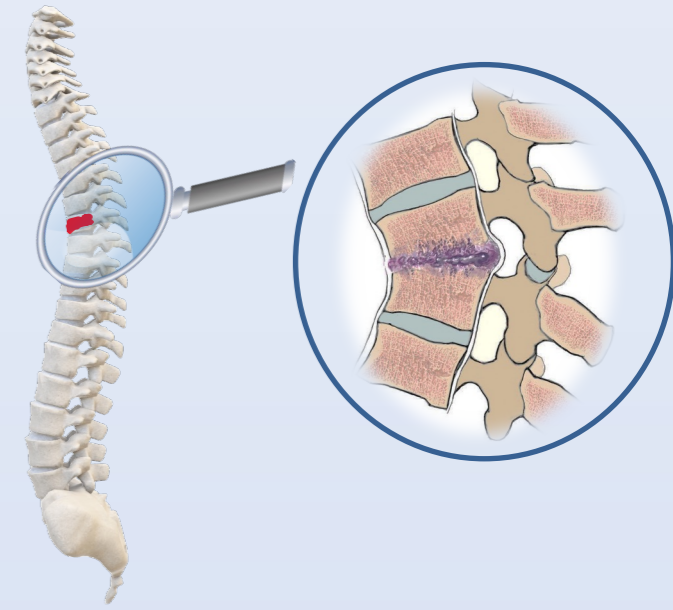


“ESPONDILODISCITIS TORÁCICA TUBERCULOSA EN VARÓN JOVEN: DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO.”

Eduardo Valentín Bravo, Andrés Bartrina Tarrio, Ana Garrido Hidalgo,
Eduardo Gómez Muñoz, Rafael Luque Pérez



INTRODUCCIÓN

- La espondilodiscitis tuberculosa, aunque infrecuente, representa una complicación grave de la tuberculosis extrapulmonar, especialmente en pacientes jóvenes. Su presentación clínica inespecífica puede retrasar el diagnóstico, aumentando el riesgo de daño neurológico y deformidades espinales.
- El diagnóstico temprano requiere una combinación de imágenes avanzadas, como resonancia magnética, y confirmación microbiológica.
- El tratamiento consiste en quimioterapia antituberculosa prolongada + tratamiento quirúrgico

OBJETIVOS

- Describir un caso clínico de un paciente diagnosticado de espondilodiscitis tuberculosa con clínica neurológica.
- Comprender las indicaciones del manejo quirúrgico en casos similares al del paciente y conocer abordajes posibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 34 años que acude a urgencias por cuadro de 3 meses de tos, expectoración, fiebre, disnea y pérdida de peso de causa desconocida.

Se diagnostica de enfermedad tuberculosa y comienza con cuadro de **dolor toracolumbar insidioso** que no mejora a pesar de analgesia convencional.

EF: presenta dolor paravertebral bilateral.
No presenta clínica motora ni sensitiva en MMSS ni MMII.

