

CASO CLÍNICO

Tuberculosis vertebral (mal de Pott) e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Vertebral tuberculosis (Pott`s disease) and infection due to the human immunodeficiency virus

MsC. Iván Jesús Arias Deroncerés,¹ MsC. Ventura Puente Saní,² MsC. José Antonio Lamotte Castillo³ y Lic. Lisset Ojeda Sánchez⁴

¹ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas y en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

⁴ Licenciada en Rehabilitación Social y Ocupacional. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente mozambicana de 60 años, con antecedentes de infección por virus de la inmunodeficiencia humana y sacrolumbalgia, quien ingresó en el Servicio de Medicina del Hospital Central de Beira por presentar dolor en la columna dorsal, deformidad ósea avanzada, fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, malestar general y disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores desde hacía 2 meses. Los exámenes imagenológicos efectuados confirmaron el diagnóstico de tuberculosis vertebral. Se indicó tratamiento antituberculoso y fue trasladada al Servicio de Neurocirugía para corrección quirúrgica de la mencionada deformidad.

Palabras clave: anciano, tuberculosis vertebral, mal de Pott, infección por virus de la inmunodeficiencia humana/sida, sacrolumbalgia, tratamiento antituberculoso, Mozambique.

ABSTRACT

The case report of a 60 year-old woman from Mozambique, with a history of infection due to the human immunodeficiency virus and back low pain who was admitted to the Medicine Service from Beira Central Hospital for presenting with pain in the dorsal spine, advanced bony deformity, fever, asthenia, anorexia, weight loss, general discomfort and decrease of the muscles strength in lower limbs for 2 months is described. Image tests confirmed the diagnosis of vertebral tuberculosis. Antituberculous treatment was indicated and she was referred to the Neurosurgery Service for surgical correction of the mentioned deformity.

Key words: aged person, vertebral tuberculosis, Pott's disease, human immunodeficiency virus infection/AIDS, back low pain, antituberculous treatment, Mozambique.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB), tan antigua como el hombre mismo, fue descrita en 1799 por el cirujano londinense Percivall Pott. Es la enfermedad infecciosa que más vidas cobra en todo el orbe (3 millones de personas al año), superior a las muertes causadas por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la malaria, a la vez que constituye la principal causa de defunción en las personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Por otra parte, puede afectar cualquier tejido del organismo, pero suele localizarse en los pulmones.¹

Se plantea que la tuberculosis extrapulmonar ocurre entre 10 y 20 % del total de la tuberculosis que padecen los pacientes inmunocompetentes, aunque esta frecuencia se incrementa notablemente en aquellos con algún grado de inmunodeficiencia, por ejemplo: en los que presentan TB y síndrome de inmunodeficiencia adquirida, severamente inmunodeprimidos, que aparece hasta en 60 % de los casos.²⁻⁵ Este tipo de localización puede variar y dañar cualquier órgano.⁶

La afectación osteoarticular tuberculosa es bastante frecuente, pero su diagnóstico se hace complejo en la práctica clínica. Aunque suele afectar cualquier hueso, la localización vertebral es la más común. Para algunos autores las principales articulaciones que se afectan son: coxofemorales, rodillas, sacroilíacas, tobillos, muñecas y codos; mientras que para otros, las artritis se localizan de forma característica en las articulaciones sacroilíacas y esternoclaviculares, seguidas en orden de frecuencia de la sínfisis del pubis, la rodilla, la coxofemoral y otras (esternocostal, escapulohumeral y la muñeca).⁷ La afección poliarticular es rara.

El mal de Pott (enfermedad de Pott o tuberculosis vertebral) es una forma de presentación de la tuberculosis extrapulmonar que afecta la columna vertebral, con mayor frecuencia las vértebras T8 hasta L3.

