

Masa paravertebral abscesificada como manifestación de tuberculosis ósea multifocal en varón joven

Alberto Rodríguez-Iglesias¹ , María Esther Panedas-Redondo¹, Marta de la Fuente-López¹, Marina García de Vicuña-Oyaga¹, Cristina Sánchez del Hoyo²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España

²Servicio de Medicina Interna, Hospital de Medina del Campo, Valladolid, España

Recibido: 21/09/2025

Aceptado: 02/02/2026

En línea: 30/04/2026

Citar como: Rodríguez-Iglesias A, Panedas-Redondo ME, de la Fuente-López M, García de Vicuña-Oyaga M, Sánchez del Hoyo C. Masa paravertebral abscesificada como manifestación de tuberculosis ósea multifocal en varón joven. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (abril); 11(1): 7-9. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n1a3>.

Cite this as: Rodríguez-Iglesias A, Panedas-Redondo ME, de la Fuente-López M, García de Vicuña-Oyaga M, Sánchez del Hoyo C. Abscessed paravertebral mass as a manifestation of multifocal bone tuberculosis in a young man. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (April); 11(1): 7-9. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n1a3>.

Autor para correspondencia: Alberto Rodríguez-Iglesias. arodriguezi@saludcastillayleon.es

Palabras clave

- ▷ tuberculosis
- ▷ discitis
- ▷ enfermedades de la columna
- ▷ absceso
- ▷ *Mycobacterium*

Resumen

Presentamos el caso de un varón joven con dolor dorsal persistente y síndrome constitucional, en el que las pruebas de imagen revelaron lesiones líticas óseas múltiples con masa paravertebral abscesificada. Inicialmente se sospechó enfermedad metastásica diseminada. La anatomía patológica confirmó inflamación granulomatosa y los cultivos fueron positivos para *Mycobacterium tuberculosis*. Se instauró tratamiento tuberculostático con buena evolución clínica. El caso pone de manifiesto la importancia de considerar tuberculosis ósea en el diagnóstico diferencial de lesiones líticas, incluso en pacientes jóvenes sin inmunodepresión conocida ni afectación pulmonar evidente.

Keywords

- ▷ tuberculosis
- ▷ discitis
- ▷ spinal diseases
- ▷ abscess
- ▷ *Mycobacterium*

Abstract

We present the case of a young man with persistent back pain and constitutional symptoms. Imaging studies revealed multiple lytic bone lesions and a paravertebral abscess. Initial suspicion was metastatic disease. Histopathology showed granulomatous inflammation and cultures confirmed *Mycobacterium tuberculosis*. Antitubercular treatment was initiated with good clinical evolution. This case highlights the importance of considering osteoarticular tuberculosis in the differential diagnosis of lytic lesions, even in young, immunocompetent patients without pulmonary involvement.

Puntos destacados

- ▷ La tuberculosis ósea puede simular enfermedad metastásica, incluso en inmunocompetentes.
- ▷ En pacientes jóvenes procedentes de zonas endémicas debe mantenerse un alto índice de sospecha ante lesiones líticas y abscesos vertebrales.

Introducción

La tuberculosis extrapulmonar constituye clásicamente hasta el 15 % de los casos globales de tuberculosis; sin embargo, en los últimos años se ha descrito un aumento progresivo de su proporción, alcanzando cifras cercanas al 30–35 % en algunas series recientes, especialmente en determinados contextos epidemiológicos¹. Dentro de las formas extrapulmonares, la afectación osteoarticular es más frecuente que otras formas como la intestinal, pericárdica o genitourinaria. Dentro de esta, la espondilodiscitis tuberculosa –también conocida como enfermedad de Pott– constituye la forma más común. A menudo

debuta con dolor axial inespecífico, y en fases avanzadas puede acompañarse de abscesos fríos o déficits neurológicos por compresión medular². Su diagnóstico es complejo, sobre todo en pacientes inmunocompetentes sin clínica respiratoria.

En este contexto, presentamos un caso de tuberculosis ósea multifocal en un varón joven africano, cuya presentación clínica imitaba una patología neoplásica diseminada.

