

Espondilodiscitis Tuberculosa

Instantánea Clínica

Jorge Ignacio Magaña-Reyes¹, Luis Gerardo Domínguez-Carrillo²

¹ Radiólogo. Gestalt Imagen. Hospital Villas del Campestre, León, Guanajuato. México.

² Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

Fecha de recepción del manuscrito: 12/Agosto/2020

Fecha de aceptación del manuscrito: 02/Agosto/2021

Fecha de publicación: 31/Enero/2023

DOI: 10.5281/zenodo.7591150

Creative Commons: Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional.

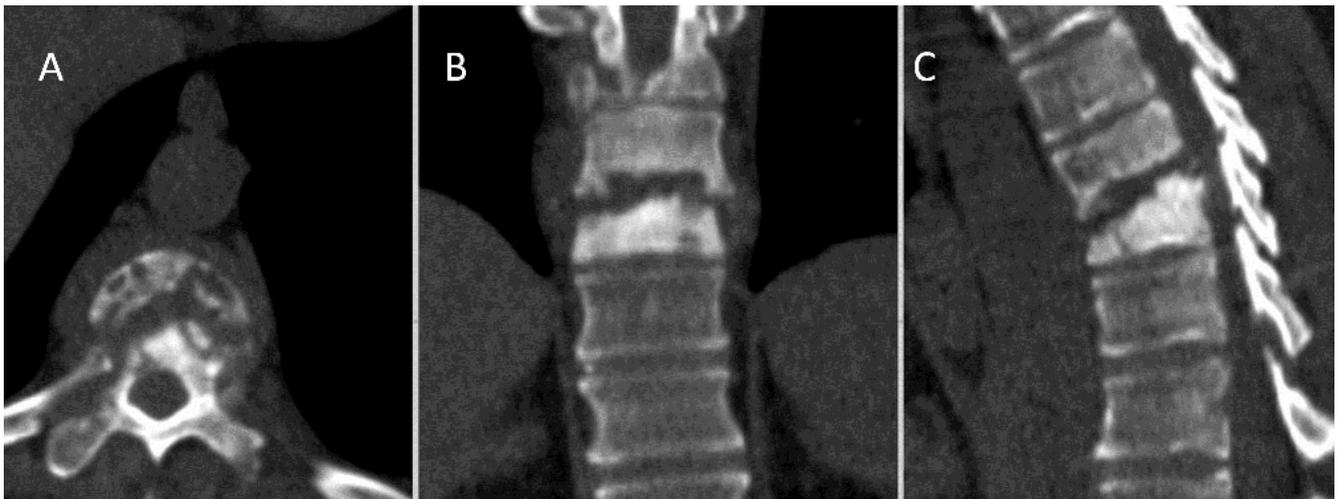


Figure 1: Imágenes de Tomografía computarizada a nivel de T8-T9, en cortes axial (A), coronal (B) y sagital (C), mostrando lesión destructiva lítica del cuerpo vertebral T9 e irregularidad del platillo inferior de T8, con acuñamiento anterior e hiperdensidad de T9, discreto aumento de densidad de tejidos blandos paravertebrales abarcando ambas vértebras, correspondiendo a espondilodiscitis, que respeta los espacio intervertebrales.

Masculino de 43 años de edad con antecedentes de diabetes tipo II de 5 años de evolución con control irregular con hipoglucemiantes orales, derivado a Rehabilitación por medicina general; presenta dolor dorso-lumbar sin causa aparente, de 25 días de evolución, con calificación 7/10 en escala visual análoga del 1 al 10 (EVA), con exacerbación nocturna (9/10) con antiinflamatorios y analgésicos. A la exploración dirigida: xifosis torácica e hiperlordosis lumbar, marcha normal. Dolor exquisito a la presión y digito-percusión de apófisis espinosas de T8-T9, moderado incremento de tono muscular en paravertebrales dorso-lumbares. Movilidad de miembros inferiores, reflejos osteotendinosos, sensibilidad y llenado capilar normales. Se solicitó Tomografía computarizada, la cual mostró: espondilodiscitis (Figura 1).

Por las características radiológicas, ausencia de fiebre y el antecedente de diabetes mellitus, se efectuó diagnóstico presuncional de espondilodiscitis tuberculosa, por lo que se derivó a realización de punción de la lesión y a Centro de Salud de Secretaría de Salubridad para iniciar pruebas confirmatorias e inicio de tratamiento antifímico.

La espondilodiscitis es una infección, generalmente bacteriana, que afecta a los cuerpos vertebrales y a sus respectivos discos adyacentes, llevando a la destrucción e inestabilidad de las estructuras afectadas. Se estima una incidencia de 2,4-6 casos/100.000 habitantes/año, con una mortalidad en torno al 5%. Los factores de riesgo determinantes son: aumento de la esperanza de vida, presencia de Diabetes mellitus, lesiones vertebrales previas, e inmunodeficiencias y el uso de tratamientos inmunosupresores.¹

La espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott² corresponde al 50% de los casos de afectación esquelética y al 1-5% de todos los casos de infección por dicho germen. La región dorsal es la zona de mayor asiento, siendo una severa condición clínica, la cual puede ocasionar gran deformidad y complicaciones neurológicas precoces. El diagnóstico de tuberculosis de columna vertebral es esencialmente imagenológico y microbiológico, donde la RNM de columna y el aislamiento del bacilo por punción de columna guiado por TAC constituyen los pilares del mismo;³ recientemente se han incorporado técnicas de biología molecular (PCR) e inmunológicas (IGRAS)⁴ que permiten una aproximación más exacta y precoz, sin embargo, continúa siendo un desafío diagnóstico, pues lo insidioso e inespecífico de los síntomas, así como el bajo índice de sospecha hacen que el retraso diagnóstico sea la regla, teniendo en mente el diagnóstico diferencial⁵ con infección piógena (principalmente *Staphylococcus aureus*), brucelosis, infección fúngica y sarcoidosis.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento del trabajo fue cubierto por los autores.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores niegan presentar conflictos de interés en este trabajo

REFERENCES

- [1] Laur O, Mandell JC, Titelbaum DS, Cho C, Smith SE, Khurana B. Acute non traumatic back pain: Infections and Mimics. *Radiographics* 2019; 9: 287- 288. doi:10.1148/rg.2019180077.
- [2] Ramírez HM, Arenal LR, Anino FJ, Villasanti RN. Mal de Pott: una causa infrecuente de dolor dorsolumbar en nuestros días. *Reumat Clin* 2016; 12: 109-111. DOI: 10.1016/j.reuma.2015.05.003
- [3] Medina PR, Rosas RM, Barragán HR, Alvarado OI, López CG, Montiel JA, et al. Tuberculosis de columna vertebral: experiencia en un hospital de tercer nivel en Puebla, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55 Supl 1:S80-S84.
- [4] Graña D Ponce de León C, Danza A, Gutiérrez I, Dufrechu C. Espondilodiscitis tuberculosa: uso de los exámenes complementarios con una nueva perspectiva A propósito de dos casos clínicos y revisión de la literatura. *Arch Med Interna* 2015; 37:18-22
- [5] Duarte RB, López DS, Becerra HB, de la Paz PJ, Pedreja BM, Tuberculosis vertebral Spinal tuberculosis. *Rev Ciencias Médicas* 2015;19: 956-964. rpr 18515.