

ESPONDILITIS TUBERCULOSA

Maria Isabel Mimbela Caballero (1); Alfredo Berrocal Kasay (2); Pablo Rengifo Juárez (3)

1: Residente 3er año Inmunología y Reumatología, Hospital Cayetano Heredia, Universidad Peruana Cayetano Heredia

2: Asistente de Servicio de Inmunología y Reumatología, Hospital Cayetano Heredia, Universidad Peruana Cayetano Heredia

3. Asistente de Servicio de Radiología, Hospital Cayetano Heredia.

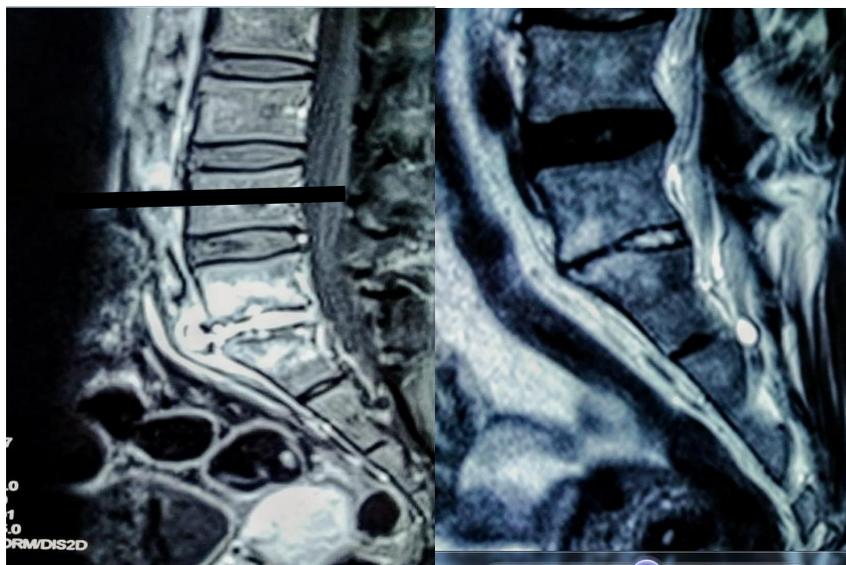


Fig 1

Fig 2

Mujer 34 años, con historia de contacto TBC acudió en el 2916, con tiempo de enfermedad de 11 meses, presentando, fiebre, pérdida de peso, dolor en columna lumbar, que no calma al reposo, a predominio nocturno, acude por persistencia de síntomas e incremento en intensidad de dolor lumbar.

En dicha ocasión en el estudio imagenológico (Figura 1) se observan imágenes sagitales de RM potenciadas en T1, con saturación espectral de la grasa y obtenidas tras la administración endovenosa de Gadolinio. En las mismas, se aprecia irregularidad de las plataformas vertebrales del nivel L5-S1, con disminución de la altura del espacio intervertebral e importante realce discal y de los cuerpos vertebrales contiguos, en relación a espondilodiscitis. Se asocia a pequeño absceso paravertebral anterior que desplaza levemente el ligamento longitudinal anterior.

Se estableció el diagnóstico de espondilitis tuberculosa por la presencia de un cuadro clínico-radiológico compatible, con Mantoux positivo, acompañado de respuesta favorable p al tratamiento anti-tuberculoso.

Después de recibir tratamiento por 18 meses, se adquieren imágenes sagitales de RM potenciadas en T2 (Figura 2) en las que se observa pinzamiento anterior del respectivo nivel intervertebral. No se aprecian cambios inflamatorios activos ni abscesos. Todos estos hallazgos indican mejoría radiológica.

En zonas como la nuestra donde la tuberculosis es endémica, la realización de pruebas diagnósticas invasivas como biopsia o punción y aspiración de las lesiones vertebrales o paravertebrales, la mayoría de los autores aceptan que ante la sospecha por el cuadro clínico-radiológico-serológico de Espondilitis tuberculosa, , debe limitarse a los casos en los que no hay respuesta al tratamiento empírica, o se sospeche otra entidad o una TBC multidrogoresistente.

Se presenta el caso, al llamar la atención la ubicación en columna lumbar baja de espondilitis tuberculosa, generalmente localizada en vértebras dorsales, y por la evolución favorable tras recibir tratamiento antituberculoso.