

REPORTE TÉCNICO

Tuberculosis ósea

María Teresa Milanés-Virelles, Carmen Rodríguez-Acosta, Graciela Gallego-Arriosa, Mercedes de la Paz-García de la Osa y Reynaldo Sánchez-de la Osa.

Hospital Neumológico Benéfico Jurídico Calzada del Cerro No. 1642 entre Lombillo y la Rosa, Cerro, La Habana, Código Postal 1200, Cuba. dirhbj@infomed.sld.cu

Recibido: 20 de febrero de 2014.

Aceptado: 26 de febrero de 2014.

La tuberculosis (tb) es una enfermedad infecciosa cuyo agente causal es *Micobacterium tuberculosis* que desde las fases iniciales de su agresión al organismo humano puede producir diseminaciones por vías linfáticas o hematógena a cualquier órgano o tejido del organismo.^{1,2}

La localización pulmonar, si bien es la más frecuente, no constituye la única, pues el bacilo de Koch puede penetrar en el organismo humano por distintas puertas de entrada.^{1,2,3}

Todas las formas de tb extrapulmonares prácticamente derivan de las siembras hematógenas secundarias a la primo infección.^{3,4,5}

El tratamiento de la tb extrapulmonar no difiere de la localización pulmonar, o sea del convencional, solo que en dependencia de su localización se realiza el tratamiento individualizado, con variación en la cantidad de drogas a utilizar, el tiempo de duración y la utilización de corticosteroides y en los casos que se requiera, el uso de la cirugía correctiva y la fisioterapia.^{6,7}

La tb extrapulmonar constituye alrededor del 20 % de todos los casos de esta afección, la frecuencia varía según la raza y la situación epidemiológica local. La pandemia del SIDA hace variar la frecuencia de estas localizaciones.^{7,8}

La tb es una afección general. El foco tuberculoso en los huesos y las articulaciones no es nada más que un síntoma y una localización del bacilo tuberculoso que se ha insertado en el organismo.⁸

Los focos que se presentan en el sistema óseo hay que considerarlos como metástasis que hacen suponer la existencia de otro foco primario.

La tb osteoarticular puede afectar las vértebras (el llamado Mal de Pott), aunque también afecta la metafisis de los huesos largos que tienen abundante circulación sanguínea, fundamentalmente, los huesos de la rodilla y la cadera.⁸

La tb osteoarticular se caracteriza por ser componente monoarticular, presentar signos inflamatorios articulares, acompañados de dolor e impotencia funcional y abscesos fríos

La tb de la articulación de la rodilla afecta con mayor frecuencia a los hombres jóvenes. Ocupa por su frecuencia el cuarto lugar.⁸

Caso clínico

Paciente del sexo masculino, mestizo, de 36 años de edad, obrero agrícola, fumador y alcohólico, que tiene tratamiento para una tb pulmonar. Ingresa con fiebre, dolores articulares muy intensos en la rodilla derecha que dificultan su marcha.

HEA: Paciente con antecedentes de salud anterior que presenta un proceso respiratorio severo y se le diagnostica una tb pulmonar, inicia tratamiento específico, pero continúa con fiebre dolores articulares que se intensifican impidiéndole la marcha, aumento de volumen de ambas rodillas con predominio de la derecha y del calor en esa zona con rigidez articular y atrofia de los músculos de ambas piernas, es remitido a este hospital donde es ingresado.

Examen físico: aparato respiratorio murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares.

SOMA: rodilla izquierda con ligero aumento de volumen, con rubor y calor, dolor a la palpación. Rodilla derecha dolor intenso a la palpación con signos inflamatorios. Atrofia muscular de ambas piernas.

TCS: infiltrado con edemas maleolares.

Exámenes complementarios:

HB: 8,6 g/L.

Hto.: 028.

Eritrosedimentación: 98 mm.

Creatinina, glicemia, ácido úrico, TGP, TGO: dentro de los valores normales.

Parcial de orina negativo. HIV negativo.

Espustos BAAR: examen directo cod 0. Cultivo *M. tuberculosis* cod 6.

Prueba de tuberculina: 11 mm.

Rx de tórax: presencia de lesión nodular cavitada en región infraclavicular derecha ubicada en el segmento anterior del LSD. Adenopatías paratraqueales.

