

Caso 159**Coxalgia en urgencias**

MOLINA RUANO, ROGELIO. MOLINA DÍAZ, HUGO *. ALONSO MORALES, JOSÉ MARIA. MARTÍNEZ DIZ, SILVIA. HUSNI QAMHIYEN, ABDUL. SANTAELLA ACEITUNO, FRANCISCA
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Granada.

* Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

HISTORIA CLÍNICA - ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente varón de 38 años de origen Marroquí, residente en España desde hace 9 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes patológicos de interés, remitido a Urgencias desde el Centro de Salud, por intenso dolor en la zona inguinal derecha, que no cede con analgésicos, AINES y corticoides.

El inicio de la clínica se remonta a 5 meses antes momento en el que inicia dolor en la zona inguinal derecha, sin traumatismo previo, que ha ido empeorando, y que ha justificado varias visitas a Urgencias Hospitalarias (confirmadas 6) y en múltiples ocasiones más en su Centro de Salud y en el mo-

mento de la consulta está pendiente de RNM de columna lumbosacra, por el dolor en la cadera que se irradia al miembro inferior derecho y objetivarse una escoliosis. (Rx de caderas normales. Figuras 1 y 2). Tratamiento con AINES, Tramadol e Inzitan (Dexametasona inyectable), desde hace varios meses.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración física destaca regular estado general, febril (38°C). Extremidades: Presenta dolor con impotencia funcional completa en cadera derecha. Dolor a la presión trocantérea, inguinal y a los movimientos de rotación. Inflamación evidente en todo el miembro inferior derecho (MID). Impactación en muslo derecho. Según refiere está así desde hace meses, aunque el dolor y la inflamación han ido incrementando progresivamente. Exploración neurovascular distal conservada, con buen relleno capilar.

Resto de la exploración por aparatos normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Rx pelvis y cadera: Lesión lítica versus osteopenia en fémur proximal derecho (figura 3).
- Rx tórax: Normal.
- Analítica: Bioquímica, Hemograma y Coagulación, destaca. PCR: 7 mg/L; Recuento leucocitos y fórmula leucocitaria normales.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

Inicialmente tras las pruebas complementarias, se barajaron tres posibilidades diagnósticas:

- Lesión tumoral osteolítica en fémur proximal.
- Artropatía inflamatoria.
- Artritis séptica crónica.

Ante la sospecha diagnóstica se realiza TAC de pelvis (figuras 4 y 5), que pone de manifiesto:

Irregularidades y aplanamiento en la cortical de la cabeza femoral derecha, pinzamiento del espacio articular y destrucción cortical acetabular (ilíaco e isquiático), con fragmento óseo libre intrarticular. Aumento de partes blandas articulares y derrame asociado.

Colección multiloculada (figuras 6 y 7) con realce periférico tras el contraste y que se extiende por el vasto lateral, vasto medial, musculatura adductora, obturadores externo e interno, pectíneo, ascendiendo por la musculatura glútea y por el ilíaco, acompañado de atrofia del psoas ipsilateral. El lóculo mayor se sitúa en el espesor del vasto lateral, con 8 x 7 cm en el plano axial y aproximadamente 20 cm cráneo caudal, si bien no la vemos terminar, extendiéndose inferiormente hacia la rodilla.

Engrosamiento de las raíces lumbosacras derechas, con realce periférico acompañante.

Adenopatías reactivas locorregionales femorales, ilíacas y paraaórticas.

EVOLUCIÓN

El enfermo ingresa en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, con el diagnóstico de artritis infecciosa de cadera derecha y piomiositis asociada

Se realizó en planta Mantoux que fue positivo y se procedió por parte del Servicio de Radiodiagnóstico a punción drenaje guiado por TAC del absceso multiloculado localizado en pierna derecha, región glútea y abductora de aproximadamente 600 ml. de material purulento achocolatado.

Resultados de los cultivos:

- Pus drenaje: *Mycobacterium tuberculosis*, sin resistencias primarias en el antibiograma.
- Espudo: BAAR y Cultivo de Mycobacterias (-).
- Exudado herida: *Staphylococcus aureus* sensible a cloxacilina.

