

Abad Royo JM*
 Pérez Sánchez A*
 Chamizo García JJ*
 Jiménez F**
 Martínez P**
 Ramón Puertas J***

*Servicio de ORL del
 Hospital Militar de Zaragoza

**Servicio de Anatomía Patológica
 del Hospital Militar de Zaragoza

***Servicio de Medicina Interna
 del Hospital Militar de Zaragoza

Tuberculosis de columna cervical

Tuberculosis of cervical spine

RESUMEN

Presentamos un caso de tuberculosis de columna cervical en el curso de un síndrome mielodisplásico. Esta es una clásica presentación tuberculosa extrapulmonar, relativamente poco frecuente. En el presente artículo hacemos un breve recuerdo del estado epidemiológico actual de la TBC y las peculiaridades de esta afectación cervical en el contexto de un paciente VHI negativo.

PALABRAS CLAVE:

Mal de Pott. Tuberculosis. Espondiloartritis

SUMMARY

We present a case of tuberculosis of cervical spine in the course of a mielodisplasic syndrome. This is classic presentation tuberculosis extrapulmonary, relatively not very frequent. The present article makes a brief memory of the epidemiological state current of the TBC and the peculiarities of this cervical affectation in the context of a negative VHI patient.

KEY WORDS:

Pott's disease. Tuberculosis. Spondylodiskitis

Introducción

La TBC es una de las más enfermedades más emblemáticas de la historia de humanidad a lo largo de todos los tiempos. Actualmente sigue constituyendo uno de los problemas de salud pública más importantes en el ámbito mundial. Aproximadamente aparecen 10 millones de casos nuevos al año en todo el mundo. Un tercio de la población mundial está infectada por el micobacterium tuberculosis (1.900.000 millones de personas). (1) La OMS declaró en 1993 la tuberculosis como una "emergencia global" y estimó que hasta el año 2020, si no mejora el control de la misma, enfermarán unos 200 millones de personas, de los cuales 70 millones fallecerán.

Históricamente es conocida desde la antigüedad, habiéndose encontrado antecedentes de lesiones tuberculosas en restos humanos de las civilizaciones precolombina, egipcia e incluso del neolítico. El caso más antiguo encontrado en Heidelberg (Alemania) data de 5000 a JC y se trata de una lesión compatible con Pott dorsal en el esqueleto de un hombre joven. (2)

Por otro lado, su comportamiento epidemiológico ha sido devastador en algunas épocas de la Historia. En los siglos XVII y XVIII era la responsable de un cuarto de la mortalidad global en Europa. A mediados del siglo XX, la prevalencia de infección por TBC medida por la prueba de la tuberculina se acercaba en nuestro país al 90% de la población. Esta fue disminuyendo drásticamente hasta 1980 descendiendo a cifras de un 25%. (3)

La TBC tiene una relación directa con la pobreza. Por lo tanto, el desarrollo económico de los países ricos, la vacunación con BCG, el mayor control epidemiológico, junto con la aparición de los quimioterápicos para su tratamiento y prevención crearon la expectativa de una posible erradicación, al menos de países como EEUU, cuyo riesgo actual de aparición de nuevos casos está entorno al 9,4 por 100.000 habitantes. (4)

Sin embargo, en estos países muy desarrollados la TBC, lejos de disminuir, parece aumentar estos últimos años. La aparición del SIDA, la emigración procedente de países más pobres, las resistencias a quimioterápicos, y en menor medida, la mejora en el censo de nuevos casos puede justificar esta nueva tendencia al alza. (5, 6)

En los diferentes países europeos, el número de nuevos casos que se notifican es algo menor que en España con alguna diferencia significativa entre ellos. Estas cifras están entre 15 y 30 / 100.000 habitantes.

España se sigue considerando país endémico. Según datos aportados por el Área de Trabajo TIR (Tuberculosis e Infecciones Respiratorias) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, en el año 1998 la incidencia de tuberculosis era de 28.5/100.000 habitantes. Es decir, de cada 100.000 habitantes 28.5 padecerían la enfermedad durante ese año. De estos, la incidencia de enfermos bacilíferos (que presentan bacilos tuberculosos en el esputo, por lo que son altamente contagiosos) era un 14/100.000 y los casos de SIDA que se encontraron en pacientes con tuberculosis fue del 12%. Estos datos reflejan una mejoría

respecto a años anteriores, probablemente por un mejor control. Así, por ejemplo en 1992 la incidencia era de 40/100.000 habitantes, los enfermos bacilíferos representaban un 21/100.000 y los casos asociados a SIDA un 15%. (2)

