

Pott's disease. A case report

Carlos Arturo Barrera, MD.

Dayana Morales MD

ESE Hospital Cari, Barranquilla, Colombia

Recibido: 17/11/2016

Aceptado: 18/03/2017

Publicado: 25/06/2017

Correspondencia:

c.barrera@gmail.com

dayana.morales@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.18041/2390-0512/bioc..2.2296>

Cómo citar: Barrera C, Morales D. Enfermedad de Pott: A propósito de un caso. *Bioc.* [Internet]. 25jun.2017 [citado diames.año];12(2). Available from: <http://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/2296>



Open Access

@Copyright: Revista Biociencias 2017

Resumen

Un tercio de la población mundial está infectada por tuberculosis. Cada año en el mundo se reportan de 8 a 10 millones de casos nuevos de tuberculosis, y cerca de 3 millones fallecen a causa de la enfermedad. Suele afectar los pulmones, pero en 33 % de los casos afecta otros órganos. La tuberculosis vertebral ocurre en menos de 1% de los pacientes, es más frecuente en niños que adultos. Los datos clínicos más comunes son: dolor, limitación funcional, y contractura muscular. En etapas avanzadas presenta una giba dorsal, y alteraciones neurológicas. Presentamos el caso de una paciente femenina de 55 años con dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo de 4 meses de evolución. Estudios imagenológicos revelan deshidratación del disco intervertebral L4-L5, acunamiento del cuerpo vertebral de L2-L3 con desplazamiento del muro posterior en L2. Recibió tratamiento médico, se realiza biopsia por aspiración guiada por fluoroscopia y se envían muestras para histopatología y cultivo para micobacterias con adecuada respuesta clínica.

Palabras clave: Tuberculosis, Enfermedad de Pott, Tuberculosis vertebral

Abstract

A third of the global population is infected with tuberculosis. Each year in the world are reported from 8 to 10 million new cases of tuberculosis, and about 3 million die of the disease. It usually affects the lungs, but in 33% of cases affect other organs. Spinal tuberculosis occurs in less than 1% of patients, is more common in children than adults. The most common clinical data are pain, functional limitation, and muscular contraction. In advanced stages has a dorsal hump, and neurological disorders. We report the case of a female patient of 55 years with low back pain radiating to the left leg 4 months. Imaging studies reveal dehydration L4-L5 intervertebral disc, vertebral body wedging L2-L3 of the rear wall displacement in L2. He received medical treatment, aspiration biopsy was performed guided by fluoroscopy and sent samples for histopathology and culture for mycobacteria with adequate clinical response.

Keywords: Tuberculosis, Pott's disease, Spinal tuberculosis

I. Introducción

Cada año en el mundo se reportan de 8 a 10 millones de casos nuevos de tuberculosis, y cerca de 3 millones fallecen a causa de la enfermedad. Veinte millones están activos y un tercio de la población mundial ha tenido contacto con el bacilo tuberculoso. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la Tuberculosis es la primera causa de muerte por un agente infeccioso (1-6).

En América Latina, se calculan 400 mil casos nuevos al año, y entre 60 y 75 mil personas mueren por Tuberculosis anualmente (5). Esta enfermedad suele afectar los pulmones, pero en 33% de los casos afecta otros órganos (1). La tuberculosis espinal ocurre en menos de 1% de los pacientes con tuberculosis (2,9). Y es más frecuente en niños que en adultos en países en desarrollo (10,11).

En 1779, Sir Percival Pott hace la primera descripción científica de la enfermedad, describiendo la sintomatología, los periodos evolutivos y mencionando que las complicaciones de la tuberculosis vertebral son: cifosis o giba dorsal, absceso frío oscifluente, y el déficit neurológico, de allí el nombre de Enfermedad de Pott (2,12, 13).

II. Reporte de caso

Paciente femenina de 55 años de edad sexo femenino con antecedentes de tuberculosis pleural diagnosticada hace 6 meses, Videotoracoscopia, decorticación pleural más lobectomía segmentaria, recibió tratamiento antifímico acortado supervisado completo recibió tratamiento Isoniazida, pirazinamida, rifampicina, etambutol por 2 meses y luego Isoniazida mas rifampicina tab (150 mg/150 mg) tres veces por semana por 4 meses, finalizando tratamiento de segunda fase hace 14 días a su ingreso al servicio de medicina interna.

