

Reporte de casos

Hospital Pediátrico Universitario de Centro Habana

MAL DE POTT EN PEDIATRÍA: PRESENTACIÓN DE 5 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dra. Gladys Abreu Suárez,¹ Dr. José Antonio González Valdés,² Dr. Ricardo Zamora Fuentes,³ Dra. Reyna Portuondo Leyva,⁴ Dra. Natacha Sandín Hernández⁵ y Dra. Aurelia Pérez⁶

RESUMEN

Se presentan 5 de los 6 niños afectados de mal de Pott en el período de 1995 a 2001, para una incidencia del 4,5 % del total de casos de tuberculosis infantil en Cuba. La mayoría de los niños tenía alrededor de 2 años de edad, con un predominio de la afectación lumbar en 4 pacientes. El cuadro clínico fue insidioso, y fueron más frecuentes el dolor de espalda y los trastornos a la marcha. El diagnóstico fue clinicoradiológico, y la tuberculina positiva en 4 niños. Sólo se aisló *Micobacterium tuberculosis* en un paciente, en el que concomitaban lesiones pulmonares. En 3 enfermos se hallaron abscesos paravertebrales (2 en la región dorsal, y el otro en el *psaos*). Aún se encuentran 3 pacientes en tratamiento; de los 2 curados, uno tiene pérdida de la lordosis fisiológica lumbar, y otro perdió un cuerpo vertebral con una giba residual ligera. Se concluye que, aunque la tuberculosis infantil no es un problema de salud en Cuba, y el mal de Pott no es frecuente, debe tenerse en cuenta ante un niño pequeño que se consulte con manifestaciones insidiosas de trastornos de la marcha y dolor de espalda.

DeCS: TUBERCULOSIS DE LA COLUMNA VERTEBRAL; DIAGNOSTICO CLINICO; TOMOGRAFIA/métodos; RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR/métodos; NIÑO.

-
- ¹ Especialista de II Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar. Facultad "Calixto García".
 - ² Especialista de II Grado en Pediatría y Administración de Salud. Profesor Titular. Facultad "Calixto García".
 - ³ Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor de la Facultad "Calixto García".
 - ⁴ Especialista de I Grado en Pediatría.
 - ⁵ Especialista de I Grado en Radiología. Instructora de la Facultad "Calixto García".
 - ⁶ Especialista de I Grado en Radiología.

La *espondilitis tuberculosa* o mal de Pott es la más común de las afectaciones esqueléticas en la tuberculosis.¹ Es una forma extrapulmonar de la enfermedad, y el resultado de una siembra hematógena al nivel de cuerpos vertebrales durante la fase de bacteriemia en la primoinfección. Sus manifestaciones clínicas son muy insidiosas, por lo que el diagnóstico es habitualmente tardío, con la consiguiente giba o deformidad cifótica de la columna y las secuelas neurológicas en un número no despreciable de pacientes.¹⁻³

En Cuba la tuberculosis no constituye un problema de salud en la edad pediátrica, pero su reemergencia ha implicado un ligero incremento en su incidencia y, dentro de los casos diagnosticados, se destacan los de algunos niños con afectación de la columna vertebral. Es por todo esto, que nos sentimos motivados a revisar nuestra casuística, así como resaltar algunos elementos en el diagnóstico de estos pacientes.

MÉTODOS

Se revisan las historias clínicas de 5 pacientes con diagnóstico de *espondilitis tuberculosa* o mal de Pott, en el período comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2001. Un paciente en

1995 fue diagnosticado en nuestro Centro, y los restantes fueron valorados como parte de la labor de confirmación de casos del Centro de Referencia Nacional de Tuberculosis Infantil.

RESULTADOS

De un total de 133 casos de tuberculosis infantil diagnosticados en Cuba en este período, 6 correspondieron a *espondilitis tuberculosa*, para el 4,5 %. Se pudieron revisar 5 de estos 6 pacientes, de los cuales uno se diagnosticó en 1995, otro en 1997, y 3 en el 2001, todos de diferentes provincias del país.

