

## Mal de Pott: a propósito de un caso

Leonardo Cedeño Torres<sup>1</sup>; Liliam Escariz Borrego<sup>2</sup>; Diana Karolina Vélez Mendoza<sup>3</sup>;  
Josselyn Tamara Cedeño Arteaga<sup>4</sup>; Katuska Mederos Mollineda<sup>5</sup>  
(Recibido: agosto 15, Aceptado: octubre 23, 2019)

<sup>1</sup> Especialista en Endocrinología. Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, Facultad de Ciencias Médicas-Manta, Ecuador. Decano de Facultad. Correo electrónico: jleonardo.cedeno@uleam.edu.ec.

<sup>2</sup> Especialista de primer grado Ginecología y Obstetricia Máster en atención integral a la mujer. Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, Facultad de Ciencias Médicas- Manta, Ecuador. Docente. Correo electrónico: lilyescariz@gmail.com.

<sup>3</sup> Licenciada en Radiología e Imagenología. Hospital Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha. Correo electrónico: diankavelez1991@gmail.com.

<sup>4</sup> Licenciada en Radiología e Imagenología. Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, Facultad de Ciencias Médicas-Manta, Ecuador. Técnico Docente. Correo electrónico: tamytarteaga@gmail.com.

<sup>5</sup> Especialista de primer grado Pediatría y Máster en Atención Integral al Niño. Universidad Estatal de Milagro (UNEMI), Facultad de Ciencias de la salud-Milagro, Ecuador. Docente. Correo electrónico: kmederosm@unemi.edu.ec.

### Resumen

El Mal de Pott es una presentación de la tuberculosis extrapulmonar. Los datos clínicos más comunes que puede presentar son: dolor, limitación funcional, contractura muscular, fiebre nocturna, en etapas avanzadas presenta una giba dorsal, absceso vertebral y alteración neurológica. Con mayor frecuencia afecta las articulaciones intervertebrales torácicas y lumbares. Se describe el caso clínico de paciente de 60 años que manifiesta cuadro clínico de dolor lumbar que irradia a extremidad inferior derecha, imposibilitando la bipedestación y deambulación. Se solicita radiografía de columna lumbar, en donde presenta pinzamiento de L4, L5 y Resonancia Magnética en la que se observó signos sugestivos de Mal de Pott. El diagnóstico es complejo y el pronóstico dependerá del diagnóstico precoz evitando así complicaciones vertebrales irreversibles.

**Palabras Clave:** Mal de Pott, Resonancia Magnética, tuberculosis extrapulmonar.

### Pott's Disease: about a case

#### Abstract

Pott's disease is a form of extrapulmonary tuberculosis. The most common clinical signs that can occur are: pain, functional limitation, muscular contracture, night fever, in advanced stages it a dorsal hump, vertebral abscess and neurological alterations can be developed. Most often it affects the thoracic and lumbar intervertebral joints. The clinical case of a 60-year-old patient is described who manifests a clinical picture of low back pain that radiates to the lower right limb, making it impossible to stand and walk. A Lumbar spine radiography was requested, where an impingement of L4, L5 and Magnetic Resonance with signs of Pott's disease were observed. The diagnosis is complex and the prognosis will depend on the early diagnosis thus avoiding irreversible vertebral complications.

**Keywords:** Pott's Disease, Magnetic Resonance, extra pulmonary tuberculosis.

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis ha estado presente desde principios de la humanidad. Una de las evidencias más antiguas son las lesiones de Mal de Pott dorsal, presentes en un esqueleto encontrado en Alemania que data unos 5000 años antes de Cristo (1). Enfermedad causada por el *mycobacterium tuberculosis*, con afectación casi siempre pulmonar, prevenible y curable, sin embargo, las personas infectadas con la bacteria tienen un riesgo a lo largo de su vida de enfermar de tuberculosis de un 10%. La vía aérea constituye la principal puerta de entrada; siendo los pulmones los órganos con características adecuadas para el desarrollo y la diseminación del bacilo a otros órganos del cuerpo (2).

Un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo tuberculoso. Cada año en el mundo se reportan de 8 a 10 millones de casos nuevos de Tuberculosis, y alrededor de 3 millones de personas fallecen a causa de la enfermedad. La más común es la tuberculosis intrapulmonar pero el 33% de los casos afecta a los otros órganos, tuberculosis extrapulmonar. La Tuberculosis Vertebral ocurre en menos de 1% de los pacientes, es más frecuente en niños de 2 a 5 años que en adultos entre los 45 y 60 años (3). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2) la Tuberculosis es una de las primeras causas de muerte por un agente infeccioso.

