

# Mal de Pott en paciente con debilidad muscular

## Pott's disease in a patient with muscle weakness

DIEGO AUGUSTO MORENO-DÍAZ, DANIELA RAMÍREZ-HERNÁNDEZ,  
DANIEL ESCOBAR-BÁEZ • BUCARAMANGA (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3676>

### Resumen

La tuberculosis espinal, también conocida como mal de Pott, es una forma extrapulmonar de la enfermedad que afecta a las vértebras. Se presenta un caso de un paciente masculino de 84 años, con clínica de un mes de evolución de pérdida progresiva de la fuerza en miembros inferiores y dolor lumbar, que incapacitaba la deambulacion. Refirió síntomas respiratorios crónicos de larga data a la revisión por sistemas.

Durante su hospitalización, se realizó el diagnóstico de tuberculosis pulmonar activa y, posteriormente, después de una larga estancia hospitalaria, mediante estudios de resonancia magnética y biopsia ósea, se llegó al diagnóstico de enfermedad de Pott. En conclusión, una historia clínica completa en conjunto con los estudios apropiados, pueden llevar al diagnóstico y tratamiento oportuno, reduciendo la morbimortalidad. (*Acta Med Colomb* 2024; 49. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3676>).

**Palabras clave:** *tuberculosis de la columna vertebral, tuberculosis extrapulmonar, paraparesia, dolor lumbar, tuberculosis pulmonar.*

### Abstract

Spinal tuberculosis, also known as Pott's disease, is an extrapulmonary form of the disease that affects the vertebrae. We present the case of an 84-year-old male patient with a one-month history of progressive loss of strength in his lower extremities and lumbar pain which prevented him from walking. On a review of systems, he reported long-term chronic respiratory symptoms.

During his hospitalization, he was diagnosed with active pulmonary tuberculosis and, subsequently, after a long hospital stay, Pott's disease was diagnosed through magnetic resonance studies and a bone biopsy. In conclusion, a complete clinical history coupled with the appropriate tests can lead to timely diagnosis and treatment, reducing morbidity and mortality. (*Acta Med Colomb* 2024; 49. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2024.3676>).

**Keywords:** *spinal tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, paraparesis, lumbar pain, pulmonary tuberculosis.*

Dr. Diego Augusto Moreno-Díaz: Residente de Medicina Interna Universidad Industrial de Santander; Dra. Daniela Ramírez-Hernández: Médica. Hospital Universitario de Santander; Dr. Daniel Escobar-Báez: Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia).  
Correspondencia: Dr. Daniel Escobar-Báez. Bucaramanga (Colombia).  
E-mail: [descobarbaez@gmail.com](mailto:descobarbaez@gmail.com)  
Recibido: 21/VIII/2024 Aceptado: 16/IX/2024

### Introducción

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad principalmente respiratoria. Sin embargo, en regiones de alta prevalencia, como en la nuestra, se pueden presentar formas extrapulmonares. En el año 2022, en Colombia se documentaron 17 431 casos, de los cuales 13.3% correspondieron a formas extrapulmonares, siendo las más frecuentes: la pleural, meníngea, ganglionar y peritoneal (1). Se ha descrito que la forma menos común es la ósea, la cual involucra menos de 10% de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. De los casos que afectan el tejido óseo, aproximadamente la mitad de ellos corresponden a compromiso espinal (2), el cual también es conocido como enfermedad o mal de Pott (3).

Las vértebras más comúnmente afectadas son las del segmento toracolumbar (4), probablemente debido a la coexistencia de enfermedad tuberculosa pulmonar como fuente de diseminación (5). En el mal de Pott, aunque se han descrito manifestaciones clínicas insidiosas e inespecíficas que varían desde síntomas constitucionales como pérdida de peso, anorexia, fiebre y sudoración nocturna (6,7), el dolor lumbar se ha reportado hasta en 70% (6) y las alteraciones neurológicas se presentan de 23-76% e incluyen parestesias y debilidad muscular (6).

El diagnóstico preciso es de vital importancia, pues el número de dosis de antituberculosos se amplía a 280 dosis, en comparación a las 112 dosis que tradicionalmente se usan

para tuberculosis pulmonar (8). El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, criterios imagenológicos y microbiológicos. En las ayudas de imagen, la resonancia magnética de columna tiene la mayor sensibilidad y especificidad (100% de sensibilidad y 88.2% de especificidad) (3) y el uso de medios de contraste es útil para la diferenciación de tejido infectado y no infectado (9). El gold standard para el diagnóstico es el cultivo de la muestra obtenido a través de la biopsia y aspirado (6).

En este caso, el diagnóstico fue realizado de manera tardía, ya que se tuvieron en cuenta otros diagnósticos diferenciales y la toma de biopsia para cultivo se retrasó de forma significativa, lo que llevó a la prolongación de la hospitalización, retraso en la instauración del tratamiento y a complicaciones asociadas al cuidado de la salud.

### Presentación de caso

Se trata de un paciente masculino de 84 años con historia de accidente cerebrovascular isquémico y enfermedad de Parkinson. Presentaba cuadro de un mes de evolución caracterizado por pérdida progresiva de fuerza en miembros inferiores incapacitando la deambulación, acompañado de dolor en región lumbar, parestesias en miembros inferiores bilaterales de predominio derecho y picos febriles no cuantificados durante la semana previa a la consulta. A la revisión por sistemas, se documentó sintomatología respiratoria crónica.

Al examen físico, se documentó fuerza levemente disminuida (4 de 5) en hemicuerpo derecho, hipoestesia en miembro inferior derecho desde L1, signo de Lasegue positivo en miembro inferior derecho, Babinski bilateral negativo, arreflexia y rigidez en ambas extremidades inferiores; la fuerza en el hemicuerpo izquierdo era normal.

La tomografía de cráneo simple descartó un nuevo evento isquémico o hemorrágico como causa de la sintomatología. Se solicitó radiografía de tórax, encontrándose opacidades micronodulares y se complementó con tomografía de tórax de alta resolución, que reporta nódulos centrolobulillares de distribución difusa bilateral, con predominio en lóbulos superiores, condicionando un patrón micronodular altamente sugestivo de tuberculosis pulmonar. Se solicitó la prueba de GenXpert en esputo que confirmó el diagnóstico, y se inició el tratamiento tetraconjugado.

Se indicó realizar una punción lumbar, la cual mostró hiperproteorraquia e hipogluorraquia sin pleocitosis, lo cual fue interpretado como una disociación albuminocitológica. Aunque dentro de los diagnósticos diferenciales se consideró el síndrome de Guillain Barré por tiempo de evolución, fue descartado por el servicio de neurología, considerando como posibilidad diagnóstica un cuadro de tuberculosis meníngea. Se realizaron estudios en líquido cefalorraquídeo con GenXpert y cultivos para micobacterias los cuales fueron negativos, desestimando esta posibilidad diagnóstica. También se propuso el diagnóstico de polineuropatía inflamatoria crónica desmielinizante, sin embargo, se consideró poco probable debido a los hallazgos de atrofia muscular severa en la electromiografía y neuroconducción. Adicionalmente, la gammopatía monoclonal fue descartada por reporte de inmunoglobulina Kappa en orina sin alteraciones.

Se realizó una resonancia magnética de columna lumbosacra con contraste, la cual mostró cambios espondilósicos con disminución de la altura y de la intensidad de señal en el nivel L4-L5 y T12-L1 y T11-T12, así como cambios de espondilodiscitis en L2-L3 (Figura 1). Por el hallazgo de tuberculosis pulmonar y los cambios a nivel lumbar, se

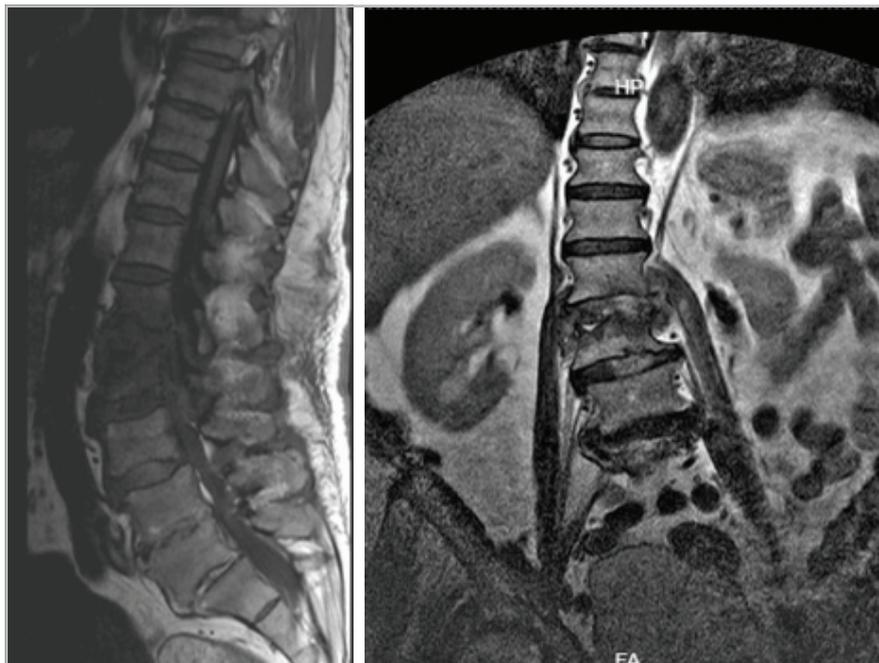


Figura 1. Resonancia magnética de columna lumbosacra con contraste. Corte longitudinal y coronal. Origen: paciente.

propone como primera sospecha diagnóstica a la enfermedad de Pott, por lo que el servicio de Infectología indica toma de biopsia en los niveles afectados para su confirmación diagnóstica.

Después de una larga estancia hospitalaria, el reporte de la patología evidenció inflamación granulomatosa crónica, escasos bacilos ácido alcohol resistentes fragmentados, confirmando el diagnóstico de enfermedad de Pott (Figura 2). Durante la estancia clínica, el paciente desarrolla una neumonía adquirida en el hospital, con deterioro clínico significativo, lo que finalmente culmina con su fallecimiento, dos meses después de su ingreso a la institución.

## Discusión

El dolor lumbar es un motivo de consulta extremadamente común al servicio de urgencias, y la resonancia de columna muchas veces permite establecer la sospecha de mal de Pott. En un estudio de caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con enfermedad de Pott en Brasil, el síntoma más común fue el dolor lumbar, presente hasta en 84% de los casos (9). Otro caso publicado reporta alteraciones de la marcha y exacerbación del dolor lumbar crónico (10). De manera similar, un reporte de caso de Pakistán presenta un paciente de 55 años que también presentó dolor lumbar asociado a disminución de fuerza en miembros inferiores, que progresó hasta la paraplejia; con mejoría posterior al inicio del tratamiento antituberculoso, permitiendo al paciente recuperar la habilidad para caminar (3). En otro caso, un paciente de 41 años presentó dolor lumbar que se exacerbaba con el decúbito supino (11).

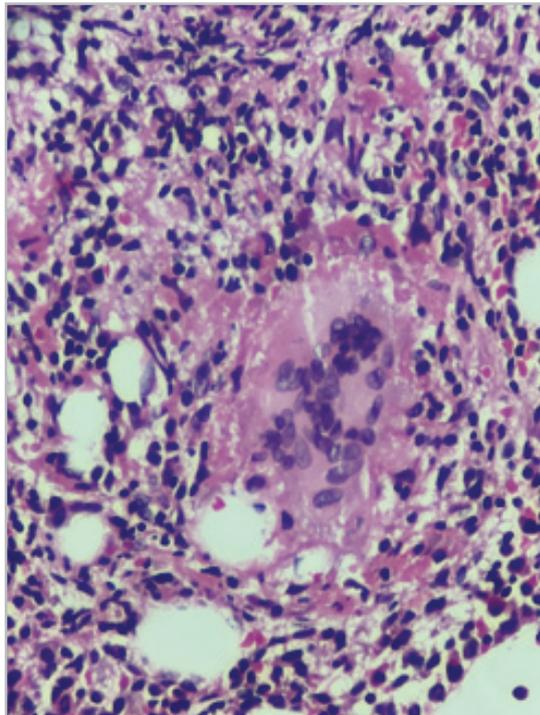


Figura 2. Granuloma en muestra de patología ósea. Origen: paciente.

En nuestro caso, el diagnóstico diferencial inicial no contemplaba el mal de Pott, lo que llevó a toma de múltiples estudios innecesarios que prolongaron la estancia hospitalaria, a pesar de que las manifestaciones eran similares a las reportadas en demás casos de la literatura. Este caso permite establecer la tuberculosis espinal como una posibilidad en casos de dolor lumbar crónico que se asocia a parestesias y paraparesia.

El presente caso ilustra la necesidad de realizar estudios más robustos en relación con la enfermedad de Pott, permitiendo el desarrollo e implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Estas guías tendrían el objetivo de facilitar la sospecha y mejorar la capacidad diagnóstica por demás profesionales de la salud en regiones de alta prevalencia de tuberculosis. Además, casos como este, nos dan luz para seguir documentando hallazgos del mal de Pott en otras esferas, como el desarrollo de biomarcadores o pruebas de laboratorio que se correlacionen fuertemente con esta enfermedad, lo que permitiría un abordaje diagnóstico inicial de forma más rápida y evitaría desenlaces negativos.

## Agradecimientos

Hacia la familia del paciente, por permitir la difusión del caso con la comunidad científica.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Semana epidemiológica 11, comportamiento de la vigilancia de tuberculosis. *Boletín Epidemiológico Semanal, Colombia*. 2023;1-31. doi: <https://doi.org/10.33610/23576189.2023.11>
2. Misra UK, Warriar S, Kalita J, Tripathi A, Kumar S. Treatment response and complications during management of Pott's spine. *J Neuroimmunol*. 2022;373:577979. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2022.577979>
3. Abdulwadou S, Bushra Gam M, Dahhan Als K, Greballah A. A case report of a tragic story of pott's paraplegia cured after four years. *Pakistan J Biol Sci*. 2020;23(11):1492-5. doi: [10.3923/pjbs.2020.1492.1495](https://doi.org/10.3923/pjbs.2020.1492.1495)
4. Byamukama A, Acan M, Sebikali MJ. Unusual presentation of Pott disease and diagnostic challenges in a resource-limited setting: a case report. *J Med Case Rep*. 2023;17(1):1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13256-023-04015-8>
5. Liu YX, Lei F, Zheng LP, Yuan H, Zhou QZ, Feng DX. A diagnostic model for differentiating tuberculous spondylitis from pyogenic spondylitis: a retrospective case-control study. *Sci Rep*. 2023;13(1):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36965-w>
6. Ali A, Musbahi O, White VLC, Montgomery AS. Spinal Tuberculosis. *JBJS Rev*. 2019;7(1):e9. Disponible en doi:10.2106/JBJS.RVW.18.00035
7. Dunn RN, Ben Husien M. Spinal tuberculosis: Review of current management. *Bone Joint J*. 2018;100-B:425-31. doi: <https://doi.org/10.1302/0301-620x.100b4.bjj-2017-1040.r1>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 227 de 2020 [Internet]. Colombia; 2020 [consultado 2023]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20227%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20227%20de%202020.pdf)
9. Zanon I de B, Meves R, Klautau GB. O número relativo de linfócitos é menor quando o agente etiológico da doença de Pott é isolado com sucesso. *Rev Bras Ortop*. 2023;58(01):092-100. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756638>
10. Canine C, Medeck S, Hackett A. Delayed Diagnosis of Spinal Tuberculosis in a 44-year-old Male with Acute on Chronic Low Back Pain. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2019;3(2):107-11. Disponible en doi:10.5811/cpcem.2018.11.38575
11. Cantwell LM, Perkins JC Jr, Keyes DCV. Pott's disease in a patient with subtle red flags. *J Emerg Med*. 2018;54:e37-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.007>

