

## DISCITE EM CRIANÇAS

### ESTUDO DE OITO CASOS

M. V. L. MOURA-RIBEIRO\*, V. L. M. FERNANDEZ\*\*\*\*, A. M. S. G. PIOVESANA\*\*\*,  
M. M. GUERREIRO\*, R. L. MOURA-RIBEIRO\*\*\*\*, V. M. G. GONÇALVES\*\*

---

**RESUMO** - Os autores apresentam o estudo de oito crianças com diagnóstico de discite estabelecido através da avaliação clínica, neurológica e ortopédica. A comprovação de alterações inflamatórias em um espaço discal, vertebral e em tecidos moles foi possível em estudos por imagem, sendo discutidos aqueles obtidos por radiologia convencional, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

**PALAVRAS-CHAVE:** espondilodiscite, discite em crianças, neuroimagem, alterações discais.

#### **Diskitis in children: study of eight cases**

**SUMMARY** - The authors report the study of eight children with diskitis diagnosed through clinical, neurological and orthopedic evaluation. The evidence of self limiting inflammation or infection of the intervertebral disk space and of soft tissue were available by image studies. Findings with routine roentgenograms, computed tomography and magnetic resonance imaging are discussed.

**KEY WORDS:** espondylodiscite, disc space infection, diskitis in children.

---

A infecção do disco intervertebral, a discite, constitui afecção que acomete não infreqüentemente as crianças. O quadro doloroso subagudo ou agudo, com limitação de atividade motora, particularmente da marcha, chama a atenção do médico Pediatra, Neurologista Infantil, Radiologista e finalmente do Ortopedista, na tentativa de elucidação do diagnóstico. A discite, nesta faixa etária, compromete de forma geral um único espaço discal, sendo mais freqüente na região lombar e com possibilidade rara do envolvimento de outros espaços discais<sup>2,7</sup>. As crianças mais jovens manifestam inicialmente dificuldade ou recusa à deambulação, em se manter em pé ou mesmo sentada, demonstrando certo conforto em decúbito lateral e em repouso no leito. As crianças queixam-se de dor na região lombar, episódicas ou contínuas. Febre de baixa intensidade associada a inquietação, irritabilidade, náuseas, vômitos e por vezes dor abdominal são outros sinais e sintomas considerados importantes<sup>4</sup>. A hemossedimentação apresenta-se elevada e leucocitose pode estar presente.

O objetivo do presente estudo foi, através de protocolo previamente montado, avaliar sequencialmente um grupo de crianças com diagnóstico de discite, analisando os achados clínicos, neurológicos, ortopédicos e radiológicos, visando às características clínicas na fase aguda da doença e provas laboratoriais, com ênfase aos exames através de imagem.

---

Departamento de Neurologia, Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP): \*Livre Docente, \*\*Professor Doutor, \*\*\*Professor Mestre, \*\*\*\*Médico Residente. Aceite: 27-junho-1994.

Dra. Maria Valeriana L. Moura-Ribeiro - Departamento de Neurologia/FCM/UNICAMP - Caixa Postal 6111 - 13081-970 Campinas SP - Brasil. FAX 55.192.394717.

## CASUÍSTICA E MÉTODO DE AVALIAÇÃO

Foram selecionados no período de 1-janeiro a 31-dezembro-1992, 8 crianças atendidas na Pediatria e na Disciplina de Neurologia Infantil da FCM/UNICAMP, que, do ponto de vista clínico, laboratorial e por estudos através de imagem, tiveram o diagnóstico de discite. Da Tabela 1 constam a identificação dos pacientes, idade, sexo, sintomas iniciais, antecedentes e principais dados do exame neurológico.

Tabela 1. Discite: dados gerais em 8 crianças.

Casos	Nome	Idade	Sexo	Sintomas/Iniciais	Antecedentes	A. Neurológica
1	FOR	12 m	F	R. ortostática, choro		Hiperreflexia
2	GDVP	18 m	M	R. marcha, dor MIE	Amigdalite	Edema lombar
3*	GDAC	18 m	F	Fraqueza MI, inapetência	Queda	Rigidez coluna Kernig, Br+
4	TSS	29 m	F	R. marcha, dor sacral	Queda	Normal
5	LLU	30 m	F	R. marcha, dor MIE		Dor lombar
6	RSS	33 m	M	Dificuldade marcha dor abdominal	Queda	Lasègue E D Aquileo < E
7	WSP	43 m	M	R. ortostática dor abdominal		Edema Dor lombar
8	ACC	15 a	F	Febre, dor lombar E		Lasègue E

A, avaliação; m, meses; a, anos; Br, Brudzinski; D, direita; E, esquerda; R, recusa; \*, sem urinar.



