



SITUACIÓN CLÍNICA

Dorsalgia persistente en varón de 62 años: ¿dolor mecánico?

I.M. Cardenal González, F.M. Lafuente Salanova, M. Lozano Espinosa,
J.L. Barbosa Orellana, F. Martínez Monje y M. Leal Hernández*

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España

Recibido el 14 de julio de 2012; aceptado el 1 de octubre de 2012
Disponibile en Internet el 6 de diciembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Espalda;
Tuberculosis;
Pott;
Absceso

Resumen Se trata de un varón de 62 años, con antecedentes de tuberculosis pulmonar, que consulta en varias ocasiones a su médico de atención primaria por dorsalgia resistente al tratamiento analgésico/antiinflamatorio, y que generalmente coincide con la actividad física. Inicialmente se diagnosticó de dolor de características mecánicas pero ante la falta de respuesta al reposo y tratamiento, se solicitó resonancia magnética de columna que informó de metástasis óseas. Posteriormente se deriva al paciente para estudio hospitalario al servicio de medicina interna. La anatomía patológica descartó la presencia de células neoplásicas, y en las pruebas de imagen se evidenciaron alteraciones radiológicas en cuerpos vertebrales (osteomielitis-discitis), asociadas a absceso epidural, compatibles con mal de Pott tuberculoso. © 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pain;
Back;
Tuberculosis;
Pott's disease;
Abscess

Persistent backache in a 62 year-old male: Mechanical pain?

Abstract The case is presented of a 62 year old man with a history of pulmonary tuberculosis, repeatedly consulting his primary care physician for treatment of analgesic / anti-inflammatory resistant back pain, and usually coincided with physical activity. It was initially diagnosed as mechanical pain, but in the absence of response to rest and treatment a magnetic resonance of the spine was requested, which reported bone metastases. The patient was then referred to Internal Medicine for further tests in hospital. The histopathology ruled out the presence of neoplastic cells, and imaging tests showed radiographic abnormalities in vertebral bodies (osteomyelitis-discitis) associated with epidural abscess, compatible with Pott's disease, a kind of tuberculous arthritis of the intervertebral joints.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La tuberculosis vertebral ha sido reconocida a lo largo de la historia como la infección espinal más común en el mundo. A pesar de los avances en el diagnóstico radiológico y en el

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: arboleja@yahoo.es (M. Leal Hernández).

tratamiento antituberculoso, algunos países han registrado un resurgimiento en la incidencia de tuberculosis, atribuido principalmente a un incremento del número de personas con inmunodepresión (sobre todo virus de la inmunodeficiencia humana), al desarrollo de fármacos resistentes a *Mycobacterium*, al envejecimiento de la población y a un incremento en el número de trabajadores expuestos a la enfermedad.

La tuberculosis (TBC) vertebral es la localización más frecuente después de la pulmonar, representando el 40% de las tuberculosis osteoarticulares. La naturaleza esponjosa del cuerpo vertebral favorece la localización del germen, y rápidamente se produce afectación del disco y del cuerpo vertebral vecino^{1,2}. *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) llega al cuerpo vertebral casi siempre desde un foco primario que, en la mayoría de los casos, es el pulmonar. La sintomatología derivada de la afectación vertebral se produce por afectación local. Aparece dolor (cervical, dorsal y/o lumbar) de características inflamatorias, que a veces se confunde con dorsalgias o lumbalgias de carácter mecánico. Hay una rigidez de columna por contractura de la musculatura paravertebral, que trata de evitar el dolor por el movimiento. También se produce una dificultad para la deambulación por el dolor, con cansancio precoz y aparente astenia.

El mal de Pott es el conjunto de las complicaciones de la tuberculosis vertebral, que son la giba dorsal, el absceso osifluente y los trastornos neurológicos acompañantes (paraplejía). El diagnóstico de la tuberculosis vertebral suele ser tardío, porque en sus estadios iniciales suele confundirse con espondilitis infecciosas piógenas, brucelósica o fúngica, y en muchos casos se confunde con neoplasias^{3,4}.

Los modernos métodos de radiodiagnóstico (tomografía computarizada [TC] y resonancia magnética [RM]) aportan mucho al reconocimiento de esta enfermedad, sin embargo en la actualidad existen pocos estudios sobre ello. La RM se considera de primera elección por su mayor sensibilidad en la detección de la afectación de partes blandas (abscesos paravertebrales) y de la extensión de la enfermedad hacia el canal medular. La TC resulta superior en la detección de lesión ósea.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 62 años que consulta por primera vez en nuestra consulta por dolor dorsolumbar tras haber realizado, en los días previos, ejercicio físico (levantamiento de pesas y remo). Como antecedentes personales destacar tuberculosis pulmonar sufrida en la juventud, y que recibió tratamiento antituberculoso adecuado. A la exploración física presenta dolor en la musculatura paravertebral a nivel dorsolumbar de características mecánicas y contractura muscular paravertebral derecha a nivel dorsal. Inicialmente es tratado con paracetamol, 1 g cada 8 h, diclofenaco, 100 mg cada 12 h, diazepam, 5 mg por la noche, y reposo.

