

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

P. Carrasco Sánchez, M. Catalán Muñoz,
M.G. Gentles, J. López Delgado,
J. Carpio*, J. García Botia

An Esp Pediatr 1997;47:651-652.

Caso clínico

Varón de 6 meses de edad que presenta fiebre e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo de 6 días de evolución. Los antecedentes personales y familiares carecen de interés. El examen físico muestra: peso 7.190 g(P50), temperatura axilar de 37,3°C. Buen estado general, irritable a la exploración, fontanela anterior normotensa. Cardiorrespiratorio sin hallazgos. Abdomen blando y depresible con hepatomegalia a 3 cm de reborde costal y polo inferior del bazo palpable. El miembro inferior izquierdo y la cadera los mantenía en flexión espontáneamente, con escasos movimientos activos. No presentaba calor ni rubor. Doloroso a la movilidad pasiva, sobre todo a la rotación interna. Dolor selectivo a la presión en región inguinal y trocánterea izquierdas.

Los exámenes complementarios muestran en sangre: hemoglobina 8,7 g/dl; hematocrito 25%; leucocitos 32.000 cel/m³ (L:50.8%, N:31%, M:11.1%); plaquetas 714.000 cél/m³. VSG: 91 mm primera hora, PCR 6.42 mg/L. Perfil bioquímico y orina normales, urocultivo y hemocultivos negativos.

Se realiza una radiografía de miembros inferiores donde se aprecia una lesión osteolítica de metáfisis proximal de fémur izquierdo (Fig. 1). La ecografía de caderas detecta la presencia de una mínima cantidad de líquido en la cápsula articular coxofemoral izquierda con aumento de partes blandas periarticulares y asimetría respecto a la cadera contralateral.

Impotencia funcional del miembro inferior en un lactante



Figura 1. Rx comparada de caderas: Lesión osteolítica en cabeza de fémur izquierdo.

Se indica tratamiento quirúrgico y antibiótico inespecífico. En quirófano se realiza el legrado de un absceso, aspirando un material purulento que se envía para su cultivo, e inmovilización del miembro.

Preguntas

¿Cuál es su diagnóstico?

¿Qué tratamiento efectuaría?

Tuberculosis coxofemoral

La evolución tras la instauración del tratamiento antibiótico y la desbridación quirúrgica no fue favorable, por lo que se sospechó una etiología específica a pesar de no existir antecedentes epidemiológicos. Un Mantoux practicado con 2U RT-23 muestra a las 48 h una induración de 10 mm, y una radiografía de tórax practicada al día siguiente fue considerada como normal para su edad. Se tomaron muestras de aspirado de jugo gástrico para tinción de Ziehl y cultivo, aislándose *Mycobacterium tuberculosis*. Así mismo, se aisló bacilo de Koch en el cultivo del aspirado del absceso en el fémur. Se realizó tratamiento con triple terapia: isoniazida (10 mg/kg/día), rifampicina (10 mg/kg/día) y pirazinamida (25 mg/kg/día). A los 2 meses de tratamiento se normaliza el hemograma y la VSG. Una radiografía de tórax de control muestra una lesión de consolidación retrocardial derecha compatible con neumonía probablemente específica (Fig. 2). A los 6 meses de tratamiento se observa una recalcificación de la zona afectada con adecuado desarrollo de la epífisis proximal.

Aproximadamente un 30% de los niños con TBC tendrán una forma de enfermedad primaria extrapulmonar⁽¹⁻³⁾. La TBC ósea constituye una rara manifestación clínica de la diseminación bacilífera, ocupando la tercera posición en las formas extrapulmonares⁽³⁾. Estudios comunicados al XVI Congreso Nacional de Pediatría muestran incidencias en las comunidades de Madrid, Valencia y Barcelona que oscilan entre 0,88%-2%⁽¹⁾. En los EE.UU. oscila de 1-6%⁽⁴⁾. La localización clásica es la columna vertebral en un 50-65% de los casos^(3,4), aunque ésta es más rara en los niños antes de iniciar la deambulación. En la primera infancia la TBC de los dedos es la más frecuente, seguido de la cadera y la rodilla. En la serie de TBC en el lactante de A. de la Vega Santamaría del año 91-92, se describen dos casos de Mal de Pott en niños de 18 y 33 meses, no se observaron localizaciones óseas a otro nivel ni en niños menores⁽⁵⁾. Vallejo, en 1995, comunica 4 casos de osteomielitis tuberculosa en huesos largos en niños, en un período de 3 años⁽⁴⁾.

El diagnóstico de tuberculosis coxofemoral se realiza mediante la intradermorreacción de Mantoux, historia epidemiológica, tinción de Ziehl y cultivo de aspirado del absceso, biopsia de la sinovial o cultivo de jugo gástrico. Un Mantoux negativo en un niño no descarta la infección.

La Academia Americana de Pediatría recomienda tratamientos de 12 meses de duración en las formas extrapulmonares, debido a fallos encontrados en las terapias de 6 y 9 meses, sobre todo cuando no se ha realizado el tratamiento quirúrgico de la lesión. Las dosis recomendadas son las siguientes: isoniazida (10-15 mg/kg/d), rifampicina (10-20 mg/kg/d) y pirazinamida (20-



Figura 2. Rx tórax: lesión de consolidación en base de hemitórax derecho parte posterior que no borra silueta cardíaca.

40 mg/kg/d). En el caso de abscesos fríos periarticulares o destrucción ósea vertebral, se debe completar al menos 12 meses de tratamiento, además del tratamiento quirúrgico de la lesión^(2,3). El tratamiento ortopédico consiste en el reposo de la articulación, con inmovilización de la misma y descarga de la región afectada por escayolas y tracción continua o aparato ortopédico.

Un requisito indispensable para el diagnóstico precoz de la TBC en la infancia es un alto índice de sospecha. En ninguna edad es más importante que durante la infancia donde las consecuencias de un retraso o error en el diagnóstico serán más serias que a una edad más tardía. Hay que evaluar los contactos próximos para descartar posible TBC pulmonar. Es esencial una radiografía de tórax de la madre y otros contactos, sobre todo en lactantes pequeños. Tras el diagnóstico de nuestro paciente se investigó a la familia, como resultado se identificó al padre como afecto de tuberculosis pulmonar cavitada.

Bibliografía

- 1 Villamañán I, Medrano C, Andión R, Ardura J. Tuberculosis ósea. *An Esp Pediatr* 1991; **34**:239-241.
- 2 Starke JR, Jacobs RF, Jereb J. Resurgence of tuberculosis in children. *J. Pediatrics* 1992; **120**:839-855.
- 3 Raymond F, Levard G, Bataille B. Tuberculose osseuse sacrée chez un enfant de 6 ans. *Arch Pediatr* 1994; **1**:489-492.
- 4 Vallejo JG, Ong LT, Starke JR. Tuberculous osteomyelitis of the long bones in children. *Pediatr Infect Dis J* 1996; **14**:542-546.
- 5 De la Vega Santamaría A, Rabadán Saiz B, Sánchez Palacín A, García Guzmán P, et al. TBC: una realidad virtual. *An Esp Pediatr* 1993; **39**:317-319.