

Mal de Pott en paciente con dorsalgia crónica

Pott's disease in a patient with chronic back pain

Sofía Belén Arn¹  Milagros Rossi¹, Leticia Di Martino¹, Francisco Priotti¹, Ignacio Gutiérrez Magaldi¹

¹ Universidad Católica de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Salud, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Servicio de Clínica Médica.

Correspondencia: Sofía Belén Arn Email: belamcurf@gmail.com

Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 43 años, oriunda de Córdoba, con antecedente de enfermedad de Chagas, que consulta por dolor torácico y dorsal de más de 30 días de evolución, sin mejoría con tratamiento analgésico convencional. Los estudios por imágenes, incluidas tomografía computarizada y resonancia magnética, evidenciaron una lesión lítica en las vértebras T6-T7, con un componente de partes blandas sugerente de espondilodiscitis.

El análisis microbiológico de la punción guiada reveló la presencia de *Staphylococcus aureus* en el panel *FilmArray* osteoarticular, mientras que la prueba *GeneXpert MTB/RMP* confirmó la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*.

Este caso es particularmente relevante ya que el dolor dorsal fue el único síntoma de una tuberculosis vertebral en una paciente sin factores de riesgo evidentes. Además, el hallazgo inicial de *S. aureus* orientó el tratamiento hacia una espondilodiscitis piógena, lo que retrasó el diagnóstico definitivo de espondilitis tuberculosa (*Mal de Pott*).

Palabras claves: Tuberculosis vertebral, nódulo pulmonar, *Mal de Pott*, *Mycobacterium tuberculosis*, dorsalgia.

Abstract

We present a case of a 43-year-old woman from Córdoba with a history of Chagas disease, who sought medical attention for thoracic and dorsal pain persisting for over 30 days, unresponsive to conventional analgesic treatment. Imaging studies, including CT and MRI, revealed a lytic lesion in T6-T7 vertebrae, with a soft tissue component suggesting spondylodiscitis.

Microbiological analysis of the guided puncture showed *Staphylococcus aureus* on the osteoarticular *FilmArray* panel, while the *GeneXpert MTB/RMP* test confirmed the presence of *Mycobacterium tuberculosis*.

This case is particularly noteworthy as dorsal pain was the only symptom of spinal tuberculosis in a patient without obvious risk factors. Additionally, the initial finding of *S. aureus* directed treatment toward pyogenic spondylodiscitis, delaying the definitive diagnosis of tuberculous spondylitis (*Pott's disease*).

Keywords: Spinal tuberculosis, Pott's disease, lung nodule, *Mycobacterium tuberculosis*, back pain.

Introducción

La Tuberculosis es una infección crónica de distribución mundial descrita por Robert Koch en 1882 causada por *Mycobacterium tuberculosis*, un bacilo ácido-alcohol resistente. Aunque afecta principalmente los pulmones, también puede comprometer otras estructuras, incluyendo el sistema osteoarticular¹.

Su incidencia está estrechamente relacionada con el nivel socioeconómico y afecta con mayor frecuencia a personas con factores de riesgo como diabetes mellitus, inmunosupresión (especialmente por VIH), malnutrición y consumo crónico de alcohol o tabaco.

En 2023 la tuberculosis causó aproximadamente 1,25 millones de muertes en el mundo y 10,8 millones de personas contrajeron la enfermedad². En Argentina ese mismo año, se notificaron 14.914 casos de los cuales el 83,5% presentó afectación pulmonar y el 11 % correspondió a formas extrapulmonares, predominantemente en adultos jóvenes³.

Al centrar el enfoque en la afectación osteoarticular, la espondilodiscitis tuberculosa causada por la activación de la infección latente por *M. tuberculosis*, representa el 50% de los casos¹⁵. Se denomina “Mal de Pott” por el cirujano que la describió en 1779, Sir Pott, luego de evaluar múltiples casos de lesiones vertebrales sin asociación con traumatismos y con la alta sospecha de que alguna condición crónica era la causa⁴.

Por lo general la afección suele comenzar en la cara anterior de los cuerpos vertebrales con extensión al disco intervertebral y a las estructuras contiguas, logrando en casos avanzados la progresión a tejidos blandos con abscesos paravertebrales y compromiso posterior, generando compresión medular⁵. La localización más frecuente es la columna lumbar, seguida de la torácica, cervical y sacra.

El cuadro clínico suele ser insidioso y poco definido, con un intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico que varía de una semana a tres años, con una media de tres meses. Los síntomas generales incluyen pérdida de peso, sudoración nocturna y fiebre, mientras que la afectación vertebral puede manifestarse como dolor espinal y/o radicular. Hasta el 50 % de los casos presentan compromiso neurológico, que puede variar desde dolor localizado hasta paroplejia⁶.

El diagnóstico se basa en estudios por imágenes (radiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética) y pruebas microbiológicas, incluyendo cultivos y métodos

moleculares como GeneXpert MTB/RIF. La elevación de la velocidad de eritrosedimentación y la reacción de Mantoux (PPD) pueden ser hallazgos inespecíficos y no permiten diferenciar entre infección latente y activa⁶.

A continuación, se presenta el caso de una paciente inmunocompetente con dorsalgia persistente, cuyo diagnóstico de Mal de Pott resalta la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de dolor dorsal en regiones endémicas de tuberculosis.

Caso clínico

Paciente femenina de 43 años, oriunda de Córdoba Capital, vendedora de profesión, con antecedente de enfermedad de Chagas por transmisión transplacentaria, sin antecedentes quirúrgicos ni metabólicos relevantes. Niega el consumo de tabaco y otros hábitos tóxicos.

Consultó por dolor torácico y dorsal de más de un mes de evolución, sin mejoría con tratamiento analgésico convencional. En otra institución, se realizó una tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste, que reveló una lesión nodular en el lóbulo pulmonar superior izquierdo (19 x 13 mm) y una lesión lítica en T6-T7 (18 x 17 x 22 mm). Con dicho informe y ante un cuadro de dolor invalidante sin respuesta a analgésicos vía oral ni manejo quiropráctico, consultó en nuestro nosocomio.

Al interrogatorio refirió dolor torácico y dorsal, este último punzante, de intensidad creciente hasta 10/10, de características mecánicas que luego se tornó constante e invalidante. Negó sintomatología como fiebre o febrícula, pérdida de peso, sudoración nocturna, tos crónica o cuadros infecciosos recientes. El examen físico evidenció una paciente asténica, con dolor palpatorio a nivel dorsal generalizado. Resto del examen físico difícil de valorar por el intenso dolor. Ante el diagnóstico de dorsalgia invalidante se decidió internación en sala común para mayor estudio y manejo del dolor.

Se solicitó laboratorio que no evidenció grandes alteraciones: Hemoglobina = 13.8g/%, hematocrito = 42.6%, leucocitos = 6.3miles/ul (neutrófilos segmentados 4.54 miles/ul, linfocitos 1.35 miles/ul), plaquetas = 327000 miles/ul, creatinina = 0.62 mg/dl, Proteína C Reactiva (PCR) = 2 mg/l, Velocidad de Eritrosedimentación (VSG) = 7 mm/seg.

Se realizó resonancia magnética de columna dorsal cuyo estudio evidenció irregularidad de la carilla articular en T6-T7, hipersignal en T2 del

disco intervertebral con extensión a elementos posteriores y colecciones en tejidos blandos vecinos. (Figura 1). Tras hallazgos sugerentes de proceso inflamatorio / infeccioso se procedió con toma de muestra de sitio estéril para estudio microbiológico para gérmenes comunes y bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), FilmArray panel osteoarticular y PCR para *M. tuberculosis* (MTB) y micobacterias no tuberculosas. Se solicitaron serologías virales para VIH, hepatitis B y C.



Figura 1. (A) Marcados cambios de señal de saturación grasa e hipointensos en la secuencia T1 (B) Hiperseñal en la secuencia T2 del disco intervertebral de T6-T7, con extensión hacia los elementos posteriores.

La punción del sitio afectado mostró material purulento, el FilmArray en tejido óseo detectó *Staphylococcus aureus meticilino sensible* (SAMS), por lo que se inició tratamiento antibiótico con cefazolina 2 g cada 8 horas. Los cultivos convencionales fueron negativos, y la PCR para MTB arrojó un resultado indeterminado. Motivo por el cual se solicitaron pruebas moleculares de mayor sensibilidad como el GeneXpert para *Mycobacterium tuberculosis* (MTBC) y resistencia a la rifampicina (RMP) cuyo resultado fue positivo, concluyendo el diagnóstico de espondilodiscitis tuberculosa o Mal de Pott. Se inició tratamiento tuberculostático dirigido con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. Tras 15 días de internación con franca mejoría clínica, asintomática se otorgó alta institucional con el tratamiento médico con antituberculostáticos y controles correspondientes. Con respecto al nódulo pulmonar se decidió esperar biopsia para continuar con controles tomográficos y según evolución reevaluar conducta.

