

Reporte de un caso de tuberculosis intramedular (intrarraquídea)

Raúl Granados Rentería,* Guadalupe García Vázquez,** María Del Refugio Pacheco Gallegos***

RESUMEN

La tuberculosis intramedular sin afección ósea es una patología rara. Hasta ahora se ha reportado en India, Turquía, Japón, Estados Unidos y Francia.

Puede simular un síndrome tumoral intramedular, con compromiso neurológico central, sin evidencia radiológica de lesión ósea.

Palabras clave: Intrarraquídeo, intradural, tuberculoma, espasticidad.

ABSTRACT

Intramedullary tuberculosis without bone affection it's a rare pathology. Until now it's been reported in India, Turkey, USA and France. It can simulate an intramedullary tumor syndrome, with evidence of spinal compression without radiology evidence of bone affection.

Key words: Intrarrhachidian, intradural, tuberculoma, spasticity.

ANTECEDENTES

La tuberculosis de columna vertebral es la localización osteoarticular más frecuente y peligrosa.

La tuberculosis intrarraquídea extradural sin afección ósea es rara, la cual hasta ahora, se han reportado pocos casos a nivel mundial en la literatura. En Latinoamérica sería el primer caso reportado. Los países que han reportado casos son: Turquía, India, Japón, Francia, Estados Unidos de Norteamérica y África. Donde se refiere que el cuadro clínico cursa, en general, con dolor en el sitio de tuberculoma o tuberculomas, alteraciones de la sensibilidad de acuerdo al nivel de la compresión medular, alteraciones en la potencia muscular, compromiso de esfínteres anal o vesical, puede acompañarse con mal estado general, fiebre, cefalea, crisis convulsivas. El estudio más específico de radiodiagnóstico para corroborar el tuberculoma es la resonancia magnética y estudios de laboratorio específicos para *Micobacterium tuberculosis*.

La tuberculosis intrarraquídea, extradural puede simular un síndrome de tumor medular con compromiso neurológico, sin lesión ósea demostrable por radiografías ni por resonancia magnética.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 20 años de edad, originaria de Baja California Norte, con antecedente de bloqueo epidural por cesárea, un mes después presenta dorsalgia importante a nivel del sitio de la punción, a los 2 meses evoluciona con parestesias de miembros inferiores, así como disminución de la fuerza muscular de miembros inferiores y fiebre, alteraciones en la bipedestación y la marcha; es tratada en su localidad sin remitir el cuadro. Tres meses después cursa con parestesias de tronco y extremidades superiores por debajo de codos por lo que acude al Centro Nacional de Rehabilitación.

A la exploración física a su ingreso en el Centro Nacional de Rehabilitación: no realizaba marcha, con alteraciones de sensibilidad a partir de T4, aumento de tono muscular grado III de Ashworth (*Cuadro 1*). Déficit motor en miembros inferiores con aumento de reflejos osteotendinosos patelar y aquileo, triple respuesta flexora del miembro pélvico derecho, Babinski bilateral y conservación de tono del esfínter anal externo.

Los estudios de laboratorios con los siguientes resultados:

BARR seriado en esputo y orina, con resultado negativo, los anticuerpos *Anti-Micobacterium* y PPD positivos.

Los estudios de gabinete reportaron radiografías de columna vertebral, tórax y pelvis sin alteraciones óseas ni datos patológicos.

La mielografía con medio de contraste presenta alteración con interrupción a partir de T9 y en L1. En la tomografía axial computarizada y resonancia magnética de columna vertebral se observan 2 lesiones intrarraquídeas extradurales ocupando

* Médico adscrito a la División de Rehabilitación en Lesionado Medular y Columna.

