

## IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

### Vérttebras *limbus* no lumbares

### Non-lumbar limbus vertebrae

A. Bellvert Ríos, C. Albaladejo Blanco\* y S. Martínez González

Centro de Atención Primaria Llefia (Badalona-6), Institut Català de la Salut, Badalona, Barcelona, España

Recibido el 29 de marzo de 2020; aceptado el 3 de mayo de 2020



### Caso clínico

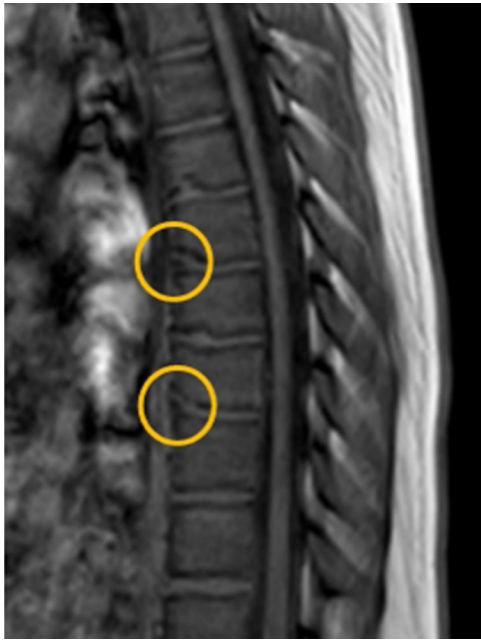
Mujer de 17 años que consulta por dorsalgia de características mecánicas y cronología imprecisa, que empeora con los ejercicios de las clases de gimnasia y mejora con el reposo. A la exploración destaca dolor a la palpación de apófisis espinosas dorsales medias y de la musculatura paradorso, sin presencia de escoliosis ni cifosis. Se aconseja reposo deportivo y tanda de naproxeno junto con radiografía de columna dorsal. En la proyección de perfil se visualizan unas imágenes de seudofractura en el borde anteroinferior de 2 cuerpos vertebrales, compatibles con vértebras *limbus* D7 y D9 según informe del radiólogo (fig. 1). Por persistencia de la dorsalgia acudió a urgencias hospitalarias donde aconsejaron realizar más estudios diagnósticos, tipo resonancia magnética (RM). Mientras tanto derivamos a la paciente a rehabilitación, para fisioterapia postural, con mejoría sintomática. Al cabo de 4 meses acudió con la RM de columna dorsal (fig. 2), que informaba de «Irregularidad de plataformas somáticas D4-D8 y pérdida de altura de espacios interdiscales, sin acuñamiento ni herniaciones discales, en relación a cierto grado de enfermedad de Scheuermann, aunque sin cifosis significativa».



**Figura 1** Radiografía de columna dorsal, proyección de perfil: imágenes de densidad ósea, tamaño pequeño, forma redondeada-triangular y bordes bien definidos a nivel del ángulo anteroinferior de 2 vértebras dorsales no consecutivas, la D7 y la D9, correspondientes a vértebras *limbus* (destacadas con una flecha).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [24270cab@comb.cat](mailto:24270cab@comb.cat) (C. Albaladejo Blanco).



**Figura 2** Resonancia magnética de columna dorsal: irregularidades en las plataformas somáticas con hernias de Schmorl que improntan en la base de algunos cuerpos vertebrales (D6 y D8) e imágenes de pseudofracturas lumbares en el borde anteroinferior en D7 y D9 correspondientes a vértebras *limbus* (destacadas con un círculo).

## Comentario

La vértebra *limbus* (VL) es un hallazgo radiológico definido por la presencia de un osículo adyacente al borde de un cuerpo vertebral; se trata de un fragmento o islote óseo de pequeño tamaño, forma triangular y bordes escleróticos bien definidos. Se considera que es consecuencia de una herniación intraósea —a nivel periférico, lateral— del núcleo pulposo del disco intervertebral a través del centro de osificación vertebral durante la infancia o preadolescencia; cuando la herniación intraósea del material discal es de localización más central —hacia el interior del cuerpo vertebral— origina la hernia de Schmorl, bastante más conocida y estudiada.

Suele ser univertebral y la localización más frecuente es la región lumbar —seguida de la cervical— a nivel de los márgenes vertebrales anteriores, sobre todo del anterosuperior. Por el contrario, la afectación dorsal, bivertebral y anteroinferior —como la detectada en el caso expuesto— es la menos descrita en la exigua bibliografía sobre esta

anomalía ósea<sup>1-6</sup>. Respecto a la VL anterior, o bien es asintomática y se encuentra como hallazgo radiológico casual<sup>1</sup> o bien cursa como dorsolumbalgia mecánica en adolescentes y adultos jóvenes<sup>3</sup>. En las VL de localización posterior —mucho menos frecuentes— las repercusiones clínicas y funcionales pueden ser mayores si el osículo origina compresión radicular, llegando a requerir en algunos casos de intervención quirúrgica.

La imagen radiológica es tan característica que suele bastar para hacer el diagnóstico. Sin embargo, en ocasiones los bordes del islote óseo son irregulares y poco definidos simulando un proceso destructivo por tumor primario o metastásico; en estos casos la tomografía computarizada sería la prueba de elección, aunque se prefiera la RM por su baja irradiación y mejor definición de tejidos blandos. Otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son: fractura lumbica, espondiloartropatías inflamatorias y espondilodiscitis infecciosas (bacteriana, tuberculosa o mal de Pott, brucelosa con su signo de Pedro Pons). En la mayor parte de los casos no es preciso ningún tratamiento específico, salvo el sintomático en fases agudas de dolor (antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos, mio relajantes) y fisioterapia-rehabilitación en fase crónica.

Creemos interesante conocer esta anomalía para tranquilizar al paciente y para evitar derivaciones, pruebas complementarias o terapias innecesarias. Asimismo, concluir que nos parece prudente realizar seguimiento clínico-radiológico en los pacientes no adultos con VL por la posibilidad de evolución posterior a hernias de Schmorl<sup>6</sup>, que si son múltiples y con acuñaamiento vertebral anterior pueden provocar cifosis dorsal (entonces sí que hablaríamos de enfermedad de Scheuermann).

## Bibliografía

1. Horneros J, Rodríguez S, Pérez R. Limbus vertebra. *Sem Fund Esp Reumatol*. 2012;13:62-4.
2. Díaz J, Ramos IM. Limbus vertebral. *FMC*. 2014;21:188.
3. Martínez-Carpio PA, Bedoya A, Leal AMJ, Lleopart NN. Lumbalgia mecánica crónica en pacientes con vértebra limbus anterior: revisión de la literatura y presentación de tres casos clínicos. *Rev Arg Reumatol*. 2013;24:36-42.
4. Carrasco C, Coelho DG, Fernández MA, Alvarez JL. Lumbalgia mecánica como forma de presentación de vértebra limbus anterior. *Reumatol Clin*. 2017;13:176-7.
5. Jover A, Aranda B, Romero JJ, Umanes MI. Vértebra limbus múltiple: ¿un hallazgo radiológico inespecífico o causa determinante de dolor lumbar? *Rehabilitación (Madr)*. 2018;52:134-6.
6. Henales V, Hervás JA, López P, Martínez JM, Ramos R, Herrera M. Intervertebral disc herniations (limbus vertebrae) in pediatric patients: Report of 15 cases. *Pediatr Radiol*. 1993;23:608-10.