

de Ochsner, confirmándose el diagnóstico anatómico-patológico de cistoadenoma mucinoso de ovario en una paciente que cumple las mismas características en cuanto a presentación clínica acorde a la literatura (mujer en la mitad de la vida adulta, masa unilateral, voluminosa, multilobulada, limítrofe).

Es importante mencionar el gran apoyo del ultrasonido para la decisión del procedimiento quirúrgico a realizar, valorando tamaño, diferenciándolo de un quiste simple, y si tiene o no compromiso con otros anexos pélvicos.

La paciente fue dada de alta satisfactoriamente, sin ninguna complicación posterior.

CONCLUSIONES

Se imponen estudios epidemiológicos en Ecuador para determinar las tasas no solo de la patología mencionada en este caso (CAM) sino también de la amplia gama de tumores ováricos existentes debido a su elevada frecuencia.

Debemos tener en cuenta las diversas técnicas quirúrgicas que se pueden emplear para la cito reducción y excéresis de las masas tumorales adecuándolas al tipo de paciente y presentación clínica de cada patología, con el fin de respetar los demás anexos pélvicos, más aun en caso de pacientes jóvenes que tienen su vida fértil por delante.

Los autores de este trabajo participaron de forma activa en el diagnóstico y tratamiento de esta paciente, que se reporta como caso clínico interesante.

El Dr. Rodrigo Vela Elizalde y sus hijos Dr. Andrés Vela Intriago y Dr. Rodrigo Vela Intriago como autores principales en conjunto realizamos el diagnóstico oportuno, la evaluación clínica de la paciente, y participamos activamente en el procedimiento quirúrgico. (Fig.7)

BIBLIOGRAFÍA

1. Robbins S., Kumar V. Y Cotran. Patología Humana R. S. Editorial Harcourt S.A. 7ma ed. 2003. Capítulo 22 Tracto Genital Femenino. Página 1100 – 1101.
2. Michael Baggish. Mickey Karam Atlas de Anatomía de la Pelvis y Cirugía Ginecológica. 2009. Editorial: Editorial Médica Panamericana. Capítulo 17 Quistectomía y quistotomía ováricas. Página 245.
3. Michael Baggish. Mickey Karam Atlas de Anatomía de la Pelvis y Cirugía Ginecológica. 2009. Editorial: Editorial Médica Panamericana. Capítulo 23 Cirugía de reducción de masa en los tumores ováricos. Página 289.
4. Bajo Arenas. Ultrasonografía Ginecológica. Marban Libros. Capítulo 7 Estudio ultrasonográfico de las formaciones orgánicas del ovario. Score ecográfico. Valoración Doppler. Página 149.

ESPONDILITIS TUBERCULOSA "MAL DE POTT": A PROPÓSITO DE UN CASO.

Grace Navarrete Chávez^{1,a,b} Juan Tumbaco Gual^{2,a,b}



RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 56 años, que refería dolor lumbar de intensidad moderada-severa y resistente al tratamiento conservador, junto con sintomatología general (pérdida de peso, hiporexia y astenia). La radiografía de columna lumbar y la resonancia magnética nuclear lumbar evidenciaron lesiones de espondilitis infecciosa y un absceso perivertebral, se trató con terapia antituberculosa con Esquema 1 durante 6 meses (100 dosis) siguiendo Estrategia DOTS y con tratamiento rehabilitador, con evolución clínica favorable.

Palabras clave: Espondilitis, Mal de Pott, columna lumbar, terapia antituberculosa, Estrategia DOTS.