Con cuadro crónico de dolor lumbar incapacitante y poca respuesta a los tratamientos tipo analgésicos. Es referida al servicio de neurocirugía porque el dolor le producía limitación funcional, con datos al examen clínico de dolor en región lumbar a nivel de L2-L4 a la digitopresión, sin disminución de la fuerza muscular, y conservación de los reflejos osteotendinosos, pero con exacerbación del dolor a la flexión activa de muslo izquierdo. Dentro de las pruebas de laboratorio se muestra una hemoglobina de 11,8 g/dl. El resto de los exámenes se encuentra dentro de los valores normales. La prueba de Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzima (ELISA) para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) resultó negativa. Con evidencia imagenológica de deshidratación del disco intervertebral L4-L5, acúñamiento del cuerpo vertebral de L2-L3 con desplazamiento del muro posterior en L2, condicionado un conducto estrecho (Figura 1).

Por lo que se realiza por parte de neurocirugía una biopsia transpedicular dirigida por fluoroscopia, obteniéndose líquido amarillento espeso el cual es enviado a cultivo para micobacterias, Gram y citológico que reporta negativo para gérmenes comunes y se descarta origen piógeno, Por otro lado se descarta una posible lesión infiltrativas de tipo metastásico de sitio primario a determinar por lo

cual se realiza búsqueda activa por medio de la ecografía pélvica la cual fue normal, radiografías de huesos largos, tórax, y cráneo negativas (Figura 2 y Figura3).

Figura. 1. RNM de columna lumbosacra simple



Fuente: Archivos clínicos

Figura 2. La silueta cardiaca tiene aspecto y dimensiones normales, derrame pleural derecho, expansión pulmonar izquierda conservada, las cúpulas diafragmáticas están en buena posición, y los senos costofrenicos están libres, el sistema óseo visible no muestra alteraciones.



Fuente: Archivos clínicos

Se solicita la realización de una electroforesis de proteínas para descartar una lesión tipo mieloma múltiple y el examen físico no demostró lesiones a nivel mamario.

Figura 3. Huesos largos



Fuente: Archivos clínicos.

Se continuo tratamiento antifimico a base de: tabletas rifampicina 150 mg, Isoniazida 150 mg, 5 tab vía oral 3 veces por semana hasta completar 9 a 12 semanas de tratamiento.

III. Discusión

La enfermedad de Pott, tuberculosis vertebral, tuberculosis espinal, espondilitis, tuberculosa o espondilodiscitis tuberculosa es un padecimiento que ocasiona complicaciones como el compromiso neurológico, deformidad xifótica secundaria a la fractura vertebral e inestabilidad de la columna (5).

Esta enfermedad representa menos del 1 % de los pacientes tuberculosos (2,9).

Los datos clínicos más comunes son: dolor, impotencia funcional y contractura muscular; en casos avanzados la pérdida de la sensibilidad y parálisis de los miembros inferiores son frecuentes (2). Tal como lo vimos en este caso clínico, excepto por que no tenía ningún déficit neurológico. La paciente también presentó una Anemia, la cual se presenta en la mayoría de los casos (14).

La fisiopatogenia mantiene relación con la reactivación de focos hematógenos o con una diseminación procedente de ganglios linfáticos paravertebrales cercanos. Las articulaciones de la columna, cadera y rodillas son las que más se afectan, y en este orden.

La espondilodiscitis tuberculosa afecta la región dorsal baja y las lumbares superiores en los adultos, (2,5,9). En fases avanzadas, el colapso anterior de los cuerpos vertebrales produce una cifosis o giba. Asimismo puede establecer un absceso paravertebral, el cual puede extenderse y llegar hasta los ligamentos inguinales o instaurar un absceso del psoas, lo cual ocurre en un 70 % de los casos (1,9).

La presentación de nuestro caso no coincide con la literatura en que esta enfermedad se presenta con la giba dorsal o cifosis característica; a pesar de tener una estrechez del canal medular, y una destrucción del cuerpo vertebral, la paciente no manifestaba un compromiso neurológico.

La espondilodiscitis tuberculosa es una enfermedad rara y el diagnóstico depende de un alto grado de sospecha (14). El diagnóstico diferencial incluye: actinomicosis, metástasis de mama, pulmón, recto, colon o próstata; sarcoidosis, linfoma, mieloma múltiple, espondilitis, osteomielitis piógena, brucelosis o micosis, quistes óseos

Para el diagnóstico es necesaria la imagenología. La TC, y RM fueron de inestimable utilidad para orientar el diagnóstico, pero el diagnóstico definitivo se obtiene mediante estudios histopatológicos y cultivos específicos (2,3,15).

El tratamiento médico solo, no es suficiente. Es necesaria la cirugía en un 24%. Pero hay que valorar cada caso en particular a fin de decidir el tratamiento más adecuado (2) en nuestro caso sólo fue necesario el drenaje por aspirado y el tratamiento antifímico. El tratamiento médico se debe administrar por lo menos 12 meses.

IV. Conclusiones

La espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott es una complicación extrapulmonar poco frecuente y severa, que deberá ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial en nuestro medio, que debe ser abordada por un equipo multidisciplinario y realizar un tratamiento médico, con los fármacos tuberculostáticos habituales tan rápido como sea posible para evitar secuelas definitivas.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

v. Referencias bibliográficas

1. Kasper D, Braunwald E. Harrison Principios de Medicina Interna. 16 edición. New York: McGraw Hill Interamericana. 2006. p. 1062.
2. Frías Salcedo JA, Gutiérrez Bautista AE, Santiago Tipac G. Tuberculosis vertebral múltiple. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Ortop Traum 2000; 14 (4): 360-365.
3. Acevedo E, Ponce D, Sánchez A, Valenzuela G. Tuberculosis músculo esquelética. Rev. Soc. Peru. Med. Interna. 2003;16(2):101-107.
4. Ortega-Loubon C, Correa-Márquez R. Enfermedad de Pott: A propósito de un caso. CIMEL 2008 Vol. 13 N° 2.

5. Fuentes Ferrer M, L Gutiérrez Torres, Ayala Ramírez O, et al. Tuberculosis de la columna vertebral. Una revisión sistemática de series de casos. *Int Orthop* 2012; 36:221.
6. Raviglione MC, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology tuberculosis. Morbidity and mortality of a worldwide epidemic. *JAMA* 1995; 273: 220-26.
7. Martínez E, Mateos F, Blanch J, Salinas A, García M. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas. *Medicine*. 2010;10(56):3820-9.
8. Villanúa, Jorge A; Recondo, José A; Larrea, José A; Salvador, Emma. La resonancia magnética en el estudio de la tuberculosis espinal. *Radiología*. 1999;41:357-62.
9. De la Torre-González D, Góngora-López J. Mal de Pott. Diagnóstico y tratamiento del paciente. *Rev Hosp Jua Mex* 2006; 73 (3): 96-100.
10. Berhman R, Kliegman R. Nelson Tratado de Pediatría. 17 edición. Madrid, España; Elsevier. 2005. p. 966.
11. Tierney L, McPhee S, Papadakis M. Current Medical Diagnosis & Treatment, 2005. 44 edición. Colombia; Editorial Manual Moderno. p.745.
12. De la Torre-González D, Góngora-López J. Enfermedad de Pott. Un reto diagnóstico y terapéutico para el médico actual. *Cir Ciruj* 2000; 68; 108-113.
13. Zumla A, Rglione M, Hafner R, . Fordham von Reyn, Tuberculosis *Engl J Med* 2013; 368:745-755
14. Fica A, Bozán F, Aristegui M, Bustos P. Espondilodiscitis. Análisis de una serie de 25 casos. *Rev med Chile* 1003; 131 (5); 473-482.
15. Alpízar-Aguirre A, Elías-Escobedo A, Rosales-Olivares L, Miramontes-Martínez V, Reyes-Sánchez A. Síndrome de destrucción vertebral. Sistemas de evaluación en su diagnóstico. *Cir Ciruj* 2008; 76: 205-211.