Alta a domicilio con el siguiente tratamiento:



Figura 4

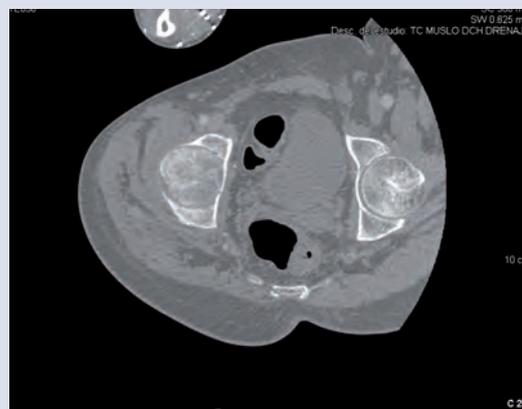


Figura 5



Figura 6

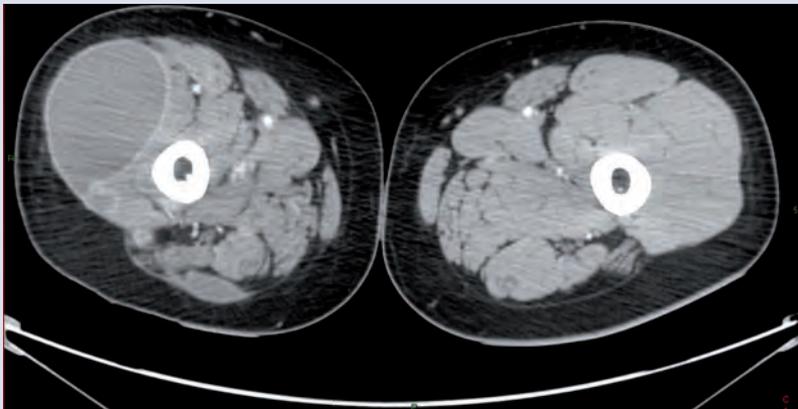


Figura 7

- Isoniazida 50 mg + Pirazinamida 300 mg + Rifampicina 120 mg, 6 comprimidos/día
- Etambutol 400 mg, 3 comprimidos/día.
- Tramadol retard 200 mg/día.
- Paracetamol 1 g/8 horas.
- Dexketoprofeno 25 mg/8 horas si dolor.
- Metoclopramida 10 mg /8 horas si náuseas o vómitos.

La evolución del paciente ha sido tórpida y actualmente está siendo valorado para artroplastia total de cadera.

DIAGNÓSTICO FINAL

Artritis tuberculosa de cadera con extensión caudal por sobreinfección piógena.

DISCUSIÓN

En este enfermo inicialmente se realizó una aproximación diagnóstica errónea, ya que al ser visita-

do las primeras veces, en base a la sintomatología que presentaba de dolor inguinal irradiado a MID y objetivarse unas RX de caderas normales y una escoliosis se le diagnosticó de hernia discal (figura 1 y 2). Dicho diagnóstico fue arrastrado por el enfermo en su peregrinar por los distintos servicios sanitarios, siendo en Urgencias donde se planteó una posibilidad distinta.

En el diagnóstico inicial no se tuvo en cuenta el dato epidemiológico de la procedencia del enfermo ya que procedía de Marruecos, país donde se registran 26.000 nuevos casos de tuberculosis/año, ni del cuadro constitucional que acompañaba e iba empeorando. Así mismo el tratamiento con corticoides durante varios meses probablemente empeoró el cuadro infeccioso.

En su última visita a Urgencias tras la exploración en la que se apreciaba dolor en la cadera y muslo, se decidió solicitar una nueva RX y analítica, donde se apreció la afectación de la articulación, así como una PCR elevada, aspectos que justificaron la indicación del TAC y facilitaron el diagnóstico.

La artritis tuberculosa periférica es una enfermedad rara, constituyendo entre el 1-5% de los casos de tuberculosis; la cadera es asiento del 10-24% de estos casos, por detrás de las presentaciones en raquis. Es un proceso de difícil diagnóstico que suele afectar a adultos de mediana edad y ancianos, habitualmente a partir de la diseminación hematológica de un foco pulmonar o renal en ausencia de signos de tuberculosis previa.

Con el aumento en el momento actual de la incidencia global de la tuberculosis y de las resistencias a fármacos antituberculosos, es una patología en la que debemos pensar con mayor frecuencia en los Servicios de Urgencias. En los países más desarrollados este tipo de afección tuberculosa ha visto reducida su incidencia, siendo considerada una enfermedad poco frecuente y estando los médicos, en especial los de las últimas generaciones, escasamente familiarizados con las manifestaciones óseas, pero siempre hay que tener en cuenta el fenómeno de inmigración desde zonas geográficas que son endémicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. J.P Eschard, J Leone, J.C Etienne. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. techniques Encycl Med Chir (Paris-France), Appareil locomoteur, A10 (1993), pp. 14-185
2. Vega San Vicente, F; Quevedo Moreno, P; Hernández Moreno, L. Coxitis tuberculosa. Rev Ortp Traumatol. 1998;42:26-8
3. Babhulkar S, Pande S. Tuberculosis of the hip. Clin Orthop Relat Res. 2002 May; (398):93-9.
4. Tuli SM. General principles of osteoarticular tuberculosis. Clin Orthop Relat Res. 2002 May; (398):11-9.
5. Griffith JF, Kumta SM, Chung Leung P, Cheng JCY, Chow LTC, Metreweli C. Imaging of musculoskeletal tuberculosis: A new look at an old disease. Clin Orthop Relat Res. 2002 May; (398):32-9.
6. McCune WJ and Golbus J. Monoarticular Arthritis. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB. Textbook of Rheumatology. Vol 1. 6ª ed. Saunders Company, Philadelphia, 2001.
7. Sergent JS. Polyarticular Arthritis. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB. Textbook of Rheumatology. Vol 1. 6ª ed. Saunders Company, Philadelphia, 2001.