1. Responsable del Programa de Control de Tuberculosis de la Dirección Provincial de Salud de Santa Elena
2. Centro Salud Hospitalario - Salinas
- a. Master
- b. Doctor(a)

* Recibido 07 de Enero y Aceptado el 18 de Enero del 2013

CORRESPONDENCIA:

Dra. Grace del Rocío Navarrete Chávez MSc.
Dirección Provincial de Salud de Santa Elena
Email: grace.navarrete@dpsse.gob.ec
Cel: 042180006 - 0992754509
Guayaquil-Ecuador

SUMMARY

We report a case of a male patient of 56 years, presented with low back pain of moderate to severe intensity and resistant to conservative treatment, along with constitutional symptoms (weight loss, decreased appetite and fatigue). Lumbar radiography and magnetic resonance imaging showed lumbar injuries and infectious spondylitis perivertebral abscess, treated with anti-tuberculosis therapy with Scheme 1 for 6 months (100 doses) following DOTS treatment and rehabilitation, with favorable clinical outcome.

Keywords: Spondylitis, Pott's disease, lumbar spine, tuberculosis treatment, DOTS strategy.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública especialmente en países en vía de desarrollo, en el Ecuador a pesar de que la incidencia de casos en la última década se ha mantenido estable (Tasa de Incidencia de 26.93 x 100.000) aún preocupa el alarmante incremento de casos drogoresistentes.

Cada año en el mundo se reportan de 8 a 10 millones de casos nuevos de tuberculosis, y cerca de 3 millones fallecen a causa de la enfermedad¹. Las condiciones socio-económicas deficitarias y la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) son importantes factores de riesgo para su desarrollo.

La Tuberculosis es una enfermedad de las más antiguas que afectan a la humanidad, Sir Percival Pott, en 1779, reconoció una triada caracterizada por la presencia de giba a nivel de la columna dorsal, absceso oscifluente y trastornos neurológicos, los cuales determinó que eran del mismo origen etiológico, lo que se conoce en su honor como Enfermedad de Pott².

La localización vertebral de la tuberculosis suele ser secundaria a una diseminación hematogena de un foco pulmonar (excepcionalmente urogenital), la lesión produce una destrucción vertebral progresiva que ocasiona al paciente un dolor continuo.

Esta puede evolucionar desfavorablemente si no se diagnostica precozmente y ocasionar graves deformidades en la columna e importantes lesiones medulares. Las vértebras torácicas y lumbares son las afectadas con más frecuencia.

En menos del 2 % de los casos, es la columna cervical

superior la implicada². La afectación de la columna cervical se asocia, en un alto porcentaje de casos, a síntomas neurológicos.

El objetivo de la presentación de este caso clínico es enfatizar la etiología de una lumbalgia inespecífica, refractaria al tratamiento conservador, que excepcionalmente tiene su origen en una Espondilitis Tuberculosa o Enfermedad de Pott; y que, diagnosticada precozmente y con tratamiento oportuno se lograron evitar todas las complicaciones.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 56 años, procedente del cantón Salinas, provincia de Santa Elena, que acude a consulta por presentar dolor en columna vertebral lumbar desde hace 7 meses, de carácter constante, de gran intensidad (9/10), acompañado de contractura muscular lo cual le ha causado adoptar posiciones antiálgicas para la deambulación. Ha cursado con períodos de remisión y exacerbación asociado a parestesias en el área lumbar.

Para ello se le administraban ibuprofeno y AINES no especificados, lo que le aliviaba el dolor temporalmente pero permanecía con limitación funcional. Adicionalmente presentó síntomas generales como hiporexia, astenia y pérdida de peso.

Con esta sintomatología acude a consulta Médica. Antecedentes personales patológicos: ninguno de importancia, se investiga antecedentes de Tuberculosis pulmonar o sintomatología respiratoria sin obtener confirmación de los mismos. Epidemiológicamente no refiere contacto con personas con Tuberculosis activa o lo desconoce.

Antecedentes personales no patológicos: no presenta antecedentes personales ni heredofamiliares de importancia. No refiere antecedentes quirúrgicos.

En la Interconsulta con el Especialista en Traumatología se reporta: Al examen físico se halla al paciente alerta, consciente, afebril, en buen estado general, orientada en las tres esferas.

En el área lumbar, a nivel de L3-L4 se evidencia una masa dura superficial, de bordes definidos, no dolorosa a la palpación, de aproximadamente 2 cm de diámetro.

