

Tuberculosis como causa de osteítis púbrica: caso clínico y revisión de literatura.

de Castro Carrasco, Alberto [1]; Urdaneta, Víctor Eduardo [1]; Novillo Casal, Diego [1,2]

[1] Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.

[2] Unidad sépticos.

Introducción y justificación

La antigüedad del bacilo de la tuberculosis se ha estimado en más de 3 millones de años, lo que hace a la TB ser una de las enfermedades infecciosas más antiguas de la humanidad, siendo aún un importante problema de salud pública, lejos de estar erradicado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 10 millones de personas (rango: 9-11,1 millones) enfermaron en 2018, cifra que se ha mantenido estable en los últimos años. En España, en 2019 hubo 4500 nuevos casos notificados, situándose una incidencia de 4,4 (3,5 – 5,1) por 100.00 habitantes, siendo una de las más altas de Europa Occidental (1). De estos, 531 casos se notificaron en Galicia, lo que establece una incidencia de 19,7 casos por cada 100.000 habitantes en esta región (2).

A pesar de que la tuberculosis musculoesquelética es una enfermedad rara, la afectación osteoarticular es la tercera forma más común de tuberculosis extrapulmonar, después de la pleural y la ganglionar. La tuberculosis vertebral es la forma más común de tuberculosis esquelética, representando el 50% de todos los casos en algunas series. Las principales áreas de predilección son, en orden de frecuencia, la columna vertebral, la cadera, la rodilla, el pie, el codo, la mano y el hombro. Uno de los objetivos es resaltar un sitio poco común para la tuberculosis en el aparato musculoesquelético: la sínfisis púbrica. La rareza de esta condición junto con la relevancia clínica y epidemiológica de la TB constituyen la base de este caso clínico.

Material y métodos.

Conflicto de intereses.

No se declaran conflictos de interés.

La paciente fue informada que los datos del caso serían enviados de forma anónima para su empleo científico, dando su consentimiento informado.

Caso clínico

Mujer de 34 años con antecedente de dolor suprapúbico de un año de evolución, iniciado 2 meses después del parto (octubre 2018). El dolor fue de inicio insidioso, respondiendo a AINES. No presentó variación diurna. En los meses siguientes refiere pérdida de peso y 7 meses después (mayo 2019) refiere un bulto doloroso en la región púbrica, por lo que solicitó consulta privada y fue derivada al Hospital General. Además, se asocia astenia y sudoración. La paciente no presentó antecedentes de tos con expectoración, sin fiebre, no sensación distérmica, no síntomas miccionales, sin flujo vaginal ni afectación articular. No se reportaron antecedentes de enfermedad previa. Además de un hipotiroidismo subclínico, la paciente estaba completamente sana. Ninguno de los convivientes familiares estuvo enfermo en los últimos meses.

En la evaluación inicial se describió inflamación del pubis de aproximadamente 3x5 cm, dolorosa a la palpación, indurada y adherida a planos profundos. La ecografía reveló una colección bien delimitada de contenido hipocogénico. Las radiografías de pelvis demostraron erosión del pubis en ambos lados (Figura 1). El estudio tomográfico (TC) reveló masa de partes blandas 45x76 y 52x53 mm) en inserción del recto y fractura asociada. Por otro lado, los estudios de laboratorio eran resultado en rango de normalidad.



Figura 1. Radiografía anteroposterior de pelvis objetivando erosión del pubis.



Figura 2. Estudio de resonancia magnética con contraste gadolinio mostrando colección de tejido blando por delante de la sínfisis púbrica.

Se realizó citología aspirativa con aguja fina de la lesión, enviando el material obtenido a Microbiología y Anatomía Patológica. Días después se conocieron los resultados: BAAR y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Mycobacterium tuberculosis*. También se realizaron cultivos de esputo y orina, que resultaron negativos.

