



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



COMUNICACIONES CLÍNICAS

Dolor cervical y astenia: tuberculosis de una localización inusual

Cervical pain and debility: Tuberculosis of an unusual location

B. Sierra-Bergua^{a,*}, M. Sanchez-Marteles^a, J.L. Morales-Rull^b,
S. Letona-Carabajo^c e I. Sanjoaquin-Conde^c

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ernest LLuch, Lleida, España

^cUnidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Recibido el 8 de marzo de 2010; aceptado el 14 de abril de 2010

Disponible en Internet el 26 de junio de 2010

Introducción

La tuberculosis (TBC) es hoy en día la infección curable de distribución universal que presenta una mayor tasa de mortalidad¹. La importancia de la TBC extrapulmonar se ha puesto de relieve en los últimos años en paralelo a un aumento en su frecuencia en relación con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana^{2,3}. La TBC ósea y articular puede representar hasta un 35% de los casos de TBC extrapulmonar³. En el caso de la TBC de la unión cráneovertebral, la frecuencia es inferior a 0,3–1% de los casos de TBC extrapulmonar⁴, y podría ser menor en paciente inmunocompetentes. Su tratamiento es complejo, y puede requerir de intervenciones quirúrgicas para evitar o tratar el déficit neurológico.

Presentamos el caso de un paciente con espondilodiscitis tuberculosa con afectación de la unión atlantoaxoidea, lo que constituye una presentación clínica excepcional en nuestro medio.

Caso clínico

Varón de 78 años de edad, español, con antecedentes de insuficiencia renal crónica y artrosis cervical. Refería una

historia de 4 meses de evolución de astenia, hiporexia, pérdida de peso, disnea y episodios aislados de tos y expectoración hemoptoica. Dos meses antes había sido valorado por su médico de atención primaria por dolor cervical aislado, y fue tratado con relajantes musculares y antiinflamatorios no esteroideos. La exploración física evidenció una contractura de los músculos paravertebrales cervicales que limitaban la flexo extensión del eje cervical y la lateralización del cuello. Los pares craneales no estaban afectados. Presentaba inestabilidad y parestesias en ambos brazos y piernas. La fuerza era normal y los reflejos osteotendinosos estaban disminuidos de forma generalizada. Las determinaciones analíticas únicamente demostraron anemia normocítica leve, velocidad de sedimentación globular de 43 mm/h y un aclaramiento de creatinina de 17,6 ml/min. La radiología de tórax apreció imágenes que sugerían calcificación en el ápice del pulmón derecho y una rectificación del eje de la columna vertebral cervical. La resonancia magnética (RMN) demostró un absceso retrofaringeo con afectación de odontoides, reabsorción de la misma e importante desplazamiento y estenosis de canal de la unión cervicobulbar (fig. 1). La tomografía cervical confirmó la presencia de una masa posterolateral izquierda prevertebral y anterior a la faringe que parecía corresponder a una adenopatía, junto a lesiones óseas líticas óseas en zona occipital, cóndilo y masa lateral derecha del atlas (fig. 2). Los cultivos de sangre y orina fueron negativos. En esputo se demostró la presencia de

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bsbpacheco1@gmail.com (B. Sierra-Bergua).



Figura 1 Masa retrofaríngea con afectación de odontoides, reabsorción de la misma e importante desplazamiento y estenosis de canal de la unión cervicobulbar.