El Diario El Telégrafo publicó que hasta el 2016 se reportaron 10,4 millones de personas enfermas de Tuberculosis, y en el 2015 murieron 1,8 millones con este mal en el Ecuador. La mayor concentración de casos está en la provincia del Guayas con el 48,25% de los casos nuevos de todas las formas de Tuberculosis. (4).

El Mal de Pott, también conocido como Tuberculosis Vertebral, Espondilitis Tuberculosa o Enfermedad de Pott, es una presentación de la tuberculosis extrapulmonar. Las bacterias alcanzan

habitualmente la columna vertebral por diseminación hematológica o a través de los linfáticos prevertebrales, por los que los cuerpos vertebrales suelen ser los primeros afectados (5).

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de paciente de 60 años masculino, con antecedentes personales de Diabetes Mellitus en tratamiento que acude a consulta programada de endocrinología y refiere dolor lumbar de intensidad variable de 6 meses de evolución teniendo como causa aparente golpe por objeto contuso "tronco" razón por la cual fue hospitalizado 24 horas; acompañado de sensación de adormecimiento en miembros inferiores que cede parcialmente al decúbito lateral derecho y a la automedicación (ARCOXIA 120 mg cada 12 horas), y desde hace dos meses presenta imposibilidad para la bipedestación por dolor de gran intensidad en miembro inferior derecho. Además, paciente refiere alza térmica de predominio nocturno, pérdida de peso de aproximadamente 10 a 15 kg en 3 meses, hiporexia y malestar general, razón por la cual acude a casa de salud. Dentro de los antecedentes familiares el padre presenta tos crónica y su tío paterno presenta Tuberculosis pulmonar.

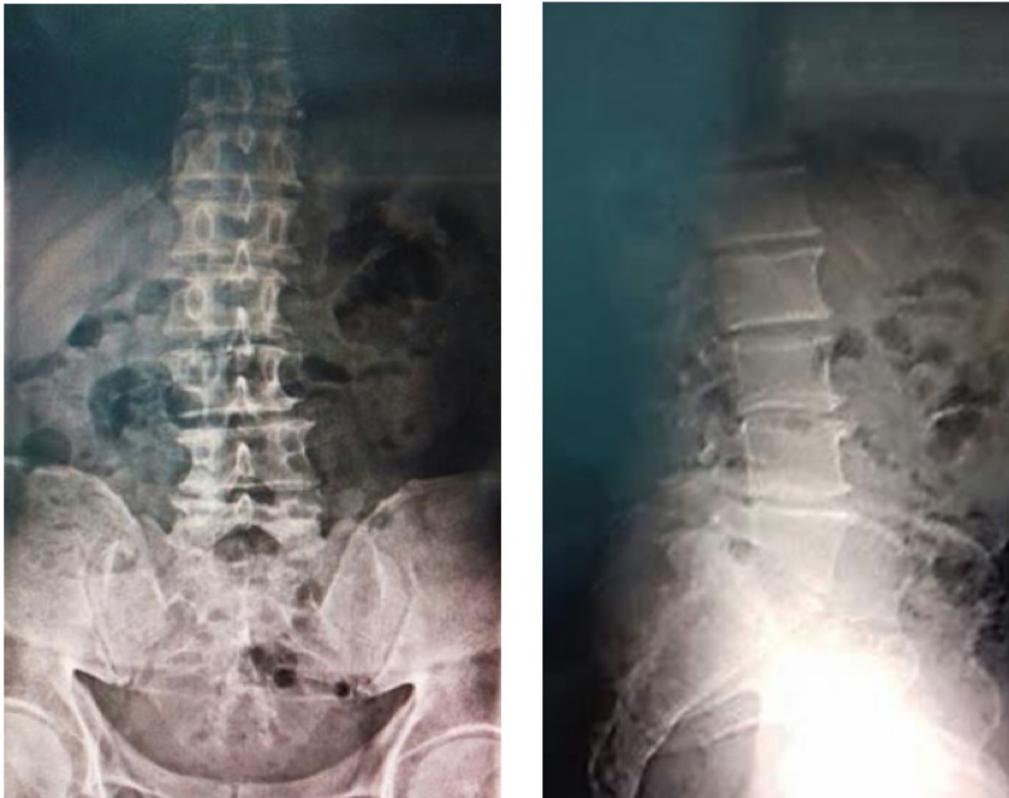
Al examen físico se detecta una leve escoliosis de columna lumbar, se evidencia dolor de moderada intensidad a la compresión de los espacios intervertebrales. Las extremidades superiores con tono y fuerza disminuida de musculatura braquial, las inferiores con disminución del tono y fuerza de musculatura crural, predominio de miembro inferior derecho con espasticidad articular, dolor de gran intensidad y limitación funcional para movimientos de la articulación coxofemoral. En los exámenes de laboratorio llama la atención: VSG: 34 mm/hora y PPD tuberculina: positiva.