También se le conoce como espondilitis tuberculosa, tiene su origen en un foco primario pulmonar (excepcionalmente urogenital), que favorece uno secundario a nivel óseo, en especial en la columna vertebral. El *Mycobacterium tuberculosis* alcanza la columna por vía hematógena o a través de los linfáticos prevertebrales. La lesión produce una destrucción vertebral progresiva que ocasiona al paciente un dolor continuo. Esta puede evolucionar desfavorablemente si no se diagnostica precozmente y ocasionar graves deformidades en la columna e importantes lesiones medulares.⁸⁻⁹

Teniendo en cuenta que la tuberculosis extrapulmonar es muy frecuente en la República de Mozambique y que esta enfermedad constituye un verdadero problema de salud, lo cual representa un obstáculo que tienen que enfrentar los colaboradores cubanos en su labor diaria, motivó a la descripción del siguiente caso clínico para ser publicado.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente mozambicana de 60 años, con antecedentes de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (que llevaba tratamiento antirretroviral) y hospitalización en el 2007 a causa de sacrolumbalgia, quien reingresó en el Servicio de Medicina del Hospital Central de Beira por presentar dolor en la columna dorsal, deformidad ósea avanzada, fiebre, astenia, anorexia, pérdida de peso, malestar general y disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores desde hacía 2 meses.

- Datos positivos al examen físico

- Mucosas: hipocoloreadas y húmedas
- Sistema osteomioarticular: dolor en la columna dorsal (a la palpación), deformidad ósea, cifosis dorsal y maniobras de Neri I, Neri II y de Lasegue positivas
- Sistema nervioso central: paraplejía espástica de miembros inferiores, con nivel de hipoestesia e hiporreflexia rotuliana y aquileana. Signo de Babinsky: reacción normal a los estímulos (figura 1).



Figura 1. *Paraplejía espástica en miembros inferiores*

- Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 10,5 g/L
- Hematocrito: 34,2 %
- Eritrosedimentación: 117 mm/h
- Leucocitos: $7,5 \times 10^9/L$
- Plaquetas: $456 \text{ mm} \times 10^6 /L$
- Prueba del VIH: positiva
- Prueba serológica para la sífilis: negativa
- Bacilo ácido alcohol resistente (esputos BAAR 2): negativo (codificación 0)
- Radiografía anteroposterior de tórax: imágenes normales
- Radiografía de columna dorsolumbar (vista lateral): destrucción ósea del cuerpo vertebral en D12 (osteolisis) (figura 2).

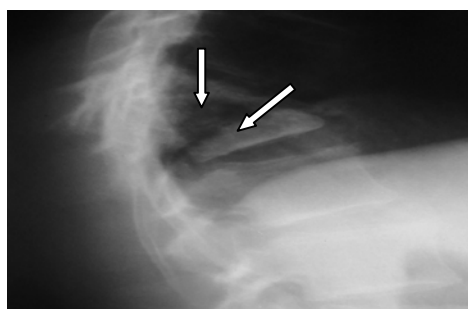


Figura 2. *Vista lateral de radiografía de columna dorsolumbar*

- Topograma de columna dorsolumbar: afectación ósea de la 12 vértebra torácica, con destrucción del cuerpo vertebral (figura 3).

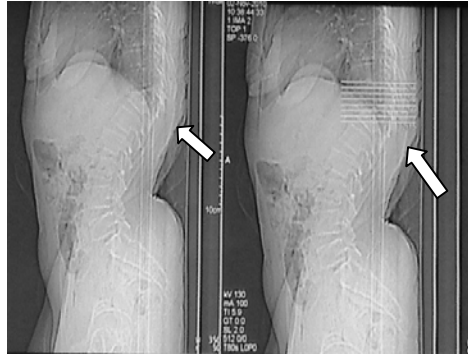


Figura 3. Topograma de columna dorsolumbar

- Tomografía axial computarizada de columna vertebral: imagen lítica en D12, L1 y L2, con proceso caseoso perivertebral relacionado con absceso perivertebral (figura 4).