Se estableció un diagnóstico definitivo de tuberculosis de la sínfisis del pubis casi un año después del inicio de la clínica (agosto 2019) y la paciente comenzó con quimioterapia antituberculosa estándar (rifampicina / isoniazida / pirazinamida) y piridoxina. Se realizaron extracciones diarias de colección, guiadas por ecografía, en ambiente hospitalario durante una semana, continuando el tratamiento de forma ambulatoria. La duración del tratamiento antituberculoso descrito fue de 2 meses, continuando posteriormente con Isoniazida y Rifampicina hasta completar 18 meses. La paciente mejoró sintomáticamente, pero el absceso se mantuvo constante en tamaño y características.

En diciembre de 2019 acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por supuración espontánea a través de la piel en la región púbrica. En este momento se solicitan nuevos controles de imagen (Figura 3) y se deriva al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, para valorar drenaje quirúrgico del absceso.



Figura 3. Evidencia de fistula en región púbrica.

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. 2019.
2. Dirección Xeral de Saúde Pública. Informe da tuberculose en Galicia. Características dos casos de tuberculose de Galicia no ano 2018. Evolución do período 1996-2018 [monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2019. Disponible en: <http://www.sergas.es/Saude-publica/Vixilanciaepidemiologica-da-TB-en-Galicia>
3. Gothwal S, Varshney P, Mathur S, et al. BMJ Case Report 2014.
4. Tuli S. General Principles of Osteoarticular Tuberculosis Clin Orthop Relat Res. May 2002; (398): 11-19.
5. Dapunt U, Mischnick A, Goepfinger S, et al. BMJ Case Rep 2014.

Objetivos

Objetivo principal: descripción de una localización poco frecuente de tuberculosis musculoesquelética: osteítis púbrica.

Objetivo secundario:

- Revisión literaria de frecuencia y epidemiología de tuberculosis osteoarticular.
- Revisión literaria de manejo diagnóstico y terapéutico de osteítis púbrica por tuberculosis..

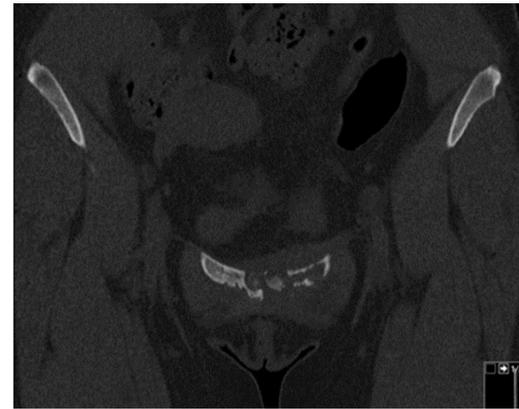


Figura 4. Corte coronal de estudio TC mostrando destrucción de sínfisis púbrica.

Se procedió a tratamiento quirúrgico: lavado, curetaje y fistulectomía. Se detectó coinfección por *Propionibacterium acnes* en muestras enviadas a Microbiología durante la cirugía. Por lo tanto, se asoció tratamiento antibiótico dirigido. El patólogo describió absceso ganglionar con presencia de granulomas no necrosantes y células gigantes multinucleares de tipo cuerpo extraño.

Tres meses después de la intervención quirúrgica (marzo 2020) la paciente se encuentra completamente asintomática, con adecuada cicatrización de la herida quirúrgica sin evidencia de fistulización y sin dolor a la palpación. Además, los controles analíticos fueron satisfactorios, sin alteraciones de enzimas hepáticas y adecuada tolerancia al tratamiento oral.

Resultados y Discusión

Las infecciones óseas siguen siendo uno de los mayores desafíos en el campo de la cirugía ortopédica. La TB del hueso, causada principalmente por el bacilo *M. Tuberculosis*, es una forma infrecuente de osteomielitis. En la mayoría de los casos se produce una infección en el sistema pulmonar, pero también pueden verse afectados otras localizaciones (tuberculosis extrapulmonar).