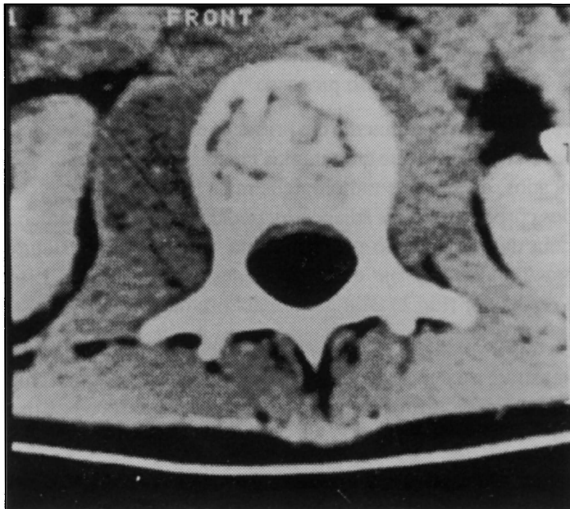
Fig 1. Caso 3, RX em perfil da transição tóraco-lombar com lise, esclerose e irregularidades da superfície discal superior de L<sub>1</sub>, discreta redução em altura do corpo vertebral e espaço discal correspondente.

## RESULTADOS

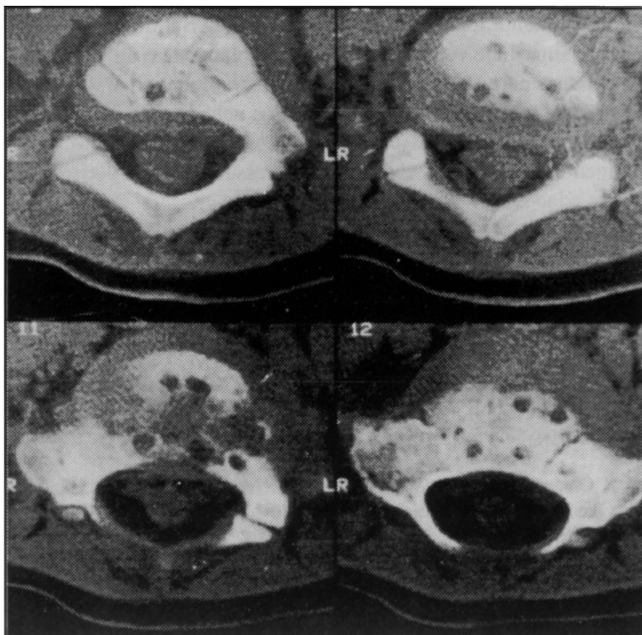
A avaliação global desta série (Tabela 1) mostra que 5 crianças eram do sexo feminino e 3 do masculino.

Em relação aos sintomas iniciais, em lactentes e pré-escolares predominaram: recusa ou dificuldade à marcha e em se manter em pé; dores em um membro inferior, lombar ou sacral, acompanhada de inapetência, irritabilidade e febre. Em 2, foi constatada dor abdominal. Informação sobre queda foi obtida em 3 crianças. Na avaliação neurológica foram detectados sinais meníngeos em 3 e edema localizado na região lombar em 2. Do ponto de vista laboratorial, a hemossedimentação estava aumentada em todos os casos.

O diagnóstico de discite foi confirmado por radiologia simples da coluna vertebral (Fig 1). A tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) da coluna mostraram imagens sugestivas de discite em 6 pacientes, permitindo estudo do disco e das partes moles adjacentes (Figs 2 e 3).



*Fig 2. Caso 8, CT de corpo vertebral lombar mostrando músculo psoas à esquerda hipodenso, com aumento de volume e envolvimento de tecidos para vertebrais.*



*Fig 3. Caso 4, CT: cortes axiais ao nível do espaço discal mostrando áreas de lise óssea nos corpos vertebrais adjacentes, com borramento da gordura pré e peri-vertebral à esquerda.*

## COMENTÁRIOS

O diagnóstico de discite é fundamentalmente clínico. Os métodos por neuroimagem confirmam e determinam a localização e a extensão do processo<sup>5-7</sup>.

A radiologia convencional geralmente é o primeiro exame indicado tanto pelo Pediatra como pelo Neurologista. Deve-se ressaltar que em estágios precoces o exame radiológico pode ser normal. Nos casos mais avançados, os achados radiológicos mais frequentes são redução do espaço discal com esclerose e lise dos corpos vertebrais adjacentes, podendo haver colabamento em casos extremos. Pode-se ainda ter idéia da extensão do processo para tecidos para-vertebrais, pela detecção de borramento da sombra do músculo psoas e de opacidades para-vertebrais. Estes achados justificam a dor por compressão radicular (Fig 1) e/ou quadro abdominal associado (Casos 6 e 7).

A TC da coluna tem a vantagem de ser mais sensível e de trazer a possibilidade de se obterem cortes axiais que demonstram a extensão do processo (Fig 2). Em nossos pacientes pudemos constatar, na placa do osso subcondrial, modificação de seus contornos com focos de lise óssea envolvendo o corpo vertebral (Fig 3).

A RM constitui método sensível e tem a vantagem de permitir obter cortes sagitais. Os achados principais são sinal hipointenso em T1 e hiperintenso em T2, estando o espaço discal diminuído<sup>1,2</sup>.

Em crianças com pouca idade a sintomatologia não é clara, havendo modificação da marcha, irritabilidade, choro, febre baixa. Há possibilidade de ações médicas indevidas em função das hipóteses diagnósticas dirigidas para diferentes campos da Pediatria e Neurologia Infantil. A centralização excessiva na avaliação neurológica com certa frequência retarda o diagnóstico, particularmente quando os exames iniciais radiológicos foram considerados normais. Todavia, na segunda ou terceira semana a sintomatologia se torna mais definida e a complementação dos estudos por imagem confirma o diagnóstico de discite, passando o Ortopedista a orientar o caso.

A infecção, inicialmente focalizada na porção subcondrial do corpo vertebral adjacente ao disco, se difunde para a superfície ventral envolvendo amplamente o disco e a seguir os ligamentos, raiz nervosa e musculatura para-vertebral. O entendimento dinâmico da fisiopatologia justifica os achados dos exames por imagens. Nas fases iniciais, os achados são normais. Nas duas semanas subsequentes, aparecem as alterações ósseas e discais características do processo. Com o maior ou menor comprometimento de estruturas vizinhas, a expressão clínica é variada, particularmente em crianças pré-escolares e lactentes.

## REFERÊNCIAS

1. Aguilla LA, Piraino DW, Modic MT, Dudley AW, Duchesneau PM, Westein MA. The intranuclear cleft of the intervertebral disk: magnetic resonance imaging. *Radiology* 1985, 155: 155-158.
2. Crawford AH, Kucharzyk DW, Ruda R, Smitherman HC Jr. Diskitis in children. *Clin Orthop* 1991, 266: 70-79.
3. Heller RM, Szalay EA, Green NE, Horev GD, Kirchner SD. Disc space infection in children: magnetic resonance imaging. *Radiol Clin North, Am* 1988, 26: 207-209.
4. Leahy AL, Fogart EE, Fitzgerald RJ, Regan BF. Diskitis as a cause of abdominal pain in children. *Surgery* 1984, 95: 412-415.
5. Petrus M, Rance F, Clement JL, Frere MF, Ibanez MH, Netter JC. Spondylodiscite cervicale à Kingella Kingae: a propos d'un cas. *Ann Pediatr (Paris)* 1990, 37: 170-172.
6. Sartoris DJ, Moscowitz P, Kaufman RA, Ziprkowski MN, Berger PE. Childhood diskitis: computed tomographic finding. *Radiology* 1983, 149: 701-707.
7. Scoles PV, Quinn T. Intervertebral diskitis in children and adolescents. *Clin Orthop* 1982, 162: 31-36.