Rx de ambos miembros inferiores: aumento de la densidad en metafisis, cara articular de tibia y peroné. Osteoporosis puntiforme metafisiaria. Aumento de la densidad ósea en las epífisis de los huesos de la rodilla derecha, aumento de la densidad de la rótula. (Figuras 1 y 2)

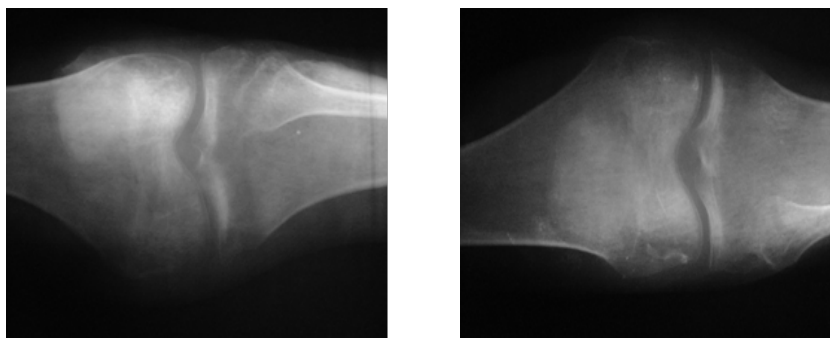


Fig. 1. Radiografías frontales de ambas articulaciones de rodilla donde se visualiza osteoporosis metafisiaria y esclerosis de los platillos tibiales.

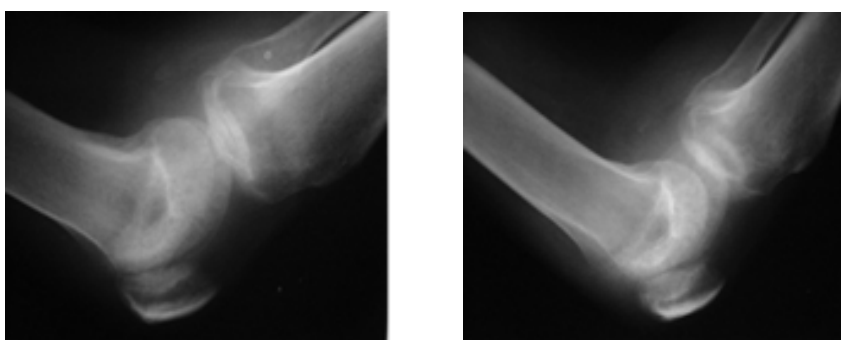


Fig. 2. Radiografías laterales de ambas articulaciones donde además de la osteoporosis descrita se visualiza esclerosis anterior de las rótulas.

Tratamiento

Se aplicó tratamiento con las cuatro drogas antituberculosas de primera línea, vitaminoterapia, antiinflamatorios, corticosteroides y rehabilitación.

El paciente tuvo una evolución muy favorable. Se normalizaron los indicadores: HB, Hto. y la eritrosedimentación. Recuperó los movimientos de las articulaciones y tuvo una rehabilitación total, lo que permitió su reincorporación a las actividades habituales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amadeo JR, Panga JC, Masse RJ. Tratado de Tisiología. 8.^{va} ed., Buenos Aires, Argentina: editorial Florida; 340; p.158-203.
2. Farga CV. Tuberculosis. 2.^{da} ed. Santiago de Chile. 1992. p.67-74.
3. Caminero JAl. Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. Francia. UICTER; 2003; febrero (1): p.30-50.
4. Navarro PC, Rodríguez de Castro F. Manual de Enfermedades Respiratorias. 2.^{da} ed. España: UICTER; 2005; septiembre: p.321-345.
1. 5. Noguera PA. Exámenes bacteriológicos para el diagnóstico de tuberculosis de tres poblaciones de Sao Paulo, Brasil: Editorial A.Casas Respirar ALAT; 2011; marzo (6): 90.
5. Pontino M Brian C. Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. Editorial A Casas Respirar ALAT; 2012; julio (6): 98.
6. Manejo de la tuberculosis. UICTER, Francia. 6ta ed, 2010; diciembre: p.5-95.
7. Kremer W, Wiese O. Tuberculosis de los huesos y articulaciones. Barcelona, España: Editorial labor SA; 1936: p.287-309.