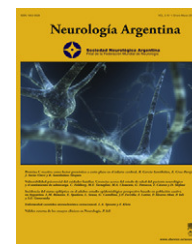




# Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



## Casuística

### Espondilodiscitis con absceso del psoas y epidural espinal debido a *Mycobacterium tuberculosis*

Edgar Carnero Contentti\*, Javier Hryb, Orlando Aliaga, Florencia Deschle y Mónica Perassolo

Sección de Neurología, Hospital Dr. Carlos G. Durand, Buenos Aires, Argentina

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Palabras clave:

Espondilodiscitis tuberculosa  
Absceso epidural  
Diagnóstico y tratamiento

##### Keywords:

Tuberculous spondylodiscitis  
Spinal epidural abscess  
Diagnosis and treatment

#### R E S U M E N

La espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott es una infección granulomatosa de la columna vertebral y tejidos blandos adyacentes. El absceso epidural espinal es una complicación supurativa grave, aunque poco frecuente, que requiere un rápido diagnóstico para evitar secuelas neurológicas definitivas. El diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico en estos pacientes.

© 2011 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Spondylodiscitis with psoas and spinal epidural abscess due to *Mycobacterium tuberculosis*

#### A B S T R A C T

The tuberculous spondylodiscitis or Pott's disease is a granulomatous infection of the spine and adjacent soft tissues. Spinal epidural abscess is a serious suppurative complication, although rare, that requires prompt diagnosis to prevent permanent neurologic sequelae. The early diagnosis and treatment improves prognosis in these patients.

© 2011 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

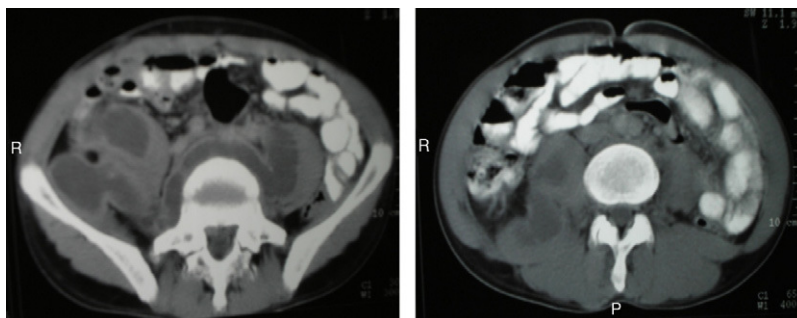
La espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott es una complicación extrapulmonar poco frecuente<sup>1</sup> que deberá ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en nuestro medio. El absceso espinal epidural es una complicación severa en estos pacientes, dado que produce secuelas neurológicas definitivas si no es diagnosticada tempranamente<sup>2,3</sup>. La resonancia

magnética nuclear (RMN) es un método útil para el diagnóstico presuntivo; sin embargo, el diagnóstico definitivo se realiza por punción del material purulento. Generalmente las lesiones tuberculosas se localizan en la zona dorsal baja o lumbar<sup>4</sup>. El tratamiento debe ser instaurado lo antes posible, principalmente en aquellos pacientes que presentan síndrome medular. La neurocirugía rápida nos ayudará a la obtención del material para estudio microbiológico y también servirá como tratamiento. Los fármacos antituberculosos habituales

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: junior.carnero@hotmail.com (E. Carnero Contentti).

1853-0028/\$ - see front matter © 2011 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.  
doi:10.1016/j.neuarg.2012.02.001



**Figura 1 – TAC de abdomen: imagen hipodensa al nivel del músculo psoas iliaco derecho que se extiende a través de la arcada crural hacia la región inguinal.**

generalmente son usados durante un tiempo prolongado (12-15 meses)<sup>3</sup>.

Se presenta el caso de un paciente negativo para el VIH con diagnóstico de espondilodiscitis tuberculosa con absceso espinal epidural y del psoas. Asimismo, aportamos un breve resumen de lo descrito en la literatura internacional.

