

# TETRAPARESIA Y DOLOR CERVICAL AGUDO

Andrea Ladino, Rosa Escoda, Lorena De La Mora.

Hospital Clínic. Barcelona.

Nom autor: Andrea Ladino Lloc de treball: Hospital Clínic

Data recepció: 12.10.2015 Data acceptació: 26.10.2015

Mail: ladino@clinic.cat

Forma de citació: Ladino A, Escoda R, De la Mora L. *Tetraparesia y dolor cervical agudo en mujer de 43 años*. ReMUE.c@t 2017;4(1):24-26

## Motivo de consulta

Pérdida de fuerza en extremidades.

## Antecedentes personales

Mujer de 43 años de edad. Natural de Pakistán, residente en Barcelona desde hace 4 años. Desconoce alergias medicamentosas. No refiere hábitos tóxicos. No enfermedades en la infancia. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Barrera idiomática. Como antecedentes patológicos, presenta:

1) Asma bronquial en tratamiento con Budesonida 100 mcg/ 12 horas.

## Enfermedad actual

Acude a urgencias por cuadro súbito de horas de evolución, caracterizado por pérdida de fuerza de las cuatro extremidades e intenso dolor cervical. No explica haber realizado esfuerzos ni haber levantado peso recientemente. No fiebre ni síndrome constitucional.

## Exploración física

CV: TA 137/96 mmHg, T<sup>a</sup> 37.1°C, SatO<sub>2</sub> 99%. Normocoloreada, normohidratada. Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos ni ruidos sobreañadidos. No edemas periféricos. Murmuro vesicular conservado, sin sonidos patológicos. Abdomen anodino. NRL: Alerta y orientada. Lenguaje sin rasgos afásicos (según describe el familiar). Isocoria normorreactiva. Campimetría sin déficits. Mirada conjugada sin limitaciones. Pares craneales conservados. Tetraparesia 3/5 en extremidades superiores y 1/5 en inferiores, tanto proximal como distal. Hipoestesia táctil y termoalgésica en las cuatro extremidades. Nivel sensitivo T4. Hiporreflexia generalizada y simétrica. No dismetrías.

## Pruebas complementarias en urgencias

- Bioquímica general: PCR 1.65 mg/dL, Glucosa 101 mg/dL, Creatinina 0.47 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 3.9 mEq/L.
- Hemograma: Leucocitos 5600, Hemoglobina 105 g/L, Hematocrito 32%, VCM 70 fl, HCM 22.9 pg, Plaquetas 233000.
- Sedimento urinario: No patológico.
- Radiografía tórax: Sin infiltrados ni condensaciones.
- RMN: Se evidencia hiperseñal en cuerpos vertebrales C5 y C6 con colección líquida que capta contraste en la periferia.

## Diagnóstico diferencial en urgencias

La imagen que se objetivaba en la RMN vertebral incluía varios diagnósticos diferenciales siendo los principales osteomielitis con absceso infeccioso y neoplasia primaria o metastásica. Por el curso clínico rápido, debían descartarse osteomielitis bacterianas por patógenos como *Staphylococcus aureus*. Asimismo por los factores epidemiológicos de la paciente se pensó en tuberculosis a pesar de no presentar clínica pulmonar en ningún momento ni síndrome constitucional. Otras probables causas que se consideraron fueron osteomielitis asociada a brucelosis, actinomicosis y candidiasis. Por último, se debía descartar una neoplasia.

## Evolución clínica y pruebas complementarias realizadas fuera de urgencias

Debido al déficit neurológico, se decidió intervención quirúrgica urgente, realizando corporectomía C5 y C6 más drenaje de absceso epidural. Ingresó a cuidados intermedios de UCI quirúrgica para control y tratamiento. Durante su estancia en la unidad, se mantuvo afebril, hemodinámicamente estable y eupneica.

Neurológicamente presentaba tetraparesia en resolución: fuerza de ESD 4/5, ESI 3+/5, EII 4/5 y EID 3/5, sensibilidad aparentemente conservada. Se inició tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona, Cloxacilina y antituberculostáticos aunque los cultivos de bacterias y PCR de TBC del material purulento fueron negativos. Se solicitó serología para VIH siendo negativa. A los 13 días de haber ingresado se realizó ampliación de corporectomía y fijación cervical. Postoperatoriamente presentó hematoma cervical transfixiante que requirió apertura urgente, en UCI, de herida infrahioidea con salida de hematoma a tensión. Se trasladó de forma urgente a quirófano para drenaje de hematoma, control de la hemorragia (sangrado por arteria tiroidea superior) y realización de traqueostomía. Posteriormente se mantuvo bajo sedación y ventilación que se retiró a las 24 horas. Neurológicamente presentó importante mejoría, movilizándolo las cuatro extremidades en contra de la gravedad. Los cultivos para hongos y bacterias del material extraído, el quantiferon y anticuerpos para *Brucella* fueron negativos. A pesar de esto, continuó tratamiento con antituberculostáticos y Augmentine. Se trasladó a sala de hospitalización donde presentó buena evolución neurológica, de forma progresiva se consiguió cierre de traqueostomía y se inició dieta vía oral bien tolerada. A las 5 semanas de haber ingresado a urgencias, se aisló *Mycobacterium tuberculosis* multisensible. Se decidió prolongar tratamiento antituberculoso y se trasladó a centro de rehabilitación. Al alta deambulaba con ayuda.

### Diagnóstico final

**Absceso epidural cervical tuberculoso.**

### Discusión

La tuberculosis osteoarticular representa del 10-35% de casos de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis vertebral es la más común dentro de las formas musculoesqueléticas y la afectación toracolumbar es el sitio más frecuentemente involucrado. El síntoma más común es el dolor local que aumenta progresivamente en semanas o meses. El síndrome constitucional está presente en <40% de los pacientes y la afectación pulmonar concomitante en aproximadamente 50% de los casos. Ocasionalmente puede haber formas clínicas atípicas como abscesos epidurales o masas extraespinales que pueden comprimir el

cordón medular.

Hoy en día, las pruebas de imagen como la tomografía computada y especialmente la resonancia magnética, pueden ayudar a establecer un diagnóstico temprano aunque no es específico y el diagnóstico definitivo es a través de cultivo del material extraído, ya sea por biopsia o intervención quirúrgica.

El manejo recomendable comprende tratamiento médico siempre y quirúrgico en muchas situaciones. Las principales indicaciones para realizar cirugía son síntomas neurológicos avanzados y empeoramiento de la clínica neurológica a pesar de óptimo tratamiento médico. En cuanto al tratamiento antituberculostático, se sugiere, en general, el mismo esquema que en la tuberculosis pulmonar. La duración óptima es discutida, siendo suficiente por 6 a 9 meses.

Este caso tiene especial interés ya que la presentación de tuberculosis vertebral presenta características atípicas. La paciente presentó afectación cervical, siendo poco común, asimismo un cuadro agudo que implicaba un absceso epidural posterior. Por último demuestra la importancia del tratamiento combinado (médico y quirúrgico) en una paciente con clínica neurológica importante.

### Bibliografía

1. Momjian R, George M. Atypical imaging features of tuberculous spondylitis: case report with literature review. *J Radiol Case Rep*. 2014 Nov 30;8(11):1-14. doi: 10.3941/jrcr.v8i11.2309. eCollection 2014 Nov. Review.
2. Nussbaum ES, Rockswold GL, Bergman TA, Erickson DL, Seljeskog EL. Spinal tuberculosis: a diagnostic and management challenge. *J Neurosurg*. 1995 Aug;83(2):243-7.
3. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res*. 2004 Oct;120(4):316-53. Review.
4. Watts HG, Lifeso RM. Tuberculosis of bones and joints. *J Bone Joint Surg Am*. 1996 Feb;78(2):288-98. Review.

Iconografía