Dos días después consulta de nuevo por persistencia de la sintomatología a pesar de estar cumpliendo el tratamiento. Se solicita radiografía de columna dorsal y lumbar, se añade 100 mg de tramadol cada 12 h al tratamiento previo, con lo cual presenta leve mejoría. En la radiografía de columna se aprecian osteofitos de D3 a D7 y escoliosis lumbar, así como leve hiperlordosis dorsal. Se deriva a traumatología.

A la semana de la consulta inicial el paciente acude a urgencias hospitalarias por dolor intenso y es diagnosticado de «dolor de características mecánicas», con signos radiológicos compatibles con artrosis leve-moderada en la radiografía de columna dorsolumbar.

Dos semanas después acude de nuevo a la consulta de su médico de familia refiriendo astenia y pérdida de peso (aproximadamente 7 kg en los 2 últimos meses). Se solicita nueva analítica, radiografía y densitometría ósea. Radiológicamente sigue sin cambios, la densitometría ósea muestra un T score de cadera y de columna dentro de los límites de la normalidad, y en la analítica destacaba lo siguiente: velocidad de sedimentación globular (VSG) 117 mm y anemia normocítica y normocrómica. Ante estos datos se decide realizar interconsulta al servicio de reumatología para descartar un proceso autoinmune de base y se solicita, además, RM de columna completa.

La RM informa de «metástasis vertebrales desde la cuarta hasta la séptima vértebra dorsal con afectación del canal y del cordón medular». Con este informe derivamos al paciente a urgencias de su hospital de referencia para ingreso a cargo de medicina interna y estudio de posible neoplasia con metástasis óseas. La analítica en el ingreso muestra las siguientes alteraciones: hemoglobina 10,8 g/dl, hematocrito 32,9%, VSG 111 mm, gammaglutamil transferasa 150 U/l y lactato deshidrogenasa 340 U/l. Se descartó enfermedad autoinmune, a pesar de elevación de la VSG, por estudio de autoinmunidad con anticuerpos organoespecíficos negativos, e inmunoelectroforesis, de sangre y orina, normales. Se realizan marcadores tumorales (alfafetoproteína, antígeno prostático específico, antígeno carcinoembrionario, Ca 19.9, y beta-2-microglobulina) que no mostraron alteraciones. El electrocardiograma, la ecocardiografía y la ecografía de abdomen fueron normales. La radiología de tórax no presentaba signos de infiltrados ni derrames. Una primera TC torácica informa de «adenopatías subcarinales calcificadas. Masa de partes blandas del espacio pre y paravertebral desde carina (D4) hasta 6 cm por debajo. Rotura de la cortical de al menos una vértebra de las incluidas en este segmento. En el parénquima pulmonar se aprecian lesiones fibróticas apicales bilaterales residuales que se pueden corresponder con una TBC previa. Hígado, páncreas, bazo y suprarrenales normales».

Para el estudio de las posibles metástasis, se realizan 2 punciones aspiraciones guiadas por TC que resultaron infructuosas, por lo que se decidió, junto con el servicio de neurocirugía, extraer mediante cirugía una muestra de las mismas, que según el servicio de anatomía patológica no presentaba células neoplásicas, tan solo mínimas alteraciones inflamatorias. También se realiza una RM cervicotorácica compatible con osteomielitis/discitis desde la cuarta hasta la séptima vértebra dorsal asociada a absceso epidural anterior con afectación del canal y mielopatía secundaria, indicativa de enfermedad de Pott. Una segunda TC torácica, llevada a cabo 35 días después de la primera, reveló lesiones compatibles con discitis desde la tercera hasta la sexta vértebra dorsal que también podrían corresponder con una TBC o una brucelosis. Se contactó con el servicio de radiología intervencionista quien practicó una biopsia guiada por TC que mostró una anatomía patológica compatible con osteomielitis y en el cultivo no se aisló crecimiento bacteriano. Mientras tanto, la intradermorreacción



Figura 1 Resonancia magnética que evidencia las secuelas.

de Mantoux, la tinción de esputo Ziehl-Neelsen, la PCR para *M. tuberculosis* y la serología de Brucella habían sido negativas.