** Jefe de División de Rehabilitación.

*** Jefe de Servicio de Rehabilitación en Lesionado Medular y Columna.

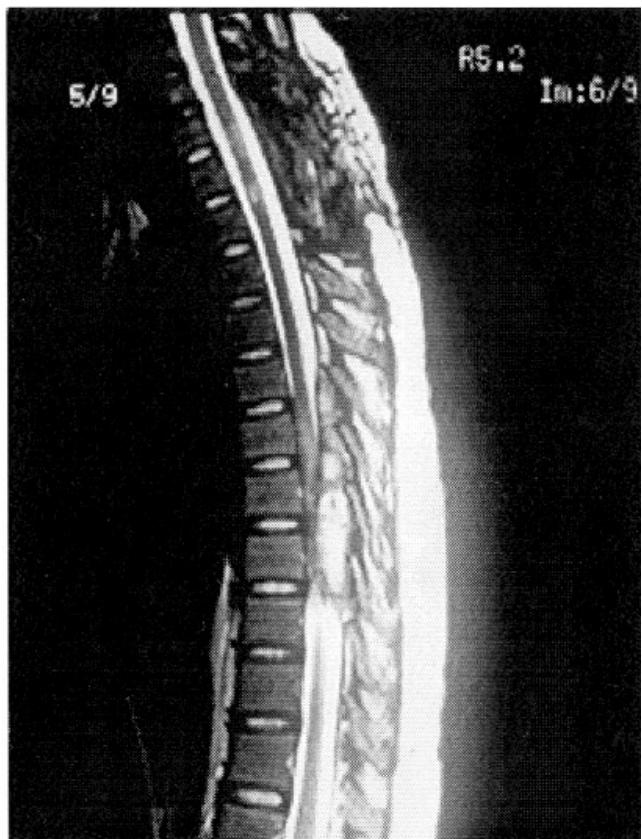


Figura 1. RM torácica: corte sagital, tuberculoma intrarráquideo de T5 a T8.

el espacio a nivel dorsal T5 a T8 (*Figura 1*), y en columna lumbar de L1 a L3 sin lesión ósea aparente (*Figuras 2 y 3*). Se realiza laminectomía de T5 a T8 con toma de biopsia.

El estudio histopatológico reportó tejido con inflamación crónica y granulomas, tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes negativo. Con los datos anteriores se establece el diagnóstico de tuberculosis intramedular (intrarráquídea).

TRATAMIENTO

Se inició tratamiento con esquema antifímico, mejorando el dolor, fiebre, espasticidad y fuerza muscular (*Cuadro 1*). Se dio un programa de rehabilitación institucional por 4 meses y posteriormente programa en casa.

CONCLUSIÓN

La tuberculosis intrarráquídea extradural sin afección ósea puede comportarse como un tumor intradural intrarráquídeo y deberá considerarse como un diagnóstico diferencial en pacientes con lesión medular, en los países endémicos.

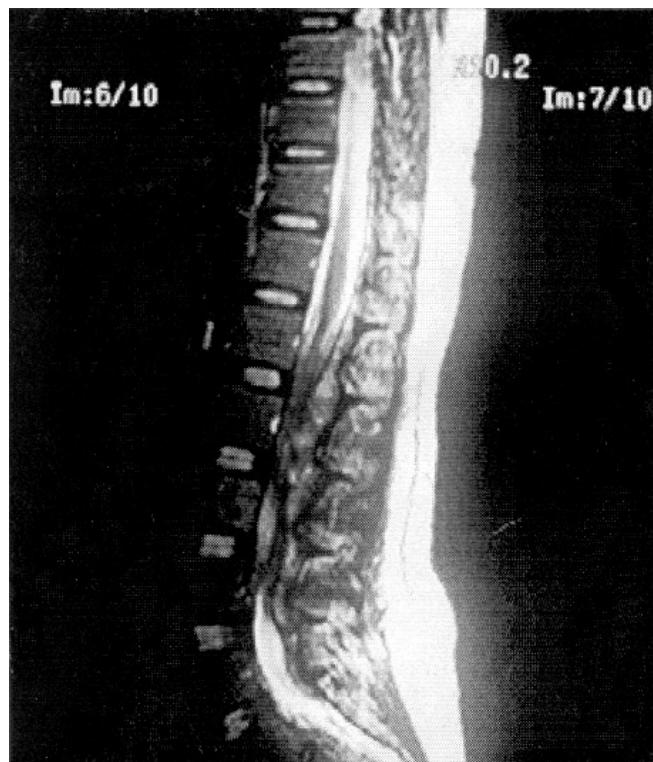


Figura 2. RM lumbar: corte sagital, tuberculoma intrarráquideo desde L1 a L3.

