

Tuberculosis vertebral (mal de Pott): A propósito de un caso

Yakeline Flores Q¹, Rik Rios G.¹

¹ Estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. Perú

Resumen

La tuberculosis vertebral o Mal de Pott, ocurre en menos de 15% de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. Los datos clínicos más comunes son: dolor, limitación funcional, y contractura muscular. En etapas avanzadas presenta una giba dorsal, y alteraciones neurológicas. Ahora presentamos el caso de un paciente masculino de 24 años, sin antecedentes de tuberculosis pulmonar, en la sintomatología se encuentra: dolor de intensidad moderada a nivel lumbar irradiado a miembros inferiores. La imagenología revela alteraciones morfológicas desde L3-L4. Ha recibido tratamiento médico con 2RHZE/10RH, y posteriormente instrumentación de la columna, presentando una evolución favorable.

Palabras Clave: Tuberculosis, Enfermedad de Pott, Tuberculosis vertebral.

Abstract

Vertebral tuberculosis or Pott's disease occurs in less than 15% of patients with Extrapulmonary Tuberculosis. The most common clinical data are: pain, functional limitation, and muscular contracture. In advanced stages it presents a dorsal hump, and neurological alterations. Now we present the case of a 24-year-old male patient, without a history of pulmonary tuberculosis, in the symptomatology there is: pain of moderate intensity at the lumbar level irradiated to lower limbs. Imaging reveals morphological alterations since L3-L4. He has received medical treatment with 2RHZE/10RH, and subsequently instrumentation of the spine, presenting a favorable evolution.

Keywords: Tuberculosis, Pott's disease, Vertebral tuberculosis.

Introducción

La enfermedad de Pott (llamada también espondilitis tuberculosa, tuberculosis vertebral o espinal) es una forma de tuberculosis extrapulmonar que afecta los cuerpos vertebrales, pero raramente los arcos y los procesos transversos.

En 1779, Sir Percival Pott hace la primera descripción científica de la enfermedad, describiendo la sintomatología, los periodos evolutivos y mencionando que las complicaciones de la tuberculosis vertebral son: cifosis o giba dorsal, absceso frío oscifluente, y el déficit neurológico, parálisis (tríada de Pott).

Cada año en el mundo se reportan de 8 a 10 millones de casos nuevos de tuberculosis y en América Latina, se calculan 400 mil casos nuevos al año. La tuberculosis vertebral constituye entre el 3 y 5% del total de casos de tuberculosis, y el 15% de las tuberculosis extrapulmonares. Se estima en 2-4 casos por cada 100 000 habitantes, la cual aumenta con el incremento de la

edad (de 0-3 por cada 100 000 en jóvenes menores de 20 años, de 6-5 por cada 100 000 en mayores de 70 años).

La infección tuberculosa puede afectar a cualquier hueso del cuerpo, pero preferentemente a la columna vertebral (50% del total, con afectación predominante de las vértebras lumbares superiores y torácicas inferiores, de T8 a L3). Otras localizaciones presentan menor frecuencia: pelvis (12%), cadera (10%), rodilla (10%).

El *Mycobacterium tuberculosis* alcanza la columna por vía hematológica o a través de los linfáticos prevertebrales. Como consecuencia de la necrosis caseosa la vértebra lesionada sufre destrucción en su porción anterior, lo cual trae la deformación en cuña, esto produce fusión de los cuerpos vertebrales adyacentes, y compresión de la médula espinal. Al efectuarse la rotura se libera exudado caseoso hacia partes blandas, generándose un absceso paravertebral, éste se puede fistular y comprometer estructuras anatómicas distantes a través de la vaina del músculo psoas y llegar a la fosa ilíaca o a la región inguinal produciendo efecto de masa. La compresión de la médula espinal produce una paraplejía que generalmente invalida al paciente.

El diagnóstico de la TB vertebral además de seguir las pautas generales para el estudio de la TB, se beneficia enormemente de los avances en la imagenología, la tomografía axial computarizada (TAC) y la imagen de resonancia magnética nuclear (IRMN) de la columna, prácticamente estas determinan el diagnóstico; no obstante, es frecuente requerir el estudio de anatomía patológica para dar certeza al diagnóstico.

Reporte de Caso

Paciente varón de 24 años, procedente de Urcos, obrero de construcción civil en el 2018 y estudiante universitario de Agronomía (2019). Presenta un cuadro clínico de aproximadamente de un año de evolución, caracterizado, por presentar: dolor lumbar de carácter constante, de intensidad moderada, que irradia a miembros inferiores, que agravaba a la actividad extenuante.

No refiere antecedentes fisiológicos no patológicos, antecedentes familiares: padre con DM2. No presenta antecedentes quirúrgicos. Como antecedentes patológicos, refiere tos productiva constante y otitis media crónica diagnosticado y tratado con cefadroxilo, por otorrinolaringólogo en dos episodios.

Al examen neurológico presenta funciones superiores: normales, memoria y lenguaje conservado, pupilas isocóricas fotoreactivas, pares craneales sin alteraciones, coordinación normal, marcha antiálgica, reflejos osteotendinosos, fuerza muscular, sensibilidad superficial y profunda conservada, presencia de paraestesia, no signo de Babinski. Dandi positivo (L3-L4), dolor a la palpación paravertebral, Lasegue negativo

Dentro de las pruebas de laboratorio: hemograma, hemostasia, glucosa, enzimas hepáticas normales. Se muestra una hemoglobina de 16,5 g/dl, y plaquetas de 312 mil, PCR 96mg/l, FR y ASO negativo. Otros estudios

realizados fueron VIH 1 y 2 negativos, hepatitis B y C negativos, VDRL no reactiva.

