

# “DOCTOR, NO ES LUMBAGO TODO LO QUE TENGO”

Fort Gomez, L.F., Martínez Díaz, L., Moreda López, E., Peña Fernandez, M.P., Quijada Rodríguez, J.L.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

## Introducción:

La tuberculosis es una enfermedad que plantea muchos retos diagnósticos y terapéuticos al día de hoy dadas las múltiples presentaciones atípicas que presenta y más aún ahora que cada vez menos frecuente en nuestro medio. Al día de hoy se diagnostica a 2,4-6 casos/100.000 habitantes/año de tuberculosis vertebral y en el caso a presentar a continuación además presenta un caso especialmente difícil de diagnosticar dados las múltiples pruebas negativas que se obtuvieron a lo largo del proceso.

## Caso Clínico:

Varón de 38 años natural de Senegal consulta por lumbalgia de 5 meses de evolución. El dolor es continuo, empeora con los movimientos, le dificulta la deambulación y le impide el descanso nocturno. Refiere astenia asociada a pérdida de peso de aproximadamente 15 kilogramos. A la exploración física destaca postura antiálgica, taquicardia, febrícula de 37'4º y dolor a la palpación en FID derecha con irradiación hacia MID.

Se realizó RMN lumbar que informaba una imagen compatible con proceso neoplasia afectando la totalidad del cuerpo vertebral L4 y el platillo inferior de L3, con masa de partes blandas perivertebral que produce estenosis severa y adenopatías retroperitoneales centrales. En análisis sanguíneo se objetivó una anemia microcítica e hipocrómica, leucocitosis con neutrofilia, PCR y VSG elevadas, perfil hepático colestásico e hipergammaglobulinemia IgG. Durante el ingreso el paciente sufre un aumento progresivo del dolor hasta hacerse incapacitante provocando encamamiento prolongado e imposibilidad para deambular.

Se realizó EMG que informaba afectación neurogénica crónica en los miotomas L4-L5-S1 bilaterales.

Se inició tratamiento empírico frente a sífilis dados los resultados serológicos obtenidos (RPR negativo, Ac-Antitreponema positivos), pese a que el paciente negaba clínica sifilítica, y tratamiento tuberculostático previa confirmación microbiológica por alta sospecha y progresión de la enfermedad, pese a Mantoux y Quantiferon negativos.

Ante las características radiológicas de afectación ósea se planteó el diagnóstico de enfermedad metastásica (elevación de marcadores y lesiones óseas líticas) o neoplásica sincrónica que se descartó con estudio de extensión mediante TAC-TAP y evaluación por parte de otros servicios que descartaron enfermedad neoplásica.

Se tomaron biopsia de lesión ósea en L4 con diagnóstico anatomopatológico de granulomas epitelioides necrotizantes compatibles con tuberculosis pese a Ziel-Neelsen, PAS y PCR-TBC negativas; y posteriormente de D5 y ganglio supraclavicular donde finalmente se objetivó PCR-TBC positiva.

Estos últimos realizaron corpectomía y artrodesis L3-L5. Tras completar estudio se diagnosticó de tuberculosis ósea diseminada y ganglionar

## Referencias bibliográficas

- Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm infecc microbiol clin (Engl)*. 2019;37(6):398–404.
- González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(5):255–74.
- Mensa J, Soriano A, López-Suñé E, Llinares P, Barberán J, Zboromyrska Y. Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2021. ANTARES: España. 31º ed. 2021.
- MS Plenc, M García-Sánchez, J Cruz, R Sánchez-Simón-Talero, M Gimeno, JJ Blanch et al. Tos. En: JL Rodríguez García. *Green Book, diagnóstico y tratamiento médico*. 7ª edición. España: Marbán; 2019. 630-650.
- Aguado JM, Rufi G, García JA, Solera J, Moreno S. *Protocolos clínicos SEIMC*. VII: Tuberculosis.
- Yin R, Wang L, Zhang T, Zhao B. Syphilis of the lumbar spine: A case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(50):e9098.
- Cardenal González IM, Lafuente Salanova FM, Lozano Espinosa M, Barbosa Orellana JL, Martínez Monje F, Leal Hernández M. Dorsalgia persistente en varón de 62 años: ¿dolor mecánico? *Semergen*. 2014;40(1):e14-7.

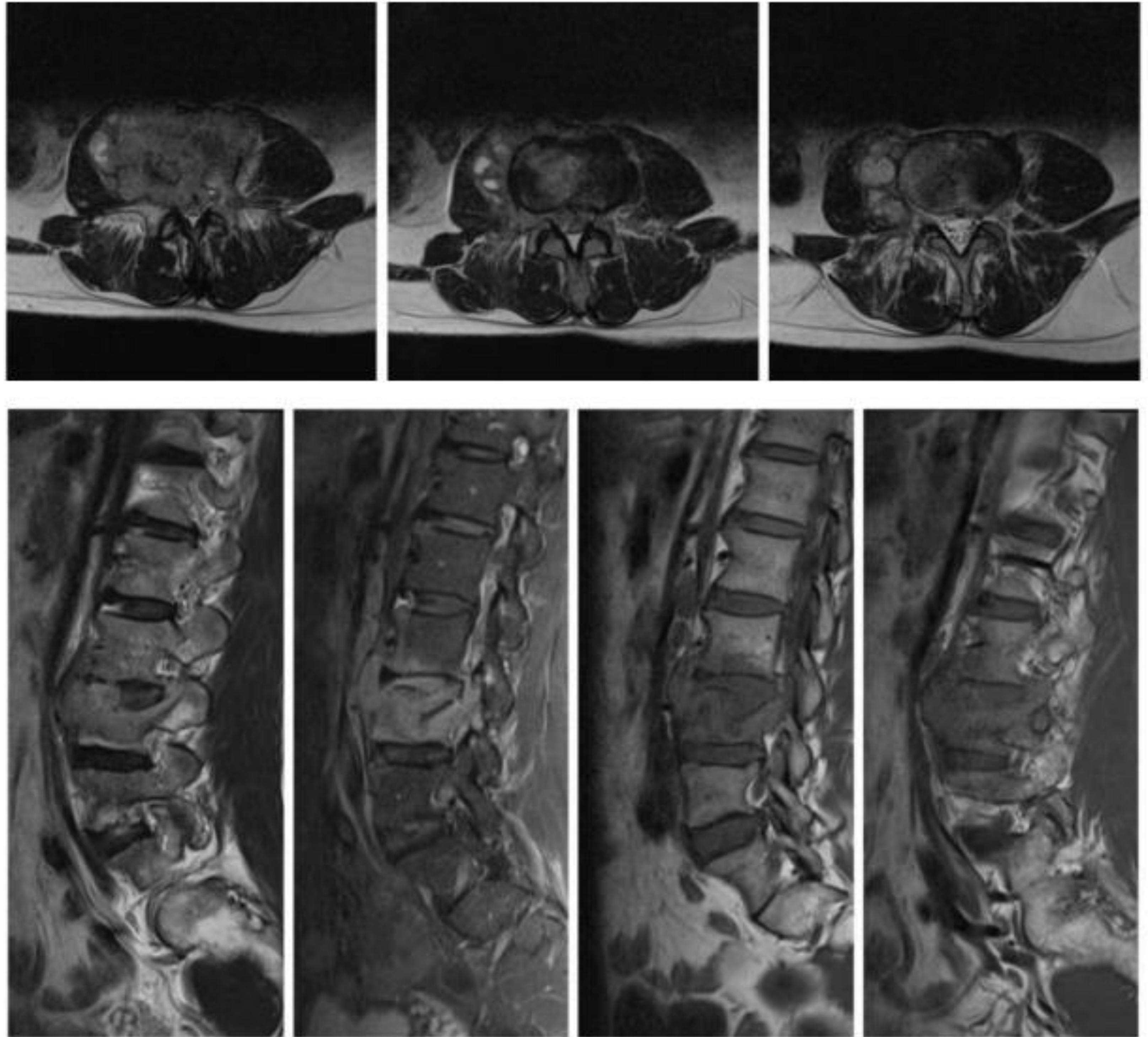


Fig 1: RMN lumbar del paciente, observando lesiones en múltiples niveles

## Conclusiones:

La clave fue identificar el dolor lumbar atípico asociado a cuadro constitucional con una imagen compatible con lesión metastásica por lo que la primera intención fue descartar una neoplasia primaria que presentase lesiones óseas líticas metastásicas (renal, melanoma, mieloma múltiple, no microcítico, tiroides, linfoma o histiocitosis entre otros) e incluso tumores óseos primarios tanto benignos como malignos (sarcomas, plasmocitoma o linfoma).

Se descartó origen tumoral mientras consideramos la etiología infecciosa donde la serología apoyaba la posibilidad de tratarse de gomas sifilíticas pese la ausencia de clínica frente a una infección tuberculosa por la expresión clínica y radiológica pese a resultados microbiológicos negativos. El diagnóstico fue complicado puesto Radiología observaba lesiones de distintas características radiológicas que les sugerían enfermedades de distinta índole (afectación dorsal de origen neoplásico – afectando a pedículos- versus afectación lumbar de origen infeccioso – afectando a cuerpo y disco-) frente a Anatomía Patológica que describía lesiones granulomatosas necrotizantes compatibles con tuberculosis y sin infiltración de células neoplásicas.

Con esto, no debemos perder la pista de que la tuberculosis es una gran imitadora y en ocasiones de difícil diagnóstico microbiológico.