

## **Escoliosis congénita infantil. Reporte de un caso** **Infant congenital scoliosis. A case Report**

Marino Ruiz de la Paz (1), Pedro Reyes Milián (2), Lourdes Montero Álvarez (1), Raisa Montero Álvarez (3).

### **Resumen**

Las anomalías de la columna vertebral constituyen uno de los problemas musculoesqueléticos no traumáticos más frecuentes en pediatría. Pueden manifestarse en el nacimiento o desarrollarse durante la infancia o la adolescencia. Algunos de ellos se agravan con el crecimiento y pueden dar como resultado un aspecto físico inaceptable, alteraciones de la función pulmonar y una artrosis degenerativa precoz de la columna. En nuestro trabajo se presenta una niña de 20 meses de edad con escoliosis congénita infantil por hemivértebras que fue admitida en el servicio de pediatría del Hospital General Provincial Docente de Morón. Se destacan las manifestaciones clínicas y radiológica, así como la importancia de los estudios imagenológico para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento rápido como pilar esencial en la evolución de la deformidad congénita de la columna.

**Palabras Claves:** ESCOLIOSIS, COLUMNA VERTEBRAL, HEMIVÉRTEBRA.

- 1-Especialista de primer grado en Pediatría. Intensivista.
- 2-Especialista de primer grado en Psiquiatría. Instructor.
- 3-Especialista de primer grado en Anestesiología.

### **INTRODUCCION**

Las alteraciones de la alineación normal que se produce en el plano frontal reciben el nombre de escoliosis. Casi todas las deformidades escolióticas son ideopáticas, sin embargo, algunas son congénitas, asociadas a trastornos o síndromes neuromusculares o compensadoras de discrepancias de la longitud de las extremidades inferiores o de anomalías intrarraquideas (1). Las anomalías del desarrollo vertebral durante el primer trimestre del embarazo suelen provocar deformidades estructurales de la columna que son visibles ya en el nacimiento o que se manifiestan durante la primera infancia. La escoliosis congénita puede clasificarse en: 1) falta total o parcial de formación de una vértebra (Vértebra en cuña o hemivértebras), 2) falta de segmentación total o parcial (Columna no segmentada), 3) mixta (1). El 20% de los niños con escoliosis congénita padecen también malformaciones Genitourinario, de los que la más frecuente es la agenesia renal unilateral, aunque también duplicaciones de los uréteres, riñones en herradura y anomalías genitales. Además del 10 al 15% de los niños con escoliosis congénita tienen cardiopatía congénita (2) Las hemivértebras pueden o no producir deformidades importantes, dependiendo de su localización y de su potencial de crecimiento. El 25% de los pacientes con escoliosis congénita no sufren progresión de la curva y no necesitan tratamiento, sin embargo, en un 75% restante existe cierta progresión y alrededor del 50% necesitan tratamiento (2). Teniendo en cuenta lo importante de un diagnóstico precoz y un tratamiento rápido, como elementos esenciales en la evolución de las deformidades congénitas de la columna nos hemos motivado en la presentación de un caso de escoliosis congénita infantil en una transicional de 20 meses que fue admitida en el servicio de pediatría del Hospital General Provincial Docente de Morón.

### **REPORTE DE UN CASO**

Es una transicional de 20 meses, femenina, blanca, que tiene antecedentes de haber nacido producto de un embarazo de riesgo, madre añosa, hipertensa, obesa, diabetes gestacional, parto distócico por

cesárea anterior, a término (40 semanas), buen peso al nacer(3590g), buen apgar 9/9, líquido amniótico claro. Por hipogalactia materna recibió lactancia natural durante el primer mes, después lactancia artificial con leche evaporada. Tiene antecedentes de tres episodios de urosepsis en el período de la lactancia, lo cual requirió hospitalización para estudio y tratamiento. La mamá notó a partir del tercer mes de vida que la niña lateralizaba la cabeza hacia el lado derecho y desde el sexto mes de vida cuando se sentaba con apoyo observó también un descenso del hombro derecho en relación al izquierdo. Cuando la niña inició la marcha hacia los 14 meses notó que además de lo anterior existía una desviación oblicua del surco interglúteo, con elevación de la cadera derecha y cierta "joroba" de la columna a nivel torácico, esto motivó una consulta con el facultativo especializado y se indicó estudio imagenológico de la columna total, llegando al diagnóstico de escoliosis congénita infantil por hemivértebras congénita de D12 y L5. Al examen clínico se pudo constatar: niña eutrófica. Mucosas húmedas y coloreadas. Impresiona pequeña para su edad. Piel sana y con buena coloración. Tórax normoconfigurado. Murmullo vesicular normal. FR: 24/min. Tonos cardiacos rítmicos y normales. No tiene soplo. Pulsos llenos y fuertes. Relleno capilar rápido. FC: 120/min. TA: 100/70 mmHg. Abdomen globuloso, suave, no distendido, no visceromegalia. Ruidos intestinales normales. Genitales externos normales. El examen de la columna vertebral de pie en la región dorsal mostró asimetría a nivel de los hombros, en la línea de la cintura y en la distancia entre flancos y codos. Se encuentra curvatura dorsal hacia la derecha.

Exámenes complementarios.

Hemograma: Hb 120g/l

Glicemia: 3.5mm/l

Creatinina: 48mmol/l

Urocultivo: negativo (sin crecimiento bacteriano)

Estudios imagenológicos

Ecografía renal: riñones de tamaño normal, con buen parénquima. No pielocaliectasia. uretrocistografía miccional: uretra y vejiga normal. No reflujo.

Rx de columna total, lateral, postero-anterior en bipedestación: se observa curvatura dorsal a la derecha, y hemivértebras congénitas en D12 y L5

## DISCUSIÓN

Clínicamente el lactante escoliótico manifiesta una tendencia a mantener el tronco y la cabeza girados hacia el lado de la concavidad. En la posición de decúbito prono se apreciará la curva existente e incluso, si la deformación es importante, puede apreciarse ya una cierta gibosidad. Si son varias las vértebras afectadas existen riesgo de grandes deformaciones (3,4). En el caso que presentamos se pudo observar en el periodo de la lactancia cierta tendencia a girar la cabeza y cuello hacia el lado de la concavidad, observando también asimetría de los hombros con descenso del hombro del lado de la concavidad, hallazgos estos que coinciden con lo descrito en la literatura revisada (3,4).

La espalda se explora con el paciente de pie y visto desde atrás. El primer signo que hay que valorar es si la pelvis está nivelada. Las discrepancias de longitud de las extremidades inferiores producen una oblicuidad pelviana que simula un aspecto clínico de escoliosis(5).La visión tangencial de la columna con el explorador situado detrás del enfermo permite a éste determinar la simetría de la espalda. La presencia de una joroba o asimetría es la clave de la deformidad escoliótica. Es típico que el área opuesta a la joroba esté deprimida. Estas jorobas y valles se deben a la rotación de la columna. En la convexidad de la curva, las costillas rotan hacia atrás y en la concavidad lo hacen hacia delante (6,7). Es indispensable realizar a los pacientes afectos de escoliosis, no solo un examen de la deformidad esquelética, sino un examen general que permita llegar al diagnóstico diferencial del tipo de escoliosis que presenta, así como de otras afecciones y deformidades asociadas que acompañan a dicha deformidad (6,7).

## ABSTRACT

Anomalies of the spinal cord constitute one of non traumatic musculo skeletal problem more frequent in pediatrics. It can be manifested at birth or develop during infancy or adolescence some of them are aggravated with growth and give as a result an unacceptable physical aspect alterations in pulmonar function and early degenerative arthrosis in the spinal cord. In this paper the infant 20 months year old with infant congenital scoliosis by hemivertebra that was admitted in pediatrics service in the general provincial Teaching Hospital in Morón. Clinical and radiological manifestations are pointed out as well as the importance of imaging studies to do an early diagnosis and a rapid treatment as an essential thing in the evolution of the congenital deformities of the spinal cord.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1-Thompson GH, Scoles PV. Problemas ortopédicos. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson Tratado de Pediatría. .15<sup>a</sup>.ed.v.2. México: Interamericana,1998:2423-25.
- 2-Ventura N, Montaner J, Conill F. Tratamiento quirúrgico de las escoliosis congénitas en el niño mediante la resección de hemivértebras. Rev Española de Ortop y Traumatol 1999; 43 : 9003-9009.
- 3-Navarro M, Almenara M. Resultados del tratamiento de la escoliosis idiopática con el sistema TSRH. Rev Española Ortop y Traumatol 2000 ; 44: 275-281.
- 4-Morales L, Rovira J. Escoliosis en la primera infancia. En: Cruz Hernández M. Tratado de Pediatría. 5<sup>a</sup> .ed y 2 Barcelona: Espaxs 1983: 1198-1200.
- 5-Bunnell WP. The natural history of idiopathic scoliosis. Clin Orthop 1998; 20: 229.
- 6- Ulloa M. Escoliosis. Realidad tridimensional. Rev Española Ortop y Traumatol 2001; 45 :443-444.
- 7- Álvarez Galovich L, Pérez Higuera A. Vertebroplastia: Indicaciones y técnicas. Rev Española Ortop y Traumatol 2002 ; 46 : 175-182.

## ANEXOS

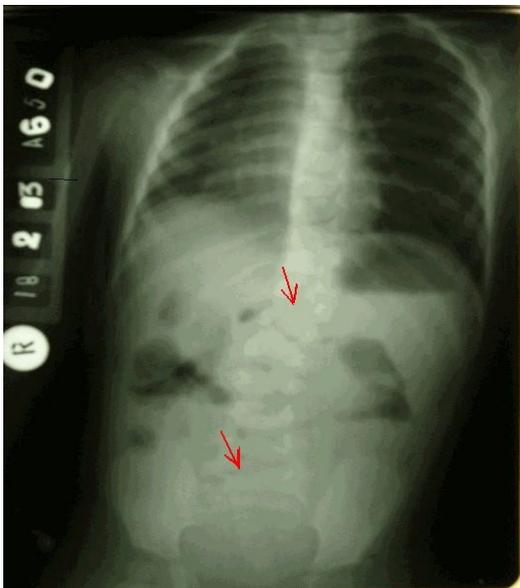


Fig.1 Observe hemivértebras en D12 con curvatura hacia la derecha y en L5 hacia el lado contrario.