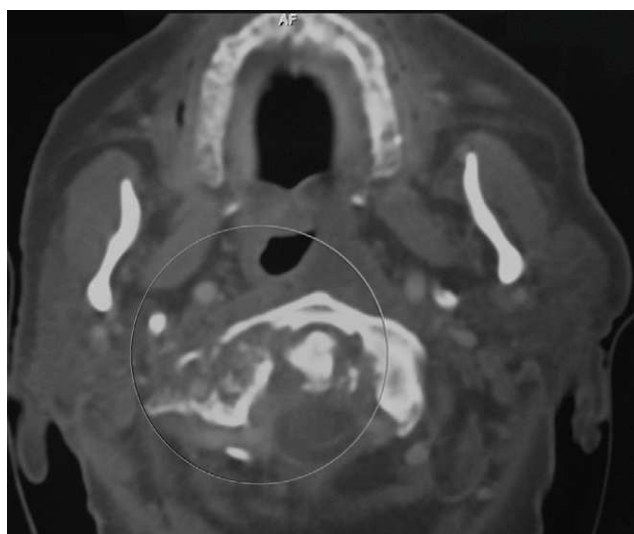


Figura 2 Masa posterolateral izquierda prevertebral y anterior a la faringe que parecía corresponder a una adenopatía, junto a lesiones óseas líticas óseas en zona occipital, cóndilo y masa lateral derecha del atlas.

bacilos ácido-alcohol resistente y los cultivos en medio de Löwenstein-Jensen resultaron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Se practicó una punción del absceso retrofaríngeo obteniéndose material compatible con «caseum» en el que se aislaron bacilos ácido alcohol resistente.

Se inició tratamiento con rifampicina, pirazinamida, isoniácida y etambutol, que se mantuvo durante 2 meses, continuando durante los siguientes 10 meses con isoniácida y rifampicina. La columna vertebral cervical se inmovilizó con una ortesis de cuello tipo halo. Después de doce meses de tratamiento, el paciente permanece estable con mejoría neurológica y radiológica de las lesiones atlantoaxoideas y el absceso retrofaríngeo había desaparecido por completo, retirándose la ortesis tipo halo.

Discusión

En la actualidad se declaran en todo el mundo entre 8-9 millones de casos nuevos/año de TBC. Su incidencia y prevalencia varían en función del área geográfica, siendo más frecuente en las regiones subdesarrolladas. Asia y África

son las áreas con la mayor tasa de incidencia a nivel mundial (entre 100-299 casos por 100.000 habitantes/año, alcanzando en algunas de sus regiones cifras incluso superiores a los 300 nuevos casos por 100.000 habitantes/año). En España la tasa de incidencia es cercana a los 25 nuevos casos por 100.000 habitantes/año¹.

Desde hace unos años la TBC extrapulmonar ha adquirido un protagonismo propio con incrementos en la frecuencia de la enfermedad consecuencia del envejecimiento progresivo de la población, de la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, del uso de tratamientos inmunodepresores y de la mayor prevalencia de pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, que favorecen la aparición de la enfermedad con manifestaciones clínicas que hasta ahora se consideraban propias de países en desarrollo. Por otra parte, también influyen la mejoría en los métodos diagnósticos⁵ y el aumento de la inmigración procedente de zonas con altas tasas de prevalencia de TBC².

Las manifestaciones extrapulmonares de la TBC aparecen en aproximadamente el 20% del total de pacientes con TBC y las afectaciones clínicas más frecuentes son la linfadenitis y las genitourinarias⁶. La participación ósea o articular podría representar hasta el 35% de las formas extrapulmonares. Sin embargo, la localización cráneovertebral, como el caso que nos ocupa, es excepcional representando tan solo al 0,3-1%^{4,7}. En la revisión efectuada por nuestra parte en Medline solo hemos encontrado seis casos clínicos de TBC cráneovertebral en los últimos 5 años⁸⁻¹⁰.

La lesión tuberculosa osteoarticular puede ser resultado de la diseminación hematogénica de la micobacteria, de la diseminación linfática o por vecindad de otra lesión. Por lo general suele ser secundaria a una fuente de infección activa de tuberculosis, si bien es cierto que éste aspecto se confirma en menos de 50% de los casos⁶. En nuestro caso, el paciente presentaba una inmunodepresión secundaria a insuficiencia renal crónica y además, vivía en una residencia de ancianos. Por otro lado, la presencia de calcificaciones en vértice pulmonar son sugestivas de la existencia de una TBC pulmonar antigua que podría haber sido reactivada, dando lugar a la formación de un absceso retrofaríngeo por proximidad con participación atlantoaxoidea.

