

Caso	(481) Compresión medular secundaria a espondilodiscitis tuberculosa
Autores	Carmen Martínez Huertas, Alberto Hermoso Torres, Antonio García Sánchez, Marta Herruzo Rivas, Sara Sánchez Talavera.
Centro	Complejo Hospitalario Ciudad De Jaén

EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente varón de 41 años sin antecedentes de interés, con dolor dorsal de 8 meses de evolución rebelde a tratamiento con varias radiografías normales de columna dorsolumbar, que acude a urgencias por debilidad en miembros inferiores de reciente aparición. A la exploración se constató una disminución de fuerza de ambos miembros inferiores. La analítica mostró únicamente una PCR de 10mg/dl. Ante la clínica neurológica con sospecha de compresión medular se realizó RM urgente que mostró importante edema de los cuerpos vertebrales de D2, D3 y D4 con hiperintensidad en STIR del disco D3-D4 y abscesos paraespinales y en espacio epidural que comprimía cordón medular, sugerentes de espondilodiscitis D3-D4 de probable origen tuberculoso. Se intervino quirúrgicamente con laminectomía descompresiva y evacuación y desbridamiento de las colecciones. El estudio de las muestras obtenidas confirmó el diagnóstico de sospecha de espondilodiscitis tuberculosa y se pautó posteriormente tratamiento con Isoniazida, rifampicina y pirazinamida siendo la evolución clínica satisfactoria.

DISCUSIÓN

La tuberculosis espinal ocurre en menos del 1% de las infecciones por TBC. Su presentación clínica es inespecífica, e insidiosa con dolor espinal de larga evolución, ausencia de fiebre en la mayoría de los casos y VSG normal, lo cual junto con su progresión lenta conllevan un importante retraso diagnóstico y terapéutico, lo que condiciona que los déficits neurológicos y la deformidad espinal sean más frecuente que con otras espondilodiscitis.

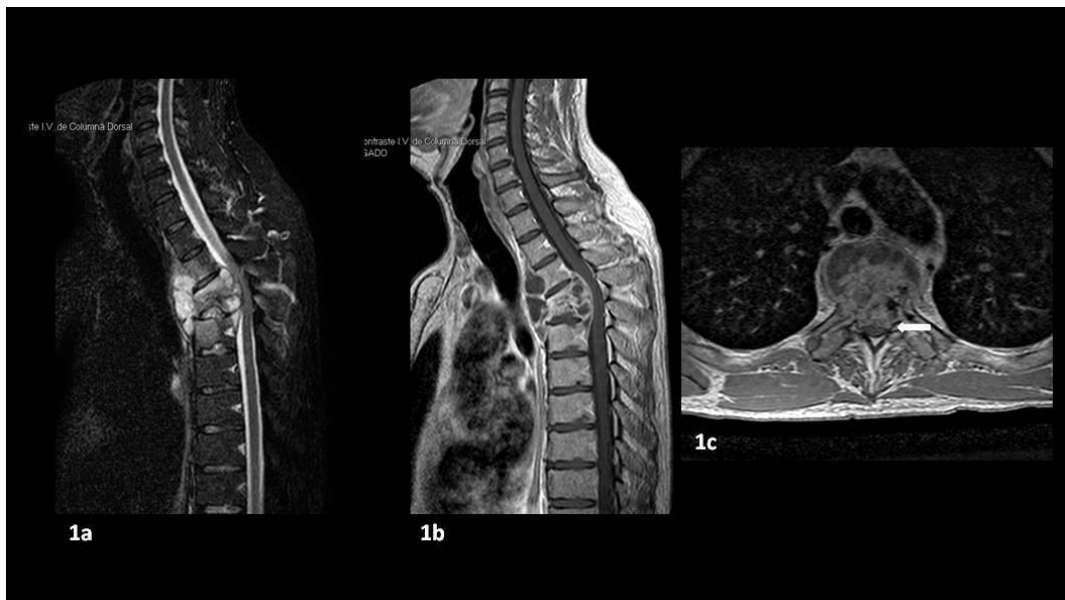
Es más frecuente en cuerpos dorsales bajos seguidos de charnela dorsolumbar y se debe a una diseminación hematogena a través del plexo venoso de Batson. La infección normalmente comienza en la región anterior del cuerpo vertebral junto a la plataforma vertebral de donde disemina al disco adyacente y de ahí a otro cuerpo vertebral, siendo frecuente la afectación de varios cuerpos. Raramente afecta a elementos posteriores. No es infrecuente la diseminación a tejidos paraespinales resultando en la formación de abscesos de pott. Hallazgos radiológicos a favor del diagnóstico son la afectación de uno o más segmentos vertebrales, retraso en la destrucción del disco intervertebral, presencia masa calcificada paravertebral y ausencia de esclerosis de las plataformas vertebrales.

Los principales diagnósticos diferenciales incluyen metástasis, infecciones piógenas de bajo grado, infecciones fúngicas y sarcoidosis.

El tratamiento inicial se basa en cuatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) durante 2 meses, seguidos de 7-10 meses con isoniazida y rifampicina y estabilización del segmento afecto con inmovilización en casos de dolor sin riesgo de inestabilidad. En caso de déficits neurológicos, inestabilidad, cifosis, lesiones compresivas en el canal, sepsis o fallo del tratamiento médico estaría indicado el tratamiento quirúrgico para descomprimir y estabilizar el canal medular, desbridar los tejidos infectados, los abscesos paravertebrales y epidurales, y tomar muestras para su estudio histológico y microbiológico.

CONCLUSIÓN

La clínica insidiosa de la espondilodiscitis tuberculosa hace frecuente que el diagnóstico sea tardío siendo más frecuentes los déficits neurológicos y deformidades que en otro tipo de espondilodiscitis, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz. Debe sospecharse en caso de importante afectación de tejidos paraespinales con formación de abscesos, cuando existan varios segmentos vertebrales afectados, masas calcificadas paravertebrales o conservación de la altura discal.



RM columna dorsal. 1a. STIR sagital. Marcado edema de los cuerpos vertebrales D2, D3 y D4 e hiperintensidad del disco D3-D4 con importante afectación de partes blandas paravertebrales que se extienden al espacio epidural y condicionan compromiso del cordón medular con hiperintensidad medular. 1b y 1c. Secuencias T1 con contraste. colecciones abscesificadas prevertebrales y en espacio epidural anterior que comprometen cordón medular.

BIBLIOGRAFÍA

1. P. Márquez Sánchez. Espondilodiscitis. Radiología. 2016;58(S1):50-59. <http://10.1016/j.rx.2015.12.005>
2. Molina-Gil J, et al. Mielopatía compresiva cérvico-torácica por una espondilodiscitis tuberculosa. Med Clin (Barc). 2020. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.021>
3. Ajasekaran S, Soundararajan DCR, Shetty AP, Kanna RM. Spinal Tuberculosis: Current Concepts. Global Spine J. 2018;8:96-108. DOI: 10.1177/2192568218769053