

REPORTE DE UN CASO: ESPONDILODISCITIS POR TUBERCULOSIS (ENFERMEDAD DE POTT)

ANA CLARA CALDERÓN
FACUNDO FERNÁNDEZ
MENDOZA, ARGENTINA
anaclara.cald@gmail.com



HOSPITAL **CENTRAL**
DE MENDOZA



PRESENTACIÓN DEL CASO



Paciente

- Masculino
- 67 años



Antecedentes epidemiológicos:

- Oriunda de Bolivia
- TBC en la infancia



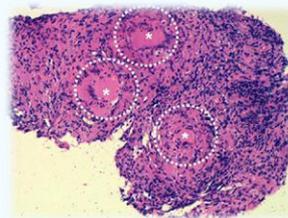
Motivo de consulta:

- Lumbociatalgia 6 meses evolución
- Paraparesia
- Disfunción esfinteriana
- Tos, Fiebre, Disnea

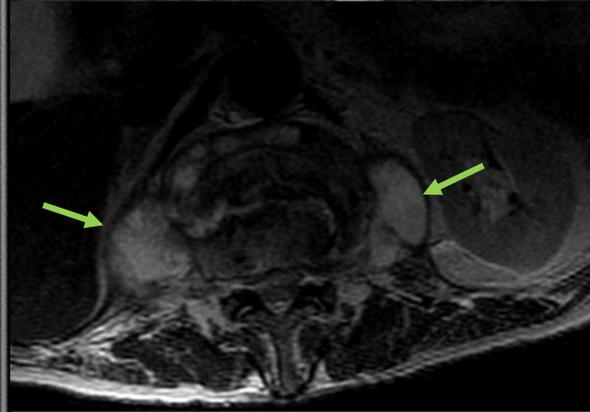
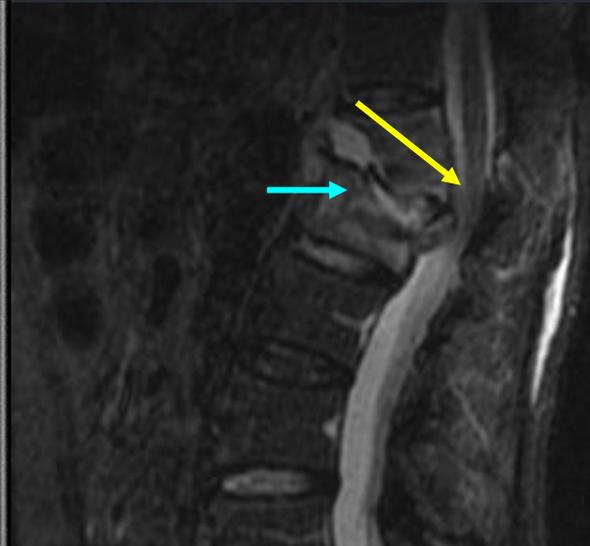


Pruebas microbiológicas:

- se aisló Mycobacterium Tuberculosis



HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



TC:

- Lesiones osteolíticas en cuerpos vertebrales T12-L1, con fragmentos óseos que reducen el canal raquídeo. 
- Abscesos en ambos músculos psoas ilíacos.

RM:

- Acuñaamiento anterior de los cuerpos vertebrales D12 y L1, con aumento de la intensidad en T2 STIR del último disco dorsal. 
- Reducción del canal raquídeo y compresión del cono medular. 
- Se observan dos colecciones infecciosas (abscesos) a nivel de ambos músculos psoas. 

DISCUSIÓN

- 2 % de los casos de TBC. El 10% asocia afectación pulmonar.
- Localización más habitual es la transición toracolumbar o los cuerpos dorsales bajos.
- Patogenia: la infección se inicia en la región anterior vertebral y se propaga a través del ligamento longitudinal anterior y posteriormente. El espacio discal está respetado en las fases iniciales.
- Debido a su curso indolente se suele diagnosticar en fase avanzadas.
- TC: fragmentación ósea, osteólisis del platillo, disminución del espacio discal (fases avanzadas). Extensos abscesos (abscesos fríos) que calcifican en la fase crónica y realzan con contraste.
- RM: en T1 se observa médula ósea hipointensa y abscesos. T2 y STIR, hiperintensidad de la médula ósea, disco y absceso. Tras la administración de contraste presenta realce periférico.

CONCLUSIÓN

- La infección tuberculosa del raquis y disco intervertebral, se caracteriza por una tríada clásica: giba dorsal, absceso y trastornos neurológicos.
- La mayoría de las veces el diagnóstico es tardío y puede comprometer en la evolución a la médula espinal generando déficit neurológicos graves, permanentes e invalidantes.
- Dado lo inespecífico de su presentación clínica, resulta fundamental conocer los hallazgos radiológicos característicos de esta patología (TC y especialmente RM) para sugerir este diagnóstico y confirmarlo mediante laboratorio y microbiología.
- Diagnósticos diferenciales: espondilodiscitis piógenas y brucelósica, artritis facetaria séptica, artropatía amiloide y metástasis vertebrales.

BIBLIOGRAFÍA

- Hernández, Dr Juan Carlos García-Melgares, et al. «Infecciones de la columna y canal raquídeo: una revisión de los hallazgos de RM». *Seram*, vol. 1, n.º 1, mayo de 2022. *piper.espacio-seram.com*, <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/9231>.
- <https://radiopaedia.org/articles/tuberculous-spondylitis-2>.
- Graña, Diego. *Espondilodiscitis tuberculosa*. Scielo Uruguay, http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000100004.