

# TUBERCULOSIS VERTEBRAL MULTIPLE: A PROPOSITO DE UN CASO

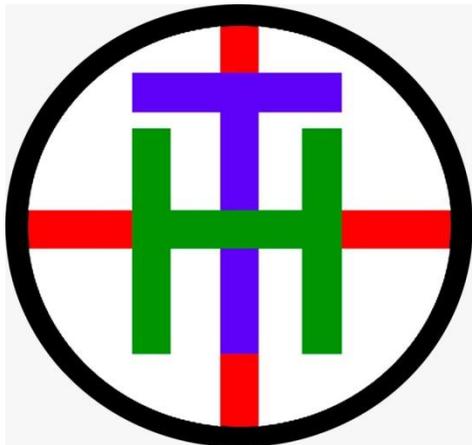
Autores: Juan Ignacio PERALTA, Andres Esteban SAEZ, Andres Julian VANRELL, Enrico CASCO.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú.

CABA. Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

e-mail: [juaniperalta@gmail.com](mailto:juaniperalta@gmail.com)

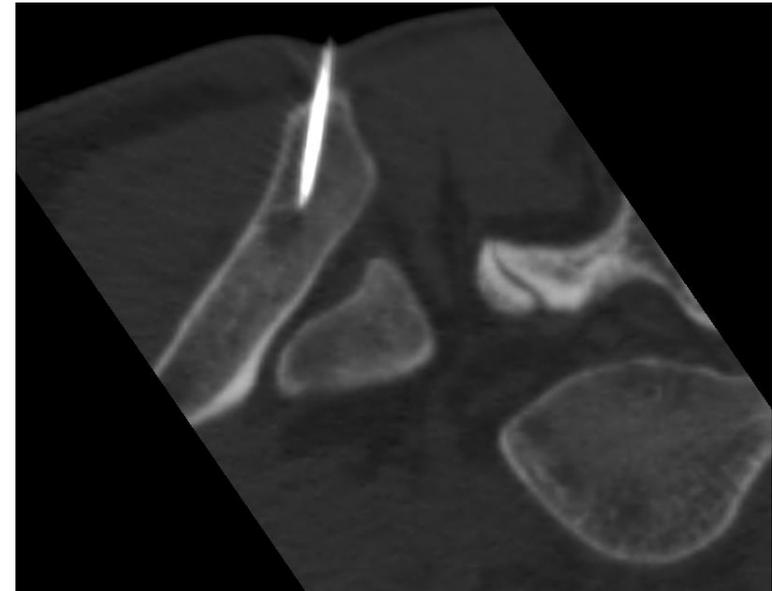


## Presentación clínica:

Paciente masculino de 39 años de edad, con cuadro de 4 meses de evolución de irritabilidad, fiebre intermitente y pérdida de peso progresivo asociado a dolor dorsolumbar.

## Hallazgos imagenológicos:

Se realizó tomografía computada de columna dorsal y lumbar sin contraste endovenoso, demostrándose múltiples imágenes líticas en el esqueleto axial, se destacan una en sector posteroinferior del cuerpo de D11 y una focal en cuerpo L2. Se observa además imágenes líticas en cuerpos vertebrales L5 y L4 y en ambos huesos iliacos. Se realiza punción-biopsia de lesión lítica en cuerpo del hueso iliaco derecho. El cultivo microbiológico mostró el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis*.



## Discusión:

La tuberculosis ósea se caracteriza por seguir un curso clínico insidioso. Los factores de riesgo predisponentes son la diabetes, consumo de drogas intravenosas, alcoholismo, cirugía, trauma e inmunosupresión. Las rutas de diseminación son hematógenas, ascendentes (vía plexo de Batson a partir de infecciones pélvicas) y por implantación directa. Los sitios más frecuentes son las regiones lumbares y dorsales. Frecuentemente transcurre un periodo de 2 a 8 semanas entre el inicio de los síntomas clínicos y la aparición de los cambios morfológicos detectables en estudios de imagen. La TC se utiliza como prueba confirmatoria, aunque se pueden determinar signos precoces como erosión de las plataformas de los cuerpos vertebrales, osteopenia y lesiones líticas. En la enfermedad avanzada puede observarse que la neoformación ósea evoluciona a osteoesclerosis. La destrucción crónica de un cuerpo vertebral puede conducir a una cifosis con gran angulación, conocida como deformidad en giba. En el 20% aproximadamente de los pacientes, se puede visualizar extensión a los tejidos blandos paravertebrales con eventuales abscesos. La RMN es el método de elección para evaluar la infección localizada. Aunque los hallazgos en TC y RMN son inespecíficos, es característico la existencia de calcificación en los músculos paravertebrales, realce anular de las lesiones en los cuerpos vertebrales y de los abscesos paravertebrales, diseminación por debajo de los ligamentos longitudinales, relativa preservación de los discos intervertebrales y lesiones salteadas.

## Conclusión:

La tuberculosis vertebral es una enfermedad infrecuente. Es importante diagnosticar en estudios de imagen la enfermedad de manera oportuna a fin de administrar el tratamiento específico durante las primeras manifestaciones evitando inestabilidad y/o deformidad vertebral y compromiso neurológico.

## Bibliografía:

- 1. Mateo L, Ruiz Manzano J, Olivé L, Manterola JM, Pérez R, Tena X, et al. Tuberculosis osteoarticular: estudio de 53 casos. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:506---9.
- 2. Vergara-Amador E, Galván-Villamarin F, Pina-Quintero M. Primary osteoarticular tuberculosis: the reappearance of a forgotten pathology. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2007;9:465---70.
- 3. Pujadas MC, Gámez D, Torres E. Tuberculosis ósea. *Medisan*. 2004;8:58---61.
- 4. Alcaide Fernández de la Vega F, Esteban Moreno J, González Martín J, Palacios Gutiérrez JJ. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Protocolo Micobacterias. 2005 [consultado 3 Nov 2011]. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia/cap9a.htm>
- 5. Sangüesa-Nebot MJ, Cabanes-Soriano F. Reactivación de una artritis tuberculosa de cadera tras veintidós años quiescente. *Rev Ortop Traumatol*. 2005;49:47---50.
- 6. Abejón Ortega A, Soler Veron P, Ruano Martín MA, Pinto Muñoz C, Lobo Merono F, Chamizo Carmona E. Tuberculosis osteoarticular, revisión y casuística en el área sanitaria de Mérida. *Dolor & Inflamación*. 1993;6:231.