

MANEJO DE MAL DE POTT EN EDAD PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

David Manuel Ferreño Márquez^{1,2}, Rosa María Egea Gámez², Libardo Enrique Rojas Días³, Cristina Dauder Gallego¹, José Luis Patiño Contreras¹, Rafael González Díaz²,

¹ Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

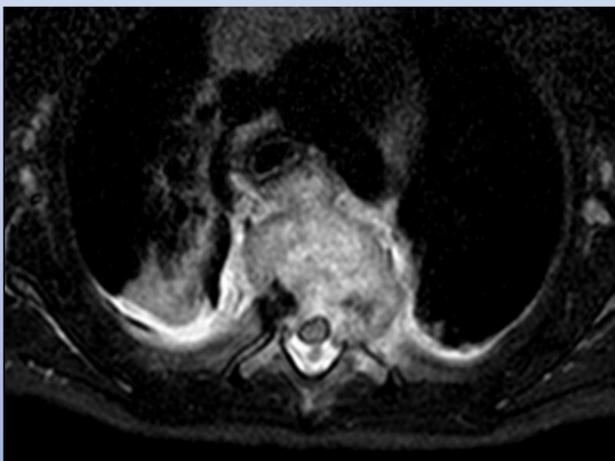
² Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

³ Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Introducción: La tuberculosis vertebral, o mal de Pott, (manifestación osteoarticular más frecuente causada por diseminación de un foco primario generalmente desapercibido) puede provocar grandes deformidades óseas e incluso paraplejia, por lo que es necesario el diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Exposición de un caso de Mal de Pott cervicotorácico en edad pediátrica, diagnóstico, evolución y tratamiento quirúrgico.

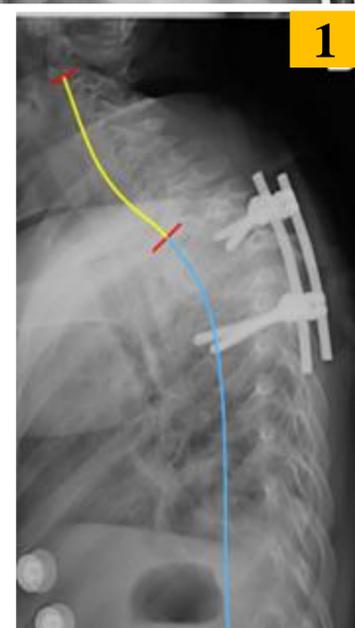
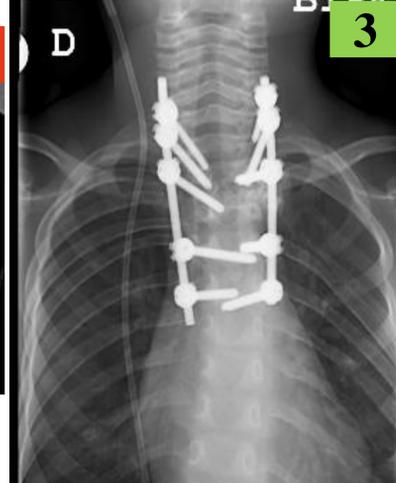
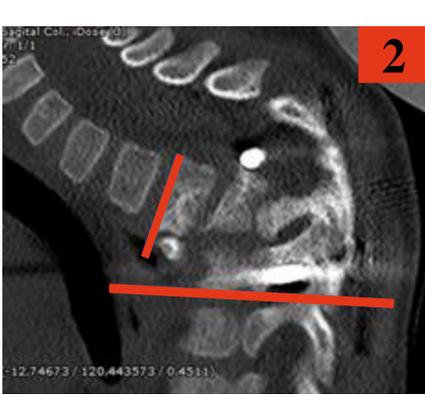
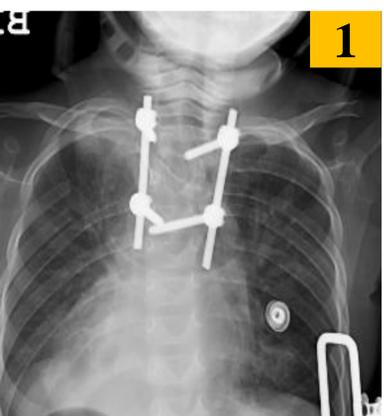
Material y método: Niño de 2 años, padres procedentes de Rep. Dominicana, con dos semanas de hipoactividad y rechazo de alimento, dudoso dolor abdominal y lateralización cervical. Pruebas: **TAC craneal y ecografía abdominal:** normales. **Analítica:** discreta leucocitosis → Se ingresó para estudio y **antibioterapia empírica.** Clínica persistente, fiebre y ascenso de reactantes. **RM cervical:** espondilodiscitis T3-T4 inflamatorio-infeccioso, gran colección prevertebral, epidural anterior y posterior con canal comprometido sin signos de mielopatía.



Biopsia TAC guiada: material fibrinohemático sin microorganismos habituales.
Mantoux materno e interferón: positivos

Diagnóstico TBC y tratamiento médico empírico precirugía

Resultados:



Cobb T2-5: 81°



Cobb T2-5: 25°

1. Resección de colección y disco-vertebral, estabilización posterior con tornillos T2-T5 y anterior con costilla autóloga

2. Tras 6 meses: pull-out del tornillo craneal derecho (flecha), aumento de la deformidad sagital y movilización del autoinjerto anterior.

3. Extracción de material, cruentación, osteotomías de Ponte T2-T3 y T4-T5, aloinjerto de peroné en cuerpos vertebrales y fijación posterior C7-T5, consiguiendo una aceptable corrección de la deformidad

Conclusión: La corrección precoz y estabilización definitiva de la deformidad es fundamental para evitar progresión, pues a pesar del tratamiento médico el colapso vertebral del segmento anterior puede continuar, con afectación psicológica, cardiorrespiratoria e incluso paraplejia.