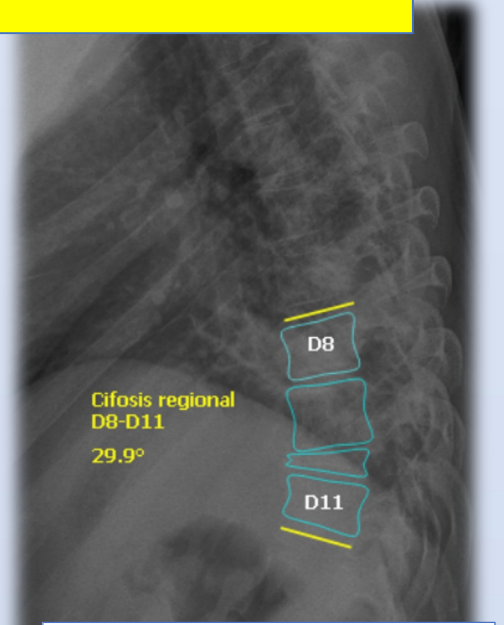


Fig 1: Cifosis regional del paciente

RESULTADOS

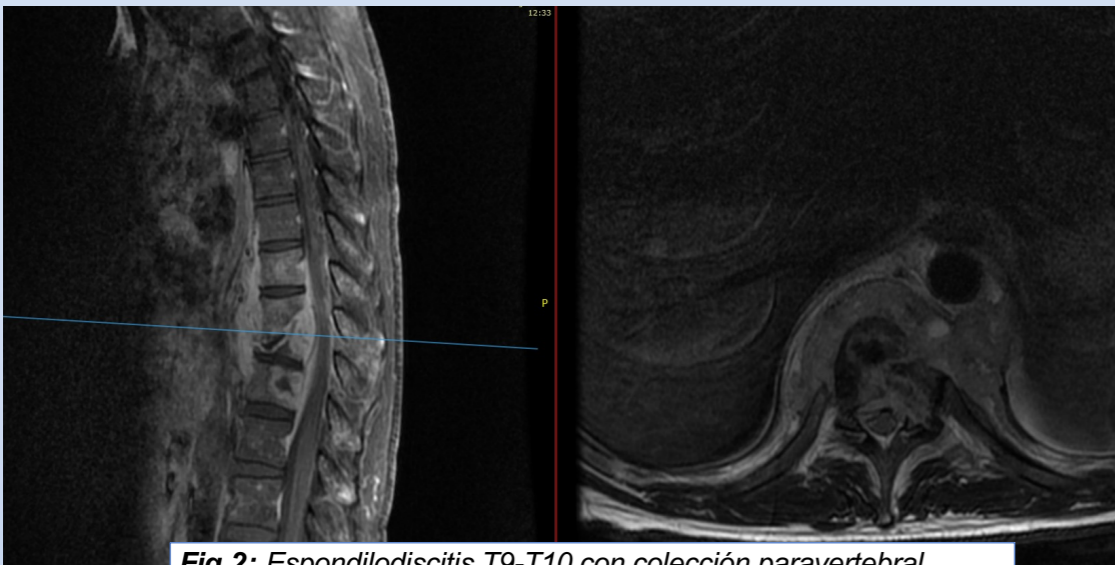


Fig 2: Espondilodiscitis T9-T10 con colección paravertebral, prevertebral y epidural con afectación foraminal (sagital y axial)

Incremento del dolor + aparición de clínica neurológica

1º TIEMPO:
FIJACIÓN PERCUTÁNEA Y DESCOMPRESIÓN CON TORNILLOS EN T6, T7, T11 y T12

Abordaje posterior T9-10 para **LAMINECTOMÍA CENTRAL DESCOMPRESIVA**

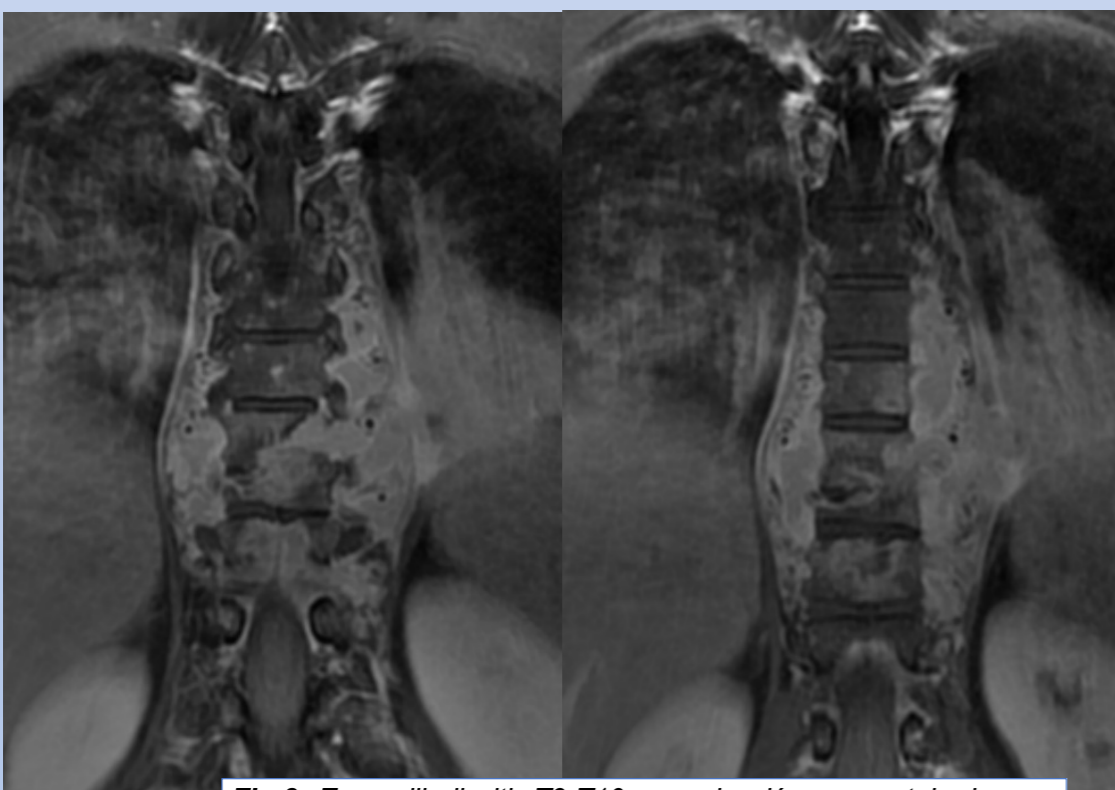


Fig 3: Espondilodiscitis T9-T10 con colección paravertebral, prevertebral y epidural con afectación foraminal (coronal)



Fig 4: Persistencia de fractura aplastamiento T10 + afectación lítica en cuerpos vertebrales D8, D9 y D11

2º TIEMPO:
Corporectomía T8, T9 y T10 + desbridamiento

Espaciador expansible GLOBUS

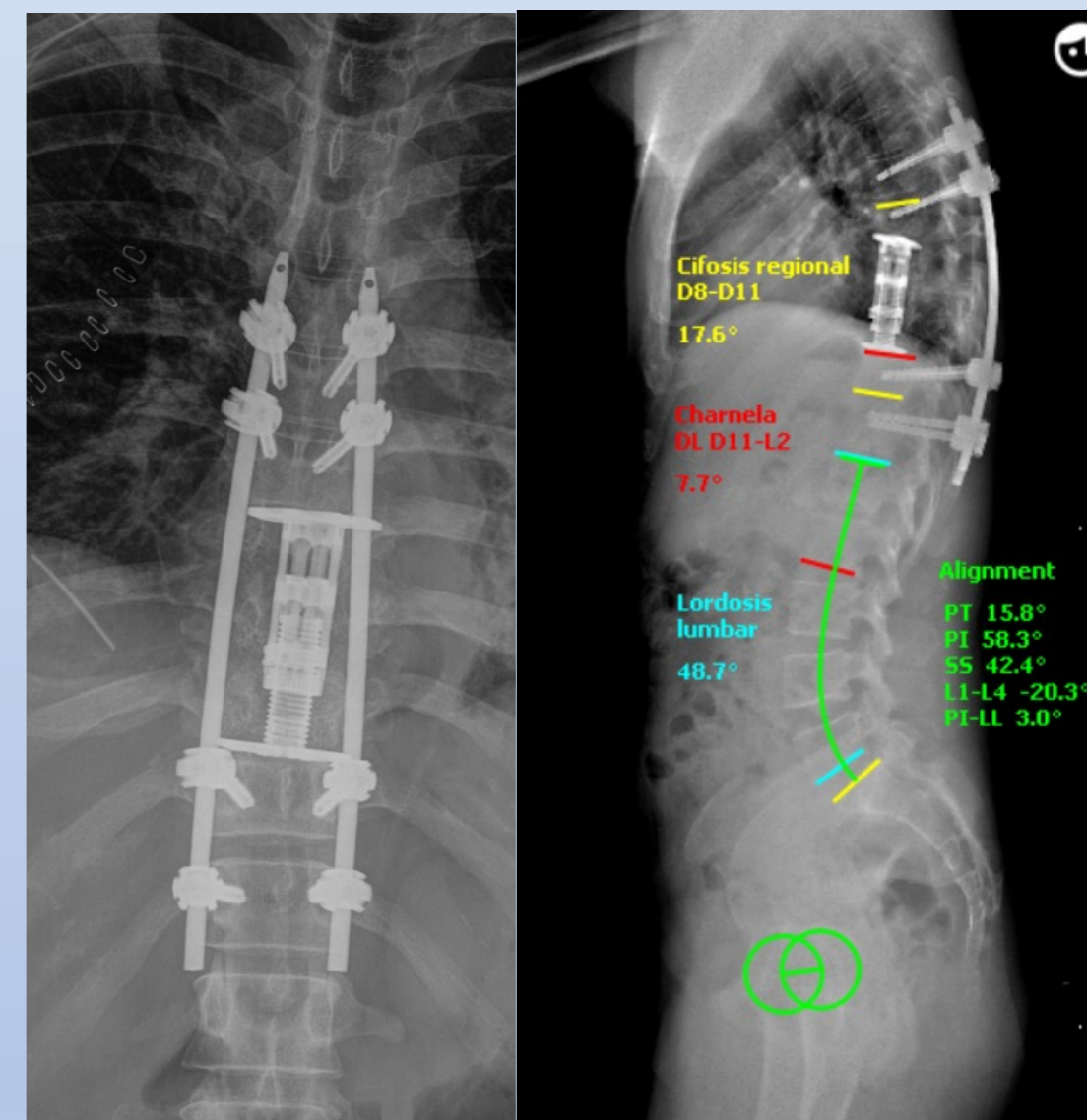


Fig 5: Radiografía postoperatorias: Se restablecieron los parámetros espinopélvicos y mediante fijación posterior se evitó la progresión de la cifosis dando estabilidad con la corporectomía.

CONCLUSIONES

- El tratamiento quirúrgico está indicado en caso de: **compresión medular, clínica neurológica, sepsis, abscesos de gran tamaño no drenables por TC, fracaso del tratamiento ATB, inestabilidad o deformidad (cifosis >15°)** y en algunos casos de duda diagnóstica.
- En el caso de la columna torácica, el abordaje posterior puede ser suficiente gracias a la estabilidad que aporta la caja torácica.
- Si existe afectación moderada - grave se puede hacer instrumentación anterior por vía transtorácica abierta, posterolateral o incluso por toracoscopia.