

ESPONDILODISCITIS COMPLICADA POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO



*N. Vega Martínez, M.C. Román Dopazo, M.A. Ruano Martín, M. Vaquero Barrón,
M. Barberá Loustau, P.L. Vaca Fernández*

Objetivos

Presentar el caso de una paciente con Espondilodiscitis por Mycobacterium Bovis complicada.
Analizar factores de riesgo asociados, evolución clínico-radiológica y manejo terapéutico multidisciplinar.

Introducción

La espondilodiscitis es una infección del disco vertebral y estructuras óseas adyacentes, producida generalmente por diseminación hematógena. Factores de riesgo: edad avanzada, diabetes, alcoholismo, IRC, ADVP e inmunodepresión. Los microorganismos más frecuentes son Staphylococcus Aureus (65%) y Epidermidis, seguidos de gram-negativos. La frecuencia relativa de espondilodiscitis tuberculosa (M. Tuberculosis) en nuestro país es del 15-25%.

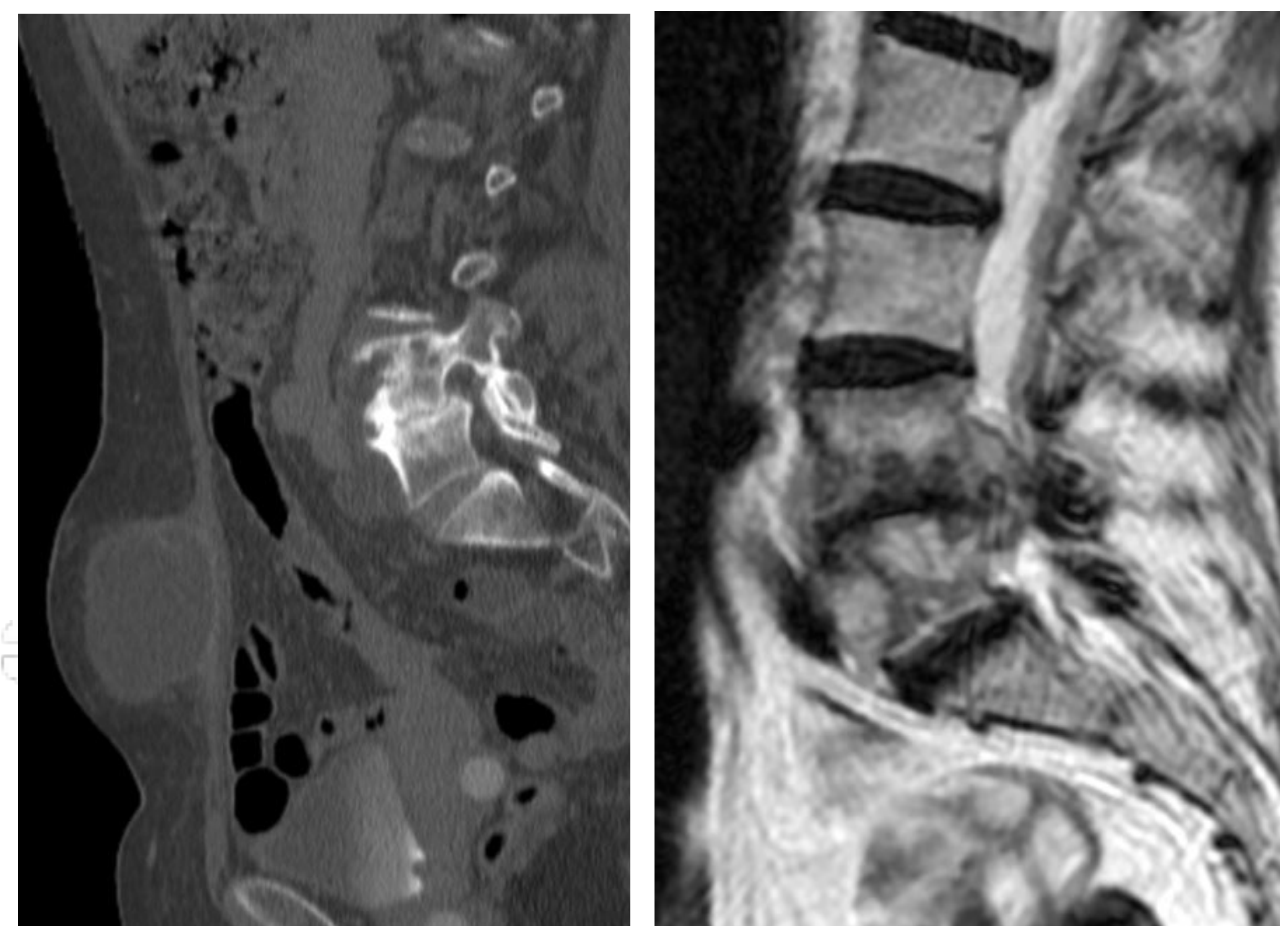
Material y Métodos

Mujer, 64 años. AP: HTA, Hipercolesterolemia, trasplante renal izquierdo en FID por nefropatía.

Presenta lumbalgia de dos meses de evolución, radiculopatía derecha, Lassegue y Bragard negativos, no déficit motor ni sensitivo. Oligoartritis, eritema nodoso, tos seca y adenopatías metastásicas calcificadas.

RM de columna lumbar: afectación cuerpos vertebrales L4-L5 sugerente de patología inflamatoria infecciosa y colecciones perivertebrales, con efecto masa sobre raíces L4-L5.

TAC abdominal: posible discitis infecciosa L4-L5 con absceso hacia canal medular y psoas derecho.



Resultados

Se realiza drenaje percutáneo eco-guiado de absceso, con estudio microbiológico positivo para Mycobacterium Bovis sin mutación de gen rpoB. Tratamiento conservador con marco de Jewett y fármacos antituberculosos (Pirazinamida, Rifampizina, Etambutol y Cemidon).

Ocho meses después, masa palpable en hemiabdomen derecho, correspondiente a extensión de absceso, tratado con drenaje y lavados percutáneos. Úlcera pretibial caseosa con osteítis sin afectación intramedular en RM.

Actualmente resolución de úlcera pretibial y disminución de abscesos paravertebrales sin clínica neurológica en EEII. Mantiene marco de Jewett, en seguimiento.

Conclusiones

Caso poco frecuente en nuestro medio. Según la bibliografía, hay una tasa de infección por M. Bovis en tuberculosis humana entre 0,3 - 1,5% en países desarrollados. La forma común de presentación de espondilitis tuberculosa es lesión vertebral aislada sin componente discal. El tratamiento conservador es satisfactorio, especialmente en afectación lumbar, como es el caso de nuestra paciente.

Cirugía indicada si: deterioro neurológico grave, cifosis severas (destrucción de cuerpo vertebral > 50 %), abscesos voluminosos no drenables por punción-aspiración o fallo de respuesta a quimioterapia.