Al examen neurológico presenta: funciones superiores: normales, pares craneales sin alteraciones, coordinación normal, marcha antiálgica, reflejos osteo-tendinosos 2+/4+, fuerza muscular 4/5, sensibilidad

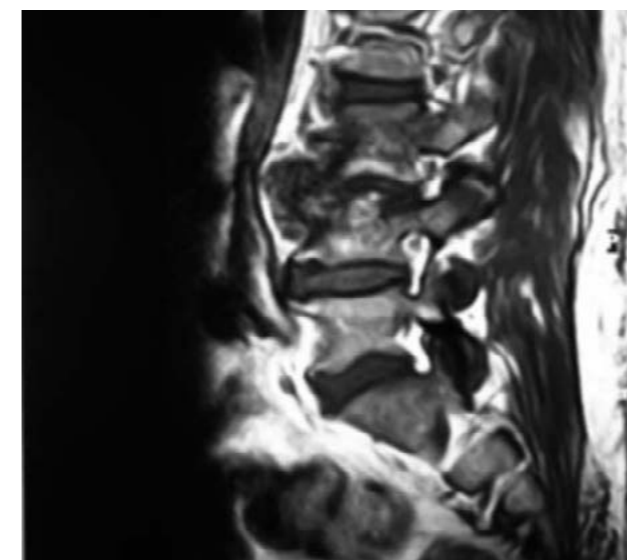


Figura 1. Radiografía de Columna lumbar: Se observa alteración en la morfología de las vértebras lumbares y escoliosis. Fuente:

superficial y profunda conservada, ausencia de reflejos patológicos y no signos meníngeos.

Dentro de las pruebas de laboratorio se muestra un Hemograma sin alteración. En los exámenes químicos sanguíneos sólo llama la atención el aumento de ácido úrico (8,5 mg/dl). El examen elemental de orina se encuentra dentro de los valores normales. Se realiza un Prueba rápida para VIH (Determine) la cual es NO REACTIVA.

Se realiza una radiografía de tórax (ver figura 1) donde se observa escoliosis y rectificación de la lordosis lumbar.



Osteofitos anteriores en cuerpos vertebrales lumbares, espondilosis. Estrechamiento del espacio intervertebral de L3-L4. Alas del sacro con áreas de esclerosis.

En la imagen de Resonancia Magnética de Columna Lumbosacra (figura 2) se observa: difusa disminución en las señales de intensidad de los cuerpos vertebrales L4 en su totalidad y de la mitad inferior de L3 con mínima hiperintensidad del disco y disminución del espacio vertebral. Formación de imagen iso-intensa perivertebral en los niveles antes nombrados, con presencia de pequeñas lesiones redondeadas de apariencia necrótica e infiltración bilateral a los músculos psoas con predominio derecho. Leve estenosis del canal medular. Impresión diagnóstica: Imágenes compatibles con espondilitis infecciosa y formación de absceso perivertebral. Espondilitis tuberculosa?



Figuras 2 y 3. Resonancia Nuclear Magnética.

Se observa absceso prevertebral que invade espacio intervertebral, destruye los cuerpos vertebrales y comprime la médula espinal. Se observa lesiones vertebrales a nivel de L3 y L4.

Con estos antecedentes se inicia terapia antituberculosa con Esquema 1 durante 6 meses: Dos meses de Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol (de Lunes a Viernes) y 4 meses de Isoniazida y Rifampicina (lunes, miércoles y viernes) siguiendo con éxito la Estrategia DOTS (tratamiento acortado directamente observado).

Cuatro meses posteriores al inicio de tratamiento se realiza una RMN de control (Figura 4) reportando los siguientes resultados:

Difusa hiperintensidad de los cuerpos vertebrales de L3 y L4 con erosión importante de los platillos vertebrales y disminución marcada del espacio vertebral.

Formación de imagen isointensa perivertebral en los niveles antes nombrados y mínima alteración en las señales de intensidad de los músculos psoas. Canal y agujeros vertebrales libres. Impresión diagnóstica: imagen de los cuerpos y espacio vertebral en L3 y L4 compatibles con proceso inflamatorio en resolución.

