



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,
Volumen 8, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6

ENFERMEDAD DE POTT COMO RIESGO LABORAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**POTT'S DISEASE AS AN OCCUPATIONAL HAZARD: CASE
REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Eduardo Salvador Cabrera Chamu
Instituto Mexicano Del Seguro Social, México

Sergio Carlos Fernández Martínez
Instituto Mexicano Del Seguro Social, México

Yanelli Leticia Galicia Aguilar
Instituto Mexicano Del Seguro Social, México

Areli Damián Morales
Instituto Mexicano Del Seguro Social, México

Mariel Conde Martínez
Instituto Mexicano Del Seguro Social, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15410

Enfermedad de Pott como Riesgo Laboral: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Eduardo Salvador Cabrera Chamu¹

eddsalvador93@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-8583-4437>

Instituto Mexicano Del Seguro Social
Teziutlán, Puebla, México

Sergio Carlos Fernández Martínez

sergio.fernandezm@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0001-5651-8026>

Instituto Mexicano Del Seguro Social
Teziutlán, Puebla, México

Yanelli Leticia Galicia Aguilar

yanelligalicia@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4856-2894>

Instituto Mexicano Del Seguro Social
Teziutlán, Puebla, México

Areli Damián Morales

areli.damian.92@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3825-4535>

Instituto Mexicano Del Seguro Social
Teziutlán, Puebla, México

Mariel Conde Martínez

marielcmtz@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6047-9354>

Instituto Mexicano Del Seguro Social
Teziutlán, Puebla, México

RESUMEN

La enfermedad de Pott o Mal de Pott, es una forma de tuberculosis que afecta la columna vertebral. Este análisis se centra en un paciente masculino de 49 años, residente de Teziutlán, Puebla, quien acudió al HGZ 23 por debilidad progresiva en las extremidades inferiores. Con antecedentes de hiperplasia prostática benigna en tratamiento con tamsulosina y cirugías previas de apendicectomía y septoplastía, el paciente también experimentó dificultad respiratoria en los últimos tres meses. Durante la evaluación inicial, se observó que la sintomatología neurológica había comenzado de manera insidiosa nueve meses antes, con parestesias que llevaron a la incapacidad para la sedestación. La exploración física reveló un derrame pleural y una marcada elevación de fosfatasa alcalina. Se solicitó interconsulta a medicina interna por sospecha de compresión medular, y la tomografía axial computarizada (TAC) confirmó erosiones vertebrales y abscesos paravertebrales, diagnosticando enfermedad de Pott. El manejo incluyó un tratamiento antituberculoso y el paciente mostró mejoría clínica, siendo dado de alta con instrucciones para el seguimiento ambulatorio. Este estudio es observacional y descriptivo, basado en revisión de artículos indexados en PubMed y Google Académico y evaluación clínica directa en el HGZ 23.

Palabras clave: enfermedad de Pott, compresión medular, radiología, derrame pleural, fosfatasa alcalina

¹ Autor principal

Correspondencia: eddsalvador93@gmail.com

Pott's Disease as an Occupational Hazard: Case Report and Literature Review

ABSTRACT

Pott disease, or Mal de Pott, is a form of tuberculosis that affects the spine. This analysis focuses on a 49-year-old male patient, resident of Teziutlán, Puebla, who came to HGZ 23 for progressive weakness in the lower extremities. With a history of benign prostatic hyperplasia treated with tamsulosin and previous appendectomy and septoplasty surgeries, the patient also experienced respiratory distress in the past three months. During the initial evaluation, it was noted that the neurological symptoms had begun insidiously nine months earlier, with paresthesias that led to the inability to sit. The physical examination revealed a pleural effusion and a marked elevation of alkaline phosphatase. Consultation with internal medicine was requested due to suspicion of spinal cord compression, and computed axial tomography (CT) confirmed vertebral erosions and paravertebral abscesses, diagnosing Pott disease. Management included anti-tuberculosis treatment and the patient showed clinical improvement and was discharged with instructions for outpatient follow-up. This study is observational and descriptive, based on a review of articles indexed in PubMed and Google Scholar and direct clinical evaluation at HGZ 23.

Keywords: Pott's disease, spinal cord compression, radiology, pleural effusion, alkaline phosphatase

Artículo recibido 10 octubre 2024

Aceptado para publicación: 18 noviembre 2024



INTRODUCCIÓN

Enfermedad de Pott

Es una enfermedad Crónica y progresiva, conocido como espondilitis tuberculosa tiene origen en un foco primario pulmonar cuya afectación a nivel óseo Alcanza la columna por vía hematógena o a través de los linfáticos prevertebrales, la lesión produce una destrucción vertebral progresiva ocasionando al paciente un dolor continuo. Entre las lesiones que genera desnivela el espinazo, debido a que la porción necrosada del disco pierde por completo su papel de amortiguador elástico (1).

