

CASO CLÍNICO

Tuberculosis vertebral o mal de Pott en una paciente adulta

Spinal tuberculosis or Pott's disease in an adult patient

Dra. Arianna Rosales Oliva

Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, Tercer Frente, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso de una paciente de 47 años de edad, atendida en la Consulta de Medicina Interna del Policlínico "Esteban Caballero", perteneciente al área de salud Matías del municipio de Tercer Frente de Santiago de Cuba, quien presentó dolores de moderada intensidad en la región dorsolumbar, que no se aliviaban con analgésicos. Los estudios ecográfico y radiográfico de la columna vertebral confirmaron el diagnóstico de mal de pott. Se indicó tratamiento específico y la afectada evolucionó satisfactoriamente.

Palabras clave: espondilitis, sacralización, gibosidad, lumbosacralgia, mal de pott, atención primaria de salud.

ABSTRACT

The case of a 47 years patient assisted in the Internal Medicine Service of "Esteban Caballero" Polyclinic is described, belonging to Matías health area of Tercer Frente municipality in Santiago de Cuba who presented pains of moderate intensity in the dorsolumbar region that were not relieved with analgesics. The echographic and radiographic studies of the spine confirmed the diagnosis of Pott's disease. Specific treatment was indicated and the patient had a satisfactory clinical course.

Key words: spondylitis, sacralization, hyperkyphosis, lumbosacralgia, Pott's disease, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La espondilitis tuberculosa es una lesión que afecta los cuerpos vertebrales, pero raramente los arcos y los procesos transversos. Esta lesión es poco frecuente en Cuba, debido a los progresos de la higiene en el desarrollo de la salud pública, así como la desaparición del hambre y la pobreza que siempre acompañan a la enfermedad; no obstante, en los pocos casos existentes es raro encontrar la clásica tríada de pott (absceso, gibosidad y parálisis), puesto que con los medicamentos actuales el cuadro clínico mejora rápidamente.¹

De hecho, la incidencia de osteomielitis vertebral se estima en 2,4 casos por cada 100 000 habitantes, la cual aumenta con el incremento de la edad (de 0,3 por cada 100 000 en jóvenes menores de 20 años a 6,5 por cada 100 000 en mayores de 70 años).^{2,3}

En el adulto esta afección puede localizarse en las alturas del espinazo, desde el atlas hasta el sacro; es más frecuente en las regiones dorsal y lumbar que en la cervical. Habitualmente, los focos se asientan en la parte baja de la región dorsal o en la zona alta de la región lumbar; estos focos son casi siempre únicos.³

La espondilitis tuberculosa destruye y deforma poco, pero, en cambio, desnivela el espinazo y hasta cierto punto hace perder la estabilidad, debido a que la porción necrosada del disco pierde por completo su papel de amortiguador elástico, es por ello que se siente el peso del cuerpo mucho más rudamente sobre la zona desprovista del muelle discal, lo cual conlleva al continuado esfuerzo de los músculos. Así se explica que uno de los primeros síntomas del mal de pott en el adulto sea la sensación de cansancio y estado de contractura de los músculos espinales.⁴

El fenómeno más precoz y siempre dominante es el dolor. En la mayoría de los casos las manifestaciones dolorosas tienen el carácter de una neuralgia radicular y se proyectan, por tanto, fuera del espinazo. Según la localización de esta afección, los dolores se sienten en la cintura, la ingle o las piernas. Casi siempre son bilaterales y cuando se localizan en el tronco, los pacientes lo describen como algo que constriñe fuertemente las últimas costillas, el talle o la pelvis. Los de asiento más bajo pueden tener el aspecto de una lumbosacralgia o de una ciática doble.⁴

Desde el punto de vista radiográfico, el primer signo suele ser una reducción del espacio discal, limitado casi siempre a un lado de la vértebra. En la parte correspondiente a los cuerpos vertebrales aparecen sus contornos difuminados, es decir, como si hubieran sido trazados con lápiz blando y borrados con el dedo. Cuando el proceso lleva una evolución relativamente favorable, las radiografías pueden dar cuenta de los fenómenos defensivos que se producen hacia el foco. Aparecen así exóstosis marginales en "pico de loro" e incluso se hace más denso el tejido esponjoso subyacente a la zona erosionada.⁵⁻⁷

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de una paciente de 47 años de edad, blanca, de procedencia rural, atendida en la Consulta de Medicina Interna del Policlínico "Esteban Caballero" del municipio de Tercer Frente de la provincia de Santiago de Cuba, quien refirió que hace aproximadamente 8 meses presentó dolor agudo de moderada intensidad en la región dorsolumbar con irradiación a miembros inferiores, exacerbado por los cambios de posición y movimientos, lo cual le dificultaba la marcha y no se aliviaba con analgésicos.

- Antecedentes patológicos personales: cuadro respiratorio catarral 10 meses antes, con tos seca, que se prolongó durante más de 15 días y finalmente desapareció.
- Examen físico
 - Columna vertebral: se observó discreto aumento de la cifosis dorsal.
 - A la palpación: dolor al movilizar las apófisis espinosas, así como a nivel de los músculos paravertebrales de la columna dorsal y lumbosacra. Maniobras de Neri I y II positivas.
- Exámenes complementarios
 - Hemograma completo: hemoglobina: 11,5 g/L
 - Leucograma: leucocitos: $10,3 \times 10^9/L$; segmentados: 0,92 %; linfocitos: 0,08 %.

- Eritrosedimentación: 90 mm/h
- Glucemia: 3,1 mmol/L
- Proteínas totales: 59,7g/L
- Creatinina: 105 mmol/L
- Colesterol: 4,9 mmol/L
- Triglicéridos: 1,9 mmol/L
- Transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 3,4 UI
- Transaminasa glutámico pirúvica (TGP): 8,7 UI
- Conteo de plaquetas: $268 \times 10^9/L$
- Factor reumatoideo: negativo
- Serología (VDRL): no reactiva
- Prueba del VIH: negativa
- Radiografía de tórax P/A: signos de fibrosis apical derecha
- Radiografía simple de columna lumbosacra: signos degenerativos, sacralización de L5
- Tomografía axial computarizada (TAC) de columna lumbosacra (figura): columna vertebral con ligeros cambios degenerativos, D9 y D10, ambos cuerpos vertebrales parcialmente destruidos con imagen radiopaca y engrosamiento del pilar lateral que impresionaba mal de Pott.

El caso fue discutido en la Comisión Provincial de Casos de Tuberculosis, dado que no se contaba con estudios microbiológicos. Esta comisión realizó la valoración pertinente y se consideraron suficientes elementos clínicos, así como epidemiológicos que justificaron la indicación de tratamiento antituberculoso.



Fig. TAC de columna lumbosacra

COMENTARIOS

La columna vertebral puede afectarse por el curso de las infecciones, tal es el caso de la espondilitis tuberculosa como consecuencia de focos pulmonares de reinfección.

El dolor lumbar constituye el síntoma inicial notificado con mayor frecuencia, tal como ocurrió en el caso anteriormente expuesto. Existen informes donde este dolor se presentó en 86 % de los casos, mientras que la fiebre solo se halló en 35-60 %, probablemente porque los pacientes, por lo general, toman analgésicos.⁵⁻⁷

No es raro que los dolores, como principal síntoma, aparezcan en forma de crisis provocados por un movimiento brusco, un esfuerzo o, simplemente, un golpe de tos. Los afectados temen, sobretodo, los actos de levantar pesos con el tronco inclinado hacia delante e incorporarse a la cama. También suelen ser muy penosos los movimientos de volverse de un lado para otro en el lecho o desperezarse

enérgicamente. La posición de sentado solamente es cómoda cuando el paciente tiene bien sostenidos los riñones mediante una almohada o respaldos apropiados. La quietud en la cama es casi siempre beneficiosa.

El problema del diagnóstico diferencial de esta afección es difícil, debido a que se presenta con cuadros dolorosos muy variados, por ello es tan frecuente que la espondilitis póstica transcurra inadvertida bajo los más extraños diagnósticos.

Cuando se confirma la existencia de esta afección primero se debe encaminar al paciente. Ningún sostén externo ni corsé pueden sustituir al reposo en cama, cualquiera que sea la gravedad y la localización del foco de espondilitis.

En cuanto a la evolución de esta enfermedad se plantea, que no suele tener tendencia progresiva solamente en los casos de profunda decadencia orgánica, pues trae consigo extensos aplastamientos vertebrales. Frecuentemente ocurre, que estas lesiones se mantienen estacionarias y se presentan fenómenos de reacción defensiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Cambras R. Tratado de cirugía ortopédica y traumatología. t 2. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1986.
2. Pintado García V. Espondilitis infecciosa. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2008 [citado 8 Dic 2011]; 26(8).
3. Mylona E, Samarkos M, Kakalou E, Fanourgiakis P, Skoutelis A. Pyogenic vertebral osteomyelitis: a systematic review of clinical characteristics. *Semin Arthritis Rheum*. 2009; 39(1):10-17.
4. Álvarez Rodríguez E, Torres Gárate R, Gutiérrez Larráinzar A, Serrano Cazorla M, Mao L, Lozano Tonkín MA. ¿Cómo se presenta la espondilitis infecciosa? *An Med Interna (Madrid)*. 2005 [citado 8 Dic 2011]; 22(7).
5. Fanlo P, Tiberio G. Tuberculosis extrapulmonar. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30(supl 2):143-62.
6. García-Cía JI, Esteban J. Infecciones osteoarticulares por microbacterias en un hospital universitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006 [citado 8 Dic 2011];24(10).
7. Marco Puche A, López Montesinos B, Calvo Penadés I, Salavert Lletí M, González Puig L. Osteomielitis tuberculosa espinal y artropatía de Poncet. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(4):365-6.

Recibido: 3 de septiembre de 2015.

Aprobado: 6 de octubre de 2015.

Arianna Rosales Oliva. Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, Carretera de Filé, reparto Forestal, Santiago de Cuba, Cuba. Dirección electrónica: umheiiif@medired.scu.sld.cu