No se encontró la fuente en ningún paciente. El diagnóstico fue clinicorradiológico, con aislamiento de *Micobacterium tuberculosis* solo en el caso 1, en un cultivo de contenido gástrico (tabla y figs. 1 y 2 del paciente 1).

Todos los pacientes tenían huellas BCG; 4 estaban eutróficos de acuerdo con el peso para su talla y uno estaba desnutrido. No presentaban enfermedades predisponentes.

A todos se les prescribió tratamiento quimioterápico durante un año, aunque los 3 últimos enfermos no lo han concluido, así como inmovilización y reposo.

TABLA. Características de los pacientes diagnosticados de mal de Pott. Cuba 1995-2001

Caso	Edad (años)	Vértebras afectadas No. región	Absceso	Prueba de Mantoux (mm)	Cuadro clínico
1	1½	3 Dorsal	Paravertebral	7	Lesión pulmonar, giba
2	13	3 Lumbar	-	35	Dolor
3	2	2 Lumbar	-	0	Dolor, trastorno de la marcha
4	2	2 Dorsal	Paravertebral	40	Fiebre, trastorno de la marcha
5	2	3 Lumbar	Psoas	30	Dolor, trastorno de la marcha

Fuente: Historias clínicas.

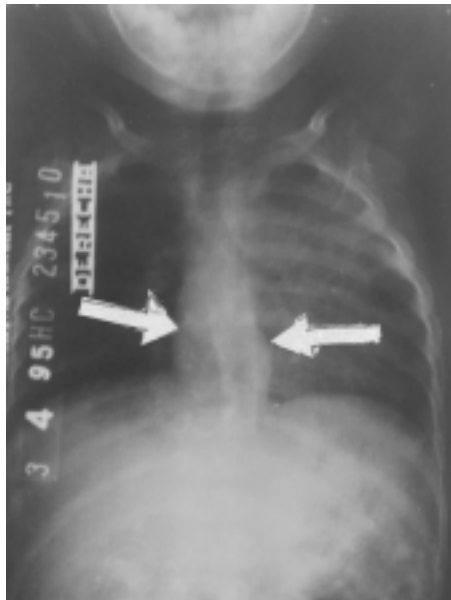


FIG. 1 Vista en interior donde se observa ensanchamiento mediastinal bajo que se corresponde con el absceso pottico.

DISCUSIÓN

La mayoría de los niños tenía alrededor de 2 años de edad, lo que nos habla de una primoinfección temprana, en la cual las manifestaciones aparecen después que el niño se apoya en su columna y comienza a

caminar.³ El cuadro clínico fue insidioso en todos los casos, con la consiguiente demora diagnóstica, y un predominio del dolor de espalda y los trastornos de la marcha, similar a lo reportado en la literatura.³⁻⁷

La deformidad cifótica o giba es más evidente en la tuberculosis (TB) cervical y dorsal que en la lumbar.

Las grandes deformidades son más frecuentes en niños menores de 10 años, y cuando hay afectación de 3 o más cuerpos vertebrales.^{8,9}

El absceso retrofaríngeo asociado a disfagia es típico del mal de Pott cervical,^{4,10} y el absceso abdominal palpable se describe en las formas lumbares.^{8,11}

No se encontró afectación cervical, que es la más rara de todas.^{10,12} Solo 2 pacientes tuvieron mal de Pott dorsal, aunque se plantea sea más frecuente que la afectación lumbar o lumbosacra.⁵

La radiografía es fundamental en el diagnóstico. La mayoría de los autores reportan afectación de 3 o más vértebras,^{4,5,7,13} y pueden afectarse hasta 10 cuerpos vertebrales con rarefacción y destrucción ósea, estrechamiento del disco, calcificación de tejidos blandos, ensanchamiento mediastinal en las formas cérvico-dorsales, las cuales denotan

