

Lumefacción Lumbar Como Presentación Atípica De Espondilodiscitis Por Mycobacterium Tuberculosis En Adolescente - Reporte De Caso

David Gouveia, Ana Esteves, Pedro Ribeiro, - Centro Hospitalar Tâmega E Sousa, Penafiel, Portugal

INTRODUCCIÓN

La **tuberculosis ósea (TO)** representa **> 10%** de las formas **extrapulmonares** de la enfermedad.

La **columna vertebral** es el sitio **más comúnmente** afectado, representando el **50% de TO**.

La **espondilitis / espondilodiscitis tuberculosa** a menudo se presenta en asociación con una **infección pulmonar**.

La **TO** puede ocurrir a **cualquier edad**, pero es **poco común** en **niños y adolescentes** de países desarrollados.

Los **síntomas no son específicos**, por lo que el **diagnóstico es un desafío**.

La terapia con **antibióticos dirigida** es **esencial** para la **curación**. Sin embargo, puede ser necesario intervenir quirúrgicamente.

CASO CLÍNICO



SERVICIO DE EMERGENCIA

Mujer, 16 años

Pediatría:

Examen físico

Inflamación lumbar izquierda, **indolora**, con **una semana** de evolución
Sin síntomas respiratorios, gastrointestinales o genitourinarios
Sin pérdida de peso, astenia y anorexia.

Analíticamente

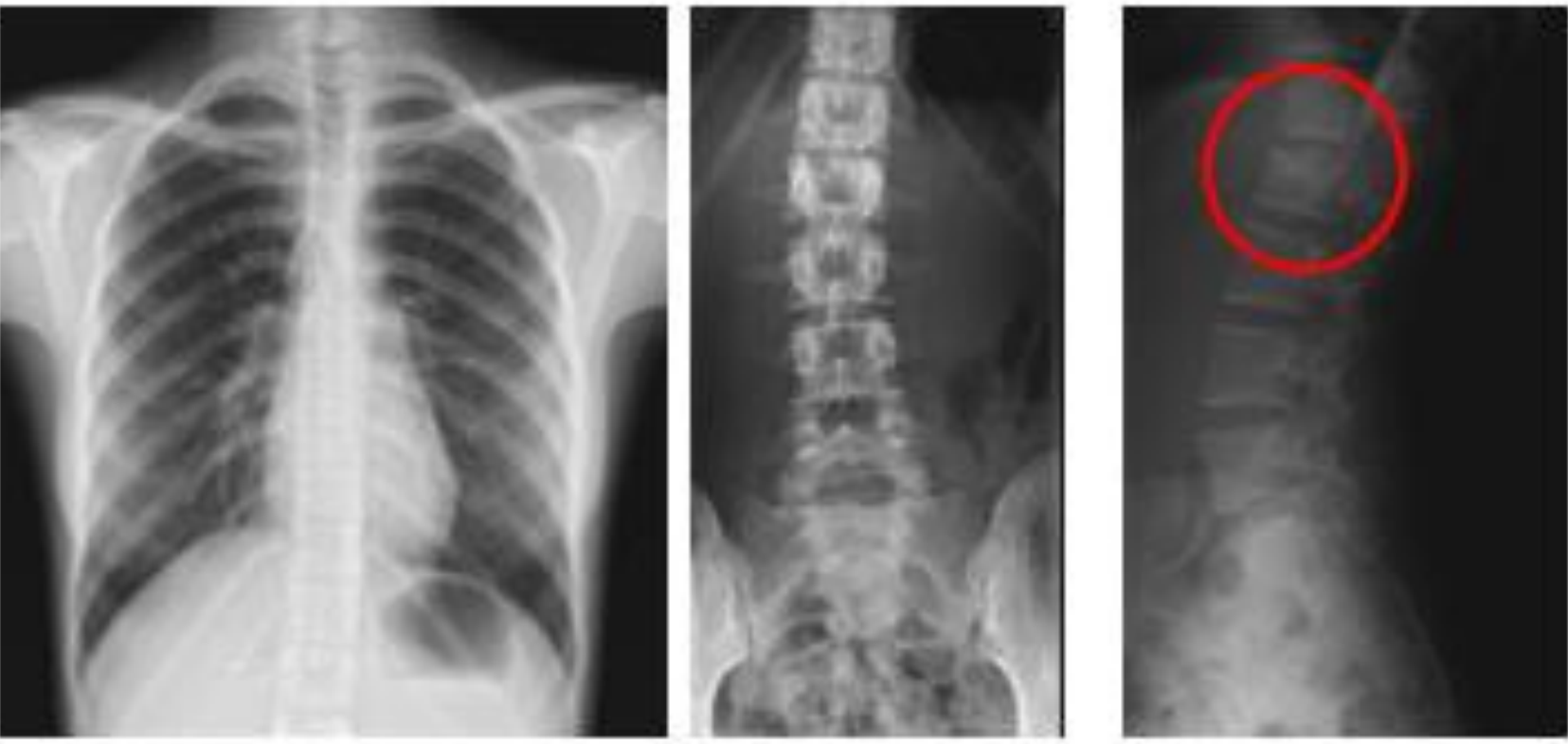
Sin cambios en el alivio: la prueba de **tuberculina fue negativa**

Ecografía de hinchazón lumbar

Lesión nodular masiva, heterogénea e hipoecoica de 48x40x56 mm, sugestiva de necrosis
Se aspiraron 10 ml de líquido lechoso y se enviaron para cultivo y examen histopatológico.

Radiografía pulmonar
Normal

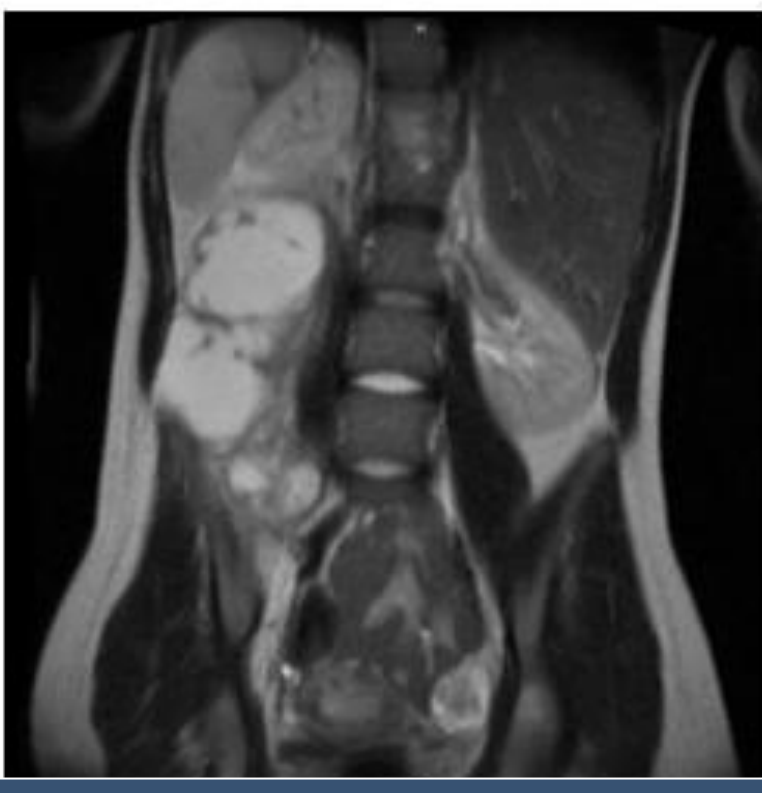
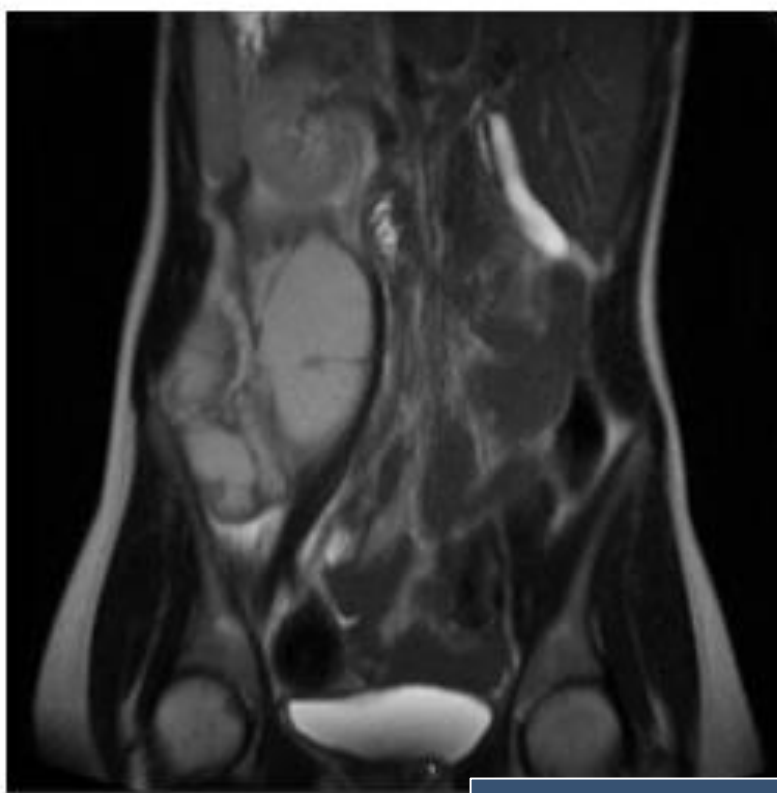
Radiografía lumbar
Colapso de la plataforma superior L2



Infección del espacio intersomático **L1-L2** y cuerpos vertebrales

Absceso epidural sin compresión de la médula espinal

Absceso paraespinal anterior bilateral,
más a la izquierda que condicionando la hinchazón lumbar



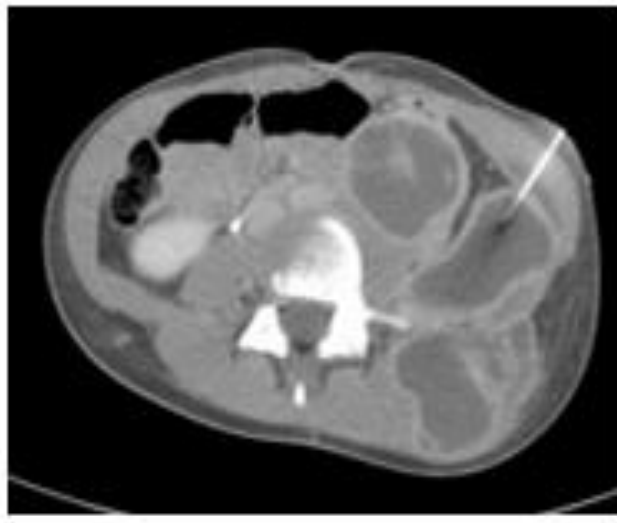
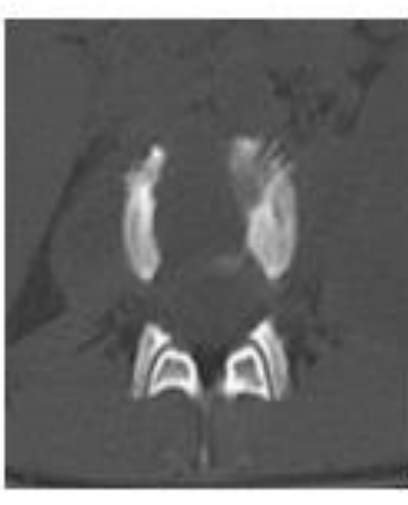
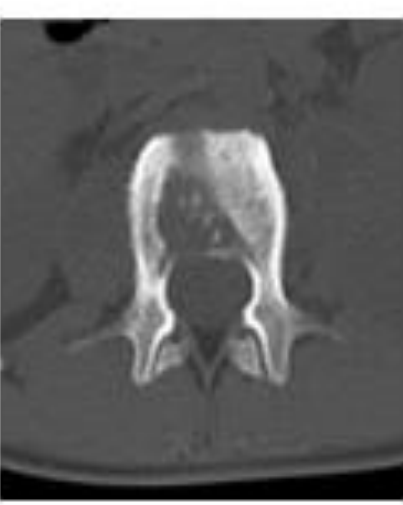
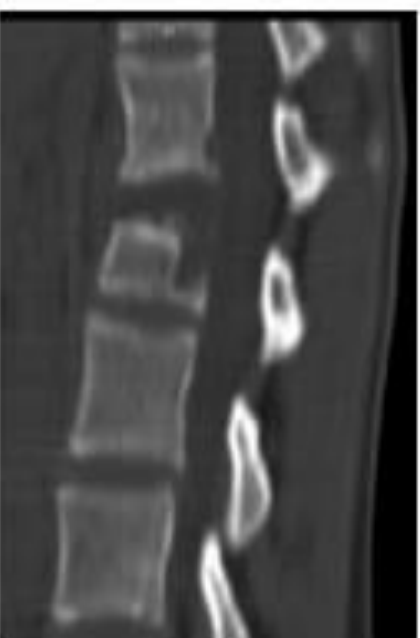
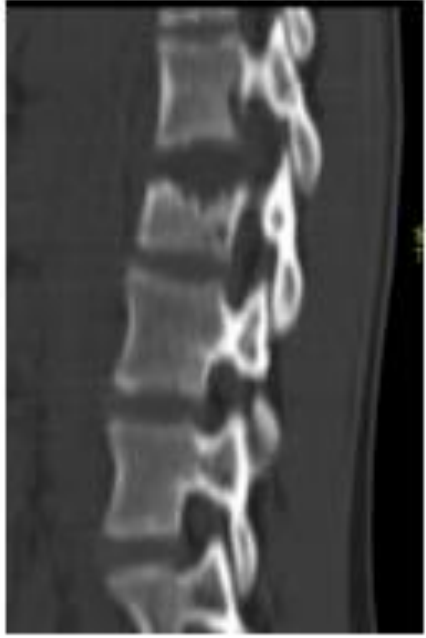
RESONANCIA MAGNÉTICA

EXAMEN CULTURAL *Mycobacterium tuberculosis* - **Espondilodiscitis**

ATB iniciado: isoniazida, rifampicina, pirazinamida y estreptomicina

Erosión del cuerpo **L1 y L2** y colecciones de **abscesos** bilaterales

Drenaje percutáneo guiado por TAC: **750 ml de líquido purulento**



TAC

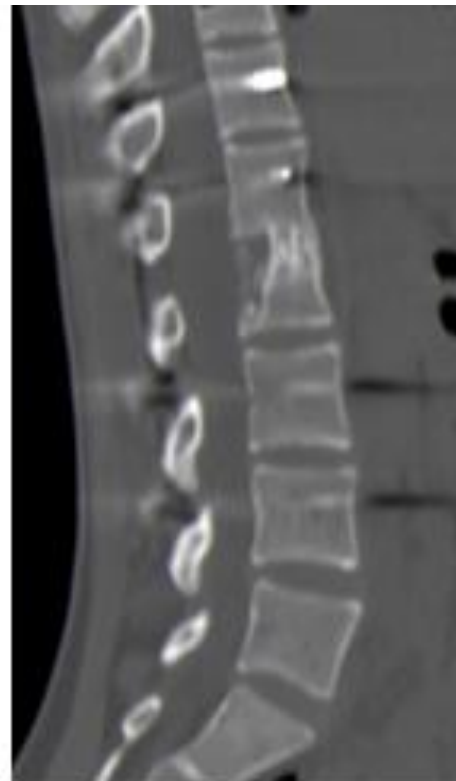
Optamos por el tratamiento quirúrgico

Evite la **deformidad** y la **inestabilidad lumbar**

Instrumentación T12-L1-L3-L4

Discectomía L1-L2 y desbridamiento de cuerpos vertebrales L1 y L2

El defecto óseo se rellenó con injerto ilíaco



Terapia antibiótica inicial 4 meses >> Próximos 6 meses Isoniazida y rifampicina

A los 12 meses de la cirugía

No hay signos de recurrencia de imágenes clínicas

CONCLUSIONES

La **forma más grave** de **tuberculosis esquelética** es la **espondilitis**.

La **infección** puede llegar a la corteza y **destruir** el **disco** intervertebral y fragmentar el **cuerpo vertebral** adyacente.

La **tuberculosis espinal** puede ser **concomitante** con afectación **pulmonar** (por diseminación hematógena) y ocurre en menos del 1% de los pacientes. Es aún **más raro cuando no hay alteración pulmonar**, como ocurrió con nuestro paciente.

Con frecuencia se requiere una intervención quirúrgica para el diagnóstico etiológico y para evitar secuelas permanentes, siendo la antibioterapia dirigida es fundamental para la curación