

# Mal de Pott en vertebras torácicas distales, en un poblador de altura

## Pott's disease in distal thoracic vertebrae, in a high settler

Est. Juan José Farfán Tturo

Revisado por Est. Luis Martín Cjuno Quispe

### RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 56 años, que refería dolor lumbar de intensidad moderada-severa y resistente al tratamiento conservador, junto con sintomatología general (pérdida de peso, hiporexia y astenia). La resonancia magnética nuclear-lumbar evidenció lesiones en el cuerpo vertebral en T11-12 y reducción del espacio intervertebral sugestivas de mal de Pott, se trató con terapia antituberculosa de acuerdo a los estándares locales.

### ABSTRAC

We present the clinical case of a 56-year-old male patient who reported low-back pain of moderate-severe intensity and resistant to conservative treatment, along with general symptoms (weight loss, hyporexia, and asthenia). Lumbar nuclear magnetic resonance evidenced lesions in the vertebral body on T11-12 and reduction of the ventricular space suggestive of Pott's disease. It was treated with antituberculous therapy according to local standards.

Palabras clave: tuberculosis, mal de pott, biopsia, espondilodicitis, osteomielitis

### INTRODUCCION

La tuberculosis (TBC) continúa siendo hoy en día un enorme problema sanitario a nivel mundial. Se estima que un tercio de la población mundial está infectada con *Mycobacterium tuberculosis*, y que un alto porcentaje de ésta desarrollará la enfermedad en algún momento de su vida. <sup>(1)</sup> Este aumento de la incidencia se ha vinculado a múltiples factores destacándose las condiciones bajo nivel socioeconómico, enfermedades inmunosupresoras como la enfermedad renal crónica (ERC) y la diabetes mellitus (DM), así como la infección por VIH. <sup>(1)</sup>

La infección por TBC tiene dos formas, la TBC pulmonar (80-90%) y extrapulmonar (10-20%). La afectación esquelética presenta aproximadamente el 10% de los pacientes con TBC extrapulmonar. De esta, el 50% se presenta en la columna vertebral. <sup>(2)</sup>

Los enfermos con TBC y SIDA severamente inmunodeprimidos pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en un 60% de los casos. <sup>(3)</sup>

La tuberculosis de la columna (TBC) o mal de Pott (del raquis y del disco intervertebral), es una enfermedad infecciosa crónica, progresiva y grave, secundaria a la diseminación (hematógena, más frecuente; inoculación y extensión directa) de un foco primario (pulmonar, generalmente) de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* hacia la columna vertebral, el cual puede pasar desapercibido. La infección inicia en la porción anterior del cuerpo vertebral. La diseminación es lateral y hacia el disco intervertebral y está dada por la densa vascularidad del hueso esponjoso de los cuerpos vertebrales y el sistema venoso paravertebral de Batson, que carece de válvulas y permite el flujo en ambas direcciones, lo que posibilita la

diseminación en varias vértebras. La destrucción del cuerpo vertebral (osteomielitis) y del disco intervertebral adyacente (espondilodicitis) facilita la alteración de los elementos espinales, el acuñamiento de los cuerpos vertebrales y la compresión de la médula espinal, lo que se manifiesta con dolor, rigidez, espasmos musculares, abscesos y deformidad, que en los casos más graves puede llegar a paraplejía. Las regiones más afectadas son la columna dorsal y lumbar. <sup>(1)</sup>

El protocolo diagnóstico para los pacientes con TBC es complejo; se debe tener sospecha clínica y hacer uso de estudios radiológicos y de laboratorio. <sup>(1)</sup>

El diagnóstico etiológico se lleva a cabo mediante la tinción de Ziehl-Neelsen en biopsia del tejido afectado. En las fases iniciales el tratamiento es médico. <sup>(1)</sup>

El tratamiento quirúrgico es necesario en los estadios avanzados de la enfermedad y se realiza para evitar y corregir deformaciones óseas, paraplejía, así como para drenar abscesos secundarios. <sup>(1)</sup>

## REPORTE DE CASO CLINICO

Paciente masculino de 56 años procedente del distrito de Santiago, provincia del Cusco de profesión albañil, acude a consulta por presentar dolor en columna vertebral lumbar desde hace 9 meses, de carácter constante, de gran intensidad (9/10), acompañado de contractura muscular lo cual le ha causado adoptar posiciones antiálgicas para la deambulaci3n. Ha cursado con períodos de remisi3n y exacerbaci3n asociado a parestesias en el 1rea lumbar. Para ello se le administraban ibuprofeno y AINES no especificados, lo que le aliviaba el dolor temporalmente, pero permanecía con limitaci3n funcional. Adicionalmente present3 sntomas generales como hiporexia, astenia y p3rdida de peso. Con esta sintomatología acude a consulta Médica.

## ANTECEDENTES

Antecedentes personales patol3gicos: ninguno de importancia, se investiga antecedentes de Tuberculosis pulmonar o sintomatología respiratoria sin obtener confirmaci3n de los mismos.

Epidemiol3gicamente no refiere contacto con personas con Tuberculosis activa o lo desconoce.

Antecedentes personales no patol3gicos: no presenta antecedentes personales ni heredofamiliares de importancia. No refiere antecedentes quirúrgicos.

## EXAMEN FISICO

Al examen clínico se evidencia dolor en regi3n lumbar a nivel de T12-L1 a la digitopresi3n, sin disminuci3n de la fuerza muscular, y conservaci3n de los reflejos osteotendinosos.

