



Carta al Director

Edwin U. Suárez¹
Silvia Calpena²
Beatriz Álvarez³
Miguel Górgolas³
Raúl Córdoba¹

Un paciente con mal de Pott

¹Departamento de Hematología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

²Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

³División de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Article history

Received: 6 July 2021; Revision Requested: 26 July 2021; Revision Received: 27 July 2021; Accepted: 31 August 2021; Published: 23 November 2021

Estimado Editor:

Mujer de 58 años, con historia de dispepsia y tabaquismo, consultó por 6 meses de dorsalgia mecánica, progresiva, con pérdida significativa de peso, escalofríos e hiporexia. Una resonancia magnética evidenció espondilodiscitis T9-T10 con fractura del cuerpo vertebral, colección prevertebral y epidural sin mielopatía compresiva. La tomografía de tórax demostró un nódulo pulmonar (5 mm), sin captación patológica en la tomografía con emisión de positrones (¹⁸F-FDG PET/CT) pero con compromiso espinal y adenopatías generalizadas con centro necrótico (Figura 1).

Mediante ecobroncoscopia (EBUS) la punción del ganglio paratraqueal evidenció fragmentos necróticos y citología negativa para malignidad; el cultivo, con crecimiento de *Streptococcus constellatus* y una prueba molecular (PCR) negativa para *Mycobacterium tuberculosis* (también en el lavado broncoalveolar). Se desestimó endocarditis infecciosa. La muestra de la punción percutánea espinal presentó positividad para *M. tuberculosis* por PCR. La biopsia gástrica demostró *Helicobacter pylori* y linfoma del tejido linfoide asociado a mucosa (MALT).

La incidencia de tuberculosis extrapulmonar se estima en el 20% [1]; la afectación esquelética ocurre en el 10-35%, siendo la espinal más frecuente (principalmente en la unión toraco-lumbar). Afecta inicialmente vértebras adyacentes antes de entrar al espacio discal, con riesgo de mielopatía compresiva [2]. En áreas no endémicas la tuberculosis esquelética generalmente es secundaria a reactivación [3]. El síntoma predominante es el dolor mecánico local progresivo de semanas a meses. La fiebre y pérdida de peso están en menos del 40% de los casos [2]. El diagnóstico es un reto, pues no suele presentarse con síntomas respiratorios y el compromiso óseo es

indolente, conllevando un retraso terapéutico. Aunque el ¹⁸F-FDG PET/CT es poco específico en el diagnóstico de infecciones, tiene alta tasa de detección (98%), incluso al compararse con la sospecha clínica, pues identifica mejor la extensión y el número de órganos afectados [4]. El tratamiento médico oscila entre 9 y 12 meses. No se ha demostrado beneficio del tratamiento quirúrgico adyuvante; este debería considerarse si no hay respuesta a los antituberculosos, ante déficit neurológico o inestabilidad vertebral [2,5].

S. constellatus, es un comensal de la cavidad oral y tracto genitourinario. Ante factores de riesgo, induce infecciones, incluso de alta patogenicidad, generalmente, de cabeza y cuello, del sistema nervioso central, intrabdominales, torácicas y bacteriemias, tendiendo a formar abscesos[6]. La espondilodiscitis es infrecuente, aunque existen casos reportados, incluyendo pacientes inmunocompetentes [7]. Las coinfecciones con bacilos gram negativos gastrointestinales y anaerobios son usuales [8], no siendo así con *Mycobacterium tuberculosis*. En nuestro caso, la manipulación de la vía aérea superior (EBUS) y la localización, apoya la teoría de contaminación.

El linfoma MALT, es inusual, de curso indolente, localizado preferentemente en tejido gástrico, anexos oculares y pulmón, aunque pudiera comprometer cualquier tejido. Relacionado a la estimulación inmune crónica por autoinmunidad o infecciones, clásicamente, *H. pylori*; otras incluyen: hepatitis C, *Chlamydia psittaci*, *Campylobacter jejuni*, *Borrelia burgdorferi*, *Achromobacter xylosoxidans* [9]. La asociación de *S. constellatus* o *M. tuberculosis* con linfoma MALT, no está concebida como causa-efecto. *M. tuberculosis* pudiera conducir a linfomatogénesis, o coexistir con algunas neoplasias [10]. Asimismo, el riesgo de tuberculosis e infecciones piógenas secundarias no difiere de la población general, salvo en los casos de progresión. Usualmente se manifiesta como enfermedad localizada, con síntomas gastrointestinales, pérdida de peso o sangrado oculto. Los "síntomas B" son infrecuentes (menos del 5%), puede progresar a otros tejidos y en raras ocasiones a un linfoma B difuso de células grandes o amiloidosis [11]. El rol del ¹⁸F-

Correspondencia:

Edwin U. Suárez

Departamento de Hematología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Av. de los Reyes Católicos, 2, 28040 Madrid, España.

E-mail: edwin.suarez@quironsalud.es

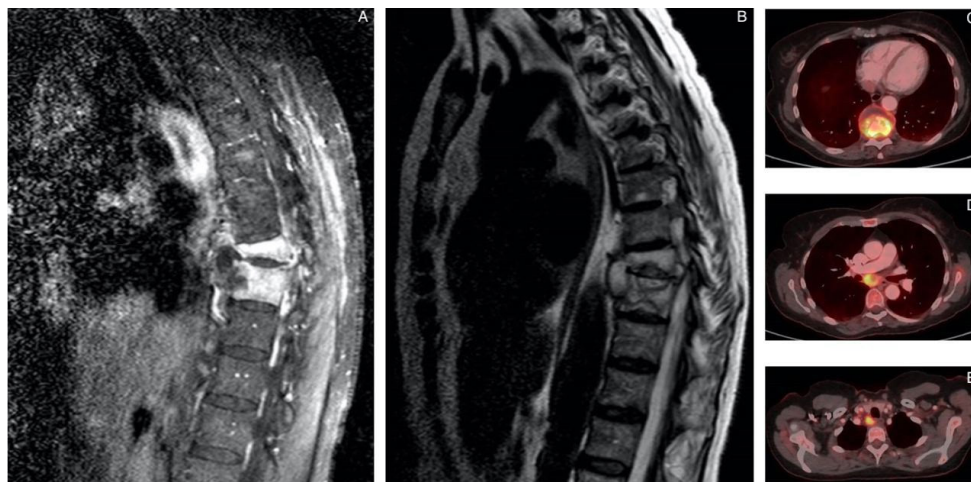


Figura 1 Resonancia magnética (RM) y ^{18}F -FDG PET/CT. Imágenes sagitales de RM en T1-SPIR (A) y T2-TSE (B) con señal patológica en el disco intervertebral y cuerpos vertebrales T9-T10 con destrucción ósea y colecciones en tejidos blandos adyacentes. Imágenes de ^{18}F -FDG PET/CT (C, D, E) con captación patológica en T9-T10, ganglios paratraqueal y supraclavicular derechos (no se muestra el compromiso ganglionar a nivel de hilio hepático, precarinal y subcarinal).

FDG PET/CT en la estadificación del linfoma MALT es debatido, pues su avidéz por la fluorodesoxiglucosa es variable. La histología demuestra células pequeñas con folículos reactivos en la zona marginal y/o la región interfolicular. El inmunofenotipo corresponde a linfocitos B positivos para CD19, CD20, y CD22 y negativos para CD5, CD10 y CD23, frecuentemente asociados a anomalías cromosómicas (trisomía 3 o t(11;18)) [9,11]. El tratamiento inicial depende del estadio, localización, y la presencia de *H. pylori*, pues su erradicación generalmente obtiene la regresión del linfoma. Este linfoma incrementa el riesgo de adenocarcinoma gástrico y de otros linfomas, por tanto, requiere seguimiento [11]. En nuestro caso, la clasificación corresponde a T1m NO MO (*Paris staging system*), I (*Lugano staging system*), y tiene indicado seguimiento para evaluar erradicación.

Resaltamos entonces la importancia del estudio detallado del dolor dorsal y/o lumbar ante signos de alarma, considerando a *M. tuberculosis* como etiología, aún cuando no se provenga de regiones endémicas o exista compromiso pulmonar, sobretudo, cuando el curso sea insidioso y existan factores de riesgo. El diagnóstico diferencial del síndrome constitucional debe incluir etiologías infecciosas y neoplásicas, sin descartar su posible coexistencia, siendo primordial una adecuada correlación clínica, radiológica y microbiológica.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no han recibido financiación para la realización de este trabajo.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. Rajasekaran S, Soundararajan DCR, Shetty AP, Kanna RM. Spinal Tuberculosis: Current Concepts. *Global Spine J.* 2018;8(4 Suppl):96S-108S. doi: 10.1177/2192568218769053.
3. Kaufmann SH, Cole ST, Mizrahi V, Rubin E, Nathan C. Mycobacterium tuberculosis and the host response. *J Exp Med.* 2005;201(11):1693-7. doi: 10.1084/jem.20050842.
4. Sánchez-Montalvá A, Barrios M, Salvador F, Villar A, Tórtola T, Molina-Morant D, Lorenzo-Bosquet C, Espinosa-Pereiro J, Molina I. Usefulness of FDG PET/CT in the management of tuberculosis. *PLoS One.* 2019;14(8):e0221516. doi: 10.1371/journal.pone.0221516.
5. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, Barry PM, Brozek JL, Cattamanchi A, et al. Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 2016;63(7):e147-e195. PMID: 27516382
6. Jiang S, Li M, Fu T, Shan F, Jiang L, Shao Z. Clinical Characteristics of Infections Caused by *Streptococcus Anginosus* Group. *Sci Rep.* 2020;10(1):9032. doi: 10.1038/s41598-020-65977-z
7. Potsios C, Xaplanteri P, Zoitopoulos V, Patrinos P, Giannakopoulou

-
- II, Tzivaki I, et al. Pyogenic Spondylodiscitis due to *Streptococcus constellatus* in an Immunocompromised Male Patient: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Infect Dis.* 2019; 2019:9364951. doi: 10.1155/2019/9364951.
8. Centor RM, Geiger P, Waites KB. *Fusobacterium necrophorum* bacteremic tonsillitis: 2 Cases and a review of the literature. *Anaerobe.* 2010; 16(6):626-8. doi: 10.1016/j.anaerobe.2010.08.005.
 9. Zucca E, Bertoni F. The spectrum of MALT lymphoma at different sites: biological and therapeutic relevance. *Blood.* 2016; 127(17):2082-92. doi: 10.1182/blood-2015-12-624304.
 10. Klein TO, Soll BA, Issel BF, Fraser C. Bronchus-associated lymphoid tissue lymphoma and *Mycobacterium tuberculosis* infection: an unusual case and a review of the literature. *Respir Care.* 2007; 52(6):755-8. PMID: 17521466.
 11. Lumish M, Falchi L, Imber BS, Scordo M, von Keudell G, Joffe E. How we treat mature B-cell neoplasms (indolent B-cell lymphomas). *J Hematol Oncol.* 2021; 14(1):5. doi: 10.1186/s13045-020-01018-6.