



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2401 - OTRA VEZ EL VIEJO ENEMIGO AL QUE NUNCA DEBEMOS OLVIDAR

*M. Ordóñez Sánchez<sup>a</sup>, J. Morais García<sup>b</sup>, C. Raliegos Tajahuerce<sup>c</sup>, P. Vilorio Vecino<sup>b</sup>, J. Álvarez Torices<sup>a</sup> y E. Tosal Vicente<sup>d</sup>*

<sup>a</sup>*Médico de Familia. Centro de Salud Eras de Renueva. León.* <sup>b</sup>*Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.* <sup>c</sup>*Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.* <sup>d</sup>*Médico de Famillia. Centro de Salud La Condesa. León.*

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 51 años con antecedentes de linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio 2A con esplenectomía, en remisión completa, y síndrome de Wolff Parkinson White con ablación exitosa. Intervenida de hernia discal C6-C7. Acude refiriendo desde Agosto, fiebre de semanas de evolución y tos sin expectoración. Solicitamos analítica y radiografía, sin datos de patología aguda. Persisten los síntomas a pesar de analgesia y derivamos a la Consulta de Diagnóstico Rápido, siendo dada de alta sin diagnóstico, permaneciendo afebril. Reacude en Diciembre, refiriendo tos productiva, fiebre y dolor cérvico-dorsal, pautándose tratamiento antibiótico y antipirético. Al continuar con fiebre, realizamos analítica, urocultivo y radiografía sin alteraciones y derivamos nuevamente a la Consulta de Diagnóstico Rápido, desde donde ingresa en el Servicio de Medicina Interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** Contractura cervical. Analítica: linfocitosis y VSG 69 mm. Marcadores tumorales, serología, urocultivo, quantiferón y cultivo partes blandas negativos. Proteinograma normal. Mantoux positivo. Radiografía: casquitos apicales. TC cérvico-toráco-abdomino-pélvico: aumento de partes blandas de localización paravertebral desde C5 hasta D2. Engrosamientos pleuroparenquimatosos en vértices pulmonares, que asocian pequeñas bronquiectasias. RM columna dorsal y gammagrafía con galio: Espondilodiscitis C7-D1. PAAF colección cervical: células linfoides maduras.

**Juicio clínico:** Espondilodiscitis C6-D1 de etiología tuberculosa.

**Diagnóstico diferencial:** Patología discal. Aplastamiento osteoporótico. Espondiloartropatía. Tumores. Espondilodiscitis de otra etiología.

**Comentario final:** La espondilodiscitis tuberculosa, causada por *M. tuberculosis*, supone un 10% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. Su incidencia ha aumentado debido al incremento de la expectativa de vida, de la inmigración y las inmunodeficiencias. Clínicamente se manifiesta por dolor en raquis, fiebre, pérdida de peso y malestar general. Es frecuente el retraso en el diagnóstico, por lo que se deben buscar factores predisponentes. La paciente comenzó el tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, evolucionando favorablemente.

### Bibliografía

1. Nolla MJ, Ariza J. Espondilodiscitis infecciosas. En: Farreras Rozman. Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 978-80.

2. Herrera A, Rodríguez J, Vicente J, Calvo A. Espondilodiscitis tuberculosa. Mal de Pott. Rev Ortop Traumatol. 1998;42:231-42.
3. McDonald M, Sexton D. Skeletal tuberculosis. UpToDate, 2017.

**Palabras clave:** Raquis. Tuberculosis. Espondilodiscitis.