En la ecografía la impresión diagnóstica a considerar una colección retroperitoneal (probable dependencia musculo psoas derecho) (figura 1). En la tomografía se observa imagen lítica, proceso caseoso perivertebral relacionado con absceso paravertebral (imagen 2). En la resonancia: alteración de la morfología del disco intervertebral de L3L4 asociado a irregularidad de plataforma interarticular inferior del cuerpo vertebral con signos de impactación condicionando rectificación del eje longitudinal, además presencia de colección paravertebral derecho que se extiende por musculo psoas de 180x82x83mm de 700cc (figura 3 y 4).

El paciente fue hospitalizado en el área de neurocirugía el 15 de agosto del 2019 con diagnóstico de Mal de Pott. Y se le realizó drenaje de abscesos paravertebrales para el día 26 de agosto por el neurocirujano, cuya conclusión fue que el paciente no tiene complicaciones neurológicas severas, pero sugiere un reemplazo y artrodesis posterior vertebral con previa referencia al Hospital 2 de mayo.

El paciente fue tratado con medicamentos antituberculosos según el esquema terapéutico establecido. Que consiste en un tratamiento primario con Isoniacida 100 mg 2 ½ tab, Rifampicina 300 mg 1 cap + 1 ½ cda, Etambutol 400 mg 2 ½ tab, Pirasinamida 50 mg 2 ½ tab, Dexametasona 4g c/12h, Paracetamol 500 g c/8h dos meses seguidos y de diez meses de tratamiento con isoniazida y rifampicina.

Los síntomas mejoraron rápidamente una vez iniciado el tratamiento antituberculoso. Al cabo de un mes aproximadamente, el paciente fue dado de alta continuando con el tratamiento establecido.



Ilustración 1A nivel retroperitoneal, adyacente a riñón derecho se aprecia colección heterogénea con volumen aproximado de 340cc.



Ilustración 2 TAC se evidencia alteración de la morfología del cuerpo vertebral y colección paravertebral derecho.



Ilustración 3- 4 Estudio de tomografía de columna lumbo sacro con evidencia de signo de espondilodiscitis, asociado a abscesos fríos paravertebrales

Discusión

La evolución clínica del paciente fue satisfactoria después de un tratamiento específico de la tuberculosis vertebral y el drenaje del absceso paravertebral. Así mismo fue sumatorio la ausencia de factores de riesgo como las patologías hepáticas y el estado de nutrición que limitan el control de tuberculosis.

El paciente tiene lesiones en la morfología de las vértebras lumbares L3-L4, a pesar de tener un año de evolución no presentaba complicaciones neurológicas como la estrechez o compresión medular. Sin embargo el tratamiento médico solo, no es suficiente, el abordaje quirúrgico es necesaria para el drenaje del absceso; descompresión neurológica; estabilización de la columna mediante colocación de injertos, implantes o instrumentación vertebral. En nuestro caso sólo fue necesario el drenaje del absceso para que el paciente haya tenido una buena respuesta clínica.

La cirugía se reserva para prevención y tratamiento de las complicaciones y está indicada si existe falta de mejoría o empeoramiento a pesar del tratamiento médico y desarrollo de déficits neurológicos, ya sea por compresión medular de abscesos epidurales o por las deformidades cifóticas progresivas.

Conclusiones

La enfermedad de Pott es una patología poco frecuente que afecta los cuerpos vertebrales y muy raramente los arcos y procesos transversos, es importante para su diagnóstico además de las pautas generales hacer uso de la tomografía axial computarizada y resonancia magnética de la columna pues estas determinan el diagnóstico, aunque también es frecuente requerir un estudio de anatomía patológica.

Bibliografía

1. Raviglione M. Tuberculosis. En: Barnes P, Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J, editores. Harrison Principios de Medicina Interna. 19ª ed. México: McGrae-Hill Interamericana; 2016. P. 1102-1122.
2. Sosa Frías, A., & Núñez Baez, A. (2019). Enfermedad de Pott. Caso clínico radiológico. *Multimed*, 23(1), 152-162.
3. Rosales Oliva, A. (2015). Tuberculosis vertebral o mal de Pott en una paciente adulta. *MediSan*, 19(11), 1369-1372.
4. Carpio Deheza G, García Angelo R. (2010). Instrumentación de columna, en mal de pott: a propósito de un caso. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida"*, vol. 1, núm. 1, 2010, pp. 46-50.
5. Arias Deroncerés I, Ventura Puente S, Lamotte Castillo J. (2011) Tuberculosis vertebral (mal de Pott). *Medisan* 2011; 15(12):1791.
6. Zamora Bastidas T, Ramírez Bejarano L, Pantoja Molina A. (2014) Tuberculosis vertebral y compresión de la médula espinal. *Medicina (Bogotá)* Vol. 36 No. 2 (105) Págs. 158-164 junio 2014.

7. World Health Organization. Global tuberculosis report 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 19 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
8. Llerena E, de Sosa Y, Cabrera J, Pecho S, Lizarbe V y Cornejo J. Manual de manejo de reacciones adversas a fármacos antituberculosos. Sociedad Peruana de Neumología. 2016. p11-20.
9. Ortega-Loubon C, Correa-Márquez R. Enfermedad de Pott: A propósito de un caso. CIMEL. 2008; 13(2):82-86.
10. Jurado L, Murcia M, Arias J, Sánchez L. Mal de Pott en un indígena colombiano. Biomedica. 2015; 35(4): 454-461.
11. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguero-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit. 2015; 17(1): 3-11.