

## TUBERCULOSIS ESPINAL MÚLTIPLE NO CONTIGUA

ARIEL J. SILES VASQUEZ<sup>1</sup>, GUSTAVO BOGDANOFF<sup>1</sup>, ROSARIO BASTIDAS VIVAS<sup>2</sup>,  
GONZALO LOPEZ MACCHI<sup>2</sup>, DAIANA ABELEDO<sup>1</sup>, PEDRO WAINER<sup>1</sup><sup>1</sup>Servicio de Clínica Médica, <sup>2</sup>Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Sanatorio Otamendi, Buenos Aires, Argentina

E-mail: silesa@otamendi.com.ar

Varón de 33 años proveniente de Bolivia, con antecedentes de pancreatitis aguda recurrente, duodenopancreatometomía más esplenectomía 2 años atrás; diabetes insulino requirente secundaria a la cirugía. Consultó por dolor cervical y lumbar de 1 mes de evolución, que progresó hasta intensidad 10/10, asociado a disfagia y sudoración nocturna, sin síntomas respiratorios. Al examen físico: hemodinámicamente estable, afebril. Fauces normales. Examen neurológico normal. Dolor a la percusión de la columna cervical y lumbar. Laboratorio: Hematocrito: 38%, glóbulos blancos: 5400 mm<sup>3</sup>, PCR: 15.5 mg/L, VSG:60 mm/h, HIV negativo. Resonancia magnética nuclear (Fig. 1) con cortes sagitales en secuencias

STIR (Fig. 1A), secuencias T1 con gadolinio (Fig. 1B y C). Evidencia cambios en médula ósea con hiperintensidad en secuencias STIR (flechas rojas) en C2, D9, D10 y la plataforma inferior de L3, con marcado refuerzo posterior a la administración del gadolinio (flechas amarillas). La lesión cervical provocó efecto de masa hacia la faringe. Se realizó punción guiada por tomografía a nivel dorsal 12. PCR: genoma complejo *Mycobacterium tuberculosis* positivo. Posteriormente con cultivos positivos para *M. tuberculosis*. Inició tratamiento con isoniazida, etambutol, levofloxacina, rifampicina. Se realizó artrodesis occípito-cervical por inestabilidad C1-C2. Evolucionó con mejoría del dolor, sin sudoración ni disfagia.

Figura 1 |