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2017, reporto un millón de casos de tuberculosis en menores de 14 años, donde del 10% a 20% presentaron tuberculosis extrapulmonar, de estos, un 10% a 35% presentaron enfermedad de Pott (2).

En Europa, la proporción aumentó el número de casos de tuberculosis extrapulmonar del 16,4% en 2002 al 22,4% en 2011. De manera similar, en Estados Unidos hubo un aumento: del 15,7% en 1993 al 21% en 2006 (3).

Fisiopatología

Durante la infección primaria por *Mycobacterium tuberculosis* se puede dar una diseminación de organismos a tejidos extrapulmonares, como hueso y tejidos blandos. A pesar de esto, la manifestación clínica de enfermedad osteoarticular no suele ser en el momento de la infección primaria (4).

La tuberculosis espinal, que representa el 2% de todos los casos de tuberculosis y el 15% de los casos extrapulmonares, surge principalmente a través de la diseminación hematógena desde un foco primario, típicamente pulmonar, o desde otros sitios extrapulmonares como ganglios linfáticos o el tracto gastrointestinal. En torno al 67% de los casos de tuberculosis espinal están vinculados con tuberculosis pulmonar primaria. Sin tratamiento o detección adecuados, la infección por *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tb*) puede volverse latente o propagarse a otras partes del cuerpo (5).

Cuadro Clínico

Los síntomas específicos del mal de Pott son variables, en general, menos graves y más insidiosos que los de una infección piógena. Los pacientes experimentan comúnmente malestar general, sudoración nocturna, pérdida de peso y fiebre; sin embargo, en infecciones crónicas no tratadas, los afectados



pueden desarrollar deformidad y deficiencia neurológica, puesto que causa destrucción vertebral progresiva que produce dolor continuo, contractura muscular, colapso vertebral, cifosis e incapacidad para la deambulaci3n hasta llegar a la afectaci3n neurol3gica con p3rdida de la sensibilidad y par3lisis de los miembros inferiores (6).

Diagnostico

En cuanto al cribado de la enfermedad mediante pruebas complementarias, el hemograma es generalmente normal, con una velocidad de sedimentaci3n globular (VSG) elevada, lo que implica una inflamaci3n importante. En pacientes no inmunodeprimidos e infectados est3 indicada la prueba cut3nea de la tuberculina, cuyos resultados son positivos (con resultados mayores a 10 mm). La baciloscopia (con tinci3n mediante el m3todo Ziehl-Neelsen), la prueba de reacci3n en cadena de la polimerasa (PCR) y el cultivo, mediante biopsia de las lesiones, generalmente tienen un resultado negativo, lo que dificulta el diagn3stico, pudiendo confundirse con abscesos pi3genos, neoplasias o s3filis (7).

Los hallazgos radiol3gicos son esenciales para el diagn3stico de la enfermedad de Pott. Una radiograf3a simple de la columna puede mostrar erosi3n 3sea en una o m3s v3rtebras, con posible afectaci3n del espacio discal adyacente. La resonancia magn3tica (MRI) es la prueba m3s sensible para el diagn3stico, ya que puede detectar anomal3as en la m3dula espinal, incluida la compresi3n de la m3dula espinal y los abscesos. La tomograf3a computarizada (TC) tambi3n es 3til para evaluar la extensi3n de la enfermedad y los cambios 3seos (8).

Tratamiento

Tratamiento Farmacologico

Los medicamentos contra la tuberculosis (isoniacida-H, rifampicina-R, etambutol-E y pirazinamida-Z) son la piedra angular del manejo de la enfermedad y debe iniciarse lo m3s r3pido posible. Muchas veces se inicia el tratamiento ante los hallazgos cl3nicos y con ayuda de los estudios imagenol3gicos (16). Seg3n MINSA, el esquema de tratamiento para TB extrapulmonar es de dos fases: La primera dura 2 meses diario (HREZ) y la segunda fase de 10 meses diario (HR) (19). La mayor3a de los pacientes con Mal de Pott (82-95%) responden bien al tratamiento, y ello se caracteriza por un alivio del dolor, disminuci3n del d3ficit neurol3gico, correcci3n de deformidad espinal y regresi3n radiol3gica o patol3gica de la enfermedad (9).