La notificación de nuevos casos tiene ciertos problemas que hacen difícil saber con exactitud si esta progresión es directamente proporcional al aumento de la inmunodeficiencia o, como parece más probable, no solo depende de ella. Además, la interpretación de la intradermorreacción a la tuberculina en los casos entre 5 y 14 mm, que previamente han sido vacunados, puede influir en el conocimiento de la verdadera incidencia. (7)

Son muchos los estudios epidemiológicos realizados en la población infantil, puesto que los niños son inicialmente vírgenes ante este germen, que una vez alojado en el organismo podrá manifestarse en el futuro a lo largo de su vida. En el camino hacia una hipotética erradicación se encuentran factores socioculturales desfavorables, así como la necesidad de tratamiento poliquimioterápicos de muy larga duración, difíciles de llevar correctamente, con efectos secundarios ocasionalmente. También sigue siendo polémica, la profilaxis quimioterápica en personas con contactos con el enfermo, puesto que si bien requiere que éste sea estrecho y continuado con un enfermo bacilífero (TBC pulmonar o laríngea del adulto), no menos influye la susceptibilidad individual.

La fisiopatología de la TBC ha contribuido al conocimiento acerca del comportamiento del sistema inmunitario, fundamentalmente en su rama celular intentando neutralizar la agresión de un germen, que puede expresarse en el ser humano con un extenso gradiente de intensidad, así como de posibles órganos afectados, aunque sea el pulmón, sin duda, el protagonista principal.

En cuanto a la tuberculosis esquelética, cuando la columna vertebral es la afectada podríamos hablar de "enfermedad de Pott" o "espondilitis tuberculosa". La columna vertebral se afecta entre un 25 y 50 % de los casos de TBC esquelética, ya sea como consecuencia de diseminación hematogena desde focos alejados, focos contiguos o la diseminación linfática de una TBC pleural (8).

En la enfermedad de Pott típica, la lesión más temprana se localiza en el ángulo anterosuperior o inferior del cuerpo vertebral. Este foco por lo general se propaga al disco intervertebral y a la vértebra vecina, con la producción del clásico cuadro de acúñamiento anterior de los dos cuerpos vertebrales afectados con destrucción del disco intervertebral correspondiente y el hallazgo físico de una "giba dolorosa" en la columna. La TBC afecta con mayor frecuencia a la columna inferior, a la que sigue en frecuencia la columna lumbar y, por último, los segmentos cervicales y el sacro.

En los países industrializados la espondilitis tuberculosa, es una enfermedad de la edad avanzada. A menudo no se detecta evidencia de otros focos tuberculosos, y los síntomas de presentación pueden consistir en dolor de espalda o rigidez de la columna con radiografías inicialmente

normales; en estos casos el diagnóstico puede demorarse hasta la aparición de síntomas de enfermedad más avanzada, tales como parálisis, deformaciones o trayectos fistulosos. Los bacilos tuberculosos son "escasos" y los extendidos y cultivos del pus o de las muestras tisulares, solo "son positivos en la mitad de los casos". El examen histológico revela la presencia de granulomas, con material caseoso o sin él, en las partes de los pacientes. (9)

Algunos pacientes con TBC generalizada tardía y la mayoría de los pacientes con TBC no reactiva presentan anomalías hematológicas significativas como leucopenia, agranulocitosis, trombocitopenia, anemia refractaria, reacciones leucemoides o mielofibrosis. Es sumamente importante considerar la posibilidad de una TBC diseminada en presencia de pancitopenia, asociada con fiebre, pérdida de peso o de otros trastornos hematológicos de origen incierto (9).

Caso Clínico

Nuestro paciente es un varón de 67 años de edad que acudió a consulta ORL procedente del servicio de Hematología por presentar leucopenia moderada de larga duración e inicialmente aislada. Entre sus antecedentes no aparecían alergias, ni tuberculosis. Seguía tratamiento para HTA, hipercolesterolemia y antidiabéticos orales. No tenía el hábito de fumar, ni de beber.

En los dos últimos meses el paciente había perdido 6-7 kg y presentaba un mal aspecto de su estado general, palidez, sudoración y febrícula vespertina. El dolor definido como profundo e intenso, a pesar de la toma de analgésicos casi continua, se localizaba en la región cervico-occipital derecha y se había atribuido inicialmente a contractura muscular. No se apreciaba con claridad efecto masa en el cuello.

En el último hemograma encontramos: 1.140 leucocitos (39% segmentados, 41% linfocitos), Hb 8 g/dL, 265.000 plaquetas. VSG 114 mm 1ª hora.