El paciente es ingresado por cuadro evolutivo de dolor lumbar; es tratado con tramadol, se le realiza radiografía de columna lumbar

donde se confirma leve escoliosis y dado de alta por petición del paciente. Reingresa a los 3 meses por la misma sintomatología y con alza térmica nocturna. Es valorado por traumatología el cual refiere medicación para el dolor y sugiere realizar Radiografía anteroposterior de tórax: Imágenes normales

y Radiografía de columna dorso lumbar con los siguientes hallazgos (Figura 1):

- Radiografía Ap: se observa desviación lateral de los cuerpos vertebrales
- Radiografía Lateral: se observa disminución del espacio L4, L5 y S1 acompañado de signos de espondilosis y artrosis facetaria.



**Figura 1.** Radiografías de columna dorso lumbar

Se solicita realizar una Resonancia Magnética de columna lumbar secuencia t2, vista lateral en la cual se obtuvo como Diagnóstico lo siguiente (Figura 2):

Detectándose discos intervertebrales con disminución de su altura de L4 y L5. La intensidad de señal es baja en secuencias de t2 por deshidratación en todo el segmento, pérdida del núcleo, contorno discal y reducción de los discos L4 y L5 acompañada de áreas de osteocondrosis intervertebral (espondilosis deformans). Los cuerpos vertebrales disminuyen de altura,

con cambios degenerativos y de esclerosis de las plataformas articulares de L4 y L5. Cambios importantes de degeneración a nivel de L4/ L5 / S1 (Modic III). Formaciones de herniaciones de schmorl de cuerpo de L4 articulaciones facetarias con cambios evidentes degenerativos y deshidratación interarticular y presencia de áreas de baja señal por espondilosis a nivel de L4, L5 y S1. Disminución de tejidos blandos prevertebrales. Los hallazgos se relacionan con proceso crónico compatible con Enfermedad de Pott.



**Figura 2.** Resonancia Magnética de columna lumbar secuencia t2, vista lateral

Teniendo los resultados de la Resonancia Magnética el médico tratante solicita y realiza una infiltración lumbar dando resultado positivo del Bacilo de Koch. Los exámenes imagenológicos y la infiltración lumbar confirmaron el diagnóstico. El caso fue informado como Tuberculosis Vertebral (Mal de Pott), de modo que el paciente fue tratado con medicamentos antituberculosos según el esquema terapéutico establecido y evoluciona favorablemente.

#### **DISCUSIÓN**

La enfermedad de Mal de Pott es un tipo de artritis tuberculosa que afecta las articulaciones intervertebrales, con mayor frecuencia las vértebras T8 hasta L3. La lesión produce una destrucción vertebral producida que ocasiona al paciente un dolor continuo. (6). Si la enfermedad avanza la destrucción ósea facilita la salida del material caseoso hacia las partes blandas y forman abscesos prevertebrales que progresan y dan lugar a la afectación de otras vértebras. Si llega a la región lumbar, la extensión continúa

siguiendo la vaina del psoas y observándose como una masa en la región inguinal; la existencia de abscesos indica que el proceso de la enfermedad está en actividad (7).

Se caracteriza por una triada clásica: giba dorsal, abscesos osifluente y trastornos neurológicos, esto sucede en etapas avanzadas. Ante un diagnóstico tardío, puede afectar a la médula espinal generando déficit neurológico. La tuberculosis vertebral es de sospecha clínico-imagenológico, y de confirmación bacteriológica. (8).

La imagenología es un pilar fundamental y sustancial en la orientación del diagnóstico, permite evaluar la extensión de la lesión vertebral y definir la conducta quirúrgica si llega a ser necesaria. La Resonancia Magnética es el estudio de elección en el Mal de Pott, permite apreciar la totalidad de los cambios en las vértebras y en los tejidos vecinos incluidos los abscesos intra y extravertebrales (9).