Tratamiento Quirúrgico

Se recomienda la intervención quirúrgica en casos de fracaso terapéutico, absceso/fístula, inestabilidad espinal o compresión de la médula espinal con déficit neurológico, que incluye descompresión, uso de dispositivos para la estabilización de la columna, drenaje del absceso o desbridamiento del material infectado. La cirugía para la tuberculosis espinal es un tema debatido sin un consenso claro sobre cuándo realizarla. Las indicaciones incluyen: 1. Déficit neurológico progresivo: La descompresión quirúrgica temprana puede mejorar la deficiencia neurológica y la calidad de vida. 2. Deformidad progresiva de la columna: La corrección quirúrgica es necesaria si la deformidad, como la cifosis, no es compensada por la columna lumbar o excede ciertos límites. 3. Cifosis severa: Cifosis de 60 grados o más debe ser corregida quirúrgicamente para prevenir complicaciones graves como paraplejía y deterioro cardiovascular. 4. Fracaso del tratamiento conservador: Si tras 3-4 semanas de tratamiento conservador no hay mejoría y persisten molestias o déficit neurológico, se debe considerar la cirugía (10).

Pronóstico

Cuando el diagnóstico se realiza en una fase inicial antes de la destrucción ósea y se emplea el tratamiento estándar, la infección podría sanar en alrededor del 95 % de los casos, sin que surjan deformidades o complicaciones graves. Si el diagnóstico y tratamiento se aplican tempranamente, el déficit neurológico podría revertirse sin necesidad de cirugía en un 40 % de los casos. Sin embargo, pese al tratamiento actual, un 8 % de los pacientes con paraplejía tuberculosa no logra una recuperación funcional, y hasta un 2 % podría fallecer a causa de la enfermedad. La juventud del paciente y una cirugía radical combinada con quimioterapia antituberculosa son factores importantes que mejoran el pronóstico en quienes requieren intervención quirúrgica (11).

Orientación y Educación del Paciente

Para el manejo eficaz de la tuberculosis, es clave educar al paciente y aislar a quienes puedan contagiar la enfermedad. Aunque la tuberculosis extrapulmonar no es transmisible, algunos casos pueden tener afectación pulmonar que sí lo sea. Es fundamental que los pacientes cumplan estrictamente con la quimioterapia a largo plazo y, en algunos casos, el uso de un corsé puede prevenir deformidades como la cifosis. En pacientes pediátricos, se debe informar a los padres sobre el riesgo de deformidades futuras y la necesidad de un seguimiento médico hasta que el crecimiento óseo finalice (12).



Caso clínico

Se trata de masculino de 49 años, chofer de una empresa minera, que acude a servicio de urgencias 03/07/2024 por debilidad progresiva en las extremidades inferiores. APNP: Originario y residente de Teziutlán, Puebla, APP: crónicos: hiperplasia prostática benigna, en tratamiento actual con tamsulosina 18 meses, alérgicos: negados, fracturas: tabique, quirúrgicos: apendicectomía y septoplastía. Padecimiento actual refiere iniciar sintomatología de manera insidiosa hace aproximadamente 9 meses. Presentándose parestesias, sinestesias y disestesias de los miembros inferiores, que inicia en región de la rodilla y se extiende hasta distal, poco a poco se vuelve más marcado y permanente, el día de hoy con incapacidad para la sedestación, no se asocia fiebre al padecimiento, en seguimiento en medicina familiar por dificultad respiratoria desde hace aproximadamente tres meses.

A la exploración física, se encuentra despierto y consciente, con una puntuación de Glasgow de 15 y FOUR de 16; se observa simetría facial conservada, isocoria y normorreflexia pupilar, sin datos de focalización neurológica ni meningismo. La auscultación torácica revela disminución del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo, extremidades íntegras, simétricas, no edematosas sin alteraciones que reseñar, fuerza muscular bilateral Daniels 5/5 en las cuatro extremidades, exploración de columna vertebral sin alteraciones visibles o palpables.

Los análisis de laboratorio muestran una elevación marcada de fosfatasa alcalina, sugiriendo actividad tumoral ósea, con otros parámetros dentro de rangos aceptables. Se solicita interconsulta a medicina interna para evaluar la sospecha de compresión medular a nivel de T11-T12.

Radiografía de tórax PA: Se observa con adecuada técnica inspiratoria sin alteración en los tejidos osteomusculares ni blandos, se observa silueta cardiaca sin reforzamiento de imagen sin borramiento de los bordes cardio diafragmáticos y costofrénicos, con un índice cardiorácico de 0.48 sin datos de hipertrofia cardiaca, parénquima pulmonar con presencia de radiopacidad basal izquierda que es congruente con derrame pleural de aproximadamente 30% del hemitórax izquierdo, derivación esofágica hacia el lado derecho, sin otras alteraciones que reportar.

Radiografía lumbosacra AP y lateral: se observa rectificación de la lordosis fisiológica lumbar, discartrosis de avanzada, L5 YS1 además de aparentes cambios de densidad ósea L3 y T12, donde además en T12 existe colapso vertebral, probablemente destrucción vertebral.

Tomografía axial computarizada (TAC) 19/07/2024: Engrosamiento concéntrico de aspecto neoplásico de la mucosa del colon ascendente, amerita correlación histopatológica. Múltiples lesiones osteoblásticas y osteolíticas ya descritas, sugestivas de enfermedad por depósito de primario a determinar. Lesión osteoblástica en humero derecho asociado a fractura bicortical del cuello quirúrgico. Engrosamiento pleural condicionado por lesión osteoblástica expansiva del tercer arco costal anterior izquierdo. Derrame pleural bilateral, el derecho es mínimo, el izquierdo es masivo y condiciona colapso pulmonar total

Cuyos hallazgos confirman erosiones en cuerpos vertebrales y abscesos en tejidos paravertebrales, apoyando el diagnóstico de enfermedad de Pott. El manejo farmacológico incluye un esquema de tratamiento antituberculoso con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, además de analgésicos y corticosteroides según sea necesario. Durante su hospitalización, el paciente muestra mejoría clínica, y tras un seguimiento regular, se programa su egreso con instrucciones sobre la continuidad del tratamiento y seguimientos ambulatorios.

ILUSTRACIONES, TABLAS, FIGURAS.

Imagen N°1. Radiografía de tórax, proyección PA



Imagen N°2. Radiografía de columna vertebral lateral, región torácica.



Imagen N°3. Radiografía de columna vertebral lateral, región lumbosacra.



CONCLUSIÓN

Este caso clínico de enfermedad de Pott pone de relieve la relevancia de la identificación temprana y el tratamiento adecuado de las infecciones tuberculosas que comprometen la columna vertebral. El manejo integral, que incluye un tratamiento antituberculoso oportuno, ha demostrado ser eficaz, ya que el paciente mostró mejoría clínica significativa durante su hospitalización. La atención multidisciplinaria y la continua monitorización post-egreso son esenciales para asegurar el éxito del tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente. En conclusión, el caso enfatiza la importancia de una vigilancia activa en pacientes con antecedentes de tuberculosis y la necesidad de considerar la enfermedad de Pott en la

evaluación de síntomas neurológicos y musculoesqueléticos, para optimizar los resultados clínicos y prevenir complicaciones severas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojo Marañón CM. MAL DE POTT: REPORTE DE CASO EN LA CIUDAD DE COCHABAMBA. *Revista Científica Ciencia Medica*. 2022 Sep 19;25(1):79–80.
2. Corleto Molina G, López España E, González Morales C. Enfermedad de Pott. Reporte de caso clínico y revisión y bibliográfica. *Revista Científica del Sistema de Estudios de Postgrado de la Universidad de San Carlos de Guatemala*. 2022 Jan 19;4(1):117–24.
3. Silva MI, Pinto J, Viana M. Mal de Pott: um diagnóstico improvável. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2021 Mar 1;37(2):174–7.
4. Sauma Webb A, Marin Chavarria DC. Caso clínico: Tuberculosis osteoarticular; una causa infrecuente de dolor crónico en adultos jóvenes. *Revista Medica Sinergia*. 2022 Jul 1;7(7):e866.
5. Rodríguez Montero E, Téllez Gamayo G, Flores Bolivar F, Rodríguez Montero E, Téllez Gamayo G, Flores Bolivar F. *Medisan*. MEDISAN [Internet]. 2009 [cited 2024 Nov 4];24(1):117–25. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000100117&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Glassman I, Nguyen K, Giess J, Alcantara C, Booth M, Venketaraman V. Pathogenesis, Diagnostic Challenges, and Risk Factors of Pott’s Disease. *Clin Pract*. 2023 Jan 25;13(1):155–65.
7. Fonseca GSGB, Borges F de A, Abreu DB, Marinho RP, Braga R de CCD, Barbosa LCL, et al. Mal de Pott associado à paraplegia: Relato de caso de tuberculose osteoarticular. *E-Acadêmica*. 2022 Sep 22;3(3):e1533293.
8. Santos JM dos, Mota A, Santana A, Valois R, Carvalho TAC de. MAL DE POTT: REVISÃO DE CASO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2023 May 31;9(5):3190–5.
9. Torres M, Del Río J, Solórzano D, Tapia J, Tello N, González J. Pott’s disease in a health worker: A Case Report. *Revista Médica de Trujillo*. 2020 Jun 1;15(2):83–9.



10. Leowattana W, Leowattana P, Leowattana T. Tuberculosis of the spine. *World J Orthop.* 2023 May 18;14(5):275–93.
11. Laos Plasier EJ, Basurco Carpio A, Urquizo Rodríguez JL. Tuberculosis espinal: diagnóstico y manejo. *Horizonte Médico (Lima).* 2022 Mar 3;22(1):e1551.
12. Viswanathan VK, Subramanian S. Pott Disease. 2024.