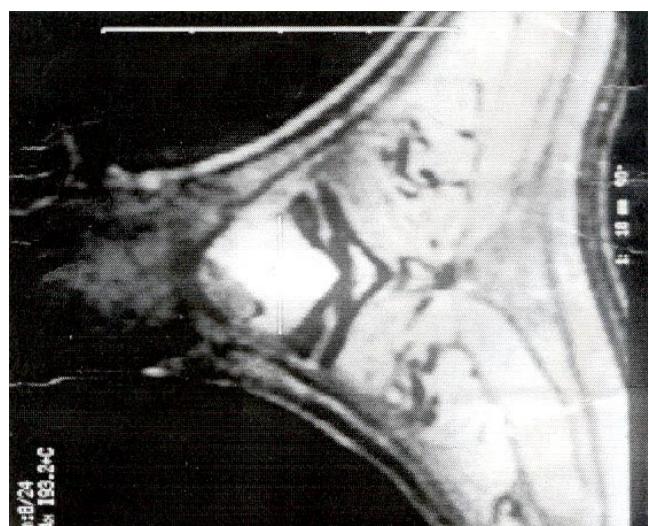


Figura 3. RM corte transversal: tuberculoma intramedular con compresión medular.

Cuadro 1. Cuadro de valoración a su ingreso y egreso en la Unidad de Lesionados Medulares

Sensibilidad	Derecho		Izquierdo	
	Inicio	Final	Inicio	Final
C3 – T3	2	2	2	2
T4 – T12	1	1	1	1
L1	0	0	1	1
L2	0	0	0	0
L3 – L5	0	0	1	1
S1 – S5	1	1	1	1

Fuerza muscular	Derecho		Izquierdo	
	Inicio	Final	Inicio	Final
Bíceps	5	5	5	5
Radiales	5	5	5	5
Tríceps	5	5	5	5
F. prof. de los dedos	4	4	5	5
Abductor del 5º d.	4	4	5	5
Psoas ilíaco	1	4	3	4
Cuadríceps	1	3	2	3
Tibial anterior	0	2	2	2
E. propio del 1º d.	0	2	1	2
Soleo y gemelos	0	2	1	2

REFERENCIAS

1. Turgut M. Intradural tuberculous granuloma. *Br J Neurosurg* 1997; 11(3).
2. Borges MA, Carmon MI, Sambo MR. Intramedullary tuberculoma in a patient with human immunodeficiency virus infection and disseminated multidrug resistant tuberculosis: case report. *Int J Infect Dis* 1998; 2(3).
3. Sakao S, Sasaki Y, Yagi T. *Tuberculosis of the central nervous system experienced at the International Medical Center of Japan*. Kekkaku, Aug, 1998; 73(8).
4. Lin SK, Wu T. Intramedullary spinal tuberculomas during treatment of tuberculous meningitis. *Clin Neurol. Neurosurg* 1994; 96(1).
5. Kuker W, Mull M. Epidural spinal infection. Variability of clinical and magnetic resonance imaging findings. *Spine* 1997; 22(5).
6. MRI in the early diagnosis of spinal tuberculosis. *J Indian Med Assoc* 1996; 95(9).
7. Sanchez Pernaute, Berciano J. Intramedullary tuberculoma of the spinal cord with syringomyelia. *Neuroradiology* 1996; 38(1).
8. Tacconi L, Arulampalam T. Intramedullary spinal cord abscess: case report. *Neurosurgery* 1995; 37(4).
9. Pednekar SJ, Drago SD. Spinal tuberculosis: two case reports. *J Assoc India* 1995; 43(8).
10. Gupta RK Kumar. MRI intraspinal tuberculosis. *Neuroradiology* 1994; 36(1).
11. Mantzoros CS, Brown PD. Extraosseous epidural tuberculoma: case report and review. *Clin Infect Dis* 1993; 17: 1032-6.

Dirección para correspondencia:
Dr. Raúl Granados Rentería
Centro Nacional de Rehabilitación y Ortopedia.
Av. José Athón de Mendizabal No. 196
Col. Zacatenco. C.P. 07360
Telef: 55 86 03 00 Ext. 134.