En los países de baja incidencia no se considera en el diagnóstico en pacientes que presentan dolores recurrentes de espalda

con meses de evolución, cansancio, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, y en casos más avanzados deformidad de la columna formación de gibas, también puede presentar déficits neurológicos con debilidad de las extremidades inferiores y entumecimiento conocido como paraplejía de Pott como resultado de la compresión de la médula espinal (5) (10) (11).

La espondilitis tuberculosa destruye, deforma la columna vertebral y hace perder la estabilidad, debido a que la porción necrosada del disco pierde por completo su papel de amortiguador elástico, es por ello que se siente el peso del cuerpo mucho más rudamente sobre la zona afectada, lo cual lleva al constante esfuerzo de los músculos (12). Así se explica que uno de los primeros síntomas del Mal de Pott en el adulto sea la sensación de cansancio y estado de contractura de los músculos espinales.

En etapas avanzadas, las lesiones destructivas pueden ser confundidas con procesos neoplásicos o degenerativos. El Mal de Pott comienza en el cuerpo vertebral, de modo característico se afectan dos vértebras y el espacio discal intermedio se estrecha a diferencia del carcinoma metastásico, que lesiona las vértebras sin estrechar el espacio discal (13) (14).

#### CONCLUSIONES

La Imagenología resulta esencial para el diagnóstico oportuno teniendo en cuenta los hallazgos radiológicos con el fin de ayudar a administrar un tratamiento específico durante las primeras manifestaciones; y así evitar complicaciones graves como la deformidad vertebral irreversible y los daños neurológicos concomitantes. Los antecedentes, las pruebas de laboratorio, la existencia de una gammagrafía positiva, y las imágenes de una Resonancia Magnética pueden dar la clave o, por lo menos, orientar ante la existencia de un proceso infeccioso (14).

#### REFERENCIAS

1. Abad J; Pérez A; Chamizo J; Jiménez F; Martínez P; Ramón J. Tuberculosis de columna cervical. Trabajo de investigación y clínica aplicada. España, Aragón. 2002; (2): 15-18
2. Organización Mundial de la Salud, OMS | Tuberculosis. 2017. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
3. Ortega C; Correa R. Enfermedad de Pott: A propósito de un caso. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana* (CIMEL). 2008; 13 (2): 82-86
4. Diario El Telégrafo-Ecuador (2017, marzo). Recuperado de: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/hay-una-alta-incidencia-de-casos-de-tuberculosis-y-la-gente-se-automedica>
5. Cheung W; Luk K. Resultados clínicos y radiológicos después del tratamiento conservador de la espondilitis tuberculosa: ¿son los 15 años de seguimiento en el estudio MRC el tiempo suficiente? *European Spine Journal*. 2013; 22 (Suppl-4): 594–602.
6. Arias I; Puente V; Lamotte J; Ojeda L. Tuberculosis vertebral (mal de Pott) e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *MEDISAN*. 2011; 15(12): 1791
7. Vergara A; Barrios P; González F. Diagnóstico por imágenes de tuberculosis vertebral. Presentación de un caso. *Medisur*. 2015; 13(2): 303-308
8. Graña D; Ponce C; Danza A; Gutiérrez I; Dufrechou C. Espondilodiscitis tuberculosa: uso de los exámenes complementarios con una nueva perspectiva. *Arch. Med Interna*. 2015; 37(1):18-22
9. González J; García J; Anibarro L; Vidal R; Esteban J; Blanquer R; Moreno S; Ruiz J. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Química*. 2010; 28(5): 297.e1–297.e20

10. Colmenero, J.D., Ruiz-Mesa, J.D., Sanjuan-Jimenez, R. et al. *Eur Spine J.* 2013, 22(Suppl 4): 579. <https://doi.org/10.1007/s00586-012-2348-2>
11. Targa Moreira C., Galhego R., Silber M.F., Meves R., Landim E., Avanzi O. Avaliação radiográfica do colapso sagital do Mal de Pott. *Coluna/Columna.* 2010; 9(4): 370-375.
12. Rosales Oliva A. Tuberculosis vertebral o mal de Pott en una paciente adulta. *MEDISAN.* 2015; 19(11): 1369-1372.
13. Benavente A; Monge M; Acal Y. Espondilodiscitis Tuberculosa Lumbar. *Rehabilitación.* 2004; 38(1): 37-40.
14. Herrera A; Rodríguez J; Vicente J; Calvo A. Espondilodiscitis Tuberculosa. Mal de Pott. *Revista de Ortopedia y Traumatología.* 1998; 42(3): 231-242.