

Abscesos cutáneos como forma de presentación de la enfermedad de Pott

Z. Lobato Salinas, S. Artigas Rodríguez y J.L. Séculi Palacios

Unidad Integrada de Pediatría. Hospitals Sant Joan de Déu-Clínic. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. España.

La tuberculosis espinal recobra interés clínico en nuestro medio con la presencia de pacientes inmunodeprimidos o bien procedentes de áreas endémicas para tuberculosis. La presentación clínica en forma de abscesos cutáneos a partir de un foco osteoarticular constituye una rareza y dificulta el diagnóstico y el tratamiento precoces. Se presenta el caso clínico de un niño inmigrante, de 8 años, diagnosticado de tuberculosis ósea a partir de la presencia de fistulas cutáneas.

Palabras clave:

Tuberculosis osteoarticular. Fístula sacra. Infancia.

SKIN ABSCESS AS THE CLINICAL PRESENTATION OF POTT'S DISEASE

Interest in skeletal tuberculosis has been growing in our environment due to the presence of patients with immunodeficiency and those from areas where tuberculosis is endemic. Clinical presentation in the form of skin abscesses with an osteoarticular focus is rare, hindering early diagnosis and treatment. We describe the case of an 8-year-old immigrant boy with a diagnosis of bone tuberculosis based on the presence of skin fistulas.

Key words:

Osteoarticular tuberculosis. Sacral fistula. Childhood.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un aumento de la incidencia de tuberculosis, tanto en adultos como en niños¹. Cada año hay aproximadamente 20 millones de casos prevalentes y 8 millones de nuevos casos². En España no está aún controlada y por el momento no se dispone de estadísticas sólidas sobre su situación en nuestro país³.

La tuberculosis ósea representa un 10% de las formas extrapulmonares⁴, y la afectación vertebral es su localización más frecuente. Como en otras formas de tuberculosis extrapulmonar, la ósea se origina generalmente por di-

seminación hematogena o linfática, en el momento de la bacteriemia inicial, siendo el pulmón el foco primario en aproximadamente el 75% de los pacientes⁵, pero la evidencia radiológica del foco pulmonar primario se presenta en menos del 50% de los casos⁶. Su localización más frecuente es la columna vertebral (50%), el denominado clásicamente mal de Pott o espondilitis tuberculosa⁵. La enfermedad de Pott es una entidad excepcional en la población europea que afecta a una pequeña proporción de pacientes tuberculosos, pero determinados grupos tienen mayor riesgo de desarrollarla: los pacientes de edad avanzada, los inmunodeprimidos y la población originaria de áreas con endemia tuberculosa.

Maltezou et al⁷ revisan 108 casos de tuberculosis extrapulmonares en pacientes pediátricos entre 1982 y 1998 y encuentran 5 casos de tuberculosis ósea: cadera (2), rodilla (2) y columna dorsal (1).

Se presenta el caso clínico de una tuberculosis vertebral en un niño de 8 años, excepcional por la localización en el sacro, y por presentar abscesos cutáneos que condujeron al diagnóstico de tuberculosis.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente niño de 8 años de edad, originario de Colombia, que al llegar a España, fue remitido por su pediatra para estudio de abscesos perianales de repetición (de 5 años de evolución) y prueba de Mantoux positiva (induración de 25 × 15 mm). En los últimos 6 meses refería clínica de parestesias y dolor en extremidades inferiores en forma de calambres.

En la exploración física se apreciaba una tumefacción dolorosa en el glúteo izquierdo, cerca de la línea interglútea, con signos de fluctuación y supuración. También presentaba rectificación de la columna lumbar, sin signos inflamatorios externos ni dolor a la palpación que condicionaban limitación a la flexión de la columna. No existían adenopatías palpables.

Correspondencia: Dra. Z. Lobato Salinas.
Pº Lluís Muncunill, 44, 1º-2ª 08225 Terrassa. Barcelona. España.
Correo electrónico: suleima@hotmail.com

Recibido en enero de 2003.