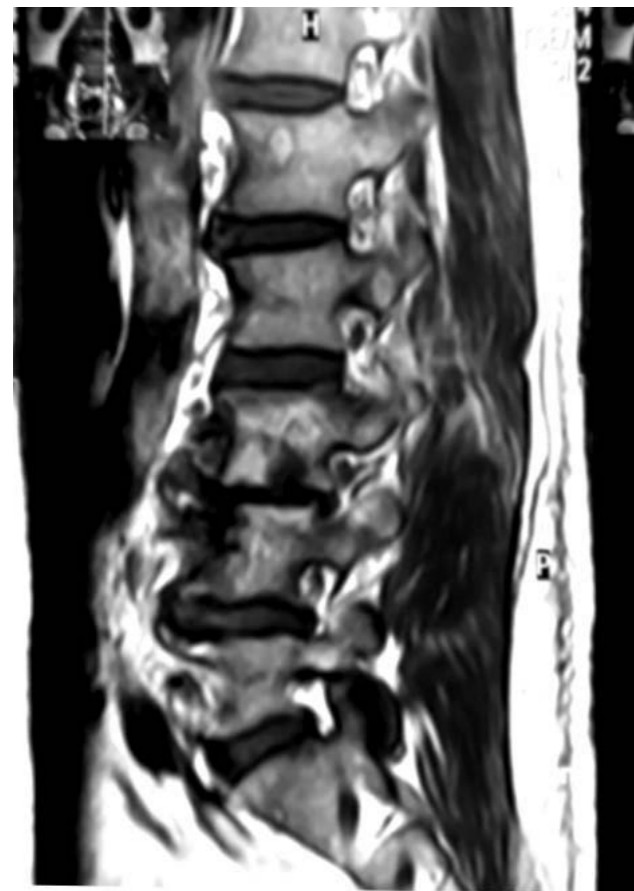


Figura 4. RMN Columna Lumbar. Se observa proceso inflamatorio en resolución a nivel de L3 y L4.

Fuente:

DISCUSIÓN

La enfermedad de Pott, tuberculosis espinal, tuberculosis vertebral, espondilitis tuberculosa o espondilodiscitis tuberculosa es la etiología encontrada con más frecuencia dentro de las causas de destrucción vertebral.

Este artículo representa el primer caso de Mal de

Pott reportado en la Provincia de Santa Elena hasta el momento. Esta localización representa menos del 1 % de los pacientes tuberculosos^{2,9}.

En nuestro país, no existen estadísticas de la incidencia de esta Enfermedad pues el Programa Nacional de Control de Tuberculosis agrupa en general como Tuberculosis extrapulmonar a toda forma de infección tuberculosa cuya presentación no es pulmonar.

Es importante señalar que los datos clínicos más comunes son: dolor, impotencia funcional y contractura muscular tal como lo observamos en este caso clínico; sin embargo, en casos avanzados la pérdida de la sensibilidad y parálisis de los miembros inferiores son frecuentes⁸⁻⁹.

La patogenia guarda relación con la reactivación de focos hematógenos o con una diseminación procedente de ganglios linfáticos paravertebrales próximos, sin embargo, el paciente no presentó antecedentes de Tuberculosis y no fue demostrada la existencia de algún foco primario.

La espondilodiscitis tuberculosa afecta la región dorsal baja y las lumbares superiores en los adultos, como en nuestro caso. Alcanza el cuerpo vertebral desde el ángulo superoanterior o inferoanterior, destruyéndolo junto con el disco intervertebral.

En fases avanzadas, el colapso anterior de los cuerpos vertebrales produce una cifosis o giba, la cual no llegó a formarse en nuestro paciente gracias al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno administrado. También puede formarse un absceso paravertebral, el cual puede deslizarse y llegar hasta los ligamentos inguinales o crear un absceso del psoas, lo cual ocurre en un 70 % de los casos³⁻⁴, y si ocurrió en éste caso.

