

IMAGENES PEDIATRICAS INUSUALES

Espondilitis tuberculosa

Spondylitis tuberculosis

Drs.: Ricardo Arteaga Bonilla*, Manuel Pantoja Ludueña**, Ricardo Arteaga Michel***

Caso clínico

Se trata de una paciente de 12 años y 10 meses de edad procedente de la localidad de Coroico, sin antecedentes de contacto con tuberculosis. Ingresó a la Sala de Neurocirugía del Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" en fecha 14 de junio del año en curso por padecimiento de 8 meses de evolución caracterizado por dolor en región dorsolumbar y cefalea intermitente; cuatro meses antes de su internación presentó hemiparesia izquierda de carácter progresivo que en las últimas dos semanas compromete miembros pélvicos, acompañada de dislalia y episodios de afasia. La exploración física reveló malas condiciones generales, hernodinámica estable, orientada y dislálica. En la evaluación neurológica se advirtió discreta rigidez de nuca, pupilas isocóricas, hemiparesia izquierda con hipertonía del miembro superior del mismo lado; paresia bilateral en miembros pélvicos con reflejos osteotendinosos exaltados.

En los estudios paraclínicos destacaron PPD 15 mm. Un hemograma con 9.000 mm^3 leucocitos y 87% polimorfonucleares; velocidad de sedimentación globular 62 mm/lh. El citoquímico en líquido cefalorraquídeo (LCR) fue normal y la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistentes en el mismo humor y aspirado gástrico fueron negativas. En la tomografía computarizada de cráneo se advirtió dilatación del sistema ventricular (hidrocefalia) y múltiples tuberculomas, en tanto que en columna lumbar se observó imagen lítica en L2 y L3 sin invasión a canal medular (Figuras # 1, 2, 3).

Discusión

El término espondilitis significa infección de los cuerpos vertebrales y cuando el origen es por *Mycobacterium tuberculosis* (MTI) recibe el nombre de espondilitis tuber-

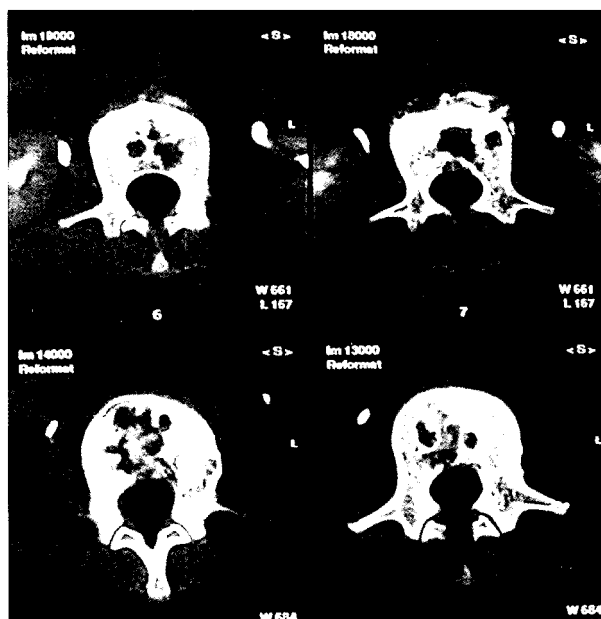


Figura # 1. Lesiones líticas en cuerpos vertebrales L1 y L2.

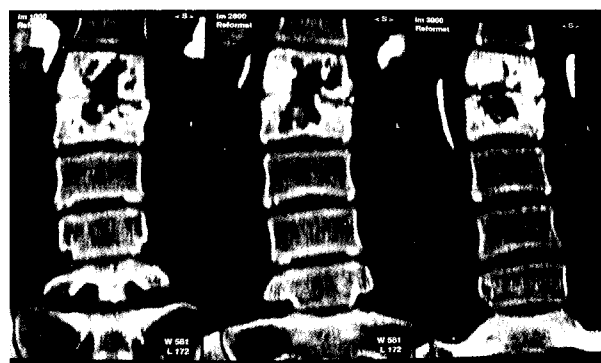


Figura # 2. Lesiones líticas en L1 y L2.

* Jefe del Servicio de Infectología. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz - Bolivia
** Jefe del Servicio de Neonatología. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz - Bolivia
***Residente de III año de Cirugía Pediátrica. Hospital Roberto del Río Santiago - Chile

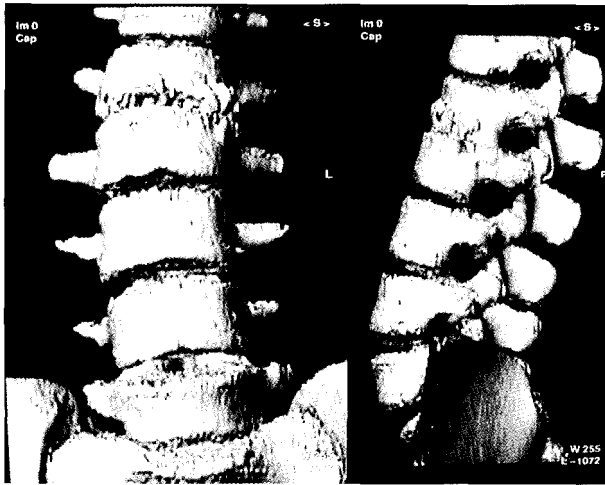


Figura # 3. Reconstrucción tridimensional de la espondilitis (tomografía helicoidal)

culosa (ET). La destrucción extensa de cuerpos vertebrales y xifosis se conoce con el nombre de enfermedad o mal de Pott. El absceso tuberculoso (osifluente o Pott) es una complicación de la espondilitis presente en el 10 a 30% de los pacientes.

La infección osteoarticular representa el 35% de las tuberculosis extrapulmonares y 2% de todas las formas de tuberculosis.¹ La ET habitualmente compromete las vértebras dorsales inferiores y lumbares; la localización cervical y dorsal superior suele ser infrecuente. La siembra del MT en hueso es el resultado de la diseminación hematogena y dependiendo de la respuesta inmune del huésped, la infección es confinada en el tejido óseo y cursa completamente silente, sin embargo en los sujetos jóvenes la enfermedad activa puede desarrollarse entre el primer y tercer año después de la enfermedad pulmonar y asociarse, como en el presente caso, con otras lesiones (tuberculoma). En términos generales se considera que la reactivación del foco y las manifestaciones clínicas del proceso infeccioso son tardías (después de décadas), esta la razón por qué la ET es más frecuente en adultos.

La espondilitis tuberculosa usualmente se inicia en el aspecto anteroinferior del cuerpo vertebral, con posterior destrucción inflamatoria del tejido óseo y necrosis de caseificación. Al estabilizarse el proceso, la infección se disemina hacia los ligamentos anteriores comprometiendo el cuerpo vertebral adyacente. La consecuencia inevitable del proceso destructivo es el colapso óseo y herniación del disco hacia el cuerpo vertebral, siendo el colapso responsable de la inestabilidad vertebral y la "giba" característica del padecimiento. El absceso tuberculoso suele invadir estructuras vecinas siendo la de mayor riesgo la del espacio peridural, capaz de comprimir la médula espinal con consecuencias neurológicas serias, en otras situaciones se proyecta sobre tejidos adyacentes como el

músculo psóas y muy ocasionalmente en el espacio retrofaríngeo.

El dolor local es la manifestación más frecuente de la enfermedad, en ocasiones asociado a espasmo y rigidez muscular. El déficit neurológico de diferente magnitud está presente en 76% de casos y 40% de los pacientes manifiestan fiebre y compromiso del estado general'. La xifosis de la columna constituye un dato contundente al momento de evaluar el diagnóstico, se trata de un hallazgo tardío que generalmente se asocia a paresia o parálisis de miembros pélvicos, como dato inequívoco de compresión medular; otros hallazgos inconstantes son disfunción vesical e intestinal. La tuberculosis espinal y tuberculoma constituye una asociación extremadamente rara, un informe reporta 7%³ y en nuestra experiencia se trata del primer caso diagnosticado en nuestro hospital.

Respecto al diagnóstico cabe resaltar que el signo radiológico inicial consiste en desmineralización y menor definición de las márgenes del hueso, estos hallazgos generalmente involucran dos cuerpos vertebrales y en la medida que progresa la infección se oblitera el espacio discal y sobreviene la angulación de la columna. El absceso osifluente, cuando está presente, se observa nítidamente en la radiología simple. La tomografía computarizada de columna vertebral es el estudio de elección para el diagnóstico de ET, mediante éste se visualizan las lesiones líticas, absceso tuberculoso y la compresión medular.

El tratamiento consiste en instaurar cuatro antifímicos (rifampicina, isoniacida, pirazinamida, estreptomycin) por espacio de dos meses y continuar con rifampicina e isoniacida durante 4 a 7 meses", Los expertos enfatizan que la terapia prolongada por más de un año no tendría ventaja sobre los regímenes acortados (seis meses) y que el debridamiento quirúrgico u operaciones radicales asociadas a quimioterapia no aportan beneficios adicionales al tratamiento médico⁵.

Referencias

1. Starke JR. Smith KC. Tuberculosis. In: Feigin RO. Cherry JO. Demmler GJ. Kaplan SL. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Fifth Ed Philadelphia. Saunders 2004.p.1337-79.
2. Watts HG. Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. J Bone Joint Surg Am 1996;78:288-98.
3. Nussbaum ES. Rockswold GL. Bergman TA. Erickson DL. Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. J Neurosurg 1995;83:243-7.
4. Blumberg HM. Burman WJ. Chaisson RF. Daley CL. Etkind SE. Friedman LN. et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: Treatment of tuberculosis. Am J Resp Crit Care Med 2003;167:603-62.
5. Medical Research Council Working Party on Tuberculosis of the Spine. Five-years assessment of controlled trials of short-course chemotherapy regimens of 6, 9 or 18 months' duration in spinal tuberculosis in patients ambulatory from the start of undergoing radical surgery. Int Orthop 1999;23:73-81.