



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



242/2401 - OTRA VEZ EL VIEJO ENEMIGO AL QUE NUNCA DEBEMOS OLVIDAR

M. Ordóñez Sánchez^a, J. Morais García^b, C. Raliegos Tajahuerce^c, P. Vilorio Vecino^b, J. Álvarez Torices^a y E. Tobal Vicente^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ^bMédico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ^dMédico de Familia. Centro de Salud La Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años con antecedentes de linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio 2A con esplenectomía, en remisión completa, y síndrome de Wolff Parkinson White con ablación exitosa. Intervenida de hernia discal C6-C7. Acude refiriendo desde Agosto, fiebre de semanas de evolución y tos sin expectoración. Solicitamos analítica y radiografía, sin datos de patología aguda. Persisten los síntomas a pesar de analgesia y derivamos a la Consulta de Diagnóstico Rápido, siendo dada de alta sin diagnóstico, permaneciendo afebril. Reacude en Diciembre, refiriendo tos productiva, fiebre y dolor cérico-dorsal, pautándose tratamiento antibiótico y antipirético. Al continuar con fiebre, realizamos analítica, urocultivo y radiografía sin alteraciones y derivamos nuevamente a la Consulta de Diagnóstico Rápido, desde donde ingresa en el Servicio de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: Contractura cervical. Analítica: linfocitosis y VSG 69 mm. Marcadores tumorales, serología, urocultivo, quantiferón y cultivo partes blandas negativos. Proteinograma normal. Mantoux positivo. Radiografía: casquetes apicales. TC cérico-torácico-abdomino-pélvico: aumento de partes blandas de localización paravertebral desde C5 hasta D2. Engrosamientos pleuroparenquimatosos en vértices pulmonares, que asocian pequeñas bronquiectasias. RM columna dorsal y gammagrafía con galio: Espondilodiscitis C7-D1. PAAF colección cervical: células linfoides maduras.

Juicio clínico: Espondilodiscitis C6-D1 de etiología tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: Patología discal. Aplastamiento osteoporótico. Espondiloartropatía. Tumores. Espondilodiscitis de otra etiología.

Comentario final: La espondilodiscitis tuberculosa, causada por M. tuberculosis, supone un 10% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. Su incidencia ha aumentado debido al incremento de la expectativa de vida, de la inmigración y las inmunodeficiencias. Clínicamente se manifiesta por dolor en raquis, fiebre, pérdida de peso y malestar general. Es frecuente el retraso en el diagnóstico, por lo que se deben buscar factores predisponentes. La paciente comenzó el tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, evolucionando favorablemente.

Bibliografía

1. Nolla MJ, Ariza J. Espondilodiscitis infecciosas. En: Farreras Rozman. Medicina Interna, 18^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 978-80.
2. Herrera A, Rodríguez J, Vicente J, Calvo A. Espondilodiscitis tuberculosa. Mal de Pott. Rev Ortop Traumatol. 1998;42:231-42.
3. McDonald M, Sexton D. Skeletal tuberculosis. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Raquis. Tuberculosis. Espondilodiscitis.