Caso clínico

Antecedentes

Varón de 22 años, natural de Ghana y residente en España desde hacía seis años. Sin antecedentes médicos relevantes ni inmunodepresión conocida. No constaba la realización de cribado de infección tuberculosa

latente ni la administración de tratamiento preventivo tras su llegada a España. Trabajador de la construcción, sin contacto con enfermos respiratorios ni viajes recientes. No fumador, sin consumo de alcohol ni drogas. Consultó en múltiples ocasiones por dolor costal bilateral y dorsal de semanas de evolución, junto con episodios autolimitados de debilidad en extremidades inferiores. Refería pérdida de peso no cuantificada, astenia y anorexia. Negaba fiebre, sudoración nocturna o síntomas respiratorios, gastrointestinales o urinarios.

Exploración física y enfermedad actual

A su llegada se encontraba afebril, consciente y orientado. Constantes: tensión arterial 125/70 mmHg, frecuencia cardíaca 137 lpm, temperatura 37,4 °C, SpO₂ 99 %. Presentaba facies hipocrática, palidez mucocutánea y buen estado de hidratación. No se objetivaban adenopatías palpables ni visceromegalias. La auscultación cardíaca era rítmica, sin soplos, y la respiratoria sin ruidos patológicos. El abdomen era blando y depresible. Neurológicamente, la fuerza estaba conservada en todos los grupos musculares, sin alteración sensitiva ni reflejos patológicos. El dolor a la palpación dorsal era reproducible a nivel de D10, sin signos de irritación meníngea ni ocupación medular.

Pruebas complementarias

Inicialmente se solicitó una analítica con hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda. Destacaba una anemia microcítica con hemoglobina de 11,2 g/dL (VN: 13,5–17,5 g/dL) y VCM de 71,7 fL (VN: 80–100 fL), así como trombocitosis con 444.000 plaquetas/ μ L (VN: 150.000–400.000/ μ L). Los marcadores inflamatorios estaban significativamente elevados, con VSG de 120 mm/h (VN: <20 mm/h) y PCR de 86,8 mg/L (VN: <5 mg/L).

Se objetivó hiponatremia leve con valores entre 133–136 mmol/L (VN: 135–145 mmol/L) y una uricemia de 10,4 mg/dL (VN: 3,5–7,2 mg/dL). La función renal, hepática y tiroidea se encontraba dentro de límites normales. Las serologías para VIH, virus hepatotropos y virus respiratorios fueron negativas. El test de liberación de interferón- γ (QuantiFERON®-TB Gold) resultó positivo. Ante la sospecha de proceso maligno, se amplió el estudio etiológico, sin identificarse hallazgos analíticos sugestivos de neoplasia.

La radiografía de tórax era anodina, salvo por un granuloma calcificado en lóbulo superior derecho. Dado el carácter multifocal del dolor, se solicitó un PET-TAC de extensión, que mostró lesiones óseas hipermetabólicas múltiples (SUVmáx >20), afectando columna dorsal, sacro, esternón, palas ilíacas y costillas.

En la región paravertebral D9–D10 se observaba una gran masa hipodensa, sugestiva de absceso, con componente de partes blandas que infiltraba parcialmente el canal medular. Estos hallazgos orientaban inicialmente hacia afectación metastásica diseminada.

Se consultó con Traumatología y Radiología Intervencionista, realizándose una primera biopsia guiada por ecografía sobre una lesión en pala ilíaca izquierda, no concluyente por escasa celularidad. Dado el contexto clínico y la imagen, se programó una nueva toma de muestras mediante biopsia dirigida con TC sobre la masa paravertebral, obteniéndose tejido para estudio microbiológico y anatomopatológico.

El estudio histológico del absceso reveló inflamación granulomatosa abscesificada sin necrosis ni bacilos visibles. Las tinciones Ziehl-Neelsen fueron negativas. No obstante, el cultivo específico en medio líquido (sistema MGIT) y sólido (Löwenstein-Jensen) confirmó la presencia de complejo *Mycobacterium tuberculosis*. La baciloscopia y la PCR en tejido fueron negativas.