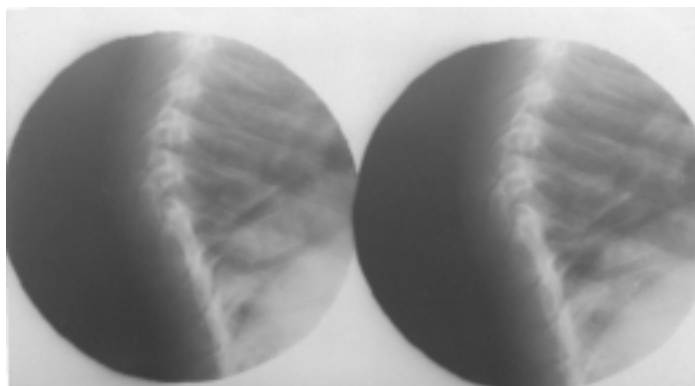


FIG. 2. Vista lateral del paciente curado. Obsérvese giba dorsal residual y pérdida de cuerpo vertebral.

absceso paravertebral y en la vista lateral aumento de la sombra en tejidos prevertebrales (absceso retrofaríngeo).^{4,8,12,14}

Se describen formas atípicas, como afectación de un solo cuerpo vertebral, infección aislada del arco neural, y absceso extradural extraóseo.¹⁵

La tomografía axial computadorizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) pueden ser útiles para identificar lesiones óseas tempranas y sobre todo la RMN para evidenciar lesiones intramedulares.^{1,12,16,17}

La prueba de Mantoux fue positiva en la mayoría de nuestros pacientes. *Sayi* y otros reportan 68,8 % de positividad en 16 niños con mal de Pott estudiados en Muhimbili.⁶

La confirmación histológica-microbiológica puede lograrse a través de biopsia aspirativa del absceso (retrofaríngeo, paravertebral) o de las lesiones óseas, guiadas por la radiografía.^{14,18} En el caso del paciente 5 se efectuó punción aspirativa sin positividad al cultivo.

El paciente 1 tuvo pérdida de un cuerpo vertebral, y se reportan pérdidas de 2 o más

cuerpos vertebrales,^{5,7,14} lo que determina gibas cifóticas como secuela. El paciente 2 curó con pérdida de la lordosis lumbar fisiológica sin gran deformidad.

La cifosis residual no solo constituye un problema estético, sino que puede contribuir a la disfunción cardiopulmonar, choque doloroso entre costillas y pelvis, y paraplejía tardía.^{9,17}

La secuela neurológica es la más temida. La paraplejía se debe a isquemia miélica secundaria a compresión medular por la lesión ósea, y fundamentalmente a presencia de tejido granulomatoso intraespinal. Se asocia a disfunción intestinal y vesical.^{7,13}

El tratamiento precoz asociado a descompresión quirúrgica se recomienda en el mal de Pott con complicaciones neurológicas^{7,19,20} y en las cifosis progresivas.⁵

Aunque la TB infantil no constituye en Cuba un problema de salud, debe tenerse en cuenta en todo niño con dolor de espalda, deformidad cifótica o trastorno de la marcha.

SUMMARY

5 of the 6 children affected by Pott's disease from 1995 to 2001 are presented in this paper for an incidence of 4.5 % of the total of cases of infantile tuberculosis in Cuba. Most of the children were about 2 years old. A predominance of lumbar affection was observed in 4 patients. The clinical picture was insidious and back pain and walking disorders were more frequent. The diagnosis was clinicoradiological and tuberculin was positive in 4 children. *Micobacterium tuberculosis* was only isolated from a patient with concomitant pulmonary injuries. Paravertebral abscesses (2 in the dorsal region and the other in the psoas) were found in 3 patients. There are still 3 patients under treatment: one of the two that were cured suffers from loss of the physiological lumbar lordosis and the other lost a vertebral body and presents a mild residual hump. It is concluded that though infantile tuberculosis is not a health problem in Cuba and Pott's disease is not common, it should be taken into account when a child with insidious manifestations of walking disorders and back pain seeks medical assistance.