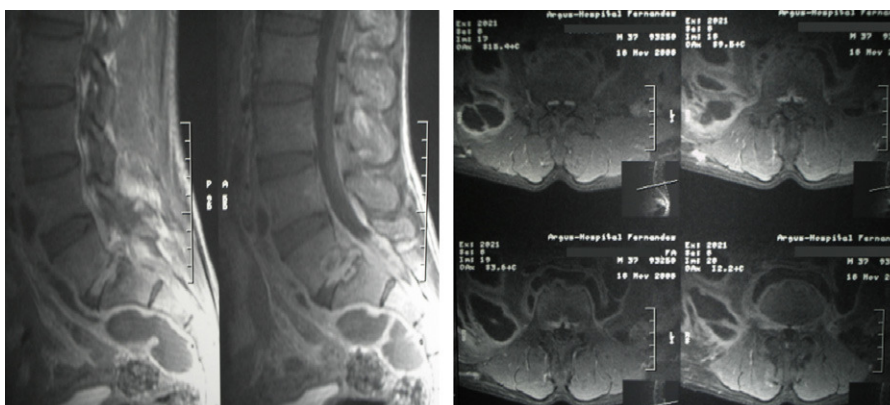
### Caso clínico

Paciente varón de 37 años, argentino, que consulta por síndrome febril prolongado más lumbalgia de 3 meses de evolución. Agregó, 15 días previos a la consulta, impotencia funcional del miembro inferior derecho y parestesias en el muslo homolateral. En el examen físico estaba febril, con adelgazamiento, presentaba una tumoración inguinal derecha dolorosa con ROT aquileano derecho abolido y dificultad para la marcha asociado a dolor a la percusión en las apófisis espinosas lumbosacras. Los datos de laboratorio (positivos) revelaban: Hto 32,5%, Hb 10,3 g/dl, ERS 57 mm, PCR 12,19 mg/dl, FAL 453 y proteínas totales 8,60 g/dl con hipergamaglobulinemia policlonal. Las serologías para enfermedades infecciosas resultaron negativas. Hemocultivos 3/3 negativos y Rx de tórax sin particularidades. En la TAC se observó una estructura heterogénea en el músculo psoas iliaco derecho que se extiende a través de la arcada crural hacia la región inguinal (fig. 1). RMN: colección que se proyecta hacia el canal espinal L5-S1 determinando distorsión del saco dural (fig. 2). Se realiza

punción guiada por ecografía, obteniéndose material purulento con directo Ziehl-Neelsen positivo; el cultivo desarrolla *Mycobacterium tuberculosis*. Se realiza drenaje quirúrgico y se inicia tratamiento con 4 fármacos más inmovilización con buena evolución clínica.

### Discusión

La afección musculoesquelética es la infección extrapulmonar más frecuente en pacientes con tuberculosis, constituyendo el 1 al 10% de los casos<sup>1</sup>. El 50% se manifiesta como la enfermedad de la columna vertebral, y la asociación con abscesos espinales que pueden extenderse hacia anterior o posterior (espacio extradural) se da en aproximadamente el 75% de los casos<sup>1</sup>. La espondilodiscitis tuberculosa o mal de Pott es la forma más frecuente de alteración osteoarticular, con una prevalencia que varía entre el 1-3%<sup>2,3</sup>. La infección se inicia en el hueso subcondral, y una vez que el proceso está establecido la infección activa se extiende lentamente al espacio discal y luego a los cuerpos vertebrales adyacentes. Asimismo, cuando existe penetración de la masa abscedada en el periostio se puede involucrar el músculo psoas que luego puede descender comprometiendo la fosa iliaca<sup>3,4</sup>. Los cuerpos vertebrales torácicos inferiores y lumbares superiores son los más afectados, y con menor frecuencia los segmentos cervicales y sacros<sup>3-5</sup>. Las manifestaciones clínicas dependen del lugar donde se localicen las lesiones.<sup>3</sup> Los síntomas constitucionales como fiebre,



**Figura 2 – RMN de columna lumbosacra. Espondilodiscitis con abscesos óseos en L4-L5. Colección que ocupa el espacio epidural y absceso del psoas derecho.**

pérdida de peso y astenia están presentes en menos del 40% de los casos<sup>6</sup>. La presentación clínica de síntomas y signos de compresión medular por absceso epidural es una emergencia médica y quirúrgica, y lamentablemente el diagnóstico es tardío y se realiza una vez instalado el cuadro en el 40-70%, no pudiendo ser reconocido previamente por la evolución subaguda de síntomas inespecíficos que luego suelen evolucionar a parestesias, paraplejía, síntomas esfinterianos y nivel sensitivo<sup>3-7</sup>. Desde el punto de vista etiológico el agente causal más frecuente (57-63%) de abscesos epidurales espinales es el *Staphylococcus aureus*, mientras que el *Mycobacterium tuberculosis* se encuentra en el 25% de los pacientes<sup>3</sup>. Los datos clínicos sugieren que la espondilodiscitis tuberculosa es un proceso crónico, insidioso y progresivo que lleva al diagnóstico tardío meses después del inicio de los síntomas<sup>8</sup>.

