The clinical presentation differs from that observed in the adult, making the diagnosis difficult. We have reviewed the literature to identify the peculiarities of this lesion in children, in order to distinguish it from the presentation in adults and, therefore, increase the index of suspicion to facilitate diagnosis.

Clinical report: We report a case of herniated L5-S1 disc in a girl who was not quite ten years old. She had been complaining of a limp and left knee pain for about one month. We detected limited lumbar mobility, lumbar scoliosis and a markedly positive result in Lasègue's test. The presence of the herniated disc was revealed by magnetic resonance imaging.

Discussion and conclusions: Lumbar disc herniation is an uncommon lesion, with a difficult and late diagnosis. It should be suspected not only when a patient presents with sciatica, but also when pain is noted in the posterior region of the knee, especially when there is a positive result in Lasègue's test or an isolated and severe hamstring tightness. The diagnostic suspicion is increased by the presence of lumbar scoliosis and decreased lumbar motion, and should be kept in mind when gait disturbances of unclear etiology develop.

Palabras clave

Hernia discal (lumbar), ciatalgia, presentación clínica, niños

Keywords

Herniated disc (lumbar), sciatica, early diagnosis, children

Introducción

El primer caso de hernia discal lumbar en adolescentes se comunicó en 1946 en un niño de 12 años¹. Desde entonces, de forma esporádica, se han publicado algunas series, la mayoría quirúrgicas y con escaso número de casos^{2,3}. La incidencia es rara^{1,3,4}, oscilando, según los autores, entre un 1 y un 3% de todas las hernias discales operadas antes de los 21 años, y depende del intervalo de edad considerado; el grupo principal es el de 10-18 años^{1,3}, siendo excepcional antes de los 10¹.

Aunque no existe acuerdo general, algunos autores afirman que la forma de presentación clínica inicial en el niño es diferen-

te a la del adulto^{5,6}. El síntoma principal es el dolor lumbar irradiado al miembro inferior¹, pero puede ser mínimo o estar ausente^{4,7}. La expresividad clínica del síndrome radicular suele ser escasa^{5,8}, aunque el signo de Lasègue es positivo en casi todos los casos (>90%) y muchas veces bilateral^{4,6,7}. La grave restricción angular en dicha maniobra se considera una peculiaridad clínica propia del niño y/o adolescente^{5,9}, constituyendo, a veces, el único hallazgo que sugiere la afectación radicular^{1,4,8}. Suele haber un intenso síndrome raquídeo lumbar^{4,7}, no tanto por el dolor como por la escoliosis y rigidez extrema, con disminución de la lordosis y de la flexión lumbar debido a la contractura muscular^{1,4,7,10}. También es muy frecuente encontrar una alteración del patrón de la marcha (78%)^{6,11,12}.

Caso clínico

Niña de 9 años y 11 meses que acude a urgencias y consulta por cojera y dolor en el hueso poplíteo izquierdo de 1 mes de evolución. Se trata de un dolor episódico, repetitivo y fugaz, de 1-2 minutos de duración, intensidad moderada y sin un ritmo claro de aparición, sin factores desencadenantes. En la exploración destaca la alteración de la marcha, lo que resulta desconcertante por ser una cojera no compatible con trastorno de rodilla. Se trataba de una marcha con movimiento conjunto en bloque de todo el raquis lumbar y la hemipelvis izquierda durante la fase de oscilación del miembro inferior izquierdo. Algunas veces, caminaba sobre la punta de los pies. Se apreciaba una gran rigidez del raquis lumbar (figura 1), con borramiento de la lordosis fisiológica y escoliosis lumbar funcional antiálgica de convexidad izquierda, que se agravaba al intentar una flexión anterior de la columna lumbar y desaparecía en decúbito. Destacaba la presencia de una maniobra de Lasègue positiva, limitada a los 10 grados en el lado izquierdo y a 30 grados en el derecho. Más que dolor, había una gran tensión y bloqueo muscular, siendo imposible continuar más arriba porque arrastraba tras de sí la hemipelvis y el raquis lumbar en el intento. El resto de la exploración neurológica, de la exploración física general y de la rodilla izquierda era completamente normal.



Figura 1. Importante limitación de la flexión del raquis lumbar



Figura 2. Resonancia magnética: imagen de hernia discal paramedial izquierda en el espacio L5-S1

Ante la sospecha de una enfermedad grave de la columna lumbar (se pensó en una tumoración intra/extrarraqúidea) se solicitó una RM, practicada 5 días después del ingreso, que mostró una imagen compatible con hernia discal L5-S1 paramedial izquierda, con repercusión significativa en el canal y en el receso lateral izquierdo (figura 2).

Se inició tratamiento conservador, sin obtener una mejoría significativa a las dos semanas, por lo que la paciente se derivó a un centro especializado para ser sometida a tratamiento quirúrgico. La cirugía fue un éxito; el dolor desapareció, aunque la rigidez lumbar y de los isquiotibiales persistió durante 6 meses.

Discusión

Queremos resaltar y discutir básicamente sobre cuatro aspectos de este caso. En primer lugar, la edad de presentación, ya que realmente es poco frecuente. Hasta 1982, en la bibliografía mundial sólo habían publicados 146 casos en menores de 16 años^{6, 11}. Callahan et al., en su revisión bibliográfica, sólo encuentran 4 casos de niños con menos de 12 años¹⁰. En 1993, Grass et al. señalan el caso de una niña de 10 años con escoliosis progresiva no estructural, afirmando que era la paciente más joven con hernia discal documentada⁷. Martínez-Lage et al. presentan el caso de una hernia discal en un niño de 6 años, y al revisar la bibliografía sólo encontraron 4 casos de protrusiones discales en menores de 9 años¹³.

En segundo lugar, la dificultad y el retraso en el diagnóstico. Se debe principalmente a que esta entidad no se sospecha, por su rareza y escasez de hallazgos neurológicos objetivos⁷, lo que provoca que algunas veces se piense en una somatización psicogénica⁸. En la mayoría de series, el tiempo antes del diagnóstico es largo. Kamel y Rosman comunican 12 casos en los que dicho tiempo oscila entre 5 semanas y 1 año⁶. Furner et al. señalan un retraso medio de 1 año antes del diagnóstico,

mientras que Casis y Sandoval indican una demora de entre 3 meses y 2 años¹¹. En nuestro caso, transcurrió 1 mes desde el inicio de los síntomas y 5 días desde el ingreso en el hospital, pero reconocemos que fuimos los primeros sorprendidos por el hallazgo y que, en primer lugar, sospechamos una enfermedad grave, con lo que el éxito diagnóstico se debió, en gran medida, a la pronta disponibilidad de los medios de diagnóstico por la imagen.

Otro aspecto destacable es que la forma de presentación clínica es diferente a la del adulto^{5,6}, lo cual también está en la base de la dificultad y el retraso en el diagnóstico. Ya hemos comentado que el dolor lumbar o ciático puede ser mínimo o estar ausente^{1,14}, como en este caso. Algunas veces sólo se manifiesta un dolor en el hueso poplíteo o en la zona de los isquiotibiales, que debe ser sospechado especialmente cuando es persistente⁴. También podría manifestarse como un dolor en la cara posterior de la rodilla. El dolor en el hueso poplíteo no es típico de una ciatalgia; puede ser debido, más bien, a la contracción forzada de los isquiotibiales para evitar la sensación desagradable de fondo en el territorio ciático, difícil de expresar por un niño. Algunos autores señalan que las manifestaciones clínicas pueden variar según el grupo de edad, especialmente respecto al signo de Lasègue, que es más frecuente e intenso en el grupo de menores de 11 años, frente al resto de adolescentes^{5,9}. La alteración de la marcha es otro aspecto destacable y, en el caso descrito, fue el signo guía que permitió profundizar en el estudio clínico y que posibilitó el diagnóstico. Casis y Sandoval defienden que, por su gran frecuencia (78%), debe ser un factor diagnóstico¹¹. La mayoría de los autores comunica este hallazgo, pero sólo apuntan que es una marcha antiálgica, sin describirla. En nuestro caso, puede deberse a la escasa extensibilidad muscular y al intento reflejo de inmovilizar la zona lumbar durante la deambulación. Respecto a la marcha de puntillas, interpretamos que la paciente se elevaba sobre la punta del pie derecho para facilitar la oscilación de la pierna izquierda, mientras que la elevación sobre la punta del pie izquierdo podría ser una expresión más de la conocida marcha antiálgica. Ante el hallazgo sorprendente de esta cojera, se orientó la búsqueda hacia alguna patología de la columna lumbar y, así, se detectó el signo de Lasègue.

