

# CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR DE ESPALDA EN NIÑO DE 2 AÑOS

I. García de Diego; N. Romero-Hombrebueno Domínguez; C. García-Bermejo García; E. Oros Milián; M. Alonso Cristobo; C. García-Vao Bel  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario del Tajo (Aranjuez, Madrid)

**INTRODUCCIÓN:** El dolor de espalda supone un motivo de consulta frecuente en pediatría. La mayoría de los casos se deben a patologías banales, pero no siempre es así. Presentamos un caso clínico.



Niño de 2 años. Acude por dificultad de la marcha de un mes de evolución. Valorado el mes anterior por cojera, diagnosticado de sinovitis transitoria de cadera. Se pauta ibuprofeno a dosis antiinflamatorias

EF: Constantes normales. Rechazo de la sedestación. No apofisalgias. Caderas sin signos de ocupación, con movilidad completa en todos los rangos. Contractura a nivel de musculatura paravertebral izquierda a nivel lumbar

PC: Leucocitosis de 14.550/mm<sup>3</sup>. PCR 18.9 mg/L. Procalcitonina 0.05 ng/dl. VSG 36 mm/h. Radiografía lumbar y de caderas sin hallazgos. Mantoux: 0 mm. RMN lumbar: se confirma espondilodiscitis L1-L2, sin signos de complicación.

Se inicia antibioterapia intravenosa con cloxacilina y cefotaxima durante 6 días. Hemocultivo estéril. Afebril a las 24 horas de ingreso. Mejoría progresiva del dolor lumbar. Sedestación y marcha completas al alta. Dado de alta con cefadroxilo oral hasta completar 5 semanas. Durante el seguimiento normalización de los reactantes de fase aguda.

**CONCLUSIÓN:** Ante dolor lumbar y rechazo de la sedestación en niño menor de 3 años debemos pensar en espondilodiscitis. Aunque es una patología poco frecuente y autolimitada, es importante tenerla en cuenta debido a sus potenciales complicaciones. La etiología infecciosa es la más aceptada, aunque existen autores que proponen un factor traumático como desencadenante o incluso de que se trate de un fenómeno inflamatorio. En más del 50% de los casos no se identifica ningún germen. El *S.aureus* es el microorganismo más frecuentemente aislado. La RMN es clave para el diagnóstico precoz. El tratamiento en la mayoría de los casos se basa en reposo, antiinflamatorios y antibioterapia.

Durante todo este periodo la marcha no ha llegado a ser normal en ningún momento. No antecedente traumático previo. Asocia febrícula desde hace menos de 24 horas y rechazo de la sedestación de dos días de evolución. Los padres refieren que el niño se señala la espalda. Algo de tos y rinorrea. No vómitos ni diarrea. No exantemas durante este periodo. Sin antecedentes personales ni familiares de interés.