Aceptado para su publicación en marzo de 2004.

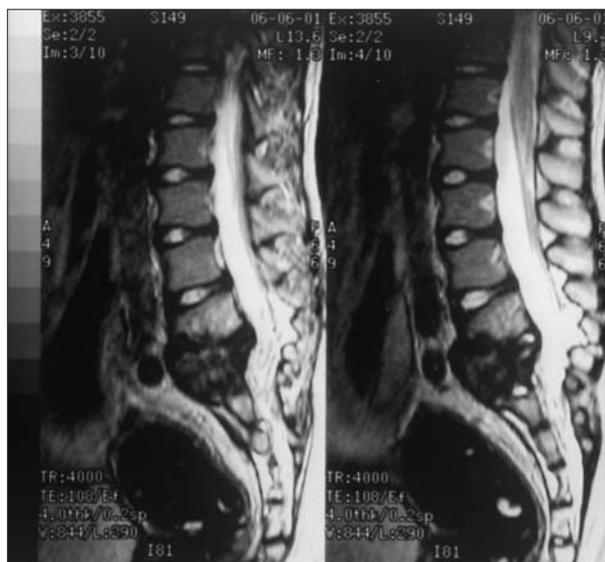


Figura 1. RM de columna lumbosacra (proyección lateral). Destrucción de cuerpos vertebrales L5-S1, fusión L3-L4 y afectación de partes blandas.



Figura 3. RM de columna lumbosacra un año después de establecerse el diagnóstico.



Figura 2. RM de columna lumbosacra (proyección anteroposterior). Se observa destrucción de cuerpos vertebrales L5-S1 con afectación de partes blandas.



Figura 4. TC de columna vertebral (corte sagital) de L5. Destrucción de cuerpo vertebral L5.

En las determinaciones analíticas sanguíneas se observaba una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 38 mm en la primera hora; el resto de los parámetros analíticos valorados fueron normales. La radiografía de la columna lumbosacra mostraba rectificación a este nivel y desestructuración vertebral. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) de columna vertebral objetivaban pérdida de la lordosis sacra, destrucción de cuerpos vertebrales L5-S1, con afectación parcial anterior del cuerpo vertebral L4 y fusión de L3-L4, afectación de partes blandas y del músculo psoas (figs. 1-4).

En la gammagrafía ósea no se encontraron signos que pudieran indicar un proceso inflamatorio activo. En la radiografía de tórax no se observaron alteraciones de lesión pulmonar.

Durante el ingreso se procedió a desbridar el absceso. El cultivo de la muestra purulenta por baciloscopia y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Al conocer el resultado del cultivo y con el diagnóstico de enfermedad de Pott lumbosacra, se inició tratamiento tuberculostático con cuatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) con buena tolerancia. El paciente fue valorado por el servicio de cirugía ortopédica, y se decidió instaurar tratamiento conservador por el momento.

Como antecedentes la madre había presentado una tuberculosis pleural a las 3 semanas del parto que recibió tratamiento antituberculostático, aunque al mes de vida aproximadamente a nuestro paciente le realizaron en su país la prueba de Mantoux, radiografía de tórax y baciloscopia que fue negativa y no recibió tratamiento antituberculostático. El estudio familiar fue negativo. En la actualidad la evolución es favorable, con buena respuesta al tratamiento médico.

DISCUSIÓN

Entre las formas extrapulmonares de tuberculosis, en la actualidad la afectación osteoarticular es poco frecuente. En general se produce como consecuencia de la diseminación hematógena del bacilo a partir de un foco primario, generalmente pulmonar. La localización más frecuente de esta forma de tuberculosis es la vertebral. Se puede clasificar en tres tipos, siendo la espondilodiscitis o enfermedad de Pott la más relevante. Tradicionalmente esta entidad se describía en las regiones de endemia tuberculosa; sin embargo, en la actualidad, debido a los movimientos migratorios de la población, la prevalencia en nuestro medio se ha incrementado. En la mayoría de los casos afectan al raquis dorsal, siendo las localizaciones cervicales y lumbosacras poco frecuentes⁸⁻⁹.