Los síntomas clínicos de la TBC cráneovertebral son el dolor cervical, «tortícolis», rigidez y, en ocasiones, dependiendo del nivel de participación, pueden aparecer manifestaciones neurológicas^{4,7}. La sospecha clínica resulta esencial en el diagnóstico, y la TC y la RMN para precisar la participación de estructuras óseas y de partes blandas, facilitando la realización de una biopsia guiada con el fin de obtener muestras para estudios citológicos y microbiológicos⁴.

El tratamiento tuberculostático ha demostrado su eficacia, pero no hay consenso con respecto a la duración del mismo. Algunos recomiendan el tratamiento con tratamiento tuberculostático estándar (rifampicina e isoniácida durante 6 meses, asociando pirazinamida durante los primeros 2 meses)⁵. En muchos casos, con repercusión neurológica, se debe considerar el tratamiento quirúrgico de la lesión. Otros recomiendan el uso inicial, durante los primeros 2 meses, de isoniazida, pirazinamida, etambutol y rifampicina, y continuar con rifampicina e isoniácida durante al menos 9 a 12 meses³. Algunos incluso recomiendan prolongar este tratamiento durante 18 meses si no se realiza ningún procedimiento quirúrgico asociado^{4,7}.

La intervención quirúrgica se aconseja para establecer el diagnóstico etiológico, si no es posible por biopsia percutánea, para tratar o prevenir el desarrollo de déficit neurológico o para drenar abscesos no resueltos con drenaje⁵. Son varias las técnicas quirúrgicas y vías de aproximación descritas que pretenden descomprimir la médula y estabilizar al eje atlantoaxoideo, apoyadas por ortesis, como el halo ortopédico^{4,7}. En nuestro paciente, la extensión radiológica y la localización de la lesión ósea lítica, junto con la inestabilidad del eje atlantoaxoidea hizo aconsejable el empleo de un tratamiento para inmovilizar y estabilizar, utilizándose un ortesis de cuello, y el tratamiento con 4 fármacos (isoniacida, pirazinamida, rifampicina y etambutol) durante los 2 primeros meses, seguidos de 10 meses con isoniácida y rifampicina.

El caso presentado resulta excepcional en nuestro medio, por la localización atlantoaxoidea, ilustrando la sintomatología clínica, los procedimientos diagnósticos y el tratamiento a seguir en casos similares.

Bibliografía

1. Dye C. Epidemiología mundial de la tuberculosis. *Lancet*. 2006;367:938–40.
2. Kohli R, Jenny-Avital E. Los factores de riesgo para la tuberculosis extrapulmonar. *Clin Infect Dis*. 2004;39:599–600.
3. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: An overview. *Am Fam Physician*. 2005;72:1761–8.
4. Shukla D, Mongia S, Devi BI, Chandramouli BA, Das BS. Manejo de la tuberculosis unión craneovertebral. *Surg Neurol*. 2005;63:101–6.
5. Protocolos de práctica clínica de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas. Guía de la tuberculosis extrapulmonar 2005. Disponible en: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/>.
6. De Backer AI, Mortelé KJ, Vanhoenacker FM, Parizel PM. Imaging of extraspinal musculoskeletal tuberculosis. *Eur J Radiol*. 2006;57:119–30.
7. Sinha S, Singh AK, Gupta V, Singh D, Takayasu M, Yoshida J. Surgical Management and outcome of tuberculous atlantoaxial dislocation: a 15-year experience. *Neurosurgery*. 2003;52:331–9.
8. Mohindra S, Gupta SK, Mohindra S, Garcia R. Presentaciones poco comunes de la tuberculosis unión craneovertebral: un informe de 2 casos y revisión de la literatura. *Surg Neurol*. 2006;66:94–9.
9. Vigorita VJ, Laiho K, Kauppi M, Soini I, Scherübl H, Weber U. Tuberculosis and Pott's disease. *N Engl J Med*. 2003;348:1501.
10. Kiuchi N, Irifune M, Koizuka I. Report of two cases of tuberculous retropharyngeal abscess in adults. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 2003;106:510–3.