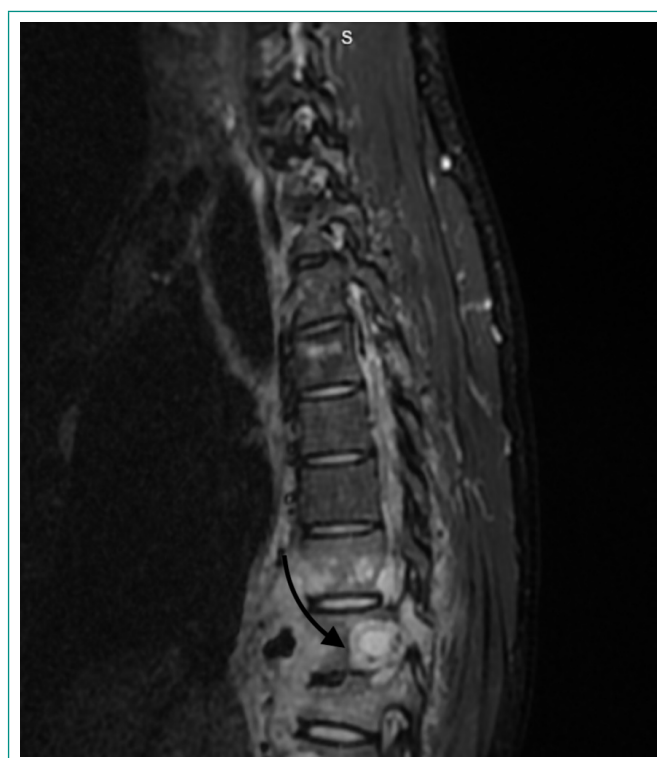


Figura 1. RMN sagital de columna dorsal. Se observa masa paravertebral derecha hipointensa, de contornos mal definidos, con desplazamiento del canal medular en el nivel T9–T10, sugestiva de absceso tuberculoso en contexto de espondilodiscitis.

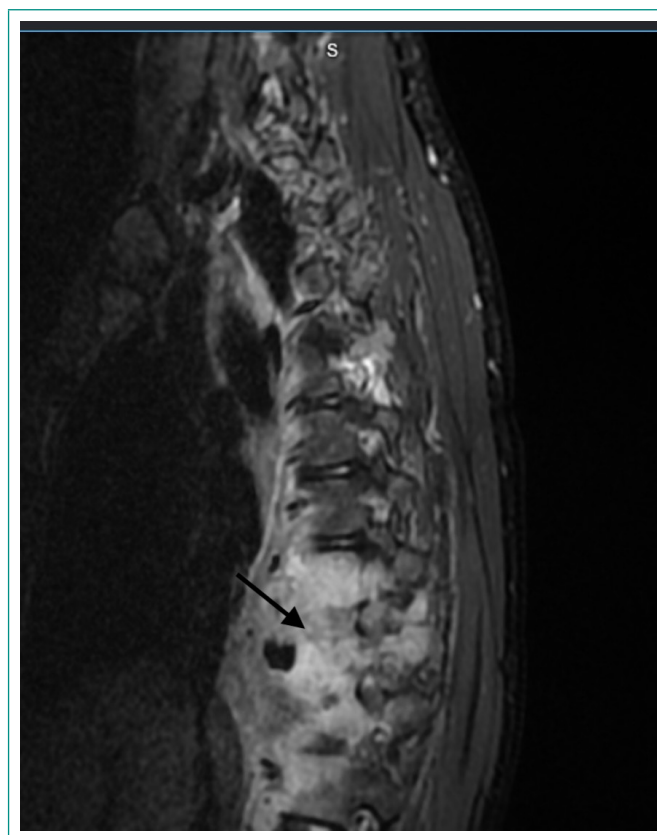


Figura 2. RMN sagital con secuencia STIR. Lesiones óseas múltiples en cuerpos vertebrales dorsales e imágenes compatibles con colecciones epidurales e infiltración de partes blandas, en el contexto de tuberculosis ósea multifocal.

Evolución

Tras la confirmación microbiológica, se inició tratamiento tuberculostático estándar con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol, junto con pirodoxina semanal. Una vez confirmada la sensibilidad a los fármacos de primera línea, el tratamiento se ajustó suspendiendo etambutol, cuyo uso se reserva fundamentalmente para fases empíricas o ante sospecha de resistencias. El paciente fue valorado por Cirugía Torácica y se decidió intervención para drenaje quirúrgico del absceso paravertebral, realizándose resección parcial de la pared.

En las semanas posteriores, presentó clara mejoría clínica: desaparición de la fiebre vespertina, recuperación funcional progresiva y descenso significativo de reactivantes de inflamación (PCR de 170 a 13 mg/L; VSG de 120 a 35 mm/h). En una RMN de control realizada al mes, se evidenció reducción del tamaño de las colecciones epidurales y mejoría del canal medular. Actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio con buena tolerancia al tratamiento y sin nuevos eventos clínicos.