Se decide inicio de tratamiento antituberculoso y alta hospitalaria con juicio diagnóstico de osteomielitis desde la cuarta hasta la séptima vértebra dorsal asociada a absceso epidural anterior de probable etiología tuberculosa (mal de Pott).

La sintomatología del paciente fue mejorando lentamente aunque sin llegar a quedar asintomático, por los cambios degenerativos que ya se habían hecho patentes y que no respondían bien a analgesia de primer escalón. En la [figura 1](#) se aprecian las secuelas que quedaron al paciente tras practicar una RM posterior al tratamiento.

Discusión

El presente caso clínico presentó especiales dificultades para llegar a un diagnóstico correcto, en primer lugar por la sintomatología inicial que señalaba una causa mecánica como primera hipótesis diagnóstica, y en segundo lugar porque las pruebas complementarias eran inicialmente inespecíficas.

En principio la clínica del paciente fue atribuida a una causa mecánica, sobre todo por el esfuerzo físico previo que refería. Incluso se llegó a plantear la somatización del paciente, pues no mejoraba con analgesia, no había nada llamativo en la clínica concomitante, y el paciente había comenzado con síntomas depresivos, astenia y pérdida de apetito. Llegado a este punto es muy importante en toda historia clínica realizar correctamente la anamnesis para que no pase desapercibido ningún hallazgo que pueda ser clave para llegar al diagnóstico correcto del paciente. En el caso

que nos ocupa, sabiendo el antecedente de TBC pulmonar y con una analítica que mostraba una VSG muy elevada hace pensar de entrada en un proceso infeccioso o inflamatorio, que puede o no estar relacionado con la TBC previa. En el presente caso clínico sí estaba relacionada y el paciente posteriormente fue diagnosticado tras estudio de mal de Pott. El llamado mal de Pott, y como sucede en el presente caso, en estadios iniciales suele confundirse con diagnósticos banales tipo enfermedad osteoarticular, pero dados los antecedentes del paciente, la etiología inflamatoria era una opción que se debía tener muy en cuenta ya que es de suma importancia un diagnóstico precoz dadas las relevantes, y rápidamente progresivas, secuelas que pueden llegar a presentarse. Aunque tras 8 semanas de estudio hospitalario no se llegó a dilucidar el agente causal de la discitis, existía una alta sospecha del origen tuberculoso por la radiología y los antecedentes de TBC pulmonar del paciente.

Tras iniciar terapia antituberculosa el paciente comenzó a presentar una clara mejoría clínica lo cual también respaldaba la sospecha diagnóstica.

Existen casos similares en la bibliografía en los cuales no siempre ha sido sencillo llegar a un diagnóstico correcto⁵⁻¹⁰. Por tanto, ante casos de dolor vertebral que persiste a pesar del tratamiento no solo debemos pensar en una afección discal degenerativa o mecánica, sino que siempre debemos descartar procesos vertebrales inflamatorios como puede ser el mal de Pott.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lu M. Imaging diagnosis of spinal intramedullary tuberculoma: case reports and literature review. *J Spinal Cord Med.* 2010;33:159–62.
2. González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Consensus document on the diagnosis, treatment and prevention of tuberculosis. *Arch Bronconeumol.* 2010;46:255–74.
3. Mondol BA, Siddiqui MR, Mohammad QD, Saha NC, Hoque MA, Uddin MJ. Tuberculosis of the central nervous system. *Mymensingh Med J.* 2010;19:312–22.
4. Kenyon PC, Chapman AL. Tuberculous vertebral osteomyelitis: findings of a 10-year review of experience in a UK centre. *J Infect.* 2009;59:372–3.
5. Silverstein MP, Lieberman IH, St Clair S, Kayanja M, Bancroft LW. Your diagnosis? Pott's disease. *Orthopedics.* 2012;35:344–7.
6. Choo CY, Pan WJ, Lee HC. Spinal tuberculosis as a cause of low back pain—a timely reminder. *Pain Med.* 2012;13:613–4.
7. Wang H, Li C, Wang J, Zhang Z, Zhou Y. Characteristics of patients with spinal tuberculosis: seven-year experience of a teaching hospital in Southwest China. *Int Orthop.* 2012;36:1429–34.
8. Fedoul B, Chakour K, El Faiz Chaoui M. Pott's disease: report of 82 cases. *Pan Afr Med J.* 2011;8:22.
9. Garg RK, Somvanshi DS. Spinal tuberculosis: a review. *J Spinal Cord Med.* 2011;34:440–54.
10. Shikhare SN, Singh DR, Shimpi TR, Peh WC. Tuberculous osteomyelitis and spondylodiscitis. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2011;15:446–58.