

ENFERMEDAD DE POTT, INFRADIAGNÓSTICO EN NUESTRO MEDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Aranda Palomo, Nerea; Durá Mota, Eva; Marquina Ferrer, Hugo; Jover Mendiola, Antonio Damián; Ferrándiz Candalija, Carlos
Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante

Objetivos

La espondilitis por tuberculosis (TBC) o mal de Pott en nuestro medio es rara, sin embargo, es la localización musculoesquelética más frecuente en la infección por TBC, entre un 30-40% según las series. El objetivo es presentar un caso de espondilodiscitis tuberculosa en nuestro medio

Material y métodos

Mujer de 46 años con dorsalgia progresiva e incapacitante de 10 meses de evolución. Original de Rusia, relaciona el inicio de los síntomas con una crisis tusígena.

EXAMEN FÍSICO: Dolor interescapular. Deformidad dorsal hipercifótica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Vacuna BCG en infancia. Serología negativa para Brucella, VHB, VHC y VIH. Marcadores tumorales negativos. Interferón gamma positivo. RM dorsal: – Infiltración de somas D7 y D8 con afectación prevertebral derecha. Hundimiento del platillo vertebral superior de D8 con pérdida de altura menor al 30%. (Figura 1). Biopsia percutánea D8 con tinción Ziehl-Nielsen y cultivo Lowestein positivo.



Figura 1

Figura 2

Resultados

Manejo inicial conservador con fármacos e inmovilización con corsé TSLO. Se realizó seguimiento evolutivo: Nueva RMN de control a los 8 meses: colapso y destrucción de D8 con retropulsión del muro posterior que condiciona estenosis del canal medular e hipercifosis segmentaria 18° (D7-D9). Infiltración de D7 y edema prevertebral D7-D10 (Figura 2)

Persistencia de la clínica de dolor con mal manejo con analgésicos y empeoramiento radiológico por lo que se decide manejo quirúrgico: Intervenida por doble vía con neuromonitorización intraoperatoria, se inicia en decúbito lateral por toracostomía derecha con costectomía VII, discectomía y corpectomía D7-D8 con sustitución intersomática expansible con autoinjerto costal. Seguidamente, en decúbito prono, se completa la cirugía con artrodesis posterior D4-D11 cementada y osteotomías tipo Smith-Petersen de D6 a D9 con corrección de cifosis. (Figura 3 y 4)

EVOLUCIÓN: Realizada la intervención, esta finalizó sin complicaciones con una evolución favorable al alta y durante el seguimiento postoperatorio

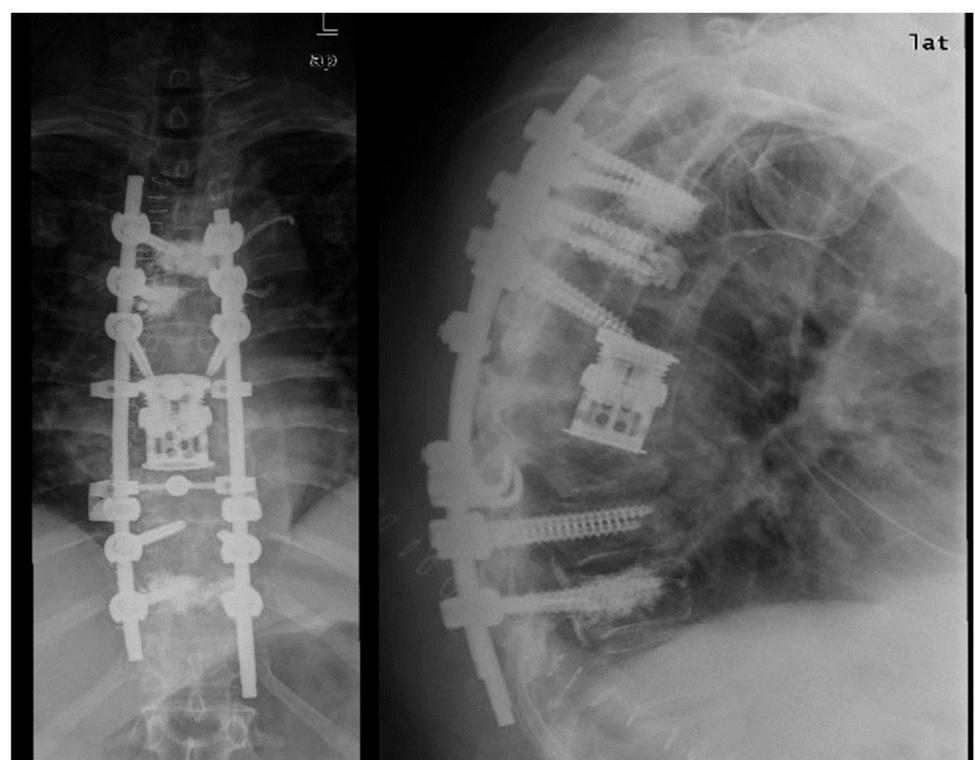


Figura 3

Figura 4

Conclusiones

En nuestro medio, la espondilodiscitis tuberculosa puede resultar un reto diagnóstico hasta la aparición de fracturas vertebrales o síntomas neurológicos. El tratamiento estándar sigue siendo farmacológico; pero es preciso un seguimiento para detectar situaciones que potencialmente requieran un tratamiento quirúrgico, tales como inestabilidad por destrucción ósea, deformidad, absceso epidural, fracaso terapéutico, o de mayor urgencia como el síndrome de cauda equina, el déficit neurológico progresivo o la septicemia. Las diferentes vías de abordaje y técnicas quirúrgicas dependen de la experiencia del cirujano y deben ser individualizadas a caso, siendo el abordaje combinado la mejor opción para pacientes con espondilodiscitis compleja como el Mal de Pott.