Glucemia 180, proteínas 6,77 albúmina 3,5. Transaminasas normales.

Serología VIH negativa. Aglutinaciones tífus y brucelosis negativas. Mantoux de 24 mm a las 48 h. (+++)

Punción de MO: Síndrome mielodisplásico.

La rinoscopia anterior y posterior, así como la faringoscopia, laringoscopia indirecta y fibroscopia eran normales. En la palpación cervical no se palpaban adenopatías y en la zona cervical referida se apreciaba una discreta tumefacción dolorosa a la presión, pero sin enrojecimiento ni calor, que hiciesen pensar en una posible inflamación séptica.

La exploración neurológica reveló radiculopatía C6 derecha.

Se realizó TC de cuello y base de cráneo. En él aparece una lesión lítica de C5 que afecta a su apófisis transversa

derecha junto con una imagen de densidad líquida o grasa que se interpretó como lesión abscesificada, probablemente secundaria a una metástasis o tumor maligno. (Figuras 1, 2, 3 y 4).

También se realizó TC torácico y abdominal, siendo normales.

En el diagnóstico diferencial se tuvieron en cuenta posibles metástasis de tumores con afinidad por el hueso como los de origen prostático, genital o digestivo. Los anticuerpos tumorales y el PSA fueron negativos. También se pensó en posibles sarcomas de origen mesenquimal óseo, cartilaginoso o muscular y por supuesto, un origen inflamatorio crónico específico ante la lectura del Mantoux y la ausencia de otros posibles focos TBC.

Se realizó PAAF que aportó abundante contenido purulento con relativa facilidad haciéndonos pensar en un absceso. Se realizó extensión citológica sin encontrar células malignas, y baciloscopia BAAR, que fue negativa. Se tomó muestra para cultivo convencional de bacterias y de hongos, así como para Lobwenstein. Todas ellas fueron negativas.

Bajo anestesia general por vía cervical lateral derecha, posterior al músculo esternocleidomastoideo y por debajo de los músculos esplenio y elevador de la escápula, que se encontraban intactos, se accedió al absceso que fue evacuado obteniendo gran cantidad de material purulento, así como material carnoso procedente de la vértebra dañada. La histología de este material se informó como compatible con tuberculosis.

El postoperatorio inmediato cursó sin complicaciones y con la desaparición del dolor cervical. El paciente pasó a los servicios de Neurocirugía para valorar estabilidad cervical y de Infecciosas para llevar a cabo el tratamiento definitivo.

Discusión

Nos encontramos ante un caso de TBC extrapulmonar de afectación espinal. Encontramos numerosos casos descritos como "Mal de Pott" en las publicaciones especializadas de nuestro país, aunque actualmente son infrecuentes (10,11,12,13..). La afectación de la columna supone hoy por hoy, el 5 % de las TBC extrapulmonares y dentro de estas es más frecuente la afectación dorsal y lumbar. (9)

En cuanto a su expresión, normalmente se afecta el cuerpo vertebral y el disco intervertebral, por lo tanto es una espondiloartritis. Sin embargo, en nuestro caso la lesión afecta a la apófisis transversa, mientras que el cuerpo vertebral permanece conservado. Ante esto, nos planteamos si en realidad estamos ante un "mal de Pott" clásico, o bien la afectación de la columna se ha producido secundariamente por continuidad por una lesión tuberculosa, como puede ser una adenopatía cercana. Tampoco había inestabilidad, deformidad, ni lesión medular, aunque sí radiculopatía C6 derecha, que mejoró tras el drenaje del absceso.

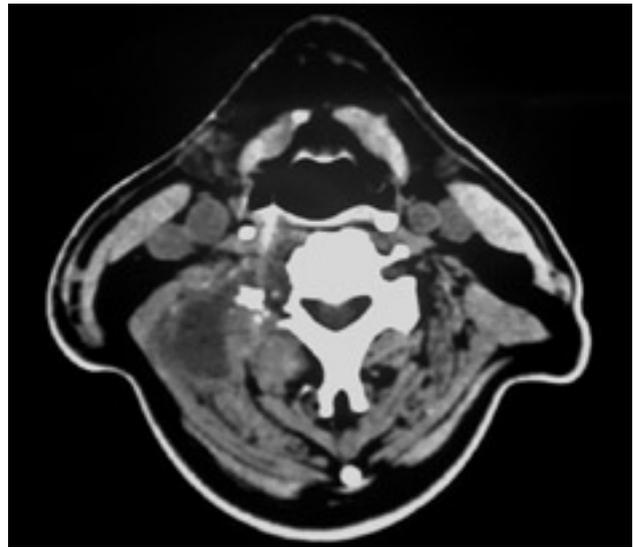


Fig. 1: Imagen de lesión laterocervical derecha con destrucción de apófisis transversa de C6.