La TB extrapulmonar representó el 15% de los 7,0 millones de casos incidentes que se notificaron en 2018 (1), y la tuberculosis osteoarticular es una de las tres formas más comunes de tuberculosis extrapulmonar junto con la TB pleural y la ganglionar. Generalmente se acepta que la tuberculosis osteoarticular es el resultado de una diseminación hematogena o linfática a partir de un foco latente reactivado, frecuentemente pulmonar; sin embargo, no siempre se encuentra una infección previa, y solo en el 40-50% de los casos es posible demostrar otro foco de infección activo (3). Esa fue la razón por la que se realizaron análisis de esputo y orina, con el objetivo de tratar de dilucidar el origen de la infección. Sin embargo, los resultados fueron negativos y el único antecedente que se encontró fue el de embarazo. No existe literatura previa que establezca alguna conexión entre la tuberculosis extrapulmonar y el parto instrumentado.

El sitio más común para la tuberculosis musculoesquelética es la columna vertebral, seguida de las articulaciones de la cadera, la rodilla y el tobillo. La sínfisis del pubis es una localización inusual para la infección TB. El primer caso fue descrito en 1888 por Hennies (4). La mayor serie de casos fue reportada en 1974 (32 casos) por Dybowski and Makuchowa (5). El número de casos informados en la literatura ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, en probable relación con la introducción de fármacos antituberculosos efectivos y la disminución general de la incidencia de TB.

Asimismo, el diagnóstico de TB osteoarticular no solo puede ser tedioso y lento, sino que también, según la literatura, suele demorarse hasta 16-18 meses (6), como se ejemplifica el caso reportado. Los síntomas clínicos de tuberculosis musculoesquelética suelen ser inespecíficos. La mayoría de los pacientes reportan dolor en la región afectada, hinchazón de la articulación y un rango de movimiento limitado (7). Los síntomas sistémicos incluyen pérdida de peso, como el caso reportado, fiebre y sudores nocturnos, pero se ha reportado que el 31,5% de los pacientes con TB musculoesquelética no tienen síntomas sistémicos (8). En consecuencia, se requiere un Elevado índice de sospecha clínica en regiones con compromiso epidemiológico para establecer un diagnóstico correcto en una etapa temprana y tratar adecuadamente al paciente.

En cuanto a los casos de TB de sínfisis púbrica reportados en la literatura en los últimos años, existe cierta diferencia en el manejo terapéutico presentando algunos tratamientos conservadores frente a otros con manejo quirúrgico y terapia antituberculosa.

En las últimas revisiones de la literatura, se encuentra que incluso en presentaciones tardías de la TB de sínfisis púbrica, la quimioterapia antituberculosa puede ser suficiente (9). Giulia et al. reportaron un caso de TB de sínfisis púbrica con fistula inguinal manejada de forma exitosa con terapia antituberculosa sin intervención quirúrgica (3,10). El tratamiento a largo plazo de 12 a 18 meses generalmente resuelve los problemas de recurrencia y recaída (11). La última edición de las guías de la OMS para el tratamiento de la TB sugiere un tratamiento más prolongado tanto para la meningitis tuberculosa como para la ósea o articular, lo que implica el empleo de medicamentos antituberculosos durante aproximadamente 18 meses, incluyendo la isoniazida (1).

Por otro lado, antes del desarrollo del tratamiento antituberculoso, la mayoría de los pacientes eran tratados mediante cirugía. Procedimientos quirúrgicos como curetaje, drenaje de abscesos, aspiración, fistulectomía, escisión de hueso público y extirpación del pubis han sido descritos por distintos autores para control de la infección (4,12).

Conclusiones

La Tuberculosis de sínfisis púbrica es una forma inusual de manifestación tuberculosa, siendo necesario un alto índice de sospecha para su diagnóstico temprano y adecuado manejo terapéutico.

Manejos quirúrgicos y conservadores están ambos descritos en la literatura, sin embargo, los últimos casos publicados el manejo quirúrgico ha quedado relegado ante