En cuarto y último lugar, queremos resaltar que la mayoría de las series publicadas son quirúrgicas y proceden de la bibliografía ortopédica o neuroquirúrgica¹, lo que podría alterar la percepción del problema respecto a la forma de presentación clínica y la incidencia. Podrían existir casos sin diagnosticar por su escasa expresividad clínica, o casos resueltos mediante tratamiento conservador, que no figuran en las series publicadas. Por ello, estamos convencidos de la conveniencia de disponer de los datos de series completas, no sólo de las que han acabado en cirugía.

En resumen, la importancia de este caso y la motivación para su publicación estriba en mejorar el conocimiento de esta entidad, para sensibilizar al clínico respecto a su aparición en edades tempranas, aunque sea excepcional. Merece la pena revisar

la bibliografía para conocer mejor las peculiaridades del cuadro y diferenciarlas de las del adulto, aumentando así el índice de sospecha diagnóstica⁶, lo que constituye el objetivo principal.

Conclusiones

La hernia discal lumbar en la infancia es una entidad poco frecuente, de diagnóstico difícil y tardío. Debe sospecharse ante un paciente con dolor ciático, pero también ante un dolor en el hueso poplíteo, especialmente cuando exista un signo de Lasègue o una retracción o tensión dolorosa y persistente de los isquiotibiales. La alerta aumentará cuando se añada una escoliosis y una gran restricción de la movilidad lumbar, sin olvidar sospecharla ante una alteración de la marcha poco clara en su origen. ■

Bibliografía

1. Garrido E. Lumbar disc herniation in the pediatric patient. *Neurosurg Clin North Am.* 1993; 4: 149-152.
2. Pombo V. Patología discal. En: De Pablos J, González P, eds. *Apuntes de ortopedia infantil*, 2.ª ed. Madrid: Ergon, 2000; 176-182.
3. Villarejo-Ortega F, Torres Campa-Santamarina JM, Bencosme-Abinader JA, Álvarez-Sastre C, Pascual Martín-Gamero A, Pérez-Díaz C, et al. Hernia discal lumbar en adolescentes. *Rev Neurol.* 2003; 36: 514-517.
4. Revel M. Sciatiques et autres lomboradiculalgies discales. Editions Techniques. *Encycl Méd Chir (Paris-France), Appareil Locomoteur*, 15840-D-10.
5. Børgesen SE, Vang PS. Herniation of the lumbar intervertebral disk in children and adolescents. *Acta Orthop Scand.* 1974; 45: 540-549.
6. Kamel M, Rosman M. Disc protrusion in the growing child. *Clin Orthop.* 1984; 185: 46-52.
7. Grass JP, Dockendorff IB, Soto VA, Araya PH, Henríquez CM. Progressive scoliosis with vertebral rotation after lumbar intervertebral disc herniation in a 10-year-old girl. *Spine.* 1993; 18: 336-338.
8. Epstein JA, Epstein NE, Marc J, Rosenthal AD, Lavine LS. Lumbar intervertebral disk herniation in teenage children: recognition and management of associated anomalies. *Spine.* 1984; 9: 427-432.
9. Takata K, Takahashi K. Hamstring tightness and sciatica in young patients with disc herniation. *J Bone Joint Surg Br.* 1994; 76-B: 220-224.
10. Callahan DJ, Pack LL, Bream RC, Hensinger RN. Intervertebral disc impingement syndrome in a child. Report of a case and suggested pathology. *Spine.* 1986; 11: 402-404.
11. Cassis ZN, Sandoval Ramírez E. Hernia de disco lumbar en adolescentes. *Rev Esp Cir Osteoartic.* 1995; 30: 39-42.
12. Durá Travé T, Yoldi Petri ME, García Mata S, Baranda Areta V. Hernia discal lumbar en una niña de 10 años de edad. *An Pediatr (Barc).* 2004; 60: 184-193.
13. Martínez-Lage JF, Fernández Cornejo V, López F, Poza M. Lumbar disc herniation in early childhood: case report and literature review. *Childs Nerv Syst.* 2003; 19: 258-260.
14. Ishihara H, Matsui H, Hirano N, Tsuji H. Lumbar intervertebral disc herniation in children less than 16 years of age. *Spine.* 1997; 17: 2.044-2.049.