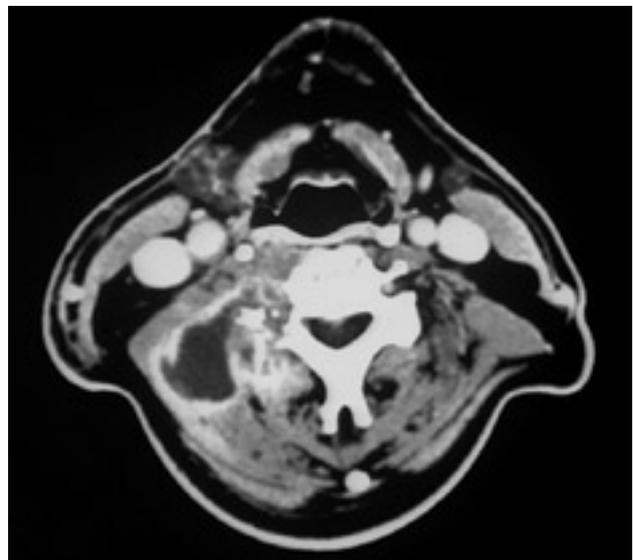


Fig. 2: El mismo corte tras la administración de contraste.

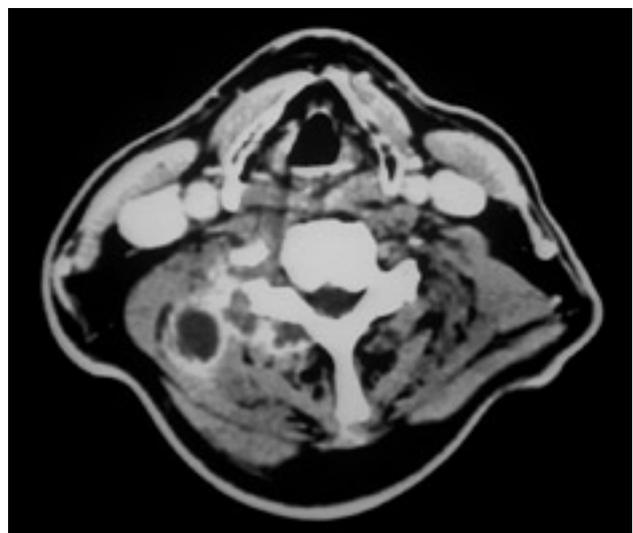


Fig. 3: En un corte inferior a nivel del cartilago tiroideo se aprecia la extensión paravertebral del absceso.

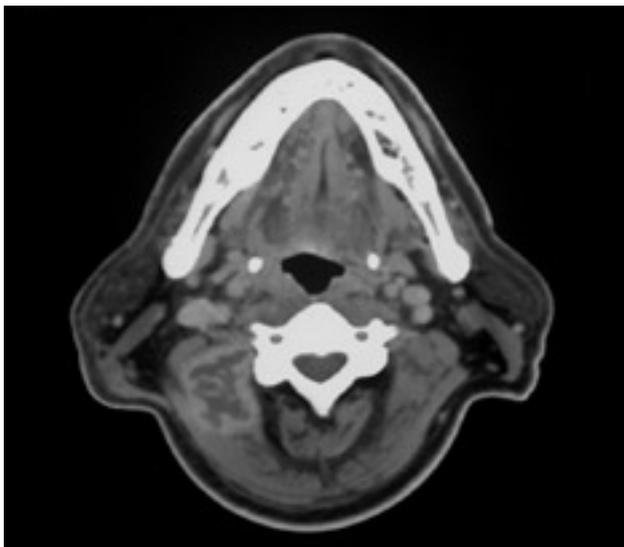


Fig. 4: La lesión se extiende hacia arriba. En esta imagen se aprecia a nivel de un corte mandibular.

La colección purulenta sí que aparece frecuentemente descrita en el "mal de Pott", encontrándola en la literatura bajo el nombre de "absceso osifluente" o "absceso frío paravertebral", en este caso cervical, frente a otras localizaciones más típicas de otros lugares como la del absceso del psoas o dorsal, por ejemplo.

