

# Lesión lítica en el cóndilo femoral en una paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Ana Ruibal, Koldo Aguirrebengoa, Begoña Vilar<sup>a</sup> y Miguel Montejo

Unidad de Enfermedades Infecciosas.<sup>a</sup>Servicio de Microbiología. Hospital de Cruces. Vizcaya.

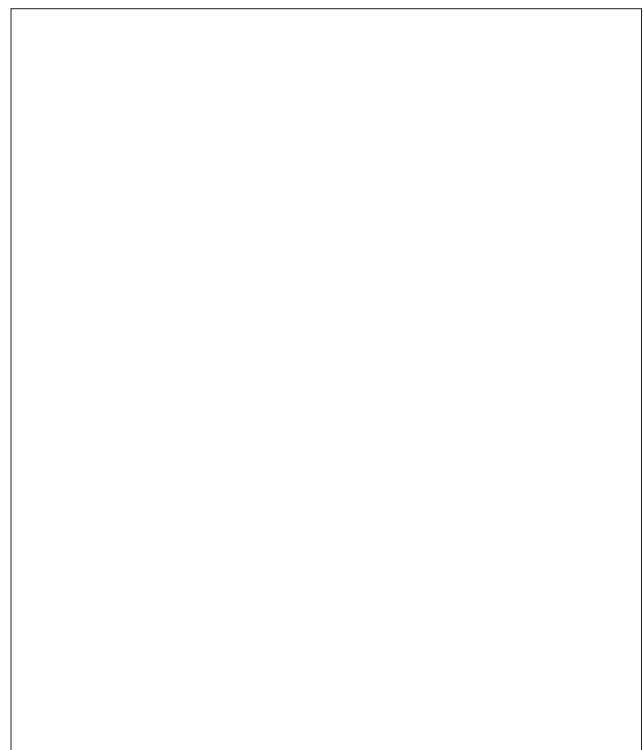
## Caso clínico

Mujer de 30 años de edad, ex consumidora de drogas por vía parenteral, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) conocida desde hacía 12 años, que se había negado reiteradamente a realizar un tratamiento antirretrovírico y que consultaba por un síndrome constitucional grave, fiebre de 3 semanas de evolución, tos, expectoración blanquecina y dolor en la región interna de la rodilla izquierda sin signos inflamatorios.

En la exploración destacaba una temperatura de 39 °C, caquexia grave, muguet oral, hipoventilación importante en hemitórax derecho con semiología de derrame pleural y dolor a la presión en región interna de rodilla izquierda sin calor, edema ni enrojecimiento.

En la analítica la paciente presentaba una hemoglobina de 6,9 g/dl, hematocrito de 19,9%, leucocitos de 6.000/ $\mu$ l, CD4 5% (10/ $\mu$ l), carga viral > 750.000 copias/ml (Quiron DNA-B), VSG 92, proteína C reactiva 3,6, 142.000 plaquetas/ $\mu$ l, Na 118 mEq/l, glucemia 117 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, anticuerpos antivírus de la hepatitis C positivos. La tinción de Ziehl-Neelsen en esputo era positiva, y el cultivo en medio de Löwestein positivo. Se realizó sonda-ADN al crecimiento resultando positiva frente a *Mycobacterium tuberculosis*. El test de sensibilidad revelaba ausencia de resistencia para rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol. El líquido pleural era un exudado con 20.000 células/ $\mu$ l, con un 60% de células polimorfonucleares, adenosindesaminasa 68 U/l y LDH 2.034 U/l. El cultivo y la tinción de Ziehl del líquido pleural fueron negativos. En la biopsia de medula ósea había evidencia de mielitis granulomatosa masiva con tinción de Ziehl positiva y cultivo en medio de Löwestein positivo.

La paciente recibió tratamiento con rifabutina, isoniacida y etambutol, así como terapia antirretrovírica de alta eficacia (d4T + 3TC + indinavir) y cotrimoxazol profiláctico. Persistía la fiebre bien tolerada, con mejoría del síndrome general. A los 30 días se encontraba asintomática, salvo el dolor en la región interna del cóndilo femoral, sin datos de artritis. La radiografía simple de rodilla era normal y la resonancia magnética (fig. 1) revelaba una tumefacción de partes blandas en la



**Figura 1.** Lesión lítica de bordes bien definidos en el cóndilo femoral interno (1,5 × 3 cm) junto a un aumento de partes blandas.

región medial de la rodilla, adyacente a la cual se observaba una lesión lítica de bordes bien definidos en el cóndilo femoral interno de un tamaño aproximado de 3 cm en sentido anteroposterior y 1,5 cm en sentido lateral, con un marcado edema acompañante de medula ósea.

## Evolución

La biopsia del cóndilo femoral evidenció una inflamación granulomatosa crónica no caseificante. La tinción de Ziehl-Neelsen y el cultivo en medio de Löwestein eran positivos para *M. tuberculosis*.

A pesar de la mejoría progresiva del estado general, de la ganancia ponderal y de las alteraciones hematológicas, persistía una fiebre elevada, bien tolerada por la paciente. Se asoció prednisona (30-40 mg/día) al tratamiento anteriormente descrito, y se obtuvo la remisión de la fiebre.

A los 12 meses la paciente se encontraba asintomática, con lesiones de aspecto residual en la radiografía de fémur

Correspondencia: Dr. K. Aguirrebengoa.  
Víctor, 2, 5º 48005 Bilbao.  
Correo electrónico: kaguirrebengoa@hcru.osakidetza.net

Manuscrito recibido el 6-11-2000; aceptado el 14-03-2001.

y en la analítica se observaba una Hb de 12,4 g/dl, una carga vírica ADN del VIH indetectable (< 50 copias/ml), y un recuento de linfocitos CD4 de 280/ $\mu$ l.

## Comentario

La tuberculosis (TBC) es una infección oportunista frecuente en los pacientes con sida; sin embargo, la osteítis tuberculosa es muy rara<sup>1</sup>.

La TBC osteoarticular supone el 10% de las afecciones extrapulmonares de la enfermedad<sup>2</sup>. Tras la enfermedad de Pott y la artritis periférica, la osteítis es la localización más frecuente, pudiendo localizarse en cualquier hueso de la anatomía. En la mayoría de los casos se afecta únicamente un hueso. Las localizaciones más frecuentes son la columna y los huesos largos<sup>3</sup>.

La afección ósea se produce generalmente por diseminación hematogena y se extiende a áreas de la cavidad medular con extensa necrosis cortical, formando los abscesos fríos, y en las fases más avanzadas afecta a partes blandas y puede fistulizar la piel. En el 50% se recoge el antecedente de un traumatismo en la zona<sup>4-6</sup>.

Aproximadamente en el 50% de los casos no se identifica el foco primario, en un 30% se evidencia una TBC pulmonar y en un 20% el foco es genitourinario<sup>3,4</sup>.

Es una enfermedad insidiosa, con escasas manifestaciones locales o sistémicas en sus inicios. Antes de la aparición de los signos inflamatorios focales o de lesiones radiológicas, los pacientes presentan dolor local durante semanas o meses. Por dicho motivo se producen retrasos en el diagnóstico de hasta 28 meses<sup>5-8</sup>.

La radiología simple revela lesiones líticas con mínima o nula esclerosis reactiva<sup>7</sup>. La gammagrafía con tecncio, aunque es más sensible que la radiología simple, aporta muchos falsos negativos.

La confirmación diagnóstica viene dada por la presencia de cultivos positivos (40%), o mediante la demostración patológica de granulomas (50-60%) o por ambos métodos (25%)<sup>2,5-8</sup>.

El diagnóstico diferencial se realiza con las artritis piógenas, que suelen tener un cuadro más agudo con pérdida precoz del espacio articular, y con las artritis subagudas/ crónicas como las causadas por *Brucella* spp., *Nocardia* spp. y hongos. Así mismo, es difícil distinguir clínica o radiológicamente de los tumores o metástasis óseas.

La osteítis tuberculosa raramente ha sido descrita en pacientes con infección por VIH, a pesar del aumento de la incidencia de TBC asociada a esta enfermedad, en los que no es raro observar pacientes con infección tuberculosa diseminada<sup>1,9,10</sup>.

La respuesta al tratamiento antituberculoso estándar es buena y raramente se precisa un desbridamiento quirúrgico. La mayoría de los autores recomienda la misma duración del tratamiento que para la TBC pulmonar, aunque otros autores recomiendan prolongarlo hasta 12 meses<sup>2</sup>.

En resumen, la osteítis tuberculosa es poco frecuente, incluso en los pacientes con infección por VIH. Es importante mantener un alto índice de sospecha para intentar evitar retrasos prolongados en el diagnóstico. Puede afectar a cualquier hueso de la anatomía y responde adecuadamente al tratamiento.

## Bibliografía

1. Chaisson RE and Slutkin G. Tuberculosis and Human Immunodeficiency Infection. *J Infect Dis* 1989;159:96-100.
2. Rieder HL, Snider DE Jr, Cauten GM. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. *Am Rev Respir Dis* 1990;141:347-51.
3. Pertuiset E, Beaudreuil J, Horusitzky A, Liote F, Kemiche F, Richer J, et al. Nonsurgical treatment of osteoarticular tuberculosis. A retrospective study in 143 adults. *Rev Rhum Engl Ed* 1999;66:24-8.
4. Vallejo JG, Ong LT, Starke JR. Tuberculous osteomyelitis of the long bones in children. *Pediatr Infect Dis J* 1995;14:542-6.
5. Goldblatt M, Cremin BJ. Osteoarticular tuberculosis: its presentation in colored people. *Clin Radiol* 1978;29:669-77.
6. Moujtahid M, Essadki B, Lamine A, Fikry T, Bennouna D, Dkhissi M, et al. Tuberculous osteitis in limbs. Twenty five case-reports. *Rev Rhum Engl Ed* 1996;63:344-8.
7. Versfeld GA, Solomon A. A diagnostic approach to tuberculosis of the bones and joints. *J Bone Joint Surg* 1982;64:446-9.
8. Martini M, Ouahes M. Bone and joint tuberculosis: a review of 652 cases. *Orthopedics* 1988;6:861-6.
9. Gros T, Soriano V, Gabarre E, Tor J, Sabria M. Osteitis tuberculosa multifocal en una mujer infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Clin Esp* 1992;191:35-7.
10. Huth RG, Acebo R, Matthew EB. Osteitis cystica tuberculosa multiplex in a patient infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1994; 18:260-1.