

Tuberculosis vertebral. A propósito de un caso

Ivan Dot Pascuet, Daniel Arregui Gallego, Joan S. Escala Arnau, Carolina López Navarro, Alfredo Rodríguez Gangoso

Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, Espanya

Introducción

La columna vertebral (mal de Pott) se afecta en menos del 1% de los casos de tuberculosis, generalmente, por una diseminación por vía hematogena de una infección extra-espinal. Las vértebras toraco-lumbares se afectan en el 40-50% de los casos. La tuberculosis vertebral presenta retos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Material y métodos

Hombre 49 años, hindú, presenta dolor lumbar mecánico de meses de evolución (ya estudiado en su país). Refiere parestesia a cara lateral muslo derecho. Tratado con poliquimioterapia (Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol) durante 6 meses y posteriormente doble terapia (Isoniacida, Rifampicina). En las pruebas complementarias que aporta no hay presencia de BK y los cultivos son negativos. No hay signos de enfermedad sistémica ni deformidad raquídea y la exploración neurológica es normal. Parámetros analíticos y serologías dentro la normalidad. En la radiografía simple (Fig. 1-2): lesión lítica del cuerpo vertebral de D6-D7 (afectación parcial D5 y D8) presentando deformidad cifótica segmentaria de 26° y índice sagital de 21° en el segmento D7. En la TC (Fig 3-4): colección organizada mediastínica posterior con erosión y destrucción de los cuerpos vertebrales de D5-D8. La RM es compatible con espondilodiscitis D5-D7 (destrucción de discos i platillos vertebrales, absceso paravertebral i tejido de granulación epidural sin compromiso del canal). En la RM de control a los 3 meses: progresión de la enfermedad debida al componente flemonoso epidural y cierto compromiso del cordón medular (Fig 5-6). En la biopsia vertebral se aprecian granulomas de probable origen tuberculoso.

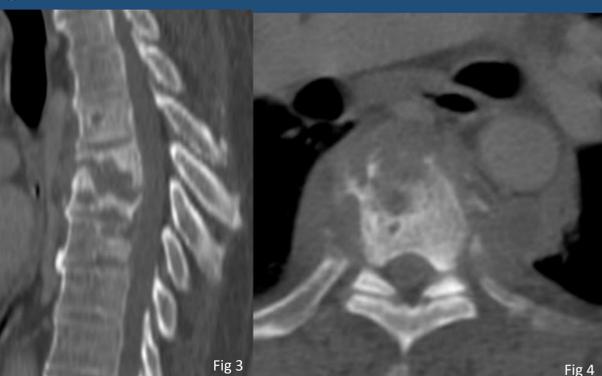


Fig 3 y 4: Colección organizada mediastínica posterior y destrucción de los cuerpos vertebrales de D5 a D8.

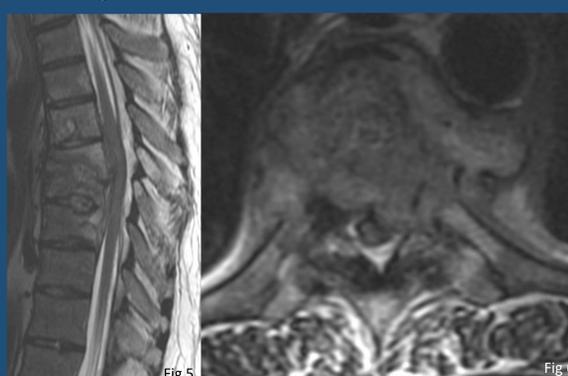
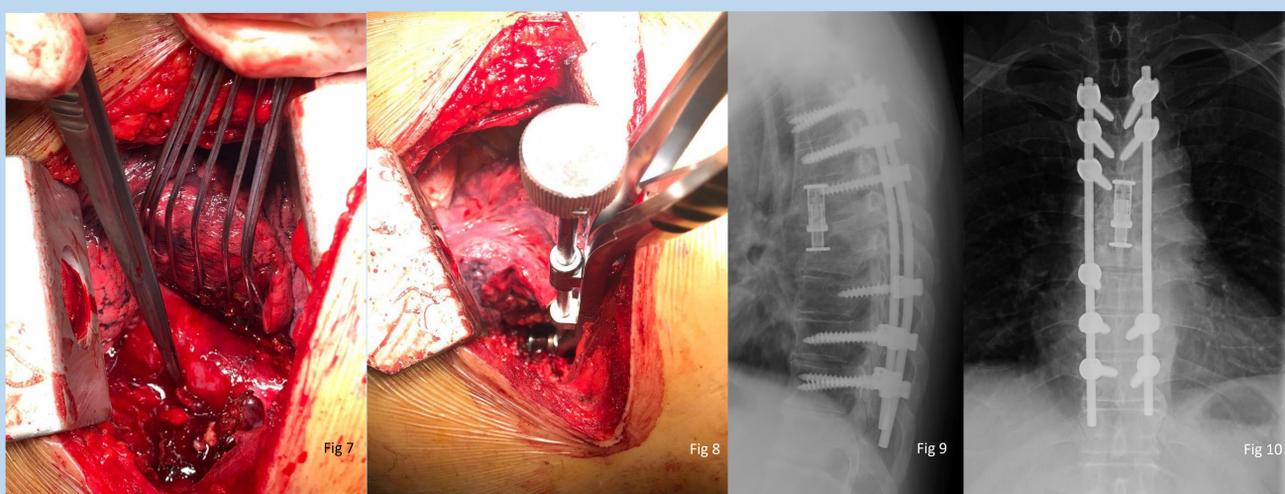


Fig 5-6: Hiperseñal en T2 y realce con la administración de contraste en los cuerpos vertebrales de D3 a D8. Componente de partes blandas flemonoso epidural que compromete el cordón medular con signos de mielopatía a nivel D6-D7.

Resultados

Ante la actividad clínica, progresión de la destrucción y cifosis vertebral con presencia de abscesos paravertebrales (GATA III) se decidió cirugía, realizándose doble vía en dos tiempos. En el primer tiempo posterior se realiza la instrumentación D4-D11. Al mes se realiza abordaje anterior: toracotomía izquierda y desbridamiento D5-D7 (Fig 7), corpectomía parcial y colocación de caja expansible (Fig 8). En el perioperatorio se recogen muestras que posteriormente se envían a analizar confirmando la presencia de M. Tuberculosis por PCR. El postoperatorio es favorable siendo alta al quinto día. A los 6 meses presenta evolución favorable a nivel clínico y en las pruebas de imagen (Fig 9-10).



Conclusiones

La tuberculosis vertebral es poco frecuente en nuestro medio. En este caso las dudas diagnósticas, la progresión de la enfermedad con el riesgo de fractura y compromiso neurológico ha precisado una cirugía con doble vía en dos tiempos.

1. Osmanagic A, Emamifar A, Bang JC, Hansen IMJ. A rare case of pott's disease (Spinal tuberculosis) mimicking metastatic disease in the southern region of Denmark. *Am J Case Rep.* 2016;17:384-388. doi:10.12659/AJCR.897555
2. Rivas-García A, Sarria-Estrada S, Torrents-Odin C, Casas-Gomila L, Franquet E. Imaging findings of Pott's disease. *Eur Spine J.* 2013;22(SUPPL.4):567-578. doi:10.1007/s00586-012-2333-9
3. Garg RK, Somvanshi DS. Spinal tuberculosis: A review. *J Spinal Cord Med.* 2011;34(5):440-454. doi:10.1179/2045772311Y.0000000023
4. Rajasekaran S, Soundararajan DCR, Shetty AP, Kanna RM. Spinal Tuberculosis: Current Concepts. *Glob Spine J.* 2018;8(4_suppl):96S-108S. doi:10.1177/2192568218769053
5. Rasouli MR, Mirkoohi M, Vaccaro AR, Yarandi KK, Rahimi-Movaghar V. Spinal tuberculosis: Diagnosis and management. *Asian Spine J.* 2012;6(4):294-308. doi:10.4184/asj.2012.6.4.294

C O N G R E S O
SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA