



Discoespondilitis tuberculosa

Doi: <http://dx.doi.org/10.35954/SM2016.35.1.6>

Tte.1º(M) Virginia Peregalli^a, Tte.1º(M) Carolina Duhalde^b, Tte.1º(M) Javier Dutilh^c,
Tte.1º(M) Diego Lacasa^d

- a) Reumatóloga internista. Jefa del Servicio de Reumatología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas
- b) Médico Internista de la Fuerza Aérea Uruguaya
- c) Médico Internista C.A.P N° 7 (DGAP) Departamento de Rivera
- d) Ginecólogo Servicio de Ecografía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas

RESUMEN

La tuberculosis vertebral o Mal de Pott es una discoespondilitis infecciosa a germen específico, causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). Se ubica dentro de las formas de compromiso osteo-articular que es en frecuencia, la segunda forma de presentación extra-pulmonar, precedida por la forma ganglionar. El Mal de Pott constituye el 50% de los casos de tuberculosis osteo-articular y su frecuencia clínica ha disminuido a lo largo de la evolución histórica de la enfermedad, gracias al advenimiento de la terapia antituberculosa.

Desde el punto de vista epidemiológico afecta más frecuentemente a personas añasas, aunque como vemos en este trabajo, también puede darse en jóvenes, los cuales asociaron otros factores predisponentes que determinaron una situación de inmunosupresión clara.

Un tema de controversia continúa siendo la indicación de tratamiento quirúrgico complementario, consistente en la debridación del material infectado con o sin reconstrucción espinal, situación que fue necesaria en muchos de los casos presentados. Las complicaciones de esta enfermedad pueden llegar a ser invalidantes, con secuelas neurológicas permanentes, por lo cual se impone el tan difícil y necesario diagnóstico precoz.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis de la Columna Vertebral, Espondilitis, Dolor de la región lumbar

SUMMARY

Vertebral tuberculosis or Pott disease is an infectious disc, germ-specific spondylitis, caused by *Mycobacterium tuberculosis* (Koch's bacillus). It is placed among the osteo-articular involvement forms, which is, frequently, the second extra-pulmonary presentation form, preceded by the lymph node form. Pott disease constitutes 50% of osteo articular tuberculosis cases, and its clinical frequency has decreased along the

historical evolution of the disease, thanks to the appearance of anti-tuberculosis therapy. From the epidemiological point of view, it more often affects the elderly, although, as we can see on this paper, it can also appear in young individuals, who have other predisposing associated factors, which determine a clear immunosuppressant situation. A supplementary surgical treatment, consisting on the debridement of infected material with or without spinal reconstruction, is still a controversial subject; this situation was necessary in many of the cases presented. Complications of this disease can become invalidating, with permanent neurological sequelae; therefore, this difficult and necessary early diagnosis is essential.

KEY WORDS: Tuberculosis, Spinal, Spondylitis, Low back pain

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema de Salud Pública especialmente en los países en vías de desarrollo. Es la enfermedad infecciosa más frecuente del mundo con 10 millones de personas afectadas; frecuentemente determina compromiso pulmonar pero se localiza en la columna vertebral entre el 1 y 2% de los casos (1).

La tuberculosis vertebral es la forma de manifestación más frecuente de la tuberculosis osteo-articular, constituyendo el 50% de los casos, coexistiendo el 30% con tuberculosis pulmonar activa (2).

La topografía más frecuente de las lesiones es a nivel de columna dorsal (45-50%) seguida de la topografía lumbar (40-45%), menos frecuentes son las localizaciones cervical y sacra (3).

Cada año en el mundo se reportan de 8 a 10 millones de casos nuevos de tuberculosis, y cerca de 3 millones fallecen a causa de la enfermedad. Veinte millones están activos y un tercio de la población mundial ha tenido contacto con el bacilo tuberculoso. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la Tuberculosis es la primera causa de muerte por un agente infeccioso. En América Latina, se calculan 400 mil casos nuevos al año, y entre 60 y 75 mil personas mueren por Tuberculosis anualmente (4).

De la extensa casuística del Dr. Suárez Meléndez con 382 pacientes a lo largo de 36 años de trabajo, se desprende el concepto de transformación evolutiva de esta enfermedad, pasando a primer plano la terapéutica quimio-antibiótica frente a las históricas y obligadas cirugías complementarias (extra e intra focales) (5).

De acuerdo a datos actuales de nuestro país existe una incidencia de 2,86 casos por cada millón de habitantes, lo que se corresponde con un 1% de los casos de tuberculosis, y desde los años 1988-1990 constituye la segunda forma en frecuencia de tuberculosis extra-torácica, precedida por la forma ganglionar (6).

