

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA

M-9  
Tesis  
P723a  
1989

# ENFERMEDAD DE POTT

MATERIA : TRAUMATOLOGIA  
DOCENTE : Dr. RICARDO ZABALA  
ALUMNO : RAUL PLAZA C.  
CURSO : 5<sup>TO</sup>  
FECHA : 26/11/99

Cochabamba - Bolivia

## TUBERCULOSIS DEL ESQUELETO

### INTRODUCCION

Desde tiempos prehistóricos, la presencia de una gibba o deformación en joroba del raquis torácico (enfermedad de Pott) ha sido una indicación de tuberculosis. La **espondilitis tuberculosa** es aun la manifestación mas común de infección ósea y articular. En la actualidad, es sobre todo una enfermedad de adultos que se origina por reactivación de focos latentes. Las áreas comunes de afección son las regiones torácica y lumbar; en 2 o 3% de los casos se afecta al raquis cervical.

Este proceso destructivo suele iniciarse en los discos intervertebrales, en donde produce primero estrechamiento del espacio intervertebral y a continuación destrucción de los cuerpos vertebrales vecinos a través de las placas terminales óseas. Sin embargo, a veces se destruye primero la porción anterior del cuerpo vertebral. La inflamación se extiende con frecuencia hacia los tejidos blandos que rodean el raquis, en forma de reacción flemosa, diseminante, o con un absceso frío puede ser paravertebral, dentro del músculo psoas o a su alrededor, o retrofaringeo, según el sitio de afección.

El síntoma predominante suele ser **dolor de espalda**, **seguido** en ocasiones de las **manifestaciones neurológicas de compresión de medula espinal y raíces nerviosas**. Puede haber **fiebre**. Es posible que no haya tuberculosis pulmonar activa, aunque suelen observarse algunas pruebas de afección anterior.

El examen radiológico del raquis muestra lesiones destructivas en los sitios afectados comúnmente. La afección paraespinal se presenta por un ensanchamiento del mediastino o una densidad de forma oval detrás del corazón. Puede manifestarse por un absceso de psoas, retrofaringeo o una masa en la ingle o el área superclavicular. Es posible observar un aspecto radiográfico similar en la infección piógena del raquis.

Para establecer el diagnóstico adecuado suele requerirse Biopsia con aguja. En ocasiones, quizá se necesite biopsia abierta del cuerpo vertebral. Son útiles las imágenes del raquis por resonancia magnética y TC para el diagnóstico diferencial y precisar la extensión de la enfermedad.

La afección tiene la tendencia natural a curar por fusión espontánea de los cuerpos vertebrales. El

tratamiento consiste en quimioterapia antituberculosis. Los resultados preliminares con la terapéutica corta son alentadores, pero no es posible recomendarlo para administración sistemática en tanto no se cuente con mas experiencia. No se requiere reposo prolongado en cama, inmovilización del raquis ni fusión raquídea, aunque existen algunas indicaciones para cirugía: prueba de compresión medular y otros déficit neurológicos importantes, inestabilidad raquídea y afección del raquis superior y torácico medio.

**La artritis tuberculosa** ocurre de manera preponderante en las caderas y rodillas pero también puede afectar muchas otras articulaciones, como codos, hombros y articulaciones de manos y pies. El paciente suele tener artritis monoarticular crónica. El diagnostico se establece por biopsia sinovial y estudio bacteriológico de tejidos y el pus. El proceso suele responder a la quimioterapia antituberculosis sin necesidad de cirugía, pero en ocasiones pueden ser útiles la extirpación de la sinovial destruida en forma extensa y la movilización temporal.

La *tenosinovitis tuberculosa* suele ser secundaria a la afección del hueso adyacente. Puede haber cuando menos dos procesos distintos que afectan la mano: el síndrome

del túnel del carpo y un ganglio palmar compuesto, que es un tumefacción bilobulada característica a cada lado del ligamento volar del carpo. Con frecuencia es necesario complementar la quimioterapia con desbridamiento y evacuación del material fibrinoso.