La tuberculosis de tipo extrapulmonar en general se presenta más frecuentemente en los niños y en personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia; sin embargo, en este caso el paciente fue un adulto inmunocompetente, además el caso tuvo una presentación usual, ya que: se afectaron 2 vértebras contiguas (L3 y L4), el paciente no presentó la giba dorsal o cifosis característica; y a pesar de tener una leve estenosis del canal medular y una destrucción del cuerpo vertebral de L3, el paciente no mostró ningún compromiso neurológico¹⁰.

La espondilodiscitis tuberculosa es una enfermedad infrecuente y el diagnóstico depende de un alto grado de sospecha, la falta de familiaridad con la enfermedad eleva el reto diagnóstico y en mucho de los

casos se la diagnostica cuando ya se han presentado la inestabilidad vertebral, compromiso neurológico o deformidad xifótica vertebral³⁻⁴.

El tiempo para realizar el diagnóstico es de 5,2 meses (promedio de 1 a 18 meses), en el caso del paciente tuvo 7 meses de evolución desde la aparición de sintomatología hasta su diagnóstico definitivo.

El diagnóstico clínico diferencial incluye: actinomicosis, metástasis de pulmón, recto, colon o próstata; sarcoidosis, linfoma, mieloma múltiple, espondilitis, osteomielitis piógena, brucelosis o micosis, quistes óseos⁵⁻⁶. En cuanto al diagnóstico microbiológico e histológico, no se realizaron las pruebas de cultivo, biopsia ósea quirúrgica u otros para confirmar la existencia del bacilo de Koch, el diagnóstico fue de probabilidad ya que implicó buena evolución y respuesta al tratamiento antituberculoso instaurado^{5,8}.

CONCLUSIONES

Como conclusión podemos señalar que a pesar de que no existe casuística importante en el medio respecto a esta patología, en vista de la prevalencia de la Tuberculosis en Ecuador y ante cuadros que se acompañen de dolor lumbar crónico y síntomas generales es importante tomar en cuenta esta patología. El tratamiento es esencialmente médico basado en la quimioterapia antituberculosa. En nuestro medio, es indispensable; basados en la sospecha clínico radiológico, iniciar precozmente el tratamiento antituberculoso adecuado puesto que el pronóstico depende en gran medida de la eficacia del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Sistema Nacional de Información. Año 2.011.
2. Aguado García JM. Tuberculosis y otras infecciones por micobacterias. En: Medicina Interna. Enfermedades producidas por micobacterias. Barcelona: Masson, 2002:1789-97.
3. El Manual Merck. Tuberculosis extrapulmonar. 11 ed. Madrid: Editorial Elsevier, 2007:1661-63.
4. Kasper D, Braunwald E. Harrison Principios de Medicina Interna. 16ª edición. New York: McGraw Hill Interamericana. 2006. p. 1062.
5. Fica A, Bozán F, Aristegui M, Bustos P. Espondilodiscitis. Análisis de una serie de 25 casos. Rev med Chile 1003; 131 (5); 473-482.1.
6. Frías Salcedo JA, Gutiérrez Bautista AE, Santiago Típac G. Tuberculosis vertebral múltiple. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Mex Ortop Traum 2000; 14 (4): 360-365.
7. Acevedo E, Ponce D, Sánchez A, Valenzuela G. Tuberculosis músculo esquelética. Rev. Soc. Perú. Med. Interna. 2003;16(2):101-107
8. Davidson PT, Quoc Le H. Tuberculosis musculoesquelética. In: Schlossberg D (eds.). Tuberculosis e infecciones por micobacterias no tuberculosas. México: McGrawHill. 1999. p. 232-51.
9. Villarejo Galende A, Camacho Salas A, Penas Prado M, Junta Morales R, González de la Aleja J, Ramos A, et al. Absceso epidural vertebral en un paciente con septicemia. Rev Neurol. 2003; 36:1152-55.
10. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamas Sierra N, et al. Temas de medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002. <http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/medicina_interna/cap16.pdf> [consulta: 20 septiembre 2011]