

Tuberculosis extrapulmonar: mal de Pott

M. Fontecha García de Yébenes, L. Márquez de la Plata, M.L. Navarro Gómez, O. Riquelme García¹, J.L. González López¹

Sección de Enfermedades Infecciosas. ¹Sección de Traumatología Infantil. Departamento de Pediatría. Hospital Materno-Infantil «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

La tuberculosis es una enfermedad de distribución mundial, que en los últimos años está reemergiendo en los países occidentales debido a la aparición de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el abandono de los programas de control, el aumento de la inmigración y las condiciones socio-sanitarias que ésta conlleva, y las tasas de resistencias. La forma de presentación más habitual continúa siendo la pulmonar. Sin embargo, debemos tener un alto índice de sospecha para el diagnóstico de formas más infrecuentes, como las extrapulmonares. La enfermedad de Pott, o espondilitis tuberculosa, es una de estas manifestaciones, que cursa con sintomatología general, como pérdida de peso o decaimiento y, sobre todo, con dolor en la zona afectada. Para el diagnóstico son fundamentales las pruebas de imagen y la biopsia de la lesión para su estudio histológico y microbiológico. El tratamiento se realiza con fármacos tuberculostáticos y cirugía para la estabilización de la columna.

Palabras clave

Espondilodiscitis, tuberculosis, enfermedad de Pott

Abstract

Title: Extrapulmonary tuberculosis. Pott's disease

Tuberculosis is a disease that has a worldwide distribution. Its frequency in western countries is increasing in recent years due to the emergence of human immunodeficiency syndrome, the failure to carry out control programs, the immigration phenomenon and the socioeconomic and health status of these populations, and the rates of resistance. Although the most common form is still that involving lung, we should maintain a high index of suspicion for the diagnosis of more uncommon forms like meningeal or miliary tuberculosis. Pott's disease, or tuberculous spondylitis, is one of these infrequent forms that is associated with general symptomatology, such as weight loss or weakness, and mainly with pain in the affected area. The diagnosis is based on imaging studies and is confirmed by the positive culture of a biopsy specimen and histopathological findings compatible with the results of the culture. The treatment of patients with Pott's disease consists of antituberculous chemotherapy and surgery for the stabilization of the spine.

Keywords

Spondylodiscitis, tuberculosis, Pott's disease

Introducción

La tuberculosis es un problema de salud mundial, ya que cada año aparecen unos 7-8 millones de nuevos casos; sin embargo, su distribución es muy desigual. En España la tendencia a disminuir se ha visto frenada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el aumento de la población inmigrante proveniente de regiones de alta prevalencia^{1,2}.

La enfermedad de Pott es una manifestación infrecuente de la tuberculosis extrapulmonar. Suele cursar de forma subaguda y el síntoma más frecuente es el dolor^{3,4}.

Para el diagnóstico, además de la historia clínica y la exploración, son muy importantes las pruebas de imagen y la toma de muestras para el cultivo y la anatomía patológica.

El tratamiento es fundamentalmente médico, y se reserva la cirugía para tratar las complicaciones, que son en su mayoría neurológicas.

A continuación presentamos el caso de una paciente valorada en el servicio de traumatología a causa de un dolor en la región dorsal, que fue diagnosticada de espondilitis tuberculosa.

Caso clínico

Niña de 3 años de edad, nacida en Rumanía y residente en España desde hace un año, en un campamento de la Cruz Roja. No había sido vacunada previamente. Acude a urgencias por presentar un dolor dorsolumbar tras una caída accidental desde la cama 3 días antes. La exploración física es normal y en la radiografía de tórax no se aprecian alteraciones.

A los 10 días se cita a la paciente en la consulta de ortopedia, y dada la persistencia del dolor se solicita un estudio de isótopos. Posteriormente, la paciente se muestra irritable, presenta un mal estado general, dolor a la palpación de espalda, cifosis dorsal y rechazo voluntario a la movilización torácica.

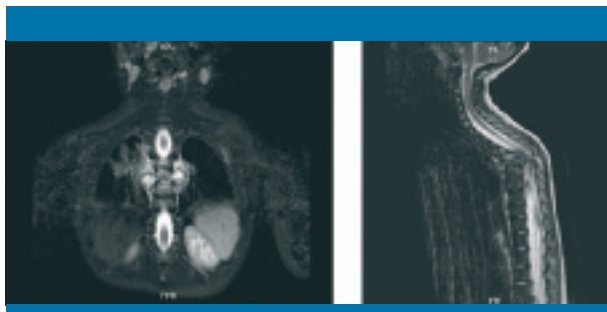


Figura 1

Se realiza una resonancia magnética (RM) de la columna dorsal y lumbar, que reafirma la presencia de una marcada cifosis dorsal media, con destrucción del cuerpo vertebral en D6, y alteración de la señal (hiperintensidad) en los cuerpos vertebrales de D4, D5 y D7. Se asocia una masa de partes blandas hipointensa en D1 y muy hiperintensa en D2, compatible con un probable absceso al ser marcada con gadolinio; dicho absceso comprime la parte anterior de la médula, con edema asociado (figura 1).

El estudio de medicina nuclear muestra un aumento de la captación del trazador en D6 y D7, al igual que sobre los cartílagos de crecimiento de los huesos largos y el polo inferior de la sacroiliaca derecha.

Dadas las características clínicas y epidemiológicas, y a partir del resultado de las pruebas diagnósticas, se decide el ingreso de la paciente para continuar el estudio y descartar una posible tuberculosis ósea. Tras la recogida de jugos gástricos y con el resultado de Mantoux positivo, se inicia tratamiento empírico con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y estreptomina. La radiografía de tórax anteroposterior muestra un ensanchamiento paravertebral bilateral en las vértebras dorsales, pero sin afectación pulmonar; en la lateral se observa una importante cifosis (figura 2). Mediante ecografía abdominal se descarta la presencia de afectación hepática, renal, del bazo y del páncreas. En el hemograma destaca la presencia de anemia (hemoglobina de 11,4 g/dL y hematocrito del 34,4%), con leucocitos y plaquetas normales, aunque la velocidad de sedimentación globular es de 76 mm/h. El resto de los parámetros están dentro de la normalidad.

A los 15 días del tratamiento se realiza cirugía para limpiar el foco de la lesión y proceder a una artrodesis circunferencial con injerto de costilla en D3-D8. En el estudio anatomopatológico de las muestras recogidas, del hueso y el absceso, se visualiza una osteonecrosis extensa, presencia de tejido inflamatorio, crónico y granulomatoso, con células gigantes multinucleadas, compatible con una osteonecrosis y una inflamación crónica necrosante granulomatosa. Mediante la técnica de Ziehl, se observan bacilos ácido-alcohol resistentes.

En el cultivo de jugos gástricos se detecta la presencia de *Mycobacterium tuberculosis complex*, sensible a isoniazida, rifampicina y pirazinamida.

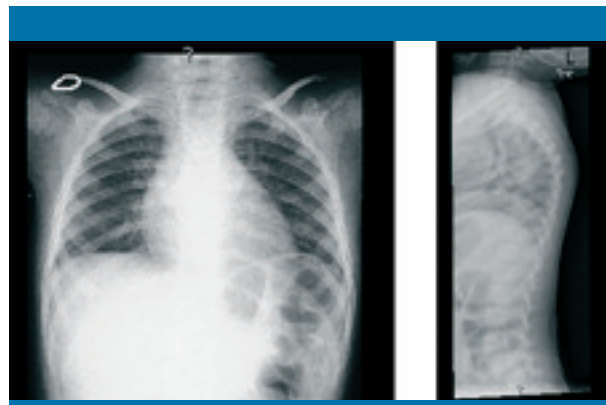


Figura 2

La paciente permanece ingresada con tratamiento tuberculostático durante 2 meses, y es dada de alta con antiinflamatorios, isoniazida y rifampicina, con controles posteriores en las consultas de ortopedia e infecciosas. La evolución es satisfactoria, y se observa la corrección de la cifosis y una normalización de la movilidad torácica.

En el estudio familiar se detecta un Mantoux positivo en los padres, con radiografías de tórax y cultivo de esputos negativos.

Discusión

En 1779, sir Percival Pott describió como mal de Pott al conjunto de giba dorsal, absceso frío y trastornos neurológicos, pero no fue hasta el siglo XIX cuando se estableció el origen tuberculoso de la enfermedad.

M. tuberculosis es un bacilo ácido-alcohol resistente que se adquiere por vía inhalatoria y se extiende desde el pulmón por vía broncogénica, linfática o hematogena, produciendo diferentes cuadros en función del lugar donde asienta⁴.

La espondilitis tuberculosa suele cursar con afectación del estado general, como decaimiento, rechazo del alimento, pérdida de peso o fiebre. Sin embargo, el síntoma más frecuente, como ocurrió en esta paciente, es el dolor en la zona afectada, que se puede irradiar a áreas distales y facilitar la contractura de la musculatura paravertebral^{3,4}. En los niños el dolor de espalda es un motivo de consulta relativamente frecuente que, en general, se puede atribuir a pequeños traumatismos producidos durante el juego o, como en este caso, a una caída de la cama. No obstante, si el dolor se prolonga durante más de 2 semanas, se debe ampliar el estudio diagnóstico.

Otros hallazgos típicos, como el absceso frío y los trastornos neurológicos descritos por Pott, son menos prevalentes y aparecen cuando la enfermedad está más avanzada. Probablemente, el origen rumano de la paciente facilitó la mayor expresividad de la tuberculosis, ya que en los países desarrollados se

cuenta con una mayor asistencia médica, que permite el control de la enfermedad antes de llegar a fases tan avanzadas².

La cifosis que presentaba la niña es actualmente una manifestación infrecuente, que se produce por el derrumbe de la parte anterior de los cuerpos vertebrales⁴. Los abscesos fríos, como el observado en la RM, pueden ser intrarraquídeos y provocar complicaciones neurológicas, o extrarraquídeos, siguiendo la ley de la gravedad.

Además de los dolores radicales, las lesiones neurológicas descritas clásicamente son las paraplejías, que se pueden clasificar en espásticas, si la lesión se produce por encima de L2, donde todavía hay médula, o flácidas, si se producen por debajo, en la zona de la cola de caballo⁵.

Aunque históricamente la espondilitis tuberculosa se ha asociado a la lesión del disco intervertebral³, las últimas series reflejan que la afectación vertebral exclusiva es cada vez más frecuente, sobre todo en los países desarrollados.

Para hacer el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica y epidemiológica de infección por *M. tuberculosis*, ya que las pruebas de laboratorio, el hemograma, la bioquímica y la determinación de reactantes de fase aguda no son específicos, y la prueba de tuberculina puede dar falsos negativos. En la radiografía el hallazgo más frecuente es la osteoporosis, la destrucción de las carillas óseas de los cuerpos vertebrales y la disminución del espacio discal. Pueden observarse también los abscesos como husos que descienden por la región lumbar de forma unilateral o bilateral. La tomografía computarizada, la RM o la gammagrafía son más sensibles que la radiografía, y ayudan a localizar la lesión para facilitar la punción-aspiración

con aguja fina o realizar biopsias para el diagnóstico por histología o microbiología^{6,7}.

El tratamiento se debe realizar con al menos tres fármacos durante un mínimo de 6 meses, a lo que se añade reposo para descargar el peso del cuerpo de las vértebras afectadas y, en ocasiones, como en este caso, la inmovilización con corsé. La cirugía se reserva para los casos de deterioro neurológico grave, como las paraplejías, la inestabilidad o la deformidad espinal, o si el paciente incumple el tratamiento o éste no es efectivo^{3,7}. ■

Bibliografía

1. Altet Gómez M, Alcaide Megías J. La tuberculosis en niños inmigrantes: dificultades y recomendaciones. *An Esp Pediatr.* 2005; 62(1): 1-5.
2. Sanz-Peláez O, Caminero-Luna J, Pérez-Arellano J. Tuberculosis e inmigración en España. Evidencias y controversia. *Med Clin (Barc).* 2006; 126(7): 259-269.
3. García Lechuz J, Julve R, Alcalá L, Ruiz-Serrano M, Muñoz P. Espondilitis tuberculosa o enfermedad de Pott: experiencia en un hospital general. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002; 20(1): 5-9.
4. Tay B, Deckey J, Hu S. Spinal infections. *J Am Acad Orthop Surg.* 2002; 10: 188-197.
5. Abreu Suárez G, González Valdés J, Zamora Fuentes R, Portuondo Leyva R, Sandín Hernández N, Pérez A. Mal de Pott en pediatría: presentación de 5 casos y revisión de la literatura. *Rev Cubana Pediatr.* 2002; 74(3): 247-251.
6. An HS, Seldomridge JA. Spinal infections. Diagnostic test and imaging studies. *Clin Orthop Relat Res.* 2006; 444: 27-33.
7. Rajasekaran S. The problem of deformity in spinal tuberculosis. *Clin Orthop Relat Res.* 2002; 398: 85-92.