

## Lombalgia acuta: caso atipico di edema osseo in ernia di Schmorl acuta

E. Zaccara<sup>2</sup>, A. Lurati<sup>1</sup>, A. Laria<sup>1</sup>, S. Montoli<sup>2</sup>, L. Castelnovo<sup>2</sup>, A. Tamburello<sup>2</sup>, G. Pravettoni<sup>2</sup>, P. Faggioli<sup>2</sup>, A. Mazzone<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOC Reumatologia Ospedale Fornaroli, Magenta, ITALY,

<sup>2</sup>UOC Medicina Interna Ospedale Civile di Legnano, Legnano, ITALY

### INTRODUZIONE

Il nodo di Schmorl è legato all'erniazione di materiale discale nella limitante somatica vertebrale.

L'etiologia della ernia di Schmorl può essere idiopatica, degenerativa, traumatica, maligna, infettiva. La maggior parte delle ernie di Schmorl sono asintomatiche. Tuttavia, una erniazione infiammatoria o acuta di Schmorl può diventare molto sintomatica portando a una lombalgia acuta con netta limitazione funzionale. Stäbler e i suoi collaboratori hanno segnalato che la sede più frequente di erniazione è a livello di L3 – L5; probabilmente lo stress del carico assiale potrebbe svolgere un ruolo nella patogenesi dei nodi edematosi di Schmorl. Queste ernie dimostrano un segnale interno variabile nelle immagini pesate in T1 e T2. Si ipotizza che la vascolarizzazione e l'infiammazione dei nodi di Schmorl sono l'etiologia del circostante "edema osseo o bone marrow edema".

La presenza di un anello concentrico ad alto segnale nelle sequenze T2-pesate che circonda i nodi di Schmorl potrebbe essere secondario al tessuto di granulazione o infiammazione. Gli anelli concentrici sono molto meno comuni in nodi di Schmorl secondari (a infezione, malignità, o trauma) che nei nodi idiopatici. Il segno dell'anello concentrico sembra, pertanto, avere un alto di valore predittivo negativo per i nodi di Schmorl senza infezione, malignità o trauma sottostanti.

Riportiamo un caso di Lombalgia acuta secondaria a edema midollare del soma L5 secondario a ernia acuta di Schmorl in giovane età.

### CASO CLINICO

Donna di 41 anni. Nessuna familiarità per malattie reumatiche o oncologiche. 2 gravidanze a termine. Nel marzo 2018 riscontro di linfangite mammaria destra; effettuate indagini compreso citologico che hanno escluso patologie afinalistiche. Successiva comparsa di lombalgia acuta nel novembre 2018; la paziente non presentava sintomi sistemici. Pertanto eseguiva RMN rachide LS che evidenziava minima edema a livello della limitante somatica inferiore di L5 come da ernia di Schmorl. Recidiva di lombalgia acuta a aprile 2020; eseguiva nuova RMN rachide LS con evidenza di esteso edema midollare interessante tutto il soma di L5 con erniazione acuta di ernia di Schmorl in assenza di evidenti segni di degenerazione in senso afinalistico del soma vertebrale. Gli esami ematochimici sono risultati tutti nella norma senza evidenza di rialzo dei reattanti della fase acuta; esclusa la celiachia. Sierologia per Widal-Wright e Quantiferon negativi. Test genetico HLA-B27 negativo. Veniva avviata terapia antiedemigena con neridronato 100 mg in 500 cc SF ev per un totale di 4 sedute con vantaggio netto sulla sintomatologia algica

