VERTEBRA PLANA (Enfermedad de Calvé)

Relato de dos casos.

Drs. JULIO HASBUN S. y AGUSTIN MUÑOZ G.

Cátedra de Pediatría del Prof. Julio Meneghello R. Servicio de Radiología.
Hospital "Manuel Arriarán".

Dentro del grupo de enfermedades del esqueleto llamadas necrosis óseas asépticas, no cabe duda que la enfermedad de Calvé es una de las formas de más rara observación. Descrita por primera vez por Calvé en 1924, en Bolonia, ocasión en que presentó dos casos, fué definida como una afección de las vértebras del niño caracterizada por los siguientes hechos: aplastamiento y condensación de un solo cuerpo vertebral con conservación o aumento de los espacios intervertebrales adyacentes y regeneración total del cuerpo afectado dentro de lapsos variables. Estas características radiológicas incitaron a Calvé a establecer una relación entre esta enfermedad y la coxa plana, llamándola osteocondritis vertebral infantil¹². Se le ha dado diferentes denominaciones: osteocondritis del cuerpo vertebral, osteocondritis deformante vertebral, pseudoespondilitis infantil, vértebra osteonecrótica, enfermedad de Calvé, Vértebra Plana, término éste que parece ser el más adecuado.

Mezzari, en una revisión efectuada en el año 1938, logró reunir 17 casos debidamente comprobados^{4,10} a los que posteriormente se han agregado algunos casos más haciendo un total de alrededor de 20 casos¹².

Las dos observaciones que se relatan a continuación son las primeras publicadas entre nosotros.

CASO Nº 1. — R.S.U. Obs. 46.436, niña de 3 años, sin antecedentes mórbidos personales de importancia. Desde 10 meses antes de consultar notan sus padres cierta modificación en la marcha consistente en discreta rigidez del tronco. Desde dos meses presenta dolor que localiza en el abdomen y que se exacerba con cualquier esfuerzo o movimiento brusco del cuerpo. Estas molestias fueron al comienzo atribuidas a una pequeña hernia umbilical.

Vista por médico, éste sospecha lesión vertebral y aconseja hospitalizar para efectuar estudio clínico. Acude a la Policlínica de Cirugía del Hospital M. Arriarán, donde se anota en el examen de ingreso: niña bien constituida, afebril, facies pálida; pequeña hernia umbilical. En la región dorso-lumbar se aprecia cierto grado de contractura y empastamiento. Hay buena movilidad de la columna cervical y lumbosacra, observándose borramiento parcial de la ensilladura lumbar.

Camina echando los hombros hacia atrás, tratando de inmovilizar el tronco.

Se plantea el diagnóstico clínico de mal de Pott dorsal y se solicitan exámenes de laboratorio. Los exámenes practicados dieron los siguientes resultados: Mantoux al 1 x 1.000 y al 1 x 100, negativos; velocidad de sedimentación de los eritrocitos, 10 mm. en la primera hora; radioscopia de tórax, negativa; recuento y fórmula, dentro de límites normales. Radiografía de columna: aplastamiento y condensación de los cuerpos vertebrales de D4, D8, D9 y D11, con conservación de los espacios intervertebrales. No se observa deformación de la columna en sus diferentes ejes. *Diagnóstico radiológico:* Vértebra Plana de localización múltiple. (Fig. 1).

Se indicó inmovilización con corset de yeso durante 3 meses, al cabo de los cuales se practica control clínico y radiológico. La niña se mantiene más erecta y no presenta molestias dolorosas. La radiografía de

Figura Nº 1: Niña de 3 años. Obsérvese el aplastamiento y condensación del cuerpo de D4, D8, D9 y D11, especialmente notorio en éste. Los espacios intervertebrales están normales o ligeramente aumentados. El borde anterior de los cuerpos colapsados, sobrepasa el límite de los cuerpos normales.

Figura Nº 2: Radiografía de la misma enferma practicada a los 2 1/2 años de evolución. Los cuerpos vertebrales colapsados han recuperado parte de su altura y se observa una estructura ósea casi normal.

columna no muestra modificaciones de la imagen observada tres meses antes.

