

# LA SANIDAD PENITENCIARIA EN IMÁGENES

## Dorsalgia crónica que resultó ser Espondilodiscitis tuberculosa

J Español<sup>1</sup>, E Raguer<sup>1</sup>, R Albertos<sup>2</sup>, RA Guerrero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Consorci Sanitari de Terrassa, <sup>2</sup> Servicios sanitarios Centros Penitenciarios

Fecha de recepción: 04-06-2014

Fecha aceptación: 06-06-2014

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Pott, conocida desde 1779, es la enfermedad granulomatosa más frecuente de la columna vertebral, aunque inhabitual en nuestro medio. Es un cuadro crónico y lentamente progresivo. La afección espinal es secundaria a la diseminación desde otro foco, aunque éste no sea aparente. Para su confirmación se requiere la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* o granulomas en una muestra procedente de una o varias vértebras con lesiones compatibles. No es raro que la localización dorsal, la discitis y las formas evolucionadas requieran un planteamiento quirúrgico.

### DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se presenta un paciente de 37 años natural de Mali sin antecedentes de hábitos tóxicos, que ingresa en prisión convaleciente de una gastrostomía reciente, para extracción de cuerpos extraños (BodyPaker). La serología del VIH y del VHC fueron negativas, así como la Prueba de tuberculina. No presentaba otros antecedentes patológicos de interés, excepto dolor en parrilla costal y hombro derecho de larga evolución, que atribuía a caída casual desde un árbol en la juventud y que se resolvió sin atención médica.

Durante su estancia en el centro penitenciario se alternaron períodos asintomáticos con períodos de polialgias torácicas, que requirieron tratamiento analgésico con medidas farmacológicas y fisioterapéuticas, que se atribuían a sus antecedentes, presentaba una mínima actitud escoliótica de la columna dorso lumbar y balanza pelviana de 6 mm. I>D, y al trabajo que realizaba en los talleres del centro.

El dolor, a pesar del tratamiento analgésico y rehabilitador, se hizo progresivamente más intenso,

hasta que en julio de 2013, dos años después de su ingreso, presentó dificultad a la deambulación por debilidad de ambas extremidades inferiores acompañada de parestesias, sin llegar a afectar esfínteres. Por ello se ingresó en el hospital penitenciario apreciándose en el estudio radiológico, TAC y resonancia magnética (figura 1 y 2) signos sugestivos de espondilodiscitis T8-T9 con colapso completo del cuerpo de T8 e infiltración con destrucción parcial del cuerpo de T9 con marcada destrucción de la esponjosa, acompañado de importante componente inflamatorio-infeccioso de aspectos abscesificado perivertebral con extensión epidural anterior que condiciona una estenosis significativa de canal con compresión y alteración de la señal medular.

Se procedió a la descompresión del canal y del cuerpo vertebral de T8 con legrado y desbridamiento de la osteomielitis a nivel de T8 y T9. Se realizó una artrodesis instrumentada con tornillos pediculares de T6-T7 a T10-T11 y barras según el sistema Proliant (Exactech) (figura 3 y 4). Todos los estudios para micobacterias fueron negativos. La biopsia de los cuerpos vertebrales presentaron un infiltrado granulomatoso necrotizante con células gigantes multinucleadas. Tan solo un caso de múltiples cultivos de la biopsia vertebral fue positivo para *staphylococcus epidermidis* y solo un cultivo de múltiples muestras presentó escasas colonias de *corynebacterium spp.*

Ante el resultado de la histología, sugestivo en el contexto clínico, de espondilitis tuberculosa se inició tratamiento cuádruple (rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol), al que se le asoció un antibiótico antiestafilococo (levofloxacino).

La evolución, desde entonces, fue favorable, con buen control del dolor dorsal y mejoría de la impotencia funcional de extremidades inferiores con fisioterapia rehabilitadora.



Figura 1.



Figura 2.

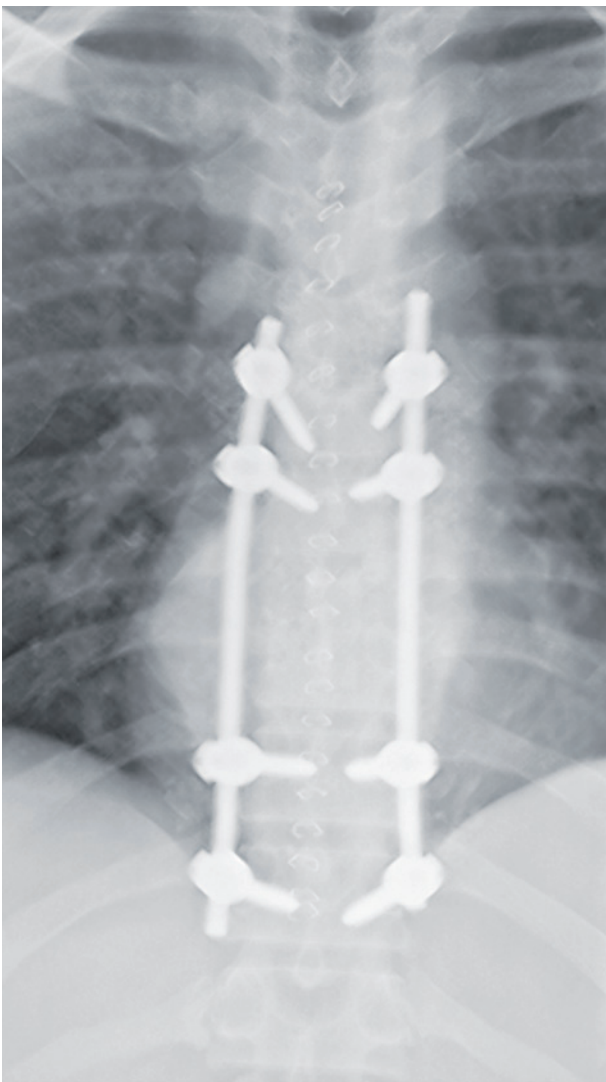


Figura 3.



Figura 4.

## COMENTARIO

El interés de este caso recae en la presentación inespecífica y larvada del cuadro clínico, sin presentar fiebre o síndrome tóxico, a pesar de la afectación notable que se aprecia en las imágenes.

## CORRESPONDENCIA

Dr. Rafael A. Guerrero  
Área Sanitaria  
rguerrero@gencat.cat

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Sánchez MC, Calvo G, Vázquez-Rodríguez TR, Espondilodiscitis tuberculosa con tumoración lumbar. *Reumatol Clin.* 2012; 8(5): 292-293.
2. Belzunegui J. Espondilodiscitis infecciosa. *Reumatol Clin.* 2008; 4 Supl: 313-317.
3. García-Lechma JM, Julve R, Alcalá L, Ruiz-Serrano MJ, Muñoz P. Espondilodiscitis tuberculosa o enfermedad de Pott: experiencia en un hospital general. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(1): 5-9.