En la enfermedad de Pott clásica, la llegada del bacilo a esta localización se atribuye a la vía hematogena desde otro órgano ya sea pulmonar como extrapulmonar, renal o genital preferentemente (8). En nuestro paciente no hemos encontrado ningún otro foco TBC. Tampoco es una localización habitual de adenopatías cervicales, por lo que pensamos que la reactivación de la tuberculosis se ha producido a raíz de bacilos acantonados en esa localización cervical del paciente, los cuales han aprovechado la debilidad inmunológica de la enfermedad principal mielodisplásica. Sea cual fuere su origen, ésta es, sin duda, la que va a decidir el pronóstico vital de nuestro paciente.

Por otro lado, también cabe la posibilidad de que el retraso en el diagnóstico haya hecho que la TBC sea el origen, y no la consecuencia, de esa alteración hematológica. (9).

La actitud terapéutica a tomar, atendiendo a la localización en este paciente, tendrá como primer objetivo estabilizar la lesión para evitar mayores daños neurológicos y, por otro lado, drenar el absceso para aliviar el dolor. Además la intervención quirúrgica, en nuestro caso, se propuso fundamentalmente para conseguir el diagnóstico.

El resultado de la tuberculina (28 mm) junto con la histología impone el tratamiento específico, a pesar de no haber conseguido aislar el bacilo ni cultivarlo, cosa que no es estrictamente necesaria para llegar al diagnóstico, ni mucho menos para tener dudas a la hora de iniciar el tratamiento con tuberculostáticos. (9) En nuestro caso, un cultivo posterior del exudado del drenaje confirmó la presencia de bacilos de Koch.

Estos pacientes requieren un seguimiento prolongado para tratar o prevenir las posibles secuelas osteoarticulares e incluso neurológicas que pudieran producirse en el futuro.

Conclusiones

Seguimos viendo casos de TBC de columna vertebral en nuestro medio. Tenemos que seguir pensando en ella, más ahora que su incidencia parece estar aumentando. Además la aparición de casos menos comunes y atípicos parece proporcionalmente más frecuente. En nuestra especialidad ORL observamos casos de lesiones líticas de las vértebras cervicales, y por tanto es frecuente que produzcan síntomas y signos que los lleven a nuestra consulta ORL inicialmente como ocurrió en este caso.

Bibliografía

1. World Health Organization report on the TBC epidemic. Tuberculosis. A global emergency. Geneva: WHO, 1994
2. Flórez Martín S. <http://starmedia.saludalia.com/starmedia/temasdesalud/doc/respiratorio/doc/tuberculosis.htm>
3. March Ayuela P de. El declive de la infección tuberculosa en España. Rev Clin Esp 1985; 176: 482-483
4. Dolin PJ, Raviglione MC, Kochi A Global tuberculosis incidence and mortality during 1990-2000. Bull WHO 1994; 72:213-220
5. Castilla J, Gutierrez A, Tello O. Sociodemographic predictors and temporal trends of extrapulmonary tuberculosis as an AIDS-defining disease in Spain. AIDS 1995; 1995; 9: 383-388
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Tuberculosis e infección por VIH. Recomendaciones del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre el SIDA, nº 2. Marzo 1995.
7. March Ayuela P de. García González A. Nuevos errores en la epidemiología de la tuberculosis en España especialmente la referida a la infancia. Arch Bronconeumol 1999; 35: 136-139
8. Tuberculosis de columna vertebral. Mal de Pott. http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TextoTraumatologia/Trau_Secc03/Trau_Sec03_04.html
9. Mandell, Douglas y Bennett. Tuberculosis. Enfermedades Infecciosas. Interamericana. 4º ed. Madrid. 2508-09
10. García- Lechuz JM, Julve R, Alcalá L, Ruiz-Serrano MJ, Muñoz P. Tuberculous spondylodiskitis (Pott's disease): Experience in a general hospital Enferm Infecc Microbiol Clin 2002 Jan;20(1):5-9
11. Sanchez MA, Alonso G, Fuertes A, Jimenez A. The image of the week. Tuberculous spondylodiskitis of disks 9-11 (mal de Pott) with ossifying abscess Am J Med 2002 Jun 15;112(9):737-9
12. Pastor I, Gallego I, Benito J, Melchor MA, Arenaz B, Álvarez JJ. Absceso tuberculoso retrofaringeo: a propósito de un caso. 53º Congreso Nacional ORL. A Coruña. Junio. 2002
13. Benito González F, Franco Calvo F, Costaran Blan E, Moreno Jiménez D, Domínguez Hernández J, Muñoz Henera A. Cervicalgia como manifestación de Mal de Pott complicado. 53º Congreso Nacional ORL. A Coruña. Junio. 2002