

## CALCIFICACIÓN DEL NÚCLEO PULPOSO INTERVERTEBRAL

*Abel CHIFFLET y Víctor SORIANO.*

Resumimos la historia de la paciente que motiva esta comunicación.

A. B., de 30 años, rumana, casada. Indicios no muy categóricos de especificidad materna: ausencias en la infancia que ceden con la menarca. Tres hijos sanos y cinco abortos provocados. Dos hijos bronquíticos y el otro operado de la cadera por un proceso supurado que duró tres años.

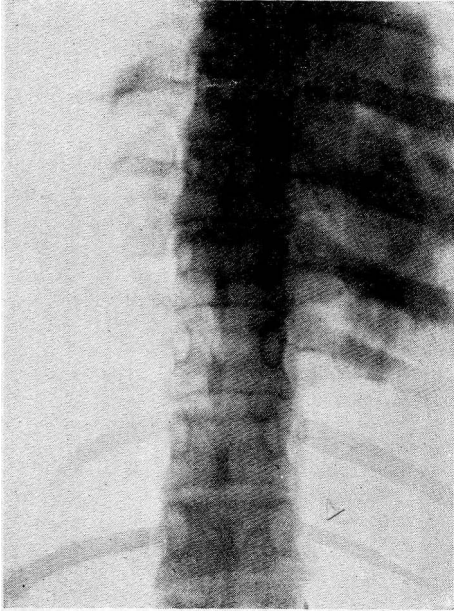
*Enfermedad actual.* — Desde hace cinco meses tiene dolores yuxtavertebrales a la altura de la punta del omóplato, unas veces a la izquierda (la generalidad) otras a derecha. Esos dolores no son continuos, aparecen sin causa, duran uno o dos días. No concreta bien si sufren modificación con la tos, el estornudo o los esfuerzos. Es categórica al decir que éstos no los hacen aparecer. Cuando están presentes muy a menudo se extienden en cintura hacia adelante. De un año aquí tiene a veces dolores en las rodillas. No acusa trastornos de ninguna otra naturaleza.

*Examen.* — El examen que practicamos a esta enferma en su faz clínica, sólo fué positivo al comprobarse un dolor a la presión de la apófisis espinosa de la sexta vértebra dorsal y al notarse del punto de vista neurológico una hipoestesia en banda circular bilateral a los costados del tronco, sobre la zona correspondiente a la innervación sensitiva de las sextas raíces dorsales. Precisamente sobre las raíces que se afectan en los episodios dolorosos. Aparte de estos hechos que significan un ataque de raíces, desde el punto de vista neurológico no fué posible observar ningún otro elemento, sobre todo de aquellos que indican una compresión medular.

En resumen: sufrimientos datando de 5 meses en una señora de 30 años y caracterizados por dolores en cintura, dolor a la percusión espinosa y faja de hipoestesia a la altura de la 6ª vértebra dorsal. Sin signos medulares.

El análisis del líquido céfalo-raquídeo, lo mismo que los habituales de sangre y orina fueron normales.

Las radiografías mostraron una lesión con caracteres muy típicos. En



la placa de frente aparece una sombra, de aspecto de calcificación entre la 6ª y 7ª vértebra dorsal. En el perfil, la sombra es más neta, ocupando la mitad posterior del espacio intervertebral.

### Consideraciones

Lo primero que surge al espíritu frente a una calcificación de un tejido normalmente claro es la posibilidad de los trastornos de orden general en el metabolismo del calcio. Nuestra enferma no tenía tales trastornos como lo demostraron las investigaciones dirigidas a la sangre y orina y radiografías de otros territorios. Se trata pues de una afección local. La ubicación de la calcificación es claramente intervertebral. Pero el disco tiene dos porciones que difieren embriológica, anatómica y fisiológicamente y por lo tanto han de diferir en el terreno de la patología. La parte periférica o anillo fibroso, con vasos en su espesor y haciendo de ligamento de unión de ambas vértebras, se continúa en la periferia con los ligamentos vertebrales anterior y posterior. La similitud de origen, de constitución y de función del anillo fibroso y de estos ligamentos explica como la calcificación

cuando ataca esas formaciones debe tender a invadirlas por igual. La parte central del disco, constituye el núcleo pulposo, con origen, constitución y funciones propias, por lo cual su calcificación nada tiene que ver con la del anillo fibroso ni con la de los ligamentos. La ubicación posterior de la sombra en nuestro caso ocupando el lugar normal del núcleo pulposo y la falta absoluta de lesiones vecinas, permiten decir que la calcificación asienta justamente en el núcleo.

Buscando en nuestra paciente algo que nos permita aportar colaboración en el discutido problema de la patogenia de esta calcificación pasaremos en revista las tres teorías más citadas: origen congénito, inflamatorio, degenerativo.

Nada positivo podemos citar en apoyo de un posible origen congénito pues las impresiones de una posible especificidad materna a nada llevan. Si, como dicen Calvé y Galland, la cuerda dorsal que sirve de base al desarrollo de los cuerpos vertebrales, puede ser ocasión, en los segmentos intercorporales, donde va a constituir los núcleos pulposos, de fenómenos similares a los que llevan a la osificación de los cuerpos, no somos nosotros, con nuestra observación de un adulto que no sabemos desde cuando tiene su lesión, los que estamos habilitados para afirmarlo ni para negarlo.

El origen infeccioso de la lesión es sostenido por muchos autores. Es natural que estando el núcleo pulposo irrigado por vasos sólo en la infancia, para después nutrirse por imbibición desde los tejidos vecinos, es lógico que sea en esa época de la vida en que se pueda desarrollar un proceso inflamatorio. La historia de nuestra paciente no tiene nada sugestivo en ese sentido, aunque es posible que alguna enfermedad infecciosa de la infancia pudiese haber dejado allí su rastro.

La naturaleza degenerativa de la lesión tiene muchos argumentos en su favor. Su constitución histológica conservando en el adulto caracteres de un tejido de evolución tan fugaz como la cuerda dorsal del hombre, la ausencia de vasos para su irrigación, su consistencia que lo hace modelable a las mil formas a que lo llevan los movimientos vertebrales, su papel de esfera líquida que amortigua los choques, y su situación en medio de un anillo fibroso y limitado arriba y abajo por las láminas cartilaginosas de ambas vértebras, lo exponen en gran forma a los

procesos degenerativos. Estos procesos pueden adoptar distintos tipos, todos ellos muy bien conocidos, y entre ellos la calcificación, que es posible diagnosticar "in vivo". Esta senectud precoz de un tejido, tan expuesto a tantos motivos de envejecimiento, tiene, en nuestra enferma, pocos motivos comprobables a nuestro interrogatorio y examen. No ha habido traumatismo de columna, violento, ni pequeños repetidos y no tiene ninguna afección de orden endocrino ni nutritivo. Hay un hecho que queremos señalar y es que esta paciente vivió desde los 5 años a los 12, la vida terrible de la guerra europea y la post guerra y que son muchos los hechos que demuestran que ese período, por mecanismos numerosos, es responsable de múltiples afecciones que han dejado en sus víctimas, huellas de aquella miseria.

---

Si discutible es el origen de esa calcificación, más discutible en su valor como entidad patológica. Comencemos por recordar que la lesión puede espontáneamente desaparecer y que muchas veces es un hallazgo accidental dado que no existe síntoma alguno que la denuncie ni que le haga cortejo.

La falta de síntomas en algunos casos, la complejidad de los mecanismos originadores de síntomas en la patología vertebral y en fin, la frecuencia de lesiones asociadas, obliga a pensar si los síntomas que consideramos de calcificación del núcleo no corresponden a otra lesión que acompaña a la calcificación. A veces la calcificación corresponde a un núcleo herniado intraesponjoso o intracanalicular, pero en nuestro caso la calcificación está en un núcleo normalmente ubicado. Podría sin embargo haber hernia de una parte no calcificada en el canal raquídeo lo cual no podría ser negado con una radiografía simple, pues la disminución de altura del espacio intervertebral no siempre existe en esta lesión. Para eliminar esa posibilidad, que llevaría a sanciones terapéuticas, hicimos 5 c.c. de lipiodol intrarraquídeo (técnica norteamericana) y radioscopiamos la paciente. Pudimos comprobar que la masa opaca corría libremente por todas las paredes del canal vertebral, sin haber la más pequeña marca por hernia del núcleo.

La falta de signos de lesión fuera del disco nos lleva a pensar que toda la patología de nuestra paciente es su calcificación, que existe una sintomatología similar en muchos enfermos con calci-

ficación del núcleo pulposo, y que mientras no se demuestre la existencia de otro proceso concomitante productor de esa sintomatología, debemos atribuirla a la única afección que encontramos.

La razón por la cual ciertos pacientes no tienen síntomas, es tan del dominio de la hipótesis como la explicación del porqué ciertos enfermos presentan los síntomas a que nos referimos. Dejaremos este problema.

En cuanto a los síntomas en cuestión, en general son fenómenos dolorosos de tipo radicular, asentando en la zona correspondiente a la lesión del núcleo. Nuestra paciente está entre lo corriente: dolor a la presión en la apófisis espinosa, dolor espontáneo irradiado al tórax, faja de hipoestesia a esa altura. En nuestra paciente el dolor es una simple molestia, en otros puede llegar a exigir calmantes inyectables. Nada de participación medular.

En cuanto al tratamiento a seguir, no se justifica mayormente, dada la habitual tolerancia y evolución anodina de la lesión. Si diese síntomas intensos se justifican ciertas terapéuticas paliativas y tal vez alguna tentativa de curación.

El corset de yeso, inmovilizando la región enferma, puede calmar el dolor y hasta es posible que lleve al silencio a la lesión. Es aconsejable cuando los dolores son intensos. La radioterapia ha sido aconsejada como curativa de la lesión por Nicotra y otros.

En nuestro caso no obtuvimos ninguna mejoría de la lesión, ni sintomática, con esa terapéutica. Le hacemos medicación antálgica habitual.

### Sumario

Con motivo de una observación de calcificación del disco intervertebral se analizan varios aspectos de la afección. Se elimina su origen metabólico y se afirma su localización en el núcleo pulposo. Un breve análisis patogénico permite citar las hipótesis a considerar: congénita, inflamatoria, degenerativa. Se recuerdan particularidades de su presentación clínica para recalcar la necesidad de buscar lesiones asociadas recurriendo en último término al lipiodol intradural. Se termina la comunicación, citando algunas medidas con pretensiones terapéuticas.