Como en nuestro caso, el diagnóstico se suele hacer con retraso debido a que las manifestaciones clínicas iniciales pueden ser escasas o ausentes. A diferencia de las espondilodiscitis cervicodorsales los síntomas neurológicos son raros. Asimismo, la exteriorización del material caseoso en forma de fistulización está descrita, y puede ser el dato clínico que conduzca al diagnóstico, como en nuestro caso. Estas fístulas son generalmente cutáneas, aunque es posible la liberación del caseum a órganos vecinos y al canal medular, de forma excepcional⁸⁻⁹.

En los niños, la destrucción de los cuerpos vertebrales es rápida, pero puede ser oligoasintomática; predomina la afectación de las caras anteriores, suele respetar la zona posterior y evoluciona hacia la fusión vertebral. Esto explica la deformidad de la unión lumbosacra en cifosis. La TC y la RM son las técnicas de imagen de elección. Permiten una mejor definición y visualización de las lesiones⁸⁻¹⁰.

El tratamiento de la tuberculosis ósea lumbosacra es difícil y debatido. El objetivo terapéutico es doble: por un lado, curar la enfermedad tuberculosa, y, por otro, prevenir o corregir la deformidad de la columna. Se aconseja tratamiento tuberculostático de 9-12 meses, con control radiológico de las lesiones durante este tiempo. Las indicaciones de cirugía urgente son en la actualidad la inestabilidad del canal medular, el dolor persistente o la aparición de síntomas neurológicos de forma aguda¹¹. En otras situaciones se prefiere tratamiento conservador.

En conclusión, la tuberculosis ósea en la infancia recobra de nuevo interés clínico en nuestro medio con la presencia de pacientes inmunodeprimidos y procedentes de poblaciones endémicas para la tuberculosis. La localización sacra, excepcional, dificulta el diagnóstico precoz y el tratamiento, que debe ser individualizado en cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Starke JR. Resurgence of tuberculosis in children. *Pediatr Pulmonol* 1995;11:16-7.
2. Raviglione ML, Snider DE, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis: Morbidity and mortality of a world wide epidemic. *JAMA* 1995;273:220-6.
3. Consenso Nacional para el control de la Tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1992;98:24-31.
4. Zahraa J, Johnson D, Lim-Dunham JE, Herold BC. Unusual features of osteoarticular tuberculosis in children. *J Pediatr* 1996; 29:597-602.
5. Shanon FB, Moore M, Houckom JA, Waecker NJ. Multifocal Cystic Tuberculosis of bone. *J Bone Joint Surg* 1990;72:1089-93.
6. Vallejo JG, Ong LT, Starke JR. Tuberculous osteomyelitis of the long bones in children. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:542-6.
7. Maltezou HC, Spyridis P, Kafetzis DA. Extra-pulmonary tuberculosis in children. *Arch Dis Child* 2000;83:342-6.
8. Raymond F, Levard G, Bataille B. Sacral bone tuberculosis in a 6 year-old child. *Arch Pediatr* 1994;1:489-92.
9. Herbst A, Simon A, Nemati MN, Lentze MJ, Albers S. A 15-year-old girl with a large lumbosacral abscess. *Eur J Pediatr* 1999; 158:1003-4.
10. Patankar T, Krishman A, Patkar D, Kar H, Shah J, Castillo M. Imaging in isolated sacral tuberculosis: A review. *Skeletal Radiol* 2000; 29:392-6.
11. Rezaei AR, Lee M, Cooper PR, Errico TJ, Koslow M. A modern management of spinal tuberculosis. *Neurosurgery* 1995;36:87-98.