

¿Tuberculosis vertebral en nuestros tiempos?

Autores: JACOB GONZÁLEZ SÁNCHEZ, CÉSAR ADOLFO SALAMANCA ONTIVEROS, PILAR SEÑOR REVUELTO, FEDERICO GARCIA DE LUIS, ADRIÁN GIL TORRANO.

Introducción:

La micobacteria en el 15% de las veces, por vía hematógena, se disemina a nivel corporal, siendo la afectación ósea entorno al 5% de los casos. La localización ósea más frecuente es la columna vertebral, descrita en el siglo XVIII como “Mal de Pott”. La afectación suele ser del cuerpo vertebral, respetando el disco intervertebral ya que la micobacteria no produce colagenasa.

Material y Métodos:

Mujer de 57 años, de origen marroquí, que acude a urgencias por dorsalgia de 3 meses de evolución y que desde hace 10 días presenta hipoestesia desde T5 hacia caudal y disminución de fuerza de extremidades inferiores (4/5), sin pérdida de control esfinteriano. Niega haber presentado fiebre, tos o expectoración alguna.

Se decide ingreso en Medicina Interna, derivada por el servicio de radiodiagnóstico debido a que durante el estudio complementario de su dorsalgia mediante RMN de columna cervico-dorsolumbar (de forma ambulatoria) se observan imágenes compatibles con una espondilodiscitis T3-T4 con absceso paravertebral anterior y epidural con signos de compromiso medular.

Durante el ingreso es valorado por el servicio de COT, que ante las características de la paciente y la clínica presentada se decide realizar un desbridamiento quirúrgico.

Medicina interna inicia tratamiento empírico antibiótico para mycobacterium tuberculosis debido a la alta sospecha.

El día previo a la cirugía, la paciente es resulta dar positivo en Covid con CTs de 16, por lo tanto se considera contagiosa según el protocolo del HUAV.

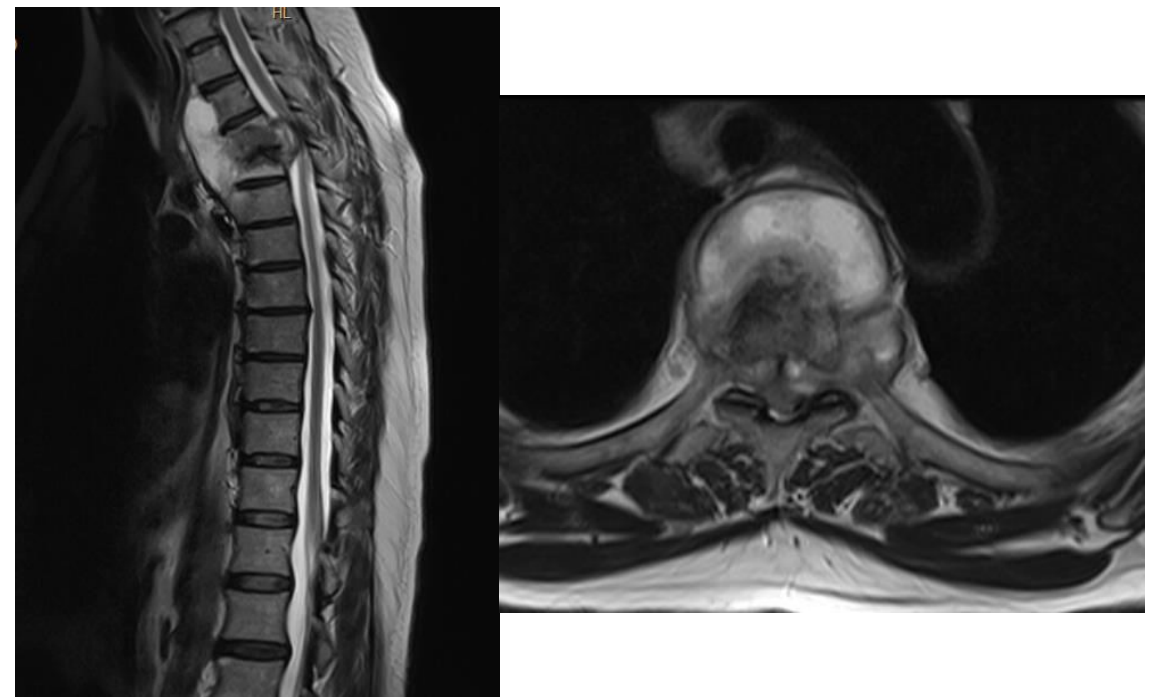


Imagen 1: espondilodiscitis T3-T4 con absceso paravertebral anterior y epidural con signos de compromiso medular

Resultados:

Se realiza un desbridamiento conjunto con Cirugía Torácica.

Se realiza una instrumentación T1-T2, T5-T6, más descompresión medular mediante hemilaminectomía derecha. Además, se realiza una exéresis de la cabeza de la 4ª costilla para drenar del absceso anterior con ayuda de toracoscopia. Se deja drenaje pleural. Todo ello en un quirófano en aislamiento por tuberculosis y COVID +.

En la TC post-intervención quirúrgica, se observa medialización del tornillo pedicular izquierdo de T1 sin repercusión clínica.

2 meses después, habiendo estado en tratamiento con rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol, la paciente va mejorando día a día. Actualmente está en tratamiento únicamente con isoniazida y rifampicina, hasta enero del 2023.

Se realizan controles al mes de la intervención, a los 3 meses, donde la paciente refiere radiculopatía a nivel de C8 izquierdo posiblemente por el tornillo pedicular medializado, y el último control es a los 6 meses, donde la paciente ya no refiere la clínica radicular, deambula correctamente y actualmente presenta dolor dorsal y lumbar.

Por el momento se descarta realizar una reintervención ya que el tornillo medializado no provoca clínica a la paciente.

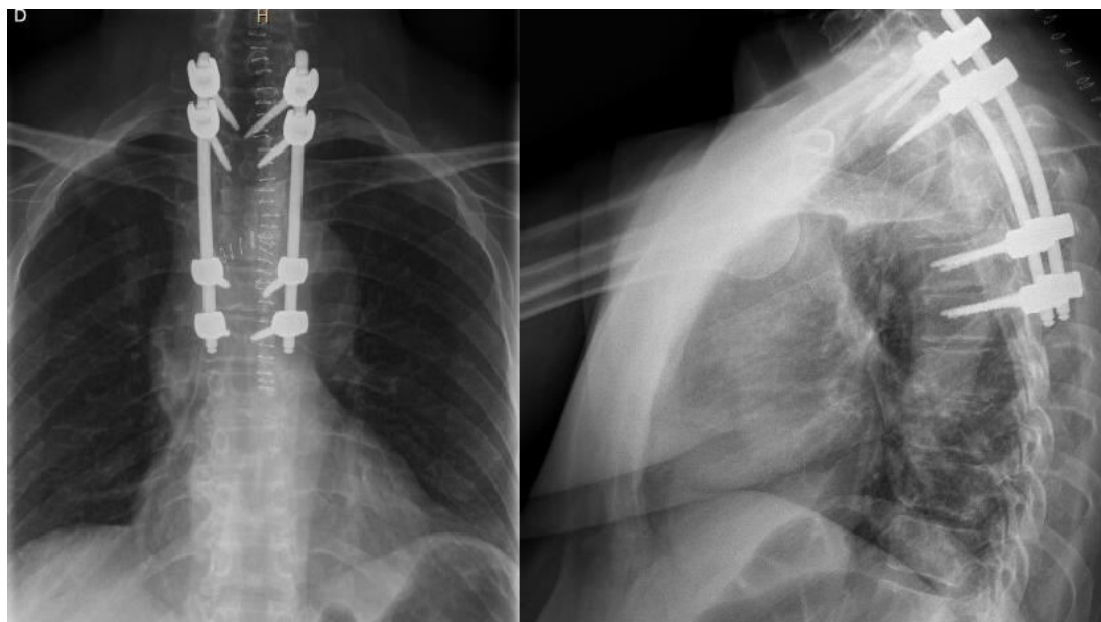
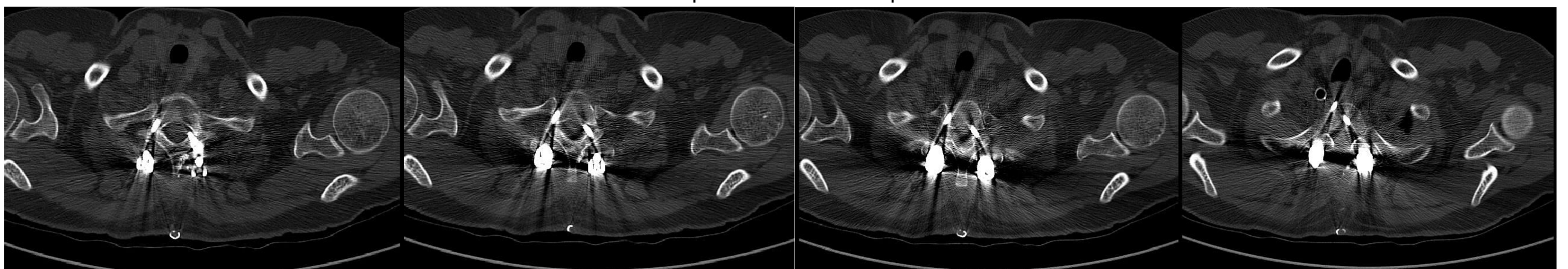


Imagen 2: Rx post-intervención quirúrgica. Artrodesis T1-T2, puenteando T3 y T4 + instrumentación T5-T6.

Imagen 3: TC post-intervención quirúrgica. Se observa medialización de tornillo pedicular izquierdo en T1.



Conclusiones:

A pesar de tener un tratamiento antibiótico efectivo para la tuberculosis, a veces no se llega a desarrollar una primoinfección, lo que puede provocar a la larga el “Mal de Pott”. Es importante tener en cuenta todas las características del paciente para poder realizar un buen diagnóstico diferencial