Controles posteriores, a los 2 años de evolución y a los 2 años 5 meses, (Fig. 2) muestran evidente aumento de la altura de los cuerpos vertebrales afectados, en los cuales se puede observar recuperación de la estructura normal.

CASO Nº 2. — M. T. N. Obs. 124.118. niña de 7 años, sin antecedentes mórbidos personales de importancia. Consulta en Noviembre de 1953, relatando su madre que desde un mes antes se "deforma" al caminar y se queja de dolores abdominales vagos. Examinada por médico, en provincia, éste comprueba la existencia de dolor localizado en la columna dorsal a raíz de lo cual prescribe estreptomycin antes la sospecha de un mal de Pott y aconseja su traslado a Santiago para un estudio adecuado.

En la Policlínica de Cirugía del Hospital M. Arriarán se comprueba: niña en buenas condiciones generales, sin aspecto de enferma, destacando, como único hallazgo positivo en el examen físico, la existencia de un ligero relieve a nivel de las vértebras dorsales 6ª, 7ª y 8ª. Buena movilidad de la columna. No hay puntos dolorosos.

El Mantoux al 1 x 1.000 fué negativo; la velocidad de sedimentación de los eritrocitos, 10 mm. en la primera hora; radioscopia de tórax, negativa; recuento y fórmula normales. La radiografía de colum-

Figura Nº 3: M. T. N. Niña de 7 años. Aspecto laminar del cuerpo de la 7ª vértebra dorsal, con gran aumento de densidad ósea. Espacios intervertebrales normales. Esta imagen radiológica no ha variado después de 16 meses de control.

na reveló aplastamiento y condensación laminar del cuerpo de la 7ª vértebra dorsal, con conservación de los espacios intervertebrales. Diagnóstico radiológico: Vértebra Plana de Calvé. (Fig. 3).

Se indica inmovilización en hiperextensión con corset de yeso. Un control a los 3 meses no muestra variaciones en el aspecto clínico ni radiológico. Debido a las dificultades para tener a la niña inmovilizada, se indica reposo relativo y cama dura, sin yeso. El último control efectuado en Abril de 1955 (16 meses después de hecho el diagnóstico) muestra una imagen radiológica prácticamente igual.

COMENTARIO

En el relato de nuestros casos destaca la pobreza de síntomas y signos físicos en relación con el grado de daño evidenciado radiológicamente. El comienzo es insidioso, apareciendo dolor moderado o leve, generalmente dorsolumbar o referido al abdomen, exagerado por los movimientos; no hay fiebre ni compromiso del estado general. Pueden presentarse irritabilidad y fatiga. El examen físico revela pequeñas deformaciones de la columna (cifosis o escoliosis) unidas a contracturas y dolor localizado en uno o más cuerpos vertebrales.

No hay predilección por sexo, presentándose de preferencia en niños de 4 a 10 años. Según Massaro⁹, los niños afectados son generalmente saludables, activos y con cierto exceso de peso.

La hipótesis más difundida acerca de la patogenia de este cuadro, es la que establece que se trataría de una necrosis ósea aséptica del cuerpo vertebral producida por traumatismos leves repetidos de la columna que darían lugar a fracturas por sobrecarga¹⁰. Sin embargo, recientemente, Compere y cols.¹, presentan una serie de 4 casos catalogados por ellos como Vértebra Plana, en los cuales demuestran por medio de biopsia, la existencia de granuloma eosinófilo. Indudablemente, este trabajo abre un nuevo campo en el estudio de la etiología de esta afección, sin que, por el momento, pueda generalizarse este concepto a todos los casos de Vértebra Plana.

Los exámenes de laboratorio son negativos. El diagnóstico es fundamentalmente radiológico. Según Rosselet¹², pueden distinguirse tres etapas en la evolución radiológica del cuadro.

1) Etapa de comienzo: la vértebra de perfil se vé aplanada, de bordes un poco difusos, con zonas descalcificadas y, en la parte central, zonas irregulares de condensación.