COMENTARIO EDITORIAL

La tuberculosis (TB) sigue siendo un importante problema de salud pública en los países en vías de desarrollo e industrializados. Aunque la incidencia de la tuberculosis ha disminuido desde la introducción de los fármacos antituberculosos, la mayoría de los países en desarrollo se enfrentan a un resurgimiento de la enfermedad desde 1985. La prevalencia de la tuberculosis es especialmente elevada entre los pacientes con SIDA, y la enfermedad es a menudo la primera manifestación de infección por VIH.

Junto con este aumento global en las tasas de incidencia de la tuberculosis, con manifestaciones extrapulmonares de TB en el 20% de los pacientes, también se ha detectado un aumento en la incidencia de la tuberculosis ósea y articular en todos los países del mundo, estando presente en un 3% a 5% de los pacientes con TB. La artritis tuberculosa suele ser monoarticular y las articulaciones implicadas son por orden de frecuencia: columna vertebral 50%, cadera y articulación sacroilíaca del 12%, condroesternal 10%, rodilla 10%, hombro 7%, tobillo 7%, codo 2% y muñeca 2%.

El diagnóstico de certeza de TB osteoarticular se efectúa mediante cultivo (positivo en el 70-80% de los pacientes) o mediante estudio histopatológico (positivo en el 92%). *Mycobacterium tuberculosis* es el agente causal principal, y sólo en algunos casos *Mycobacterium bovis* es el agente implicado.

Es frecuente que el diagnóstico se demore en el tiempo. Una serie publicada recientemente de pacientes con TB osteoarticular revisa de forma explícita aquellos pacientes que efectuaron una peregrinación por diversos servicios de salud antes de ser diagnosticados. El retraso medio en el diagnóstico fue de 2 años (rango: 6 meses a 8 años) desde el momento en que se consultó por primera vez a un profesional de la salud, con dolor en las articulaciones. Todos los pacientes presentaron principalmente dolor e inflamación articular inespecífica que no respondió al tratamiento médico con antiinflamatorios no esteroideos y/o antibióticos, solo un 38% de los pacientes presentaron síntomas sistémicos como fiebre y sudoración nocturna, un 8% tenían TB pulmonar y en ningún caso tenían serología positiva para VIH. Las Rx simples mostraron inflamación del tejido blando en el 54% de los pacientes y destrucción ósea y de la articulación en el 31%.

El tratamiento de la tuberculosis osteoarticular es principalmente médico, e incluye la administración de una combinación de 4 fármacos antituberculosos por un período de 9 a 12 meses. Además del tratamiento médico, en la fase inicial, puede estar indicado el drenaje y lavado de la articulación. La sustitución total de cadera en pacientes con artritis tuberculosa es un procedimiento seguro, con buenos resultados funcionales, siempre y cuando antes de la cirugía se efectúen 3 meses de tratamiento antituberculoso, y se continúe este hasta alcanzar los 18 meses de tratamiento totales.

En las primeras etapas de la enfermedad aproximadamente 90% a 95% de los pacientes logran la curación, buena recuperación funcional de la articulación, aspecto que justifica la sensibilización de los médicos en general y cirujanos ortopédicos en particular sobre la importancia del diagnóstico precoz en el logro de un resultado apropiado un tratamiento exitoso y sin complicaciones articulares.

En conclusión, la no específica, a menudo indolente, presentación clínica de la tuberculosis osteoarticular, junto con su baja prevalencia y el bajo índice de sospecha entre los médicos, puede resultar en un retraso en su diagnóstico. Sin embargo, el diagnóstico precoz y el tratamiento de esta enfermedad curable sigue siendo fundamental para una gestión adecuada y la prevención de deformidad de la articulación y la destrucción ósea permanente.

Manel R Chanovas Borràs

Servicio de Urgencias. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta