

Lesión lítica en la tibia en un paciente procedente de Ecuador

María Rivero-Marcotegui^a, Iñaki Otermin-Maya^a, Amaya Arévalo-Sáenz^b y Manuel Martínez-Grande^b

^aSección de Medicina Interna y ^bServicio de Traumatología. Clínica Ubarmin. Navarra. España.

Caso clínico

Varón de 28 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, natural de Ecuador y residente en España desde hacía 3 años, que consultó por presentar dolor y una zona de tumefacción en la región anteroexterna y distal de la pierna derecha tras haber sufrido un leve traumatismo sobre dicha zona 15 días antes. El enfermo no presentaba ninguna otra sintomatología, su estado general era bueno, se encontraba afebril y el resto de la exploración física era normal. En la analítica sólo destacaba una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 23 mm/h y una proteína C reactiva de 2,6 mg/dl. En la radiografía simple de la pierna (fig. 1) se observó una lesión lítica de localización periférica en el tercio distal de la tibia con destrucción de la cortical interna y reacción perióstica. La radiografía de tórax fue normal. Se realizó una resonancia magnética (fig. 2) que mostró un área de 3 × 2,5 cm en la metáfisis distal de la tibia de alteración heterogénea de intensidad, ligeramente hiperintensa, junto con reacción perióstica compacta, rotura de la cortical y tumefacción de partes blandas con una zona de abscesificación en el tejido celular subcutáneo.

Evolución

Se realizó una biopsia de la lesión ósea cuyo estudio histológico demostró una inflamación granulomatosa con células gigantes de tipo Langhans y extensas áreas de necrosis, sin bacilos ácido alcohol-resistentes en la tinción de Ziehl-Neelsen. En el cultivo creció *Staphylococcus aureus*. La muestra no fue cultivada en medio de Löwenstein. A las 2 semanas el enfermo presentó una nueva tumefacción fluctuante en la misma localización que drenaba espontáneamente material purulento, cuyo cultivo en medio de Löwenstein fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. El Mantoux fue positivo, y las baciloscopias y cultivo de micobacterias en orina fueron negativos. Fue tratado con levofloxacino durante 28 días y antituberculosos durante 9 meses.

Diagnóstico

Osteomielitis tuberculosa.

Comentario

La tuberculosis (TBC) osteoarticular supone el 15% de las afecciones extrapulmonares de la enfermedad¹ y muestra una clara predilección por la columna vertebral, las articulaciones y áreas paraarticulares, por lo que sus manifestaciones más frecuentes son la espondilitis tuberculosa (50%) y la artritis periférica (25-30%)^{1,2}.

La osteomielitis tuberculosa aislada sin afectación de una articulación representa sólo el 2-3% de todos los casos de TBC osteoarticular^{3,4}. Esta afección ósea aislada se localiza fundamentalmente en la metáfisis de los huesos largos de las extremidades inferiores, al ser zonas altamente vascularizadas, y en los pequeños huesos de la mano y del pie^{5,6}. Suele ser debida a la reactivación de una infección previa, aunque aproximadamente en el 50% de los casos no se logra identificar ningún foco extraesquelé-



Figura 1. Radiografía simple de pierna derecha.

Correspondencia: Dra. M. Rivero-Marcotegui.
Sección de Medicina Interna. Clínica Ubarmin.
Elcano, s/n. 31486 Navarra. España.
Correo electrónico: mriverom@cfnavarra.es

Manuscrito recibido el 21-4-2005; aceptado el 13-9-2005.



Figura 2. Secuencia T1 de resonancia magnética sin contraste. Corte coronal.

tico activo concomitante⁷ y sólo en el 20% existe el antecedente de TBC².

Aunque puede ser muy difícil de distinguir de cualquier lesión destructiva ósea, clínicamente debemos sospecharla cuando exista demasiada reacción inflamatoria de partes blandas, ya que es característica su gran tendencia a for-

mar abscesos que penetran el periostio y fistulizan en la piel^{7,8}. Radiológicamente⁶⁻⁹ se caracteriza por áreas de osteólisis, destrucción precoz de la cortical si la afectación es periférica como en nuestro caso, extensión de la infección al tejido yuxtacortical y mínima o nula esclerosis reactiva, aunque en huesos con superficie cortical superficial como la tibia puede existir una ligera reacción subperióstica.

En algunos enfermos con TBC osteoarticular se recoge el antecedente de un traumatismo directo en la zona¹, factor al que se atribuye un cierto papel en la eclosión de la enfermedad por disminuir la resistencia local y permitir así la reactivación de bacilos latentes. Creemos que este caso corresponde a una osteomielitis tuberculosa primaria no diagnosticada previamente con posterior sobreinfección por *S. aureus* tras el traumatismo o simplemente por la tendencia de *S. aureus* a afectar al tejido óseo previamente dañado.

El incremento de la inmigración no sólo ha supuesto un aumento de la TBC en general sino de sus formas osteoarticulares y en particular de las osteomielitis periféricas, manifestaciones que parecen ser más frecuentes en la población inmigrante^{1,2}.

Bibliografía

1. Houshian S, Poulsen S, Riegels-Nielsen P. Bone and joint tuberculosis in Denmark. Increase due to immigration. *Acta Orthop Scand.* 2000;71:312-5.
2. Pertuiset E, Beaudreuil J, Horowitzky A, Lioté F, Kemiche F, Richette P, et al. Aspects épidémiologiques de la tuberculose ostéo-articulaire de l'adulte. Étude rétrospective de 206 cas diagnostiqués en région parisienne de 1980 à 1994. *Presse Med.* 1997;26:311-5.
3. Babhulkar SS, Pande SK. Unusual manifestations of osteoarticular tuberculosis. *Clin Orthop.* 2002;398:114-20.
4. Ponce A, Pomés J, Mallofré C. Mujer de 70 años con dolor en el talón izquierdo, febrícula y afección del estado general. *Med Clin (Barc).* 2004;123:509-15.
5. Bernard L, Perronne C. La tuberculose ostéo-articulaire aujourd'hui. *Presse Med.* 1997;26:308-10.
6. Griffith JF, Kumta SM, Leung PC, Cheng JCY, Chow LTC, Metreweli C. Imaging of musculoskeletal tuberculosis: a new look at an old disease. *Clin Orthop.* 2002;398:32-9.
7. Tuli SM. General principles of osteoarticular tuberculosis. *Clin Orthop.* 2002;398:11-9.
8. Vohra R, Kang HS, Dogra S, Sagar RR, Sharma R. Tuberculous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg (Br).* 1997;79:562-6.
9. De Vuyst D, Vanhoenacker F, Gielen J, Bernaerts A, De Schepper AM. Imaging features of musculoskeletal tuberculosis. *Eur Radiol.* 2003;13:1809-19.