## EXAMENES AUXILIARES

Dentro de las pruebas de laboratorio se muestra un Hemograma sin alteraci3n. El examen elemental de orina se encuentra dentro de los valores normales. Se realiza un Prueba r1pida para VIH (Determine) la cual es NO REACTIVA.

En la imagen de Resonancia Magnética de Columna dorsolumbar.



Se observa: difusa disminución en las señales de intensidad de los cuerpos vertebrales T11-T12 con mínima hiperintensidad del disco, disminución del espacio vertebral y evidencia de destrucción de cuerpos vertebrales de T11-T12. Leve estenosis del canal medular. Impresión diagnóstica: Imágenes compatibles con espondilitis infecciosa y posible formación de absceso perivertebral. Con estos antecedentes se inicia terapia antituberculosa de acuerdo con los estándares específicos locales, incluyendo las cuatro drogas habituales (isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida).

### **DISCUSION Y COMENTARIOS DEL CASO CLINICO:**

La tuberculosis de la columna (TBC) o mal de Pott puede ocurrir a cualquier edad, pero la frecuencia mayor se da entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, con un promedio de edad de 60 años. Afecta más a los hombres (71.4%) que a las mujeres (28.6%).<sup>(2)</sup>

Los casos de TBC vertebral más frecuentes son en los segmentos dorsal (42.85%) y lumbar (57.15%). estuvo presente en el caso descrito.<sup>(1)</sup>

El dolor dorsolumbar destacó como síntoma guía en ambos pacientes, reportado como el más frecuente, relacionado al espasmo de los músculos paravertebrales y rigidez de la columna. La fiebre, ausente en la mayoría de los estudios (60%), estuvo presente en el caso descrito.<sup>(1)</sup>

La afectación primaria generalmente es pulmonar y la vía de diseminación más frecuente es hematológica,<sup>(1)</sup> el cual no se le confirmó al paciente con un examen de baciloscopia BK de esputo con tinción de Ziehl-Neelsen, ni Radiografía de tórax.

La biopsia es una prueba Diagnóstica muy importante para establecer la presencia de Mycobacterium tuberculosis en las estructuras osteomusculares.<sup>(4)</sup> no se realizaron en el caso descrito.

Los enfermos con TBC y SIDA suelen presentar localizaciones extrapulmonares hasta en un 60% de los casos.<sup>(3)</sup> la prueba rápida para VIH fue negativa en el caso descrito, lo cual nos indica que se debió buscar otra causa de la inmunosupresión (Diabetes Mellitus).<sup>(2)</sup>

En los estudio de imágenes Resonancia Magnética, se una Difusa disminución en las señales de intensidad de los cuerpos vertebrales T11-T12 con mínima hiperintensidad del disco, disminución del espacio vertebral y evidencia de destrucción de cuerpos vertebrales de T11-T12. Leve estenosis del canal medular. Lo cual coincide con la literatura para espondilodicitis y osteomielitis.<sup>(1)</sup>

El objetivo del tratamiento en estos pacientes está encaminado a la erradicación de la enfermedad, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto esquemas de terapia antituberculosa que deben ser seguidos y supervisados de manera estricta. También se pueden prevenir afectaciones neurológicas, corrección de deformidades de la columna vertebral y de la médula espinal. El tratamiento quirúrgico debe ser definido por el especialista en columna vertebral. Con este tratamiento disminuyen las secuelas, mejoran las deformaciones óseas, las compresiones de raíces nerviosas y mejora la calidad de vida de los pacientes.<sup>(4)</sup>

### **CONCLUSIONES**

La tuberculosis de la columna (TBC) o mal de Pott continúa siendo un desafío diagnóstico. Lo insidioso de los síntomas, la inespecificidad de los mismos así como el bajo índice de sospecha hacen que el retraso diagnóstico sea la regla con tiempos promedios de más de tres meses, lo cual tiene implicancias pronosticas importantes por la gran repercusión neurológica que esta entidad determina.

La topografía dorso-lumbar es la mayormente afectada así como el compromiso del cuerpo vertebral y

secundariamente del disco. El diagnóstico de la TBC vertebral es esencialmente imagen lógico y microbiológico, donde la RNM de columna y el aislamiento del germen por biopsia de columna guiado por TAC constituyen los pilares del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Graña D, Ponce de Leon C, Danza A, guitierrez I, Dufrechou C, Espondilodiscitis tuberculosa: uso de los exámenes complementarios con una nueva perspectiva A propósito de dos casos clínicos y revisión de la literatura. Prensa Médica Latinoamericana. 2015; 37(1):18-22.  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v37n1/v37n1a04.pdf>
2. Medina R, Rosas M, Barragán R, Alvarado I, Lopez G, Montiel A, Romero M. Tuberculosis de columna vertebral: experiencia en un hospital de tercer nivel en Puebla, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 Supl 1:S80-4.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/i-mss/im-2017/ims171l.pdf>
3. Fanlo P, Tiberio G. Tuberculosis extrapulmonar. Anales Sis San Navarra vol.30 supl.2 Pamplona 2007.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000400011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400011)
4. Sexton D, McDonald M. Tuberculosis esquelética. UpToDate 2020.  
[http://uptodate.searchbox.science/contents/skeletal-tuberculosis?search=tuberculosis%20esquelética&source=search\\_result&selectedTitle=1~24&usage\\_type=default&display\\_rank=1](http://uptodate.searchbox.science/contents/skeletal-tuberculosis?search=tuberculosis%20esquelética&source=search_result&selectedTitle=1~24&usage_type=default&display_rank=1)