



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/3074 - DOLOR TRAS EL PASO DE LA FRONTERA

B. Pascual López<sup>a</sup>, I. López Macías<sup>b</sup>, I. Conesa Pesdrosa<sup>c</sup>, L. Rojas Feixas<sup>d</sup>, E. Rodríguez Guerrero<sup>e</sup> y C. Bellido Moyano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba.<sup>b</sup> Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. <sup>c</sup>Médico de Familia. Servicio Urgencias Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rute. Córdoba. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón papú neoguineano de 19 años, acude por presentar dolor lumbar y costal, además de alteración de la marcha desde que cruzó la frontera hace un mes. Febrícula, T<sup>o</sup> 37 °C.

**Exploración y pruebas complementarias:** AEG. Glasgow 15. No hematomas. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. Exploración neurológica: PINR, no afectación de pares craneales, no claudicación de MMSS, paresia MII 4/5. Cabeza y cuello: No rigidez, dolor a la movilización cervical. No adenopatías. TA: 130/70; SatO2: 100%; FC: 78 lpm. Rx ap y lateral de columna cervical y dorsolumbar: normal. En Urgencias. Analítica: normal excepto TP: 44. TAC cráneo: normal. Se ingresa en Medicina Interna: Serología: VIH y VHC negativo. VHB pasada. RMN cervical y lumbar: afectación ósea de partes blandas con infiltración de cuerpos vertebrales C1-C2; D2-D3 y D4 a nivel lumbar, fundamentalmente en L1-L4 y L5 con importante estenosis de canal a nivel de L4-L5 y L5-S1. Lesiones sugestivas de proceso neoplásico. Posible linfoma, sin poder descartar metástasis. Se solicita Mantoux y cultivos al persistir la fiebre, se inicia tratamiento tuberculostáticos y ceftriaxona. Mantoux positivo. PCR TBC extrapulmonar y otras micobacterias negativo. Se realiza aspirado medular, punción y biopsia de lesiones vertebrales. Anatomía patológica: Inflamación granulomatosa con células gigantes multinucleadas. Estudio histoquímico (Ziehl-Nielsen) se encuentran estructuras bacilares altamente sugestivas de micobacterias tuberculosas (TBC)-

**Juicio clínico:** Tuberculosis vertebral.

**Diagnóstico diferencial:** Infeccioso (tuberculosis; osteomielitis por S. aureus, sífilis, brucelosis), neoplásico (metastásico, linfoma); traumatológico; neurológico (astrocitoma).

**Comentario final:** La enfermedad de Pott es la localización más frecuente después de la pulmonar, representando el 40% de las tuberculosis osteoarticulares. La enfermedad cuando avanza produce cifosis o abscesos fríos. Una de las complicaciones catastrófica es la paraplejía. Resaltar el papel fundamental que tiene el MAP no sólo desde el punto de vista clínico sino en la mejora de la integración de estos pacientes al sistema sanitario.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Tobajas Calvay J, Guardia Urtubia J. Acerca de un caso de lumbalgia y tuberculosis miliar. Semergen. 2010;36(1):47-50.

**Palabras clave:** Tuberculosis espinal. Dolor lumbar.