



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2028 - Mal de Pott. Tuberculosis vertebral

Í. Goiri Uriarte^a, J. Iturralde Iriso^b, M. López Miralles^c, E. Muro Torres^d, J. Polo Periañez^e, M. Echevarría Díez^f, S. Llano Pajares^c, A. de Azaola Arias^c, A. Lluesma Guillén^g y A. Sauto Gutiérrez^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Martín. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Casco Viejo. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zalalgana. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaramaga. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gazalbide. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sansomendi. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^gMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lakuabizkarra. Vitoria-Gasteiz. Álava. ^hMédico de Familia. Urgencias. Hospital Universitario Txagorritxu. Álava.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 51 años que acude a la consulta por dolor lumbar y febrícula. Refiere cuadro de dolor dorsal y lumbar de características mecánicas, cada vez más invalidante, acompañado de febrícula y quebrantamiento del estado general de unos 8 meses de evolución. No tos ni expectoración. No clínica urinaria y digestiva acompañante. Natural de Pakistán. Valorado por colitis parcheada en fondo de ciego, a descartar causa infecciosa, versus enfermedad inflamatoria intestinal; Colonoscopia realizada en abril de 2011 y con resultado anatomopatológico de: Componente inflamatorio agudo y crónico y ulceración. Anemia ferropénica desde entonces. El paciente no tiene antecedentes personales de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta febrícula 37,6 °C. AS como destacable en analítica. GOT 40 U/L, GPT 52 U/L, Gamma GT 164 U/L, f. alcalina 280 U/L. Proteína C reactiva 113 mg/L. Ferritina 219 ng/mL: Transferrina 209 mg/dL. Sideremia 13 µg/dL. Índice de saturación de transferrina 5%. Hemoglobina 9,9 g/dL. Hematocrito 30%. VCM 70,7 fl. Ancho de distribución eritrocitaria 17,7. Leucocitos 3.700/mm³ con 66% de neutrófilos y 19% de linfocitos. Coagulación bien. Fibrinógeno 530 mg/dL. VSG 79 mm/1ª hora. Serología hepatitis B: antígeno Australia positivo. Anti-Hbc total positivo. Anti-HBs 1.98. Anti-HBcIgM positivo. Serología HIV negativo. Serología lúes negativo. Interferón gamma tuberculosis positivo. Serología Brucella negativo. Radiografía de tórax: patrón reticulonodulillar difuso bilateral, compatible con tuberculosis (TBC) miliar. Radiografía de columna dorsal y lumbar: desaparición del disco intervertebral T12-L1. TAC torácico: patrón miliar sugerente de TBC miliar.

Juicio clínico: Tuberculosis diseminada. Tuberculosis miliar no bacilífera. Mal de Pott.

Diagnóstico diferencial: Neurosífilis. Neurobrucelosis. Neurosarcoidosis. Astrocitoma de bajo grado. Linfoma del SNC. Toxoplasmosis. Metástasis. Osteomielitis piógena.

Comentario final: La TBC de la columna vertebral es la localización más frecuente después de la

pulmonar, representando el 40% de las tuberculosis osteoarticulares. La localización más frecuente es la porción inferior de la columna torácica y la porción superior de la lumbar. La colonización vertebral por el *Micobacterium tuberculosis* a partir de un complejo primario pulmonar, por vía hematogena. Raramente el foco vertebral es primario. El cuadro clínico se caracteriza principalmente por compromiso del estado general, falta de fuerzas, decaído, con pérdida de apetito y peso y fiebre vespertina. Por otro lado presentan dolor y rigidez según la localización de la afectación a nivel de la columna lumbar. Entre las complicaciones destacamos la giba dorsal, el absceso osifluente y las alteraciones neurológicas. El diagnóstico se basa en la anamnesis, exploración física, examen radiológico y examen de laboratorio. El primer signo radiográfico es la osteoporosis del cuerpo enfermo. El examen más frecuentemente alterado en las pruebas de laboratorio es la velocidad de sedimentación. Los otros exámenes usados como hemograma, baciloscopia o estudio bacteriológico son los mismos que se usan para la enfermedad tuberculosa general. La biopsia se hace generalmente por punción. El tratamiento médico sería isoniazida, rifampicina, piracinamida y etambutol diariamente durante 2 meses, prosiguiendo con isoniacida y rifampicina diarias, 4 meses más. Por último el tratamiento quirúrgico estaría indicado en casos que haya compromiso neurológico, secuelas de cifosis con dolor persistente e inestabilidad vertebral.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://escuela.med.puc.cl/publ/OrtopediaTraumatologia>
2. Harrison Medicina. mhmedical.com