Subject headings: TUBERCULOSIS, SPINAL; DIAGNOSIS, CLINICAL; TOMOGRAPHY/methods; NUCLEAR MAGNETIC RESONANCE/methods; CHILD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shanley DJ. Tuberculous of the spine: imaging features. *Am J Roentgenol* 1995;164(3):659-64.
2. Yao DC, Sartoris DJ. Musculoskeletal Tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 1995;33(4):679-89.
3. Fargas V. Tuberculosis. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1989:29-51 (Sevie Medicina Práctica).
4. Achouri M, Hilmani S, Lakhdar H, Aite BA, Naja A, Ouboukhlik A, el Kamar A, el Azhari A, Boucetta M. Anterior approach of cervical spine in Pott's disease. A propose of seven cases. *Rev Chir Orthop Repar Appar Mot* 1997;84(5):447-53.
5. Rajasekaran S, Shanmugasundaram TK, Prabhakar R, Dheenadhayalan J, Shetty AP, Shetty DK. Tuberculous lesions of the lumbosacral region. A fifteen years follow-up of patients treated by ambulaent chemotherapy. *Spine* 1998;23(10):1163-7.
6. Sayi EN, Mlay SM. Tuberculosis of the spine in children at Muhimbili Medical Centre, Dar es Salaam. *East Afr Med J* 1995;72(1):46-8.
7. Nussbaum ES, Rockswold GL, Bergman TA, Erickson DL, Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. *J Neurosurg* 1995;83(2):243-7.
8. Hinck-Kneip C, Krawinkel M, Schroeder C, Oldigs HD, Ullrich HW. Tuberculous Spondylitis... a forgotten differential diagnosis in backache. *Dutsch Med Wochenshr* 1995;120(5):134-8.
9. Tuli SM. Severe Kiphotic deformity in tuberculosis of the spine. *Int Orthop* 1995;19(5):327-31.
10. Lukhele M. Tuberculosis of the cervical spine. *S Afr Med J* 1996;86(5):553-6.
11. Papavero R, Bissuel F, Gruels, Janoyer M, Godeau F, Runge M. Spinal Tuberculosis in children: contribution of imaging to diagnostic and therapeutic management. *Presse Med* 1999;28(36):1980-2.
12. Jain AK, Kumar S, Tuli SM. Tuberculosis of spine (C1 to D4). *Spinal Cord* 1999;37(5):3-69.
13. Mushkin AI, Kovalento KN. Neurological complications of spinal tuberculosis in children. *Int Orthop* 1999;23(4):210-12.
14. Francis IM, Das DK, Luthra UK, Sheikh Z, Sheik M, Bashir M. Value of radiologically guided fine needle aspiration cytology (FNAC) in the diagnosis of spinal tuberculosis: a study of 29 cases. *Cytopathology* 1999;10(6):390-401.
15. Beekarun DD, Govender S, Rasool MN. A typical spinal tuberculosis in children. *J Pediatr Orthop* 1995;15(2):148-51.
16. Leone A, Lauro L, Cerase A, Colosimo C. Diagnostic imaging of musculoskeletal tuberculosis. *Rays* 1998;23(1):144-63.
17. Rajeswari R, Ranjani R, Santha T, Sriram K, Prabhakar R. Late onset paraplegia. A sequela to Pott's disease. A report on imaging, prevention and management. *Int J Tuberc Lung Dis* 1997;1(5):468-73.
18. Boachie-Adjei O, Squillante RG. Tuberculosis of the spine. *Orthop Clin North Am* 1996;27(1):95-103.
19. Moon MS, Woo YK, Lee KS, Ha KY, Kim SS, Sun DH. Posterior instrumentation and anterior interbody fusion for tuberculous Kyphosis of dorsal and lumbar spines. *Spine* 1995;20(17):1910-6.
20. Moon MS, Ha KY, Sun DH, Moon JL, Moon YW, Chung JH. Pott's paraplegia: 67 cases. *Clin Orthop* 1996;(323):122-8.

Recibido: 13 de marzo de 2002. Aprobado: 27 de abril de 2002.

Dra. *Gladys Abreu Suárez*. Edificio 72, Apartamento 39, Reparto Antonio Guiteras, Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba.