

TUBERCULOSIS VERTEBRAL: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Sola Mallo X. Escudero Martínez E. Sotelo García D. Chouza Montero L. Marescot Rodríguez E.
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra; España



INTRODUCCIÓN

La tuberculosis vertebral, o mal de Pott, es una forma de presentación extrapulmonar de la tuberculosis, la más frecuente cuando afecta al aparato locomotor. En la mayoría de casos un correcto tratamiento médico permite su curación.

Se presenta el caso de un varón de 70 años con tuberculosis vertebral.

OBJETIVOS

Identificar posibles errores en el diagnóstico y tratamiento de un paciente con tuberculosis vertebral.

MATERIAL Y MÉTODOS

El paciente es un varón de 70 años con antecedentes de cirrosis de origen enólico, lúes latente y acuñaientos de L1 y L3 tratados de forma conservadora (figura 1); acude hasta en 4 ocasiones al servicio de Urgencias por lumbociatalgia sin antecedente traumático, y refiere una pérdida de 9 kg en los últimos 2 meses. Tras realizarse una RMN (figura 2), se evidencia una masa que infiltra los cuerpos vertebrales de L4-L5 y el platillo inferior de L3 condicionando estenosis de canal, por lo que se decide realizar una biopsia, una descompresión del canal y una artrodesis L1-L5.



Figura 1

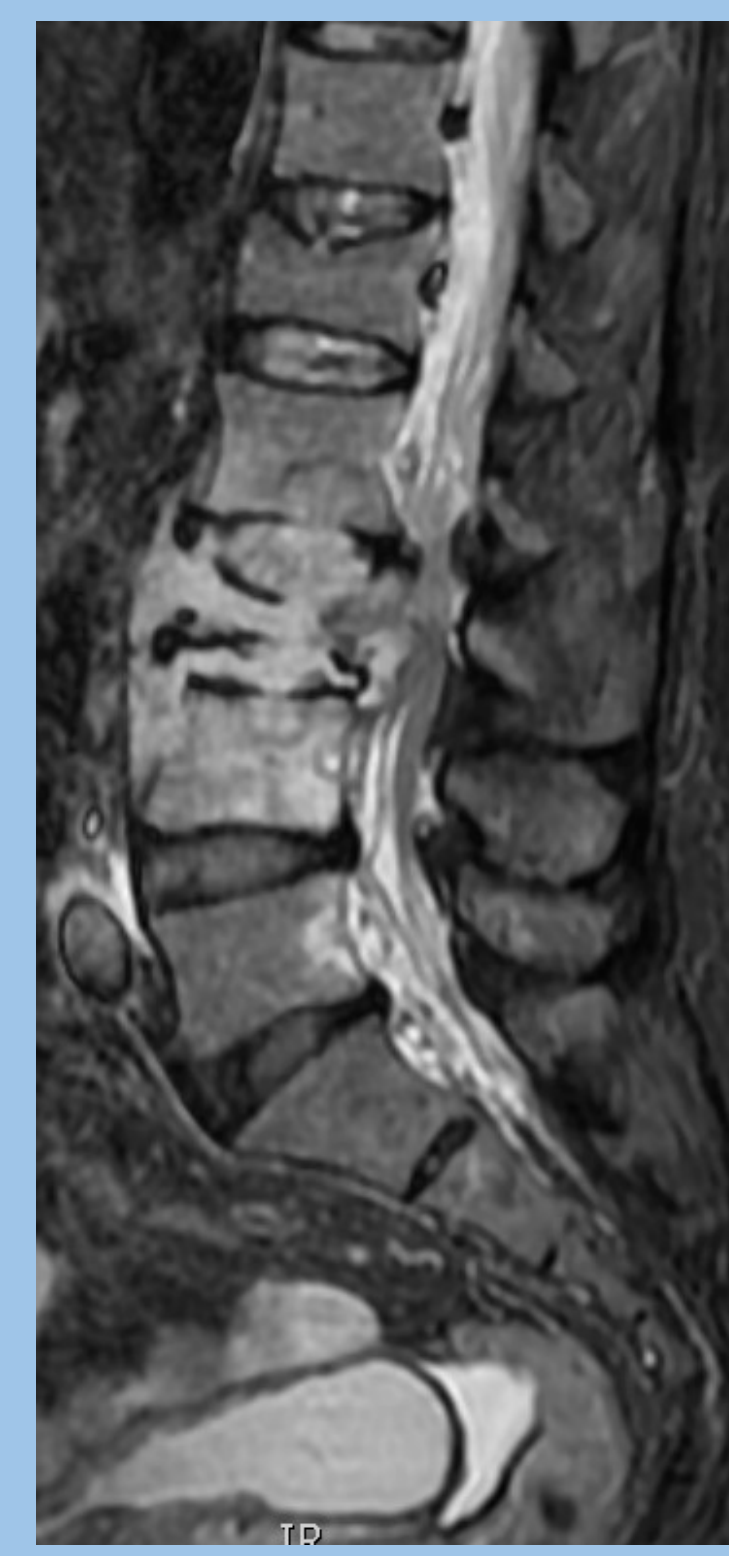


Figura 2

RESULTADOS

Se realiza un abordaje TLIF izquierdo entre L3-L4, evidenciándose un cuerpo vertebral friable y un disco con contenido purulento (figura 3), que se recoge para análisis microbiológico y anatomopatológico. Se realiza un lavado profuso con suero y rifampicina. Se lleva a cabo una artrdesis posterolateral L1-L5 sin instrumenar L3 (figuras 4 y 5), y se cubre empíricamente con Daptomicina y Meropenem. Tras obtener resultados negativos en los cultivos, se obtiene un resultado positivo en el estudio para micobacterias (M. Tuberculosis), por lo que se realiza el traslado a la Unidad de Tuberculosis, donde se trata con Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol, y desde donde se plante la posibilidad de retirada de instrumentación.



