

Espondilodiscitis tuberculosa

Varón de 27 años de edad, previamente sano, con antecedente de traumatismo lumbar 90 días previos a la consulta, ingresa por tumefacción lumbar izquierda dolorosa. Examen físico: afebril, normotenso, tumefacción de 10 x 10 cm de diámetro en fosa lumbar izquierda sin flogosis, con dolor leve espontáneo y a la palpación (Fig. 1). Laboratorio: GB 8400/ml, VSG 3 mm, Proteína C reactiva: 194 mg/l, HIV, Huddleston y VDRL negativos. Rx de tórax normal, Rx de columna lumbosacra con rarefacción ósea en cara anterior de D12 y L1. RMN de columna dorso lumbar: en D12-L1 deformación y fusión de cuerpos vertebrales con abombamiento del ligamento común vertebral posterior produciendo una "giba". Captación de gadolinio periférica con áreas hipovasculares necróticas en su interior. Extensión del proceso a músculos paravertebrales (Fig. 2 y 3). Punciones bajo TAC con toma de material para cultivos de gérmenes comunes, BAAR, micológico y brucelas, negativos. Anatomía patológica: ausencia de osteomielitis aguda en D12 con patrón pseudogranulomatoso sin caseum. Se decide biopsia quirúrgica a cielo abierto. Anatomía patológica: proceso inflamatorio crónico granulomatoso, con células gigantes multinucleadas tipo Langhans, que afecta intersticio muscular con signos de necrosis, BAAR +/-, sin signos de osteomielitis. Cultivo para micobacterias +/-, diagnosticando osteomielitis por *Mycobacterium*; comienza tratamiento con isoniazida, rifampicina, eambutol y piridoxina.



Fig. 1



Fig. 2

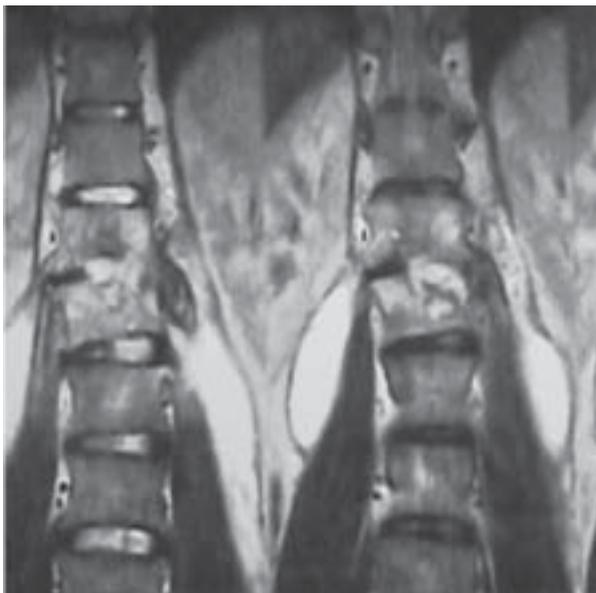


Fig. 3