

Calcificación de disco cervical en la infancia Comunicación de un caso

Dr. CARLOS A. TELLO*

La calcificación aguda del disco cervical en la infancia es una entidad relativamente conocida. Probablemente unos 100 casos hayan sido comunicados en la literatura, como mencionan recientemente Wong y colaboradores¹³.

Quizás el desarrollo de la resonancia magnética vaya a permitir una mayor frecuencia en la descripción y mayores detalles en la evolución de este curioso cuadro. Las calcificaciones discales en los adultos, por otra parte, son hechos conocidos, frecuentes y habitualmente de poca relevancia; su etiología suele ser degenerativa.

L.B., varón de 6+3 años, concurre a la consulta en febrero de 1992. Un mes antes había comenzado con dolor intenso en el hombro izquierdo. Entre sus antecedentes figuraban que cuatro semanas antes había padecido de un dolor punzante pero transitorio en su cuello y dos semanas previas a este episodio inicial tuvo una ligera angina con cefaleas; no relata traumatismo.

En el examen de sus radiografías de enero de 1992 se visualiza imagen densa entre C4 y C5 con disminución de la lordosis cervical y menor altura de los cuerpos de C4 y C5; la imagen tiene forma oblonga y parece fragmentada en el frente, y en el perfil se la encuentra ubicada en el cuarto posterior del disco (Fig. 1). Las radiografías de tórax y columna dorsal eran normales. El centellograma, efectuado con Tc-99m, para esa fecha era normal. Sus análisis demuestran GR 4.850.000 y GB 9.100, con fórmula normal. Eritrosedimentación de 16 en la primera hora y fosfatasa alcalina



Fig. 1. *Izquierda*: se aprecia en la proyección AP la imagen densa, ovoide, y fragmentada entre la IV y V vértebras cervicales. A la *derecha* se observa rectificación de la lordosis cervical e imagen densa ubicada en la parte posterior del disco cervical entre C4 y C5, cuyos cuerpos se observan disminuidos en altura.

ligeramente elevada: 811 UI/l (normal hasta 650 en la infancia en ese estudio). El resto era normal, incluyendo un reumatograma.

Se efectúa una resonancia magnética (RM) en enero de 1992, la que muestra un franco aumento de tamaño del disco intervertebral entre C4-C5 y herniación posterolateral izquierda. La hernia ocupa el espacio extradural anterior y lateral izquierdo, toma contacto con la cara anterior de la médula, a la que comprime; también ejerce compresión sobre la raíz nerviosa (Fig. 2, a y b). El informe agragaba que "el examen de la médula muestra señales patológicas en el sector medio e inferior, donde se halla comprimida", conceptos que no pueden confirmarse con absoluta seguridad.

En la tomografía axial computada (febrero de 1992) se observa una difusa hipertrofia de la apófisis unciforme izquierda de la quinta vértebra cervical, que estenosa moderadamente el receso

* Unidad de Patología Espinal, Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital de Pediatría J. Garrahan, Pichincha 1850, (1249) Buenos Aires.



Fig. 2. *a*: En RM se aprecia franca protrusión posterior del disco entre C4 y C5 con aumento de su altura, que invade el canal raquídeo. *b*: En el corte axial se observa una imagen hiperintensa que corona la protrusión discal posterolateral.

lateral a dicho nivel y el foramen de conjunción C4-C5 izquierdo.

El paciente comienza a usar un collar de Filadelfia, lo cual calma su sintomatología.

En febrero de 1992 el examen clínico-neurológico es normal. No presenta dolor, la motilidad cervical es amplia y neurológicamente está intacto en MMSS y MMII. Se solicitan PESS y EMG. Este último es normal. Los PESS muestran vía somatosensitiva izquierda normal y la derecha con ligero entretencimiento. Se suscitan dudas con respecto a si el informe se refiere a las vías en relación con el estímulo o con la recepción. Finalmente se aclara que es con respecto a la estimulación, por lo que se observa el fenómeno paradójal de referirse al lado opuesto al patológico. En realidad los PESS son normales, dado que todos los valores estaban por debajo (en tiempo) del estándar. La interpretación final fue que los PESS fueron normales, sin significado patológico en la asimetría.

El paciente evolucionó sin problemas y usó el collar por tres meses. Se dispuso aguardar la evolución y efectuar nuevos estudios en un plazo de dos meses, considerando la regresión espontánea del cuadro.

El diagnóstico fue de calcificación aguda de disco cervical.

La RM efectuada a fines de marzo muestra una "señal hipointensa en el cuerpo de la cuarta vértebra cervical y no se halla la hernia discal". En realidad lo que se observa es una fragmentación del disco y se confunde el cuerpo vertebral con el disco: el que muestra la señal hipointensa es el disco (Fig. 3), que por otra parte ya no presenta la herniación. Es clara también una disminución de altura de los cuerpos C4 y C5, mientras que el disco entre ambos está más alto; más alto con respecto a los cuerpos adyacentes pero también mayor que los otros discos cervicales. Es el disco el que presenta una imagen hipointensa y fragmentada en su mitad anterior.



Fig. 3. RM tomada tres meses después muestra en esta imagen sagital en T1 la desaparición de la protrusión discal, aunque al disco se lo observa incrementado en altura, con hipointensidad en su mitad anterior y platispondílea de los cuerpos adyacentes.

La TAC de abril de 1992 es normal.

Las radiografías del mismo mes (tres meses después de las primeras) muestran la desaparición de la calcificación y una platispondilea C4 y C5 (Fig. 4).

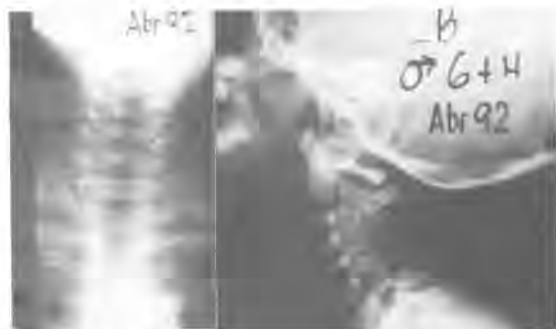


Fig. 4. Las radiografías tomadas tres meses después muestran desaparición de la calcificación y disminución de la altura de los cuerpos vertebrales.

En esa fecha se discontinúa la ortesis y el paciente no presenta inconvenientes hasta el momento.

La calcificación del disco cervical en la infancia es una entidad descrita originariamente por Baron en 1924¹. Desde ese entonces distintas comunicaciones, mayoritariamente casos individuales, han sido presentadas. Los trabajos de mayor envergadura han sido los de Sonnabend y colaboradores¹¹, así como los de Silverman⁹.

No está clara la etiología de este proceso. Sonnabend los ha dividido en sintomáticos y asintomáticos, mientras que Retchman⁸ califica al tipo sintomático como "resolutivo" (*disappearing*) y al asintomático como "silencioso" (*silent*).

Parecería que el caso descrito en esta comunicación responde al tipo sintomático, que suele ser resolutivo. Más aún, se ha postulado que el cuadro doloroso estaría ligado con la desintegración de la calcificación.

La evolución de este cuadro no es absolutamente predecible en todos los casos; inclusive algunos de ellos han sido intervenidos quirúrgicamente. En el cuadro que nos ocupa, y hasta el momento, la evolución ha sido satisfactoria espontáneamente y sin mediar mayor tratamiento que el de una inmovilización parcial. Algunos autores han comentado las recidivas sintomáticas y otros han mencionado la persistencia de pla-

tispondilia residual durante largo tiempo. Esta disminución en el crecimiento de los cuerpos vertebrales adyacentes, con aumento absoluto y relativo de la altura del disco, está presente en este caso. Sin embargo, la evolución más alejada podrá aportar seguramente mayores detalles.

BIBLIOGRAFIA

1. Baron A: Über eine neue Erkrankung der Wirbelsäule. *Jahr f Kinderheilk* 104: 357-360, 1924.
2. Bjelkhagen I, Gladnikoff H: Calcified disk protrusion in children. *Acta Radiol* 48: 151-155, 1957.
3. Connell M: Calcification of the intervertebral discs in children. *Clin Radiol* 14: 87-90, 1963.
4. Eyring E, Peterson C, Bjornson D: Intervertebral disc calcification in childhood. *JBJS* 46-A: 1432-1441, 1964.
5. Furukawa K, Hoshino R, Hasue M, Kuramuchi E: Cervical intervertebral disc calcification in a child. *JBJS* 59-A: 692-693, 1977.
- 6*. Groiso J: Calcificación del disco intervertebral en la infancia. *Bol y Trab SAOT* XLI: 207-216, 1976.
7. Newton T: Cervical intervertebral disc calcification in children. *JBJS* 40-A: 107-113, 1958.
8. Retchman A, Hermel M, Albert S, Boreadis A: Calcification of the intervertebral disc: Disappearing, dormant and silent. *Clin Orthop* 7: 218-231, 1956.
9. Silverman F: Calcification of the intervertebral discs in childhood. *Radiology* 62: 801-816, 1954.
10. Smith R, Vohman M, Dimon J et al: Calcified intervertebral cervical discs in children. *J Neurosurg* 46: 233-238, 1977.
11. Sonnabend D, Taylor T, Chapman G: Intervertebral disc calcification syndromes in children. *JBJS* 64-B: 25-31, 1982.
12. Walker C: Calcification of intervertebral discs in children. *JBJS* 36-B: 601-605, 1954.
13. Wong C, Pereira B, Pho R: Cervical disc calcification in children. A long term review. *Spine* 17 (2): 139-144, 1992.

* Nota del Autor: La mención de la comunicación efectuada por el Dr. J. Groiso fue omitida en la lectura original de la presentación por no habérsela encontrado en los registros bibliográficos. Salvada esa involuntaria omisión se la incorpora dentro de la literatura.

DISCUSION

Dr. Jorge A. Groiso: Con referencia a la presentación realizada por el Dr. Tello titulada "Calcificación del disco intervertebral en la infancia", quiero recordar el trabajo presentado en 1976, publicado en el Boletín N° 3, página 207, de nuestra Sociedad, donde presentábamos dos casos: uno sintomático y otro asintomático, con localización cervical y dorsal.

Desde entonces tuvimos ocasión de tratar una niña de 8 años que presentó tortícolis aguda. Las

radiografías mostraban calcificación entre 5-6 cervical, 7-1 dorsal, 3-4, 5-6 y 8-9 dorsales. El cuadro agudo desapareció en pocos días con inmovilización ortésica. Dos años más tarde, al realizar gimnasia acrobática, siente una súbita dorsalgia sin compromiso neurológico. Las radiografías muestran persistencia de las calcificaciones. La resonancia magnética muestra hernia de disco entre la 5-6 dorsal. Fue tratada con reposo y antiinflamatorios, cediendo en pocos días la sintomatología.

También tuvimos ocasión de estudiar un pa-

ciente de 35 años, que se quejaba de dorsalgias bajas. La radiografía muestra calcificación de los espacios entre 11-12 dorsal y 12-1 lumbar. ¿Se trataba de una persistencia de calcificación discal de la infancia o estaremos en presencia de un proceso degenerativo precoz?

Por los antecedentes presentados, si bien algunos pacientes reabsorben espontáneamente, en otros persiste una labilidad local que los hace pasibles de trastornos alejados de cierta complejidad.

ISSN 0325-1578

Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol., Vol. 57, N° 1, págs. 112-113

7ª Sesión Ordinaria (30/6/1992)

Quiste gigante de pantorrilla en artritis reumatoidea

Dr. EDGARDO CASSULLO*

Las manifestaciones intra y/o paraarticulares de la artritis reumatoidea son bien conocidas. También lo son las bursitis o quistes del semimembranoso y/o del gemelo interno de etiología artrósica, inflamatoria o traumática, como manifestación de una sinovitis en caso de existir una comunicación articular.

Pero la vinculación de estos quistes con la artritis reumatoidea es poco considerada, lo cual explica la escasa bibliografía mundial existente en una patología no excepcional.

En el año 1978, conjuntamente con los doctores Antonio E. Grossi y Armando Rebechini, presentamos en el XV Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, 7 pacientes con ocho bursitis reumatoideas, de las cuales tres se extendían a la pantorrilla pero sin llegar al tamaño del actualmente descrito.

Paciente R.E., sexo masculino, 67 años de edad, H.C. 164735 del Hospital Municipal General de Agudos Carlos Durand, con poliartritis reuma-

toidea que afectaba dedos, muñecas y rodillas, tratada con corticoides por espacio de cinco años. Hace tres años comenzó con dolor poplíteo y en pantorrilla izquierda en la marcha. Hace un año notó una tumoración en la mencionada pantorrilla con aumento progresivo de su volumen y de la sintomatología.

El examen clínico y de laboratorio revelaba el diagnóstico de una artritis reumatoidea crónica. La rodilla tenía derrame, y en la pantorrilla se apreciaba una gran masa dura, adherente a los planos profundos, que se extendía desde el hueco poplíteo hasta la unión musculotendinosa del tríceps. Se le efectuó una artrografía que reveló un gran quiste de pantorrilla en comunicación con la cavidad articular de la rodilla, con defectos en el relleno de la sustancia opaca correspondiente a acúmulos de fibrina aglutinada.

Mediante un amplio abordaje posterior de hueco poplíteo y de pierna se extirpó el quiste poplíteo (en comunicación con articulación) y el de pantorrilla. Este último, de 18 cm por 6 cm por 4 cm, se continuaba con el poplíteo por una vinculación estrecha.

El quiste se resecoó con facilidad, liberando las

* French 2411, (1125) Buenos Aires.