

## Adolescente con dolor lumbar

M. Cruz Fernández-Espartero, Jacqueline Usón-Jaeger, Roberto Miguélez-Sánchez y Mercedes Morcillo-Valle

Unidad de Reumatología. Hospital de Móstoles. Madrid. España.

### Caso clínico

Varón de 15 años de edad, tenista de élite sin otros antecedentes personales de interés que acudió a nuestra unidad de reumatología por lumbalgia mecánica de un año de evolución, sin dolor nocturno ni fiebre. La exploración física únicamente revelaba una disimetría de miembros inferiores. Realizamos un estudio analítico completo, que incluyó velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva y HLA-B27, que fue normal.

Se hizo una radiografía lumbar en la que se apreciaba irregularidad de los platillos vertebrales inferior de L2 y superior de L3 (fig. 1) y morfología de “pez” de los cuerpos vertebrales de L1, L2 y L3 (fig. 2). La telerradiografía de miembros inferiores en bipedestación puso

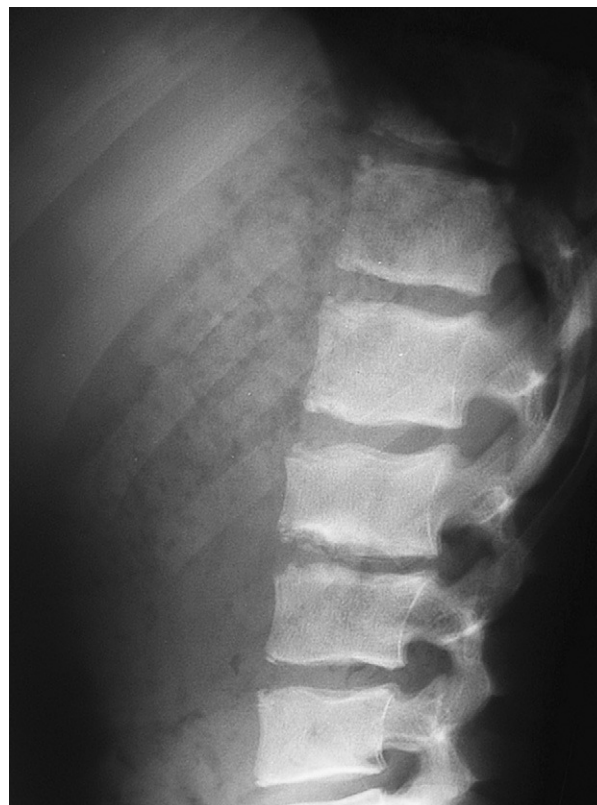
de manifiesto un acortamiento de 15 mm del miembro inferior derecho y una discreta escoliosis lumbar de convexidad derecha con componente rotacional de los cuerpos vertebrales.

### Evolución

El estudio con resonancia magnética (fig. 3) mostró nódulos de Schmörl en diferentes localizaciones, más evidentes en la charnela dorsolumbar y en las vértebras lumbares altas, sugestivo de osteocondrosis lumbar juvenil o enfermedad lumbar de Scheuermann (ELS). También puso de manifiesto la irregularidad de los



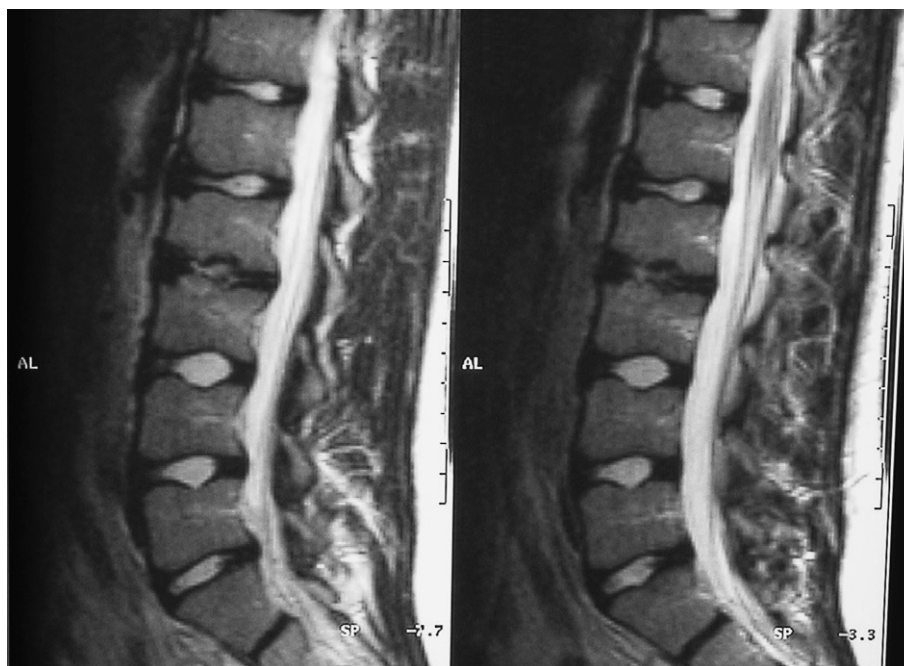
**Figura 1.** Radiografía de columna lumbar lateral: irregularidad de los platillos vertebrales inferior de L2 y superior de L3.



**Figura 2.** Radiografía de columna lumbar lateral: los cuerpos vertebrales de L1, L2 y L3 presentan morfología de “pez”.

Correspondencia: Dra. M.C. Fernández-Espartero.  
Unidad de Reumatología. Hospital de Móstoles.  
Río Júcar, s/n. 28935 Móstoles. Madrid.  
Correo electrónico: mcruzespertero@telefonica.net

Manuscrito recibido el 2-3-2005 y aceptado el 25-4-2005.



**Figura 3.** Resonancia magnética lumbar: nódulos de Schmorl en los platillos vertebrales en diferentes localizaciones, más evidentes en la charnela dorsolumbar y en las vértebras lumbares altas. Disminución de altura y de la señal del disco L2-L3, en relación con alteraciones degenerativas. Irregularidad de los platillos vertebrales de L2 y L3 en la región anterior.

platillos vertebrales de L2 y L3 en la región anterior, sin alteración de la señal de la médula ósea adyacente, masa de partes blandas ni otras alteraciones asociadas, en el contexto de ELS, descartando una espondilodiscitis.

## Diagnóstico

Osteocondrosis lumbar juvenil o ELS.

## Discusión

La osteocondrosis lumbar juvenil, también conocida como ELS, comparte características con la enfermedad de Scheuermann clásica, pero se localiza en la columna dorsal baja y lumbar (D10-L4), y es menos frecuente. Afecta con frecuencia a personas que realizan una práctica deportiva exigente y el motivo de consulta habitual en el dolor dorsolumbar mecánico.

La enfermedad de Scheuermann clásica produce una cifosis dorsal baja. La edad de mayor afectación está entre los 13 y los 17 años. Puede cursar totalmente asintomática o puede presentar signos y síntomas intensos, que normalmente aparecen en torno a la pubertad. Las manifestaciones típicamente se dan en la columna torácica, y aparecen disnea, cifosis y dolor a la palpación. La deformidad cifótica se puede ir haciendo progresivamente fija. Son raras las manifestaciones neurológicas<sup>1</sup>. La combinación de cifosis, nódulos cartilagosos y contor-

nos irregulares de los cuerpos vertebrales son signos radiológicos muy típicos de la enfermedad de Scheuermann.

Blumenthal et al<sup>2</sup> clasificaron la ELS en 2 formas radiológicas. La primera o forma clásica tiene acuñaamiento anterior de 5° de, al menos, 3 vértebras, nódulos de Schmorl, irregularidades en los platillos vertebrales, pero sin disminución del espacio intervertebral. El segundo tipo o forma atípica tiene irregularidades en sólo 1 o 2 vértebras, nódulos de Schmorl y estrechamiento del espacio discal, pero no hay acuñaamiento anterior de los cuerpos vertebrales. Blumenthal et al<sup>2</sup> también describieron otra forma atípica lumbar de Scheuermann que denominaron “hernia intraesponjosa traumática aguda”, un cuadro en el que un traumatismo por compresión vertical da lugar a un dolor severo de espalda y se evidencia una fractura del platillo vertebral<sup>2</sup>. Según esta clasificación nuestro paciente tendría una forma atípica de ELS. Los pacientes con ELS tienen dolor lumbar de inicio durante la adolescencia. No hay deformidad torácica como la que se ve en la enfermedad clásica de Scheuermann. El diagnóstico se hace mediante radiografías laterales simples de columna, que revelan depresiones prominentes de los platillos vertebrales, con acuñaamiento y aumento del diámetro anteroposterior de los cuerpos vertebrales afectados. Puede aparecer disminución de la altura de los discos intervertebrales, retrolístitis de las vértebras lumbares y manifestaciones de estenosis de canal<sup>3</sup>. La relación entre este proceso y la enfermedad de Scheuermann típica no está clara, pero se debe tener en consideración que en la columna lum-

bar de pacientes con enfermedad de Scheuermann torácica se puede encontrar anomalías similares a las que se presentan en la variante lumbar.

Esta enfermedad (tanto la forma clásica como la lumbar) posiblemente se debe a la formación de nódulos cartilagosos. El origen de los nódulos no está claro, aunque parece probable que se deba a los desplazamientos intraóseos de material discal producidos por la compresión a través de zonas debilitadas de la placa cartilaginosa de forma congénita<sup>4,5</sup> o traumática<sup>6</sup>.

Los nódulos cartilagosos pueden acompañar a cualquier enfermedad que debilite al platillo cartilaginoso o al hueso subcondral del cuerpo vertebral, permitiendo un desplazamiento discal intraóseo. El diagnóstico diferencial debe hacerse con las espondilitis infecciosas, los trauma-

tismos, las neoplasias, las enfermedades metabólicas, la osteocondrosis intervertebral y los trastornos articulares. El tratamiento es sintomático en la mayoría de los casos.

## Bibliografía

1. Soo CL, Noble PC, Esses SI. Scheuermann kyphosis: long-term follow-up. *Spine J.* 2002;2:49-56.
2. Blumenthal SL, Roach J, Herring JA. Lumbar Scheuermann's: a clinical series and classification. *Spine.* 1987;12:929-32.
3. Resnick D. Osteocondrosis. En: Resnick D, editor. *Huesos y articulaciones en imagen.* 1.ª ed. Madrid: Ed. Marbán; 1998. p. 960-78.
4. McKenzie L, Silience D. Familial Scheuermann's disease: a genetic and linkage study. *J Med Genet* 1992;29:41-45.
5. Graat HC, Van Rhijn LW, Schrandt-Stumpel CT, Van Ooij A. Classical Scheuermann disease in male monozygotic twins: further support for the genetic etiology hypothesis. *Spine.* 2002;27:485-7.
6. Rachbauer F, Sterzinger W, Eibl G. Radiographic abnormalities in the thoracolumbar spine of young elite skiers. *Am J Sports Med.* 2001;29:446-9.