En cuanto a la edad de aparición es más frecuente en la edad adulta, sobre todo en mayores de 45 años, con un pico de incidencia máxima a los 65 años y predominio de sexo femenino (7).

En un relevamiento de 58 paciente afectados por tuberculosis vertebral, llevado a cabo a lo largo de 10 años (1988 a 1998) por el Centro de Deformidades de Columna (CE. DEF. CO) se destaca el predominio del sexo femenino (60%) sin diferencias geográficas, con un 95% de los casos en mayores de 20 años (5).

CUADRO CLÍNICO

El concepto más importante a la hora de sospechar una tuberculosis vertebral es la variabilidad del cuadro clínico; aún con los adelantos imagenológicos actuales se llega al diagnóstico en forma tardía, si bien ya no se evidencian con tanta frecuencia las complicaciones neurológicas compresivas (5).

La tríada sintomática de Pott descrita por Sir Percival Pott ya en 1779: giba, absceso osifluente y paraplejía de

la era pre-radiológica, no hablaría de un diagnóstico temprano sino todo lo contrario; traduce una etapa muy evolucionada y se describe hoy en día como una complicación de la enfermedad (6).

El síntoma más común es el dolor lumbar, de evolución insidiosa, presente en hasta 90% de los casos.

De los síntomas presentes la raquialgia o "dolor Póttico" es el más constante, pudiéndose hallar en más del 90% de los casos; como característica se da en forma espontánea o provocada, progresivo, insidioso, de naturaleza mecánica al inicio, con impotencia funcional de la articulación afectada. Los síntomas constitucionales, fiebre y adelgazamiento, suelen faltar, estimándose que están presentes en menos de 40% de los casos. Estas dos características diferencian a la TBC vertebral de las espondilodiscitis bacterianas inespecíficas, si bien esto no es específico y el diagnóstico diferencial suele ser un desafío (7).

Es común que el cuadro clínico se desencadene luego de un traumatismo, lo que puede llevar a errores en la interpretación de los síntomas. Como signo evocador se evidencia la rigidez del raquis que se ve y se palpa, acompañando casi constantemente a la raquialgia determinando respuesta antálgica. Puede existir sin dolor porque la contractura es analgésica al provocar la inmovilidad de la región afectada (5).

La giba predomina en la región torácica, con una deformación angular o redondeada según el número de vértebras afectadas.

En los casos donde se sitúe en la región cervical y/o lumbar (normalmente lordósicos) la deformidad se manifiesta por la desaparición de la lordosis.

Por lo tardío del diagnóstico, la infección suele estar extendida a los tejidos blandos peri-vertebrales, con la formación de un absceso osifluente, que generalmente traduce 1 a 2 años de evolución del proceso. En cuanto a la localización del mismo dependerá de la topografía de la lesión ósea que puede ser:

Cervical localizado en sector pre-vertebral y retro-visceral provocando trastornos deglutorios. En su crecimiento migran a región supraclavicular y más raramente al sector posterior ("nuca empastada").

Dorsal: limitado en su crecimiento por estructuras anatómicas (tabiques sagitales costo-vertebral pleurales) lo que le da el típico aspecto en “huso” o en “nidos de golondrina de Menard”. En los casos en que la colección se expande puede llegar a:

- canal raquídeo : paraplejia póstica por compresión medular extradural
- espacios intercostales
- hueso supraclavicular “abscesos recurrentes de Bouvier”

La complicación neurológica por compresión medular o radicular, de causa mecánica y/o inflamatoria está descrita en un 10 a 47% de los casos (10). En la casuística del doctor Suárez Meléndez se evidenció en 73 pacientes (21 %) (8).

Otra de las complicaciones y quizás la menos frecuente es la **fistulización espontánea y a veces quirúrgica** del absceso osifluente. En la era prequimioantibiótica era una temible complicación porque la apertura del foco supurado tuberculoso exponía fácilmente a la infección secundaria prolongada y a la amiloidosis (5,8).

Tomando datos nacionales en base a la casuística de 482 casos de tuberculosis osteo-articular de un trabajo de revisión realizado en el Instituto Nacional de Reumatología obtenemos las siguientes conclusiones:

El 80 % de los casos correspondían a tuberculosis vertebral (382 pacientes).

Ligera predominancia del sexo masculino (52%).

Enfermedad predominante de la edad adulta con una media de la población afectada de 47 años.

Solo fue evidente el foco extra-óseo previo en un 34% de los casos.

La topografía más frecuente fue a nivel dorso-lumbar (92%).

La forma anatomo-radiológica más frecuente fue la disco-espondilitis (77,7%) seguida de la central (17,8%) (5,8).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, asociado a los estudios imagenológicos y bacteriológicos en busca de la detección del bacilo de Koch como agente causal, los que de ser positivos confirman el mismo.

Del examen físico como elementos evocadores destacamos la presencia del dolor raquídeo asociado o no a rigidez, así como la presencia de deformidades torácicas como la giba angular, y la existencia de complicaciones como la compresión medular.

PARACLÍNICA

ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

RADIOLOGÍA: en los estadíos iniciales la radiología simple puede ser normal (período radiológico negativo) o mostrar escasas alteraciones; el primer signo es la desmineralización del cuerpo vertebral afectado, a lo que se agrega la osteolisis, destrucción vertebral de ángulos anteriores (superior o inferior), pinzamiento disco-vertebral, para luego comprometer la placa y el disco vecino, constituyendo la disco-espondilitis (5,8).

La giba se localiza en región tóraco-lumbar, de ángulo agudo y al inicio es similar a la imagen de fractura por osteoporosis (aplastamiento vertebral).

La imagen de absceso osifluente es la de una sombra a ambos lados de la columna vertebral, fusiforme, con densidad de partes blandas.

Si tenemos en cuenta las 3 formas anatomo-radiológicas descritas anteriormente destacamos:

Signos radiológicos de disco-espondilitis:

1. Pinzamiento discal el signo más precoz
 - Esfumado de los contornos somáticos vertebrales
 - Erosiones
 - Cavidades o geodas inter-somáticas
 - Imagen espónidilodiscal
 - Acuñaamiento vertebral

Signos radiológicos de espondilitis central

1. Aplastamiento vertebral único

- Lesión somática en ausencia inicial de signos discales
- Acuñaamiento vertebral sin compromiso discal

Signos radiológicos de espondilitis periférica anterior

1. Lesión somática en ausencia inicial de compromiso discal.

Estas alteraciones radiológicas se pueden apreciar en radiografías convencionales, la Tomografía Axial Computarizada (TAC) puede aportar mayores detalles permitiendo además realizar biopsia percutánea para estudio bacteriológico y anatómo-patológico. Esta técnica diagnóstica, de acuerdo a la bibliografía consultada es recomendable siempre que sea posible su aplicación, sobre todo en la actualidad frente a casos de resistencia a las drogas antituberculosas. Así lo concluye un estudio prospectivo realizado en un Hospital Universitario de Pakistán: The Aga KHAN University Hospital realizado sobre una población de 178 pacientes que habían ingresado con sospecha clínica y radiológica de Enfermedad de Pott. Los datos se recogieron en un período de 7 años (2007-2013) Se les realizó biopsia guiada por TAC a un total de 91 pacientes. En un 22,4% (22 pacientes) el resultado de la biopsia fue no concluyente por muestra insuficiente o muestra de tejido sano; en el 75,8% restantes (69 pacientes) el resultado fue concluyente para realizar diagnóstico de tuberculosis vertebral (9).

La Resonancia Nuclear Magnética (RNM) define de forma más precisa el compromiso de partes blandas y de médula espinal.

Debemos destacar que frente a casos paucisintomáticos, son los estudios imagenológicos los que nos aportan datos de relevancia a la hora de arribar al diagnóstico. Encontramos en la literatura reportes de casos clínicos oligosintomáticos en los que los estudios imagenológicos (radiografía convencional y tomografía) fueron orientadoras del diagnóstico, el cual se confirmó con los estudios bacteriológicos e histológicos (11).

TRATAMIENTO

Conceptos generales del tratamiento

Se considera que el tratamiento de la tuberculosis es exitoso cuando la persona se cura, ya no es infectante y no sufre recurrencias. Sin embargo, en la tuberculosis espinal se encuentran algunos problemas adicionales únicos, p.ej., ángulo de cifosis y déficit neurológico. El tratamiento para la tuberculosis espinal está dirigido a controlar o corregir el ángulo de cifosis y de ese modo restaura el equilibrio de la columna, restaura el compromiso neurológico, previene el dolor, logra una fusión ósea temprana (curación), previene la recurrencia local de la tuberculosis espinal y la pérdida ósea (10).

Además, las personas necesitan recuperar su nivel de actividad previa para permitirles retomar sus vidas con normalidad.

Los objetivos del mismo serán:

- Tratamiento antituberculoso del proceso infeccioso vertebral
- Estabilización de la columna con reposo absoluto en cama durante la primera fase del tratamiento farmacológico
- Evitar y/o tratar las complicaciones neurológicas

En cuanto al tratamiento antituberculoso se realiza supervisado y de acuerdo a las normas de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa con denuncia obligatoria al Ministerio de Salud Pública y consiste en (12):

Primera fase diaria de 2 meses de duración en base a cuatro drogas:

Isoniacida 5mg/kg/día vía oral.

Rifampicina 600mg/día vía oral si >50 kg o 450 mg si < 50kg.

Pirazinamida 2gramos día vía oral si >60 kg o 1,5 gr día si <60 kg.

Etambutol 25 mg /kg/día vía oral.

Segunda fase diaria de 10 meses de duración en base a dos drogas

Isoniacida 10 mg/kg/día vía oral.

Rifampicina 600 mg día vía oral si >50 kg o 450 mg si < 50 kg.

En caso de ser necesaria la cirugía complementaria se prolongará la segunda fase a iguales dosis por 2 meses más (12 meses).

En cuanto al tratamiento quirúrgico complementario

Aunque faltan ensayos controlados aleatorios que investiguen las indicaciones, muchos autores consideran las siguientes situaciones para la intervención quirúrgica:

- déficit neurológico (de comienzo agudo o no agudo) causado por la compresión de la médula espinal
- inestabilidad espinal causada por destrucción o colapso de las vértebras
- destrucción de dos o más vértebras o cifosis mayor a 30°
- ausencia de respuesta al tratamiento quimioterápico
- biopsia no diagnóstica
- abscesos para-espinales grandes

Algunos autores recomiendan incluso la cirugía en casos de tuberculosis espinal leve. Los beneficios potenciales de la cirugía son: menos cifosis, alivio inmediato del tejido neural comprimido, alivio más rápido del dolor, mayor porcentaje de fusión ósea, fusión ósea más rápida, menos recidivas, retorno más rápido a las actividades previas y menos pérdida ósea. También puede prevenir los problemas neurológicos tardíos debidos a la cifosis de la columna si no hay fusión vertebral (13).

Revisando reportes de casos se desprende además en algunas oportunidades, la necesidad de tratamiento quirúrgico consistente en abordaje de restos óseos con toma biopsica de secuestros óseos no accesibles mediante PAAF y a la fijación posterior de la inestabilidad residual (14).

En nuestro país, en base a la experiencia del Dr. Suárez Meléndez se auguraba (con el advenimiento del tratamiento farmacológico antituberculoso) el fin de las históricas cirugías extra e intra-focales, quedando el tratamiento quirúrgico relegado a casos de evacuación dificultosa del absceso osifluente. De su extensa casuística se desprende que de un total de 382 casos de Mal de Pott se realizó cirugía en 247 de ellos (64%) (8).

En primer lugar se realiza un abordaje anterior conocido como artrodesis anterior, con costotransversectomía, resección de los cuerpos vertebrales alterados, los discos, el material necrótico, con drenaje del absceso de partes blandas, liberando el saco dural, y luego colocación de injerto óseo cortical (peroné) y/o esponjoso (cresta ilíaca póstero-superior).

En un segundo tiempo quirúrgico, realizado luego de unas 8 semanas con abordaje posterior, se coloca una prótesis de acrílico, conocida como marco posterior a fin de lograr una mejor estabilidad de la columna y médula espinal a ese nivel.

Las ventajas que ofrece el tratamiento quirúrgico cuando está indicado es estabilizar la columna, evitar la paraplejia tardía por cifosis angular; una curación más rápida ya que elimina el foco abscedado, logrando una fusión vertebral precoz y evita abscesos residuales (15).

El manejo postoperatorio de estos pacientes se hace de acuerdo a la causa que obliga a realizar la cirugía.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

CASO 1

M.LJ, sexo femenino, 23 años, ama de casa.

Portadora de Lupus Eritematoso Sistémico, diagnosticado a los 13 años, con múltiples compromisos parenquimatosos (encefalopatía, neuropatía, endocarditis de Libman-Sacks) en tratamiento actual con inmunosupresores y antipalúdicos de síntesis.

MC: disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor lumbar y fiebre constatándose por paraclínica infección urinaria, ingresando para control de las repercusiones de su enfermedad autoinmune de base.

Del examen físico se destaca a nivel osteo-articular axial la presencia de una giba torácica a gran ángulo indolora a la palpación, sin signos fluxivos locales, con movilidad conservada.

Examen neurológico normal

Destacamos la ausencia de evidencias clínicas y paraclínicas de empuje lúpico concomitante.

AP: traumatismo de columna por caída de su altura hace 1 año con máximo impacto en columna dorsal valorada con radiología simple de columna cervical y dorsal normal y tratada con analgésicos.

Radiología de columna torácica de frente: se destaca aumento de densidad de cuerpos vertebrales torácicos 6 y 7 con pinzamiento a ese nivel y opacificación fusiforme de partes blandas por detrás de columna vertebral perfil: cifosis torácica angular y fusión de cuerpos vertebrales a nivel T6-T7.

Tomografía axial computarizada (TAC) de columna tóraco-lumbar: lisis de cuerpos vertebrales T6 y T7 con compromiso de muro posterior y extenso proceso peri-vertebral de partes blandas con secuestros óseos en su interior.

Resonancia Magnética (RM) de columna torácica: disco-espondilitis T6 y T7 con proceso de partes blandas peri-vertebrales con aspecto de absceso osifluente, con medula espinal angulada y desplazada por fragmentos óseos con captación homogénea de señal. Probable tuberculosis vertebral.

Punción vertebral bajo guía tomográfica con toma de muestra para estudio bacteriológico que informa: directo positivo con Bacterias Ácido-alcohol resistente (BAAR) y cultivos para bacilo de Koch que en la evolución son positivos.

CASO 2

P.G, sexo masculino, 26 años, asmático, desocupado.

MC: lumbalgia intensa de 48 horas de evolución, sin irradiaciones, de intensidad 8/10 según escala visual análoga (EVA) sin déficit motor, sensitivo o esfinteriano, sin componente nocturno, rebelde al tratamiento con analgésicos comunes.

No fiebre, no sudoración nocturna, no repercusión general.

Examen físico: a nivel osteo-articular axial, no se aprecian deformaciones ni desviación de ejes a la inspección e intenso dolor a la palpación de apófisis espinosas torácicas y musculatura paravertebral, signo del timbre negativo, signo de Lasègue negativo bilateral; examen neurológico normal.

Radiología de columna torácica: cifosis torácica baja, pinzamiento vertebral T10-T11, opacidad fusiforme de partes blandas por detrás de columna a nivel torácico bajo.

T.A.C de columna tóraco-lumbar: lisis vertebral a nivel de T10-T11 con absceso osifluente peri-vertebral con secuestros óseos, que se extiende al canal raquídeo, con reducción del mismo.

R.M de columna toracolumbar: disco-espondilitis a nivel de T10-T11, proceso de partes blandas peri-vertebrales compatible con absceso osifluente, con compromiso parcial de canal raquídeo.

Punción bajo T.A.C: estudio bacteriológico directo positivo para BAAR y cultivo positivo para bacilo de Koch en la evolución.

CASO 3

A.R, sexo masculino, 56 años, desocupado, medio socioeconómico deficitario, tabaquista, bronquítico crónico, alcohólico, con radiografía de tórax patológica (1991) que evidencia opacidad en vértice de pulmón derecho, estudiada con fibro-broncoscopia citología y cultivos negativos

Noción epidemiológica de contacto Virus BK hace 20 años.

MC: raquialgia torácica insidiosa de 15 días de evolución, espontánea, mecánica, con irradiación a ambos miembros inferiores, por cara posterior de muslo y pierna, que aumenta con maniobras de Valsalva, parestesias y paresia de miembros inferiores, progresiva sin compromiso esfinteriano, niega fiebre, no repercusión general, no cuadro canalicular irritativo previo.

Examen físico: paciente adelgazado, mal estado general, en apirexia

A nivel osteoarticular axial no deformidad de ejes de columna en plano frontal, dolor a la palpación de apófisis espinosas T8, T9, T10.

Examen neurológico: paraparesia leve de miembros inferiores que vence la gravedad, signo de Babinski bilateral, reflejos abolidos, hipoestesia al mismo nivel.

En suma: síndrome raquirradicular torácico bajo acompañado de síndrome medular incompleto de evolución subaguda.

Radiografía de columna torácica: acuñaamiento vertebral T8-T9 sin cifosis con opacidad fusiforme en frente, por detrás de columna vertebral que se superpone a la silueta cardíaca

T.A.C de columna toracolumbar: compromiso de sector anterior del cuerpo de T8-T9, disminución del espacio intervertebral y afectación discal. Engrosamiento de partes blandas peri-vertebrales a ese nivel.

RM de columna: imagen compatible con discoespondilitis a nivel de T8-T9 con compresión medular significativa, con lesión asociada a nivel de S1-S2, proceso pre-vertebral de partes blandas a nivel de T8-T9 y colección pre-sacra de 15mm de espesor.

Punción bajo T.A.C: estudio bacteriológico directo positivo para BAAR y cultivos positivos en la evolución para colección torácica y lumbar

CASO 4

C.R, 57 años, sexo masculino, desempleado, changas, hipertensión arterial en tratamiento con enalapril, gastritis, extabaquista, enolista moderado, asmático, apendicectomizado.

MC: dolor lumbar de instalación insidiosa, mecánico, permanente y progresivo de 1 año de evolución, EVA 8/10, que irradia a MID por cara posterior de muslo hasta pantorrilla, parestesias en cara plantar de los 3 primeros dedos de pie derecho, no déficit motor ni esfinteriano, no parestesias en silla de montar. No bloqueo lumbar ni elementos de impotencia funcional coxofemoral.

Niega repercusión del estado general, refiere sudoración nocturna hace varios meses sin constatar fiebre.

Del examen físico se destaca: OA: rectificación de la lordosis lumbar, contractura paravertebral bilateral, prueba de Schober positivo. Flexión limitada con dolor a 60°. Extensión dolorosa, limitada. No dolor a la palpación

Examen neurológico: fuerzas conservadas en miembros inferiores reflejos osteotendinosos normales, Lasègue negativo bilateral

Radiografía de columna lumbosacra: imagen lítica a nivel de L4-L5 sin visualización de los pedículos

T.A.C: imagen compatible con discoespondilitis L5-S1

Punción bajo guía tomográfica: cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

CASO 5

E.D, sexo femenino, 48 años, tareas rurales.

Sin antecedentes patológicos a destacar.

MC: lumbalgia con exacerbación brusca y espontánea de 5 meses de evolución, mecánica, EVA 10/10, con irradiación bilateral por cara externa y muslo de ambos miembros inferiores, prueba de Valsalva positiva, no déficit motor sensitivo ni esfinteriano, no parestesias en silla de montar, no episodios de bloqueo lumbar. Calma parcialmente con antiinflamatorios y agrega en el último mes componente nocturno.

Adelgazamiento de 10 kg en un mes, astenia adinamia, niega fiebre ni sudoración nocturna.

Examen físico: paciente adelgazada, a nivel osteoarticular: escoliosis dextroconvexa toracolumbar, dolor a la palpación de T11, T12, L1, L3, L4 contractura muscular paravertebral bilateral, flexo extensión conservadas, lateralización limitada por dolor. Lasègue negativo bilateral, fuerzas conservadas, reflejos osteotendinosos presentes.

Radiografía de columna toracolumbar: imagen lítica en L1.

T.A.C: discoespondilitis T11- T12 y T12 –L1 con absceso osifluente de psoas ilíaco izquierdo

Punción bajo guía tomográfica: directo positivo para BAAR y cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

CASO 6

E.L, Sexo femenino, 51 años, desocupada por enfermedad.

Artritis reumatoidea seropositiva en tratamiento con sales de oro (1996), extabaquista, gastritis, fibromialgia.

Dislipemia, apendicectomizada.

Lumbalgia mecánica crónica.

MC: exacerbación de su lumbalgia de 1 mes de evolución, post-esfuerzo, progresiva, mecánica, con irradiación a la izquierda por cara posterior hasta pie izquierdo, e irradiación a miembro inferior derecho por cara posterior hasta hueso poplíteo, Valsalva positivo, acompañado de parestesias en igual territorio y paresia de ambos miembros inferiores, impotencia funcional con limitación para deambulación y vestirse. Calma parcialmente con antiinflamatorios no componente nocturno.

Adelgazamiento de aproximadamente 3 kg en último mes y anorexia; niega fiebre y sudoración nocturna.

No cuadro articular inflamatorio concomitante.

Examen físico: paciente adelgazada, apirética a **nivel osteoarticular axial:** escoliosis dextroconvexa dorsal y sinistroidal lumbar, dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares y contractura paravertebral a ese nivel, franca limitación de la flexión y lateralización, timbre positivo L4 - L5 a izquierda, Lasègue negativo bilateral, punta-talón negativa bilateral, reflejos osteotendinosos presentes, fuerzas conservadas.

Radiografía de columna lumbosacra: discoespondilitis L4-L5

T.A.C: lesión discovertebral L4-L5 con imagen cavitada en cuerpo de L4 y lesiones erosivas en la plataforma superior de L5.

Punción bajo guía tomográfica: directo negativo y

cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

CASO 7

M.CH, sexo femenino, 82 años, jubilada, hipertensión arterial, diabetes tipo 2.

MC: dorsalgia de 1 mes de evolución de aparición brusca y espontánea post traumatismo, mecánica, con irradiación en cara anterior de tórax, Valsalva positivo, EVA 8/10, con componente nocturno, que calma parcialmente con antiinflamatorios vía oral.

Astenia adinamia y anorexia con adelgazamiento de aproximadamente 6 kg desde el inicio de los síntomas, niega fiebre ni sudoración nocturna.

Examen físico: paciente adelgazada con hipocoloración de piel y mucosa. **A nivel osteoarticular axial:** imposibilidad de movilizarla por dolor, se examina en decúbito lateral constatando dolor difuso a la palpación de raquis, con dolor exquisito en arcos costales posteriores a derecha. **A nivel periférico** nódulos de Heberden y Bouchard en manos.

Examen neurológico: fuerzas conservadas en cuatro miembros, reflejos osteotendinosos presentes.

Radiografía de columna torácica: desmineralización difusa, discoespondilitis T4-T5 y T5-T6.

Punción bajo guía tomográfica: estudio directo negativo y cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

DISCUSIÓN

Del análisis del conjunto de casos clínicos presentados surgen como causas favorecedoras de inmunosupresión y aparición de tuberculosis vertebral:

- Las enfermedades reumáticas autoinmunes: lupus y artritis reumatoidea
- Diabetes
- Tratamiento corticoideo a altas dosis y por tiempo prolongado
- Mal medio socioeconómico
- Alcoholismo

Concomitantemente, sólo en uno de los casos existe la noción epidemiológica de contacto Virus BK.

En cuanto a la forma de presentación clínica, la raquialgia se presentó en todos los casos con sus características habituales, predominando en la zona dorsolumbar, y las complicaciones por compromiso medular se evidenciaron en solo 2 de los pacientes analizados.

En todos los casos se inició tratamiento antituberculoso una vez confirmado el diagnóstico bacteriológico positivo, en base a un plan de tratamiento diario en dos fases; la primera de 2 meses con cuatro drogas: isoniacida, rifampicina, pirazinamida, y etambutol, continuando con dos drogas: isoniacida y rifampicina.

En cuanto a las medidas complementarias, permanecieron en reposo absoluto en cama en decúbito dorsal al menos durante la primera fase del tratamiento médico.

De la evolución destacamos que en tres de los siete casos presentados fue necesario el tratamiento quirúrgico complementario dada la entidad del absceso paravertebral, con persistencia de la sintomatología dolorosa dorsal en el caso 1 y compresión medular sintomática en los casos 2 y 3. Dicho tratamiento se realizó en dos tiempos: abordaje anterior inicial (luego de completar la primera fase de tratamiento farmacológico) con drenaje del absceso, resección de cuerpos vertebrales afectados y colocación de injerto óseo cortical, con fragmento de peroné autólogo (artrodesis anterior).

En la segunda intervención se realiza abordaje posterior, colocándose un marco de acrílico al mismo nivel a fin de lograr mayor estabilidad de la columna del sector comprometido.

Dada la necesidad de un abordaje quirúrgico, se prolonga la duración de la segunda fase de tratamiento antituberculoso por 12 meses de acuerdo a pautas de CHLA(12).

CONCLUSIONES

La tríada sintomática y diagnóstica de Pott dada por la giba, el absceso osifluente y la paraplejia, hoy más que

una herramienta diagnóstica, resulta un conjunto de complicaciones de la enfermedad a la que se prefiere no tener que asistir.

En cuanto al tratamiento de esta patología debemos destacar que ha sufrido cambios a lo largo de su evolución: inicialmente y de acuerdo a casuísticas de nuestro medio se auguraba que luego del advenimiento de la terapéutica quimioantibiótica, quedaría relegado el tratamiento quirúrgico como un recurso de excepción.

Se afirmaba que el tratamiento antituberculoso es esencialmente médico basado en la quimioterapia antituberculosa. En nuestro medio, Suárez Meléndez y sus colaboradores, desarrollaron una vasta experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la TBC vertebral, proponiendo el inicio precoz de la antibioticoterapia, basado en la sospecha clínicorradiológica, puesto que el pronóstico depende de la precocidad del inicio de la misma (8).

Sin embargo, actualmente de acuerdo a la bibliografía revisada y los casos analizados, en muchos de ellos la cirugía de estabilización de las extensas lesiones óseas se hace necesaria, al punto de considerarse complementaria del tratamiento antituberculoso, así como frente a la paraplejia Pottica, donde resulta la medida más eficaz para hacer frente a las complicaciones secuelas, y para el drenaje de los abscesos extensos (15,16).

Actualmente en el mundo asistimos a un repique de la enfermedad tuberculosa, debido a la aparición de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sobre todo en países donde existe elevada prevalencia de ambas infecciones.

Como responsables del cambio evolutivo de la patología tuberculosa no podemos dejar de mencionar además el conocimiento de la inmunodepresión que causan las enfermedades reumáticas inflamatorias en sí mismas (Artritis reumatoidea, Lupus, Espondiloartropatías) y debido al tratamiento farmacológico que conllevan: remisivos biológicos, corticoterapia prolongada, lo que está ampliamente demostrado.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Santín M. Diagnóstico y prevención de tuberculosis en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias ¿alguna novedad? *Reumatol Clin* 2008; 4(6):217-9.
- (2) Herreros B, Pintor E, Merino P, Guijarro C, Velasco M, Losa J. Dolor dorsolumbar y adenopatías supraclaviculares en varón de 67 años. *Reumatol Clin* 2007; 3(5):230-2.
- (3) Wang H, Li C, Wang J, Zhang Z, Zhou Y. Characteristics of patients with spinal tuberculosis: seven years experience of a teaching hospital in Southwest China. *Int Orthop* 2012; 36(7):1429-34.
- (4) Ortega-Loubon C, Correa Márquez R. Enfermedad de Pott: a propósito de un caso: *CIMEL* 2008; 13(2):82-86.
- (5) Suárez J. Tuberculosis Vertebral (Mal de Pott). En: Tomalino D. *Temas Prácticos de Medicina Interna*. Vol. 6. Montevideo : Librería Médica Editorial, 1986, 67-105.
- (6) Farga V. Tuberculosis extra pulmonares. En: Farga V. *Tuberculosis*. Santiago de Chile : Mediterráneo, 1992, 67-93.
- (7) Danza D, Cancela C. Mal de Pott. Análisis de un caso clínico y puesta al día del tema. *Archivos de Medicina Interna* 2007; XXIX(2,3):63-6.
- (8) Gonzalez G, Suárez Meléndez J, Vazquez M, Chijani V, Pereira D, Mizraji M. Tuberculosis osteoarticular. Estudio analítico de 480 casos. *Correo Reumatológico* 1989; 12:93-101.
- (9) Waqas M, Quadeer M, Faiz F, Alvi M, Bari ME, Computes Tomography- Guided Biopsy for Potts Disease: An Institutional Experience from an Endemic Developing Country. *Asian Spine J* 2015; 9(3):394-8.
- (10) Andrianarimanitra H, Rajaonarison N, Randrianalison M, Ahmad A. Importantes lésions radiologiques de spondylodiscite tuberculeuse paucisymptomatique. Case report. *Pan Afr Med J* 2014; 18:282. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258201/pdf/PAMJ-18-282.pdf> [Consulta 28/08/2015].
- (11) Eрман A, Boschi J, Wajskopf S. Compresión medular de causa infecciosa. En: Wajskopf S. *Compresión Medular*. Montevideo : Oficina del Libro, 2001, 41-50.
- (12) Rodríguez De Marco J. Comisión Honoraria para la lucha antituberculosa. Tratamiento de la Tuberculosis. Disponible en: <http://www.chlaep.org.uy/descargas/publicaciones/tratamiento-de-la-tuberculosis.pdf> [Consulta 28/08/2015]
- (13) Haverbeck J, Arenas J, Palma C. Manual de traumatología y ortopedia. Tuberculosis de columna vertebral, mal de Pott. Santiago de Chile : Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003, 303-310.
- (14) García-Lechuz J, Julve R, Alcalá L, Ruiz-Serrano M, Muñoz P. Espondilodiscitis tuberculosa o enfermedad de Pott: experiencia en un hospital general. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(1):5-9.
- (15) Jutte P, Van Loenhout-Rooyackers J. Cirugía sistemática además de la quimioterapia para el tratamiento de la tuberculosis espinal. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número4. Disponible en: <http://cochrane.bvshalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD004532&lib=BCP> [Consulta 02/09/2015]
- (16) Soares do Brito J, Tirado A, Fernandes P. Surgical treatment of spinal tuberculosis complicated with extensive abscess. *Iowa Orthop J* 2014; 34:129-136.