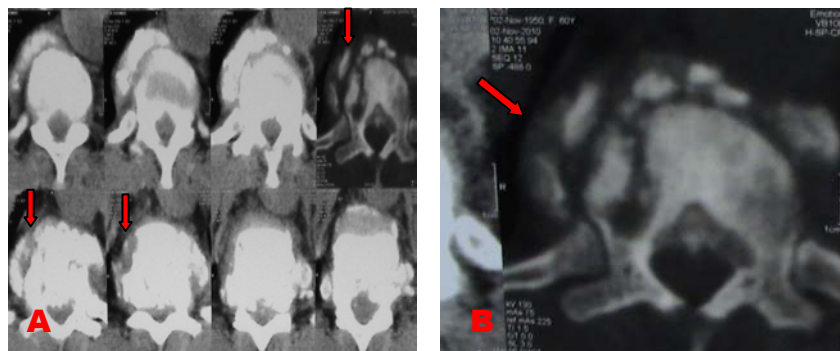


Figura 4. A) Imagen lítica en D12, L1 y L2
B) Imagen del cuerpo vertebral destruido

Los exámenes imagenológicos efectuados confirmaron el diagnóstico de tuberculosis vertebral (mal de Pott).

- Conducta a seguir

El caso fue informado como tuberculosis vertebral (mal de Pott), de modo que la paciente fue tratada con medicamentos antituberculosos según el esquema terapéutico establecido.

Teniendo en cuenta el contexto epidemiológico, la prevalencia de manifestaciones clínicas, los signos radiográficos y la confirmación de esta entidad clínica mediante la TAC de columna vertebral, no fue necesario realizar la biopsia ósea quirúrgica, pues en ese momento no presentaba abscesos paravertebrales visibles.

Fue trasladada al Servicio de Neurocirugía para la corrección quirúrgica de la deformidad ósea avanzada y por la afectación neurológica que presentaba (paraplejía en miembros inferiores).

COMENTARIOS

La enfermedad de Pott comienza en el cuerpo vertebral cerca del espacio discal. De modo característico se afectan 2 vértebras y el espacio discal intermedio se estrecha por caseificación, a diferencia del carcinoma metastásico, que lesiona las vértebras sin estrechar el espacio discal. Si la enfermedad no se diagnostica ni se trata oportunamente, es posible el colapso vertebral y la paraplejía; ¹⁰ por tal razón, si el dolor de espalda localizado persiste o empeora, se deben repetir los estudios. Una tumefacción paravertebral en la zona afecta puede representar un absceso y, en ausencia de tratamiento, disecar el músculo psoas hacia abajo y aflorar en la cara anterior del muslo.

Los abscesos son formados adyacentemente a la columna vertebral y la calcificación es patognomónica en la tuberculosis.

- Localizaciones

- Pott anterior: situado entre el cuerpo y el ligamento longitudinal anterior, con dislocamiento anterior, superior e inferior al foco y formación de un absceso frío con invasión espondilar.
- Pott paradiscal: localizado junto al disco intervertebral, con futura necrosis de este, previa erosión de las placas cartilaginosas adyacentes.
- Pott central: foco secundario en el centro del cuerpo espondilar, que es la que más compromete la estructura articular de la columna, causa graves deformidades, paraplejías y lleva en casos extremos a fracturas patológicas con graves secuelas.

- Frecuencia de la espondilitis tuberculosa: 50 % ocurre en la columna, con mayor incidencia en las últimas vértebras torácicas, seguida en orden decreciente por la columna lumbar, la porción torácica inicial, así como la columna cervical y el sacro.

- Manifestaciones clínicas

Se inicia con dolor difuso, lento, progresivo, que se exacerba con los movimientos y se alivia con el reposo. El diagnóstico se puede sospechar por los síntomas, pero generalmente es tardío, por lo cual en estos casos es importante efectuar la TAC o la resonancia magnética. Por otra parte, el diagnóstico microbiológico exige realizar una biopsia vertebral o punción del absceso paravertebral. ⁸⁻⁹

La muestra tisular se debe examinar histológicamente y teñir para *M. tuberculosis*, hongos y otros patógenos. También se debe estudiar mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) y se harán cultivos para tuberculosis y otros gérmenes, tales como: *Staphylococcus*, *Brucella*, *Salmonella* y *Francisella tularensis*.

Es importante examinar al paciente periódicamente en busca de síntomas neurológicos que anuncien el desarrollo de absceso subdural y la necesidad de tratamiento quirúrgico de urgencia. ⁹

La terapia farmacológica suele ser suficiente si la destrucción vertebral tiene carácter limitado y no existe compresión de la médula. Si la tumefacción alrededor de las vértebras cede con el tratamiento, probablemente representa un absceso y no necesitará desbridamiento quirúrgico, pero el área afectada se debe inmovilizar con una ortesis bien ajustada durante la quimioterapia; si la hinchazón no cede o persiste el dolor, entonces puede ser necesario dicho desbridamiento. Solo en los casos más avanzados se requiere fijación de la columna vertebral mediante injerto óseo anterior o posterior.^{9,10}

Además de la quimioterapia, muchas veces es necesario aplicar medidas ortopédicas o quirúrgicas para estabilizar la columna.

Es importante resaltar la asociación de la infección por VIH y el *Mycobacterium tuberculosis*, lo cual favorece frecuentemente las manifestaciones extrapulmonares de esta última, ya que los trastornos de la inmunidad así lo facilitan, tiende a cambiar el curso clínico de la infección por TB y hace más difícil el diagnóstico temprano de esta entidad clínica, incluso propicia la posibilidad de recidiva. El tratamiento debe ser analizado de forma integral para, por un lado, eliminar la infección por el *mycobacterium* y, por otro, controlar la replicación viral, teniendo en cuenta las adecuaciones que deben realizarse con los medicamentos antirretrovirales, que permita su asociación con los antituberculosos. Estos últimos tienen la prioridad con respecto a la terapia antirretroviral sumamente activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, *et al.* Temas de medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002.
<http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/medicina_interna/cap16.pdf> [consulta: 20 septiembre 2011].
2. Caminero Luna J. Epidemiología de la tuberculosis. En: Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), 2003:25-50.
3. Castillo Varona E, Toledano Grave de Peralta Y. Tuberculosis palpebral en un anciano. MEDISAN 2011;15(2).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_2_11/san16211.htm> [consulta: 21 septiembre 2011].
4. Escarpanter Buliés JC, García Rodríguez Y, Gutiérrez Guillén MA. Tuberculosis extrapulmonar: forma articular. Rev Cubana Ortop Traumatol 2008; 22(1).
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2008000100005&lng=es> [consulta: 21 septiembre 2011].
5. García Silvera E, Yera Pérez DM, Valdés Díaz S, Hernández Hernández M, Rives Rodríguez R. Comportamiento de la tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Neumológico "Benéfico Jurídico" durante el quinquenio 1999-2003. Rev Cubana Med Trop 2006; 58(3).
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602006000300003&lng=es&nrm=iso> [consulta: 21 septiembre 2011].

6. Guerra Macías I, Rizo Revé R, Hernández Cobos S. Tuberculosis peritoneal en una adulta joven. MEDISAN 2009; 13(5).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san17509.htm> [consulta: 19 septiembre 2011].
7. Cepero Morales RJ, Martínez Larrate JP, Sosa Almeida M, Molinero Rodríguez C. Osteoartritis tuberculosa. Rev Cubana Med 1998; 37(3):190-94.
<http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol37_3_98/med08398.htm> [consulta: 20 septiembre 2011].
8. Iseman MD. Tuberculosis. Infecciones micobacterianas. En: Cecil. Textbook of Medicine. 21 ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998:1724-32.
9. Aguado García JM. Tuberculosis y otras infecciones por micobacterias. En: Medicina Interna. Enfermedades producidas por micobacterias. Barcelona: Masson, 2002:1789-97.
10. El Manual Merck. Tuberculosis extrapulmonar. 11 ed. Madrid: Editorial Elsevier, 2007:1661-63.

Recibido: 14 de octubre de 2011

Aprobado: 30 de octubre de 2011

MSc. Iván Jesús Arias Deroncerés. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, avenida Cebreco entre 1ra y 3ra, reparto Ampliación de Terrazas, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: ivan.jesus@medired.scu.sld.cu