Figura 3



Figura 4

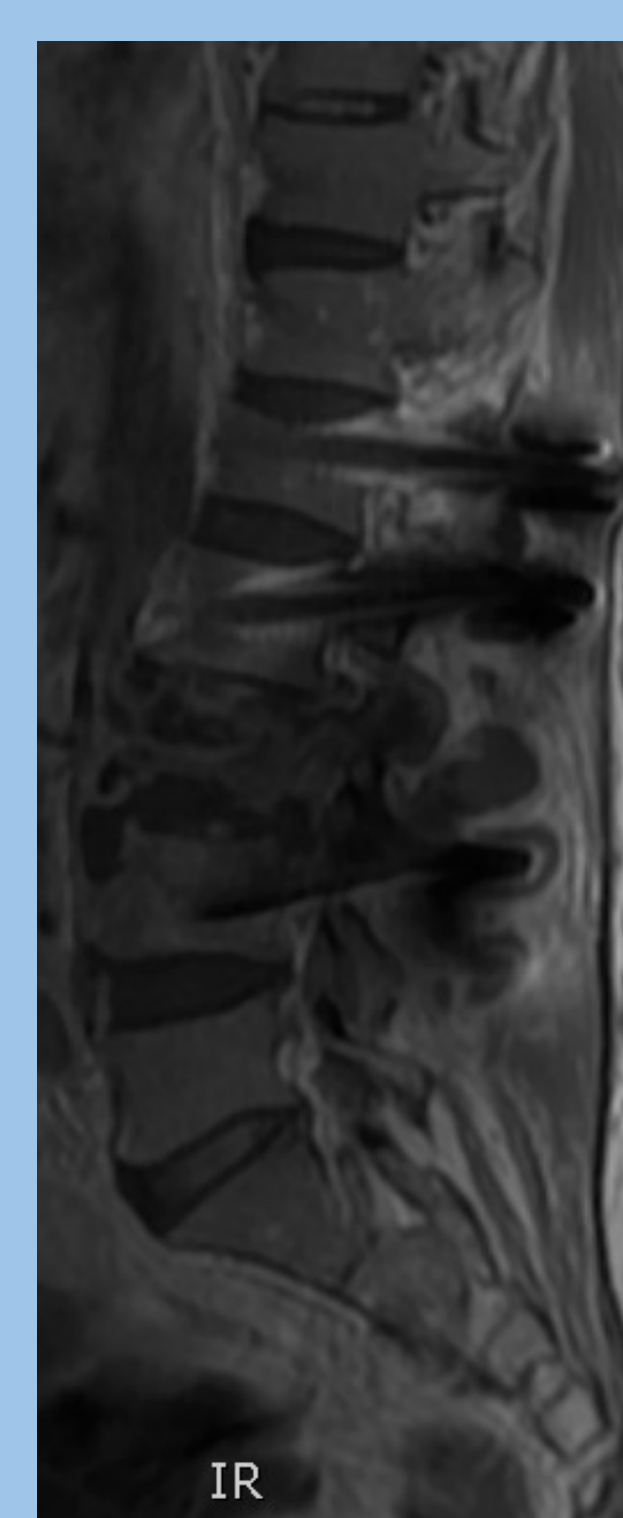


Figura 5

CONCLUSIONES

En un paciente que acude en múltiples ocasiones por lumbociatalgia refractaria a analgésicos, es necesario un alto nivel de sospecha para indicar la realización de pruebas de imagen más sensibles. Una vez obtenido el diagnóstico radiológico, tal vez sea prudente continuar con el algoritmo diagnóstico mediante otros estudios como la punción-biopsia para intentar el tratamiento médico antes de proceder a la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

A. Herrera Rodríguez, J. Rodríguez Vela, J. Vicente Thomas, A. Calvo Díaz. Espondilodiscitis tuberculosai. Mal de Pott. Rev Esp Cir Ortop Traumatol 1998;42:231-42
Jain AK. Tuberculosis of the spine: a fresh look at an old disease. J Bone Joint Surg Br. 2010 Jul;92(7):905-13. PMID.
Khoo LT, Mikawa K, Fessler RG. A surgical revisitacion of Pott distemper of the spine. Spine J. 2003 Mar-Apr;3(2):130-45.
Batirel A, Erdem H, Sengoz Z et al. The course of spinal tuberculosis (Pott disease): results of the multinational, multicentre Backbone-2 study. Clin Microbiol Infect. 2015 Nov; 21(11)



55 CONGRESO
secot