Diagnóstico

Espondilodiscitis tuberculosa T9–T10 con absceso paravertebral e infección ósea multifocal (columna, sacro, costillas, esternón, palas ilíacas) por *Mycobacterium tuberculosis*.

Discusión y conclusiones

La tuberculosis vertebral representa una forma grave pero tratable de tuberculosis extrapulmonar. Aunque clásicamente se asocia a síntomas sistémicos y compromiso inmunológico, hasta un 30 % de los casos se dan en pacientes inmunocompetentes¹. La presentación subaguda, el dolor axial persistente y la presencia de lesiones líticas sin origen claro deben hacer sospechar esta entidad.

Nuestro caso ejemplifica una presentación poco habitual: afectación ósea multifocal con una masa paravertebral sugestiva de neoplasia, sin clínica pulmonar y con pruebas iniciales no concluyentes. En este contexto, la nacionalidad del paciente (proveniente de país endémico como Ghana) adquiere especial relevancia, ya que aumenta el índice de sospecha, incluso ante cuadros atípicos^{2,3}. En series publicadas, la tuberculosis osteoarticular multifocal constituye una forma infrecuente de la enfermedad, pero se ha descrito también en pacientes inmunocompetentes⁴, incluyendo series hospitalarias españolas, especialmente en población joven procedente de áreas endémicas⁵.

El diagnóstico diferencial incluyó metástasis óseas, mieloma múltiple, histiocitosis, brucelosis y sarcoidosis. Diversas series y casos clínicos han descrito que la presentación con lesiones óseas múltiples y masas paravertebrales puede simular procesos neoplásicos metastásicos, especialmente en formas multifocales, constituyendo una causa bien reconocida de retraso diagnóstico en tuberculosis extrapulmonar⁶. La positividad del QuantiFERON® y la imagen de absceso frío orientaron hacia tuberculosis vertebral, aunque las técnicas rá-

pidas (baciloscopia, PCR) fueron negativas. Esto es frecuente, en tuberculosis ósea extrapulmonar la sensibilidad de baciloscopia es <20 % y la PCR <60 %. El cultivo en medio específico sigue siendo la prueba de referencia⁶.

El tratamiento se basa en esquemas prolongados (mínimo 9–12 meses), con seguimiento clínico y radiológico. La cirugía está indicada en casos de compresión medular, abscesos voluminosos o mala respuesta al tratamiento médico⁷, siendo recomendable la evacuación quirúrgica en colecciones de gran tamaño siempre que no exista una contraindicación quirúrgica relevante. En nuestro caso, la resección quirúrgica precoz se asoció a una mejoría significativa del dolor dorsal y del estado general, con normalización progresiva de los marcadores inflamatorios. La respuesta al tratamiento confirmó el diagnóstico y permitió evitar procedimientos adicionales.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso, y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Tuli SM. Tuberculosis of the spine: a historical review. *Clin Orthop Relat Res.* 2007; 460: 29-38. doi: <https://doi.org/10.1097/BLO.0b013e318065b75e> (último acceso mar. 2026).
2. Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization. 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Accesible en: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024> (último acceso mar. 2026).
3. Garg RK, Somvanshi DS. Spinal tuberculosis: a review. *J Spinal Cord Med.* 2011; 34(5): 440-54. doi: <https://doi.org/10.1179/2045772311Y.0000000023> (último acceso mar. 2026).
4. Zuñiga-Rosas MA, Cámara-Reyes RR. Tuberculosis pulmonar y ósea multifocal en un paciente inmunocompetente. *Rev Med Hered.* 2024; 35(2): 96-102. doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v35i2.5234> (último acceso mar. 2026).
5. Peghin M, Rodríguez-Pardo D, Sánchez-Montalva A, Pellisé F, Rivas A, Tortola T, et al. The changing epidemiology of spinal tuberculosis: the influence of international immigration in Catalonia, 1993–2014. *Epidemiol Infect.* 2017; 145(10). doi: <https://doi.org/10.1017/S0950268817000863> (último acceso mar. 2026).
6. Jain AK. Tuberculosis of the spine: a fresh look at an old disease. *J Bone Joint Surg Br.* 2010; 92(7): 905-13. doi: <https://doi.org/10.1302/0301-620X.92B7.24668> (último acceso mar. 2026).
7. Kumar K. Spinal tuberculosis, natural history of disease, classifications and principles of management with historical perspective. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2016; 26(6): 551-58. doi: <https://doi.org/10.1007/s00590-016-1811-x> (último acceso mar. 2026).