Los métodos complementarios que definen el diagnóstico etiológico son el estudio histopatológico y cultivo del material purulento<sup>9</sup>. El estudio por imágenes de elección es la RMN, donde se observa en la mayoría de los casos afectación de un segmento raquídeo, colapso vertebral con imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con deformación cifótica<sup>10</sup>. Las lesiones captan contraste de forma homogénea. El tratamiento de la espondilodiscitis tuberculosa es principalmente médico y debe instaurarse tan rápido como sea posible. Consiste fundamentalmente en reposo, colocación de ortesis de descarga del segmento raquídeo afectado y la administración de los tuberculostáticos habituales, como isoniacida 300 mg/día, rifampicina 600 mg/día, pirazinamida 1.500 mg/día y etambutol 1.200 mg/día para evitar secuelas neurológicas definitivas<sup>3-11</sup>. El tratamiento con 4 fármacos se realiza durante 2 meses y luego se continúa de 12 a 15 meses con isoniacida y rifampicina para la espondilodiscitis y absceso epidural<sup>3-13</sup>.

Un metaanálisis que incluyó 331 pacientes con tuberculosis espinal concluyó que no había pruebas suficientes para determinar beneficio adicional de la cirugía sistemática. Sin embargo, cuando el paciente lo requiere, la intervención quirúrgica puede mejorar la movilización precoz y reducir la morbilidad en casos seleccionados<sup>14</sup>.

En conclusión, el absceso epidural espinal secundario a *Mycobacterium tuberculosis* es una complicación severa que debe ser tratada con un abordaje neuroquirúrgico y médico, con los fármacos tuberculostáticos habituales tan rápido como sea posible para evitar secuelas definitivas.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

Al Dr. Di Pace José Luis, Dra. Cairola Patricia, Dr. Porta Oscar por sus aportes para llegar al diagnóstico en este paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

- Lindahl S, Nyman RS, Brismar J, Hugosson C, Lundstedt C. Imaging of tuberculosis. IV. Spinal manifestations in 63 patients. *Acta Radiol.* 1996;37:506-11.
- Herrera A, Rodríguez J, Vicente J, Calvo A. Espondilodiscitis tuberculosa. *Mal de Pott.* *Rev Ortop Traumatol.* 1998;42:231-42.
- Corti M, Villafañe M, Yampolsky C, Ambroggi M, Palmieri O. Espondilodiscitis con absceso epidural espinal y del psoas por *Mycobacterium tuberculosis*. *Rev Panam Infectol.* 2007;9:50-3.
- Dinc H, Ahmetoglu A, Baykal S, Sari A, Sayil O, Gümele HR. Image-guided percutaneous drainage of tuberculous iliopsoas and spondylodiskitic abscesses: midterm results. *Radiology.* 2002;225:353-358.
- Fanlo P, Tiberio G. Tuberculosis extrapulmonar. *An Sist Sanit Navar.* 2007;30:143-62.
- Hodgson SP, Ormerod LP. Ten-year experience of bone and joint tuberculosis in Blackburn 1978-1987. *J R Coll Surg Edinb.* 1990;35:259.
- Nussbaum ES, Rockswold GL, Bergman TA, Erickson DL, Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: A diagnostic and management challenge. *J Neurosurg.* 1995;83:243.
- Sanal HT, Kocaoglu M, Sehirlioglu A, Bulakbasi N. A rare cause of flank mass: psoas abscess due to extensive primary thoracolumbar tuberculous spondylodiskitis. *Am J Neuroradiol.* 2006;27:1735-7.
- Pertuiset E, Beaudreuil J, Liote F, Horowitzky A, Kemiche F, Richette P, et al. Spinal tuberculosis in adults. A study of 103 cases in a developed country, 1980-1994. *Medicine (Baltimore).* 1999;78:309.
- García-Lechuz JM, Julve R, Alcalá L. Espondilodiscitis tuberculosa o enfermedad de Pott: experiencia en un hospital general. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2002;20:5-9.
- Gómez N, Penelas-Cortés Y, Ibáñez J. Espondilodiscitis infecciosa en un área sanitaria gallega, 1983-2003. *An Med Intern.* 2004;11:533-9.
- Loenhout-Rooyackers JH, Verbeek AL, Jutte PC. Chemo-therapeutic treatment for spinal tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2002;6:259-65.
- Jutte P, Van Loenhout-Rooyackers J. Routine surgery in addition to chemotherapy for treating spinal tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006:CD004532.
- Upadhyay SS, Sell P, Saji MJ, Sell B, Hsu LC. Surgical management of spinal tuberculosis in adults. Hong Kong operation compared with debridement surgery for short and long term outcome of deformity. *Clin Orthop Relat Res.* 1994:173.