2) Etapa de estado: la vértebra está reducida a una delgada lámina ósea de densidad muy aumentada y su borde anterior sobrepasa el límite de los cuerpos vertebrales vecinos. Los espacios intervertebrales adyacentes están aumentados a expensas del tejido cartilaginoso.

Estas dos etapas duran alrededor de 6 meses. El diagnóstico se hace por lo general en la segunda.

3) Etapa de degeneración: dura años, llegando a veces a la reconstitución completa. Otras, persiste el aspecto aplanado, dando lugar a una cifosis o escoliosis.

De acuerdo con la descripción clásica de Calvé, el compromiso es único, pero se han publicado algunos casos en que el aplastamiento comprometía varias vértebras, siendo esto lo excepcional. En la literatura se mencionan los casos de Milani, Schrader, Buschman y Voke¹¹, a los que habría que agregar el primero de nuestros casos. Allenbach y cols.¹ publican un caso de compromiso múltiple, en el que las lesiones aparecieron después de un tétanos, por lo que nos parece que no debe considerarse como enfermedad de Calvé.

El diagnóstico diferencial radiológico se plantea con una serie de afecciones, de las que destacaremos por su importancia en nuestro medio, el mal de Pott. En realidad, desde el punto de vista clínico, prácticamente todos los casos de Vértebra Plana, son diagnosticados como probable Tbc de la columna. Radiológicamente no cabe confusión: en el mal de Pott, hay reducción de los espacios intervertebrales precozmente, suele haber fusión de varios cuerpos vertebrales y no hay reconstitución del tamaño de la vértebra afectada. Podría pensarse también en una fractura por aplastamiento, pero en éstas, no hay condensación y el aplastamiento no es tan completo. Para otros diagnósticos diferenciales es indispensable la ayuda de la clínica y el laboratorio: neoplasias, leucemia, Hodgkin, tesarismosis, Recklinghausen, Cushing juvenil.

La evolución es benigna; el cuerpo vertebral recupera lentamente su estructura normal en períodos variables de 1 a 11 años (caso de Massaro). El tratamiento consiste en la inmovilización de la columna.

RESUMEN

Se presentan dos casos de Vértebra Plana en dos niñas de 3 y 7 años respectivamente, uno de ellos con localización múltiple. Se hacen consideraciones sobre la literatura publicada, etiopatogenia, sintomatología y diagnóstico radiológico.

SUMMARY

Two cases of Vertebra Plana (Calvé's disease) in girls of 3 and 7 years of age are reported.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—ALLENBACH, E.; WIEST, E. y MAURE, H. — La vertebra plana, son évolution latitante, localisation sur plusieurs vertebres. Rev. d'Orthop. 35:333, 1949.
- 2.—BRATTLEFORD, J. — The radiology of bones and joints. J. & A. Churchill, Ltd London, 1948.
- 3.—CARTER, J. — Pediatric X-ray diagnosis, 2nd. edition. The Year Book Publishers, 1950.
- 4.—COMPERE, E. L.; JOHNSON, W. E. y COVEN-TRY, M. — Vertebra plana (Calvé's disease) due to eosinophilic granuloma. J. Bone and Joint Surg. 39 A: 969, 1954.
- 5.—DOLLE, A. — Osteochondritis and The. Edinburg Med. J. 49: 34, 1942.
- 6.—FAWCETT, R. — Osteochondritis vertebralis associated with pathological changes in other bones. Brit. J. Rad. 13:172, 1940.
- 7.—KULHMAN, F. — Vertebra plana. 2 cases. Am. J. Roent. 46:203, 1941.
- 8.—LEESER, F. — Relationship between The and osteochondritis vertebral. Am. J. Roent. 57:744, 1947.
- 9.—MASSARO, A. — Vertebra plana. Case. Radiology. 45:284, 1945.
- 10.—RIVERA, S. M. — Necrosis ósea avasculares. Rev. Méd. Valparaíso, 4: Nov., 1951.
- 11.—ROSSELET, E. — Contribution à l'étude de la vertebra plana osteonecrotica. Radiol. clín. 18:371, 1949.