Discusión

El Mal de Pott representa el 50% de las formas de tuberculosis esquelética¹³, con una incidencia

global del 10-35% en tuberculosis extrapulmonar⁴⁻⁸⁻¹². Su mecanismo de diseminación es principalmente hematogena o linfática desde un foco primario pulmonar⁹⁻¹⁴. La infección provoca una destrucción vertebral progresiva, evidenciada en imágenes por la pérdida ósea, el colapso vertebral y la formación de abscesos paravertebrales, lo que genera un dolor persistente y continuo¹². Las vértebras más afectadas suelen ser las lumbares superiores y las torácicas inferiores, con mayor frecuencia entre T8 y L3⁹⁻¹²⁻¹⁴. Debido a la progresión lenta de la enfermedad y a la inespecificidad de los síntomas, el diagnóstico suele retrasarse en el 20-30% de los casos.

El presente caso destaca una presentación inusual de dorsalgia crónica, con diagnóstico presuntivo inicial de neoplasia pulmonar con secundaria ósea, posteriormente confirmada por cultivos la infección por SAMS y *M. tuberculosis*.

La paciente no presentó síntomas sistémicos como fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna, ni alteraciones en los estudios de laboratorio solicitados. En cuanto a los síntomas sistémicos, se ha observado que éstos signos constitucionales suelen más frecuentes en la presentación pulmonar que en la tuberculosis espinal¹⁰⁻¹³. Esto contrasta con lo reportado en la bibliografía, donde se describe la frecuente elevación de parámetros inflamatorios como la eritrosedimentación y la proteína C reactiva¹⁰⁻¹³. Un aspecto relevante de este caso es la ausencia de comorbilidades en la paciente, a diferencia de lo reportado en la literatura, donde la espondilitis tuberculosa suele asociarse con factores de riesgo como edad avanzada, diabetes mellitus, el uso prolongado de esteroides, antecedentes de cirugía vertebral, infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana o exposición previa a tuberculosis⁴⁻¹⁰⁻¹².

La superposición de *Staphylococcus aureus* con *Mycobacterium tuberculosis* en una muestra ósea es un hallazgo infrecuente¹⁰ y plantea diversas hipótesis. En primer lugar, podría tratarse de una coinfección, un fenómeno poco descrito en la literatura pero posible en pacientes con infecciones vertebrales crónicas. Alternativamente, la detección de *S. aureus* podría deberse a una contaminación de la muestra obtenida durante la punción, lo que habría inducido a un sesgo diagnóstico inicial.

El compromiso de T6-T7, con afectación del disco intervertebral y los tejidos blandos adyacentes, es un hallazgo que, si bien se encuentra dentro de las localizaciones frecuentemente afectadas, es menos habitual en comparación con la afección de las vértebras

entre T8 y L1, siendo L1 la más comúnmente comprometida⁴⁻⁹⁻¹².

El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante GeneXpert MTB/RIF en muestra de punción vertebral, lo que permitió la detección rápida de *M. tuberculosis* en un tiempo significativamente menor al de los cultivos convencionales,¹⁴ a los 13 días desde su ingreso. Esto subraya la importancia de incorporar nuevas herramientas moleculares en el manejo de la espondilodiscitis de causa incierta, evitando retrasos en su diagnóstico que pueden conllevar complicaciones severas como colapso vertebral o compromiso neurológico.

Este caso enfatiza la necesidad de considerar la tuberculosis osteoarticular dentro del diagnóstico diferencial de dorsalgia crónica, incluso en pacientes inmunocompetentes sin factores de riesgo clásicos⁴⁻¹⁰ con lesiones óseas sugestivas, en regiones endémicas.

Análisis estadístico

Este reporte de casos se realizó según las normas que regulan la investigación, como lo son Declaración de Helsinki y Buenas Prácticas Clínicas de AMMAT, la ley de la provincia de Córdoba número 9694 y la ley nacional Argentina de protección de datos personales número 25326. De acuerdo con la categoría de la OMS es un estudio de riesgo mínimo.

Conclusión

La espondilitis tuberculosa es una patología poco frecuente, pero con gran impacto clínico debido a su evolución insidiosa y la posibilidad de generar complicaciones severas si no se diagnostica y trata oportunamente. Este caso resalta la importancia de considerar la tuberculosis osteoarticular dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con dorsalgia crónica, incluso en ausencia de factores de riesgo evidentes y especialmente en zonas endémicas de tuberculosis⁷. También es importante tener en cuenta que el aislamiento de bacterias piógenas de un sitio infectado no significa que se descarte una infección tuberculosa, por lo que la sospecha diagnóstica debe estar siempre presente. Además, se destaca la complejidad del diagnóstico, recurriendo a realizar estudios microbiológicos completos, incluyendo técnicas moleculares avanzadas como el GeneXpert MTB/RIF, que permitió la detección rápida de *Mycobacterium tuberculosis*, optimizando el tiempo de diagnóstico y el inicio del tratamiento adecuado.

El caso enfatiza la necesidad de una evaluación integral y multidisciplinaria en cuadros de dorsalgia crónica de etiología incierta, evitando sesgos diagnósticos y promoviendo el uso de herramientas de diagnóstico rápido para mejorar el pronóstico de los pacientes, así como proteger al resto de la población.

Bibliografía

1-Orcau À, Caylà JA, Martínez JA. Present epidemiology of tuberculosis. Prevention and control programs. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(Supl 1):2-7.

2-World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2024 Oct 29 [citado 2025 Ene 31]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

3-Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Coordinación de Tuberculosis y Lepra. Boletín N° 7: Tuberculosis y lepra en la Argentina [Internet]. Año VII, marzo 2024 [citado 2025 Ene 31]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_tuberculosis_2024_1642024.pdf

4-Espondilodiscitis Tuberculosa "Mal de Pott". Reporte de Un Caso. *Rev Med Clin* [Internet]. 2023 feb 15 [citado 2025 Ene 31];7(1): e15022307009. Disponible en: <https://medicinaclinica.org/index.php/rmc/articel/view/479>

5-Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit*. 2015;17(1):3-11. doi: 10.4321/S1575-06202015000100002. PMID: 25803112.

6-Pertuiset E, Beaudreuil J, Lioté F, Horusitzky A, Kemiche F, Richette P, Clerc-Wyel D, Cerf-Payrastré I, Dorfmann H, Glowinski J, Crouzet J, Bardin T, Meyer O, Dryll A, Ziza JM, Kahn MF, Kuntz D. Spinal tuberculosis in adults. A study of 103 cases in a developed country, 1980-1994. *Medicine (Baltimore)*. 1999 Sep;78(5):309-20. doi: 10.1097/00005792-199909000-00003. PMID: 10499072.

7-Hidalgo JA, Bruschi JL. Pott disease (tuberculous [TB] spondylitis) differential diagnoses. *eMedicine*. 2024 oct 21 [citado 2025 Ene 31]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/226141-differential>

8-Suárez EU, Calpena S, Álvarez B, Górgolas M, Córdoba R. Un paciente con mal de Pott. *Rev Esp Quimioter.* 2022;35(1):97-99. doi: 10.37201/req/098.2021.

9-Rojo Marañón CM. Mal de Pott: reporte de caso en la ciudad de Cochabamba. *Rev Cient Cienc Méd.* 2022;25(1): [fecha de publicación si es aplicable]. Disponible en: <https://doi.org/10.51581/rccm.v25i1.473>

10-Kim YM, Cha JH. Delayed diagnosis of tuberculous spondylitis masked by concomitant methicillin resistant *Staphylococcus aureus* infection. *J Korean Neurosurg Soc.* 2010 Mar;47(3):235-8. doi: 10.3340/jkns.2010.47.3.235. Epub 2010 Mar 31. PMID: 20379481; PMCID: PMC2851091. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2851091/?utm_source=chatgpt.com

11-Laos Plasier Eduardo Jonathan, Basurco Carpio Alfonso Orlando, Urquiza Rodríguez José Luis. Tuberculosis espinal: diagnóstico y manejo. *Horiz Med [Internet].* 2022 ene [citado 2025 Feb 04];22(1): e1551. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2022000100011&lng=es. Epub 03-Mar-2022. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n1.13>

12-Arias Deroncerés Iván Jesús, Puente Saní Ventura, Lamotte Castillo José Antonio, Ojeda

Sánchez Lisset. Tuberculosis vertebral (mal de Pott) e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *MEDISAN [Internet].* 2011 dic [citado 2025 Feb 03];15(12):1791-1797. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200014&lng=es

13-Rajasekaran S, Soundararajan DCR, Shetty AP, Kanna RM. Spinal Tuberculosis: Current Concepts. *Global Spine Journal.* 2018;8(4_suppl):96S-108S. doi:10.1177/2192568218769053

14-Acosta Sánchez Dainer Rogelio, Domínguez Sánchez Leordanys, López González Joaquín, Duarte Grandales Serguei. GeneXpert como método de diagnóstico de la tuberculosis en Santiago de Cuba. *MEDISAN [Internet].* 2022 abr [citado 2025 Feb 07];26(2):255-265. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000200255&lng=es. Epub 28-Mar-2022.

15-Oniankitan O, Fianyó E, Kakpovi K, Agoda-Koussema LK, Mijiyawa M. Sacrum Pott's disease: A rare location of spine tuberculosis. *The Egyptian Rheumatologist.* 2014 oct;36(4): 209-211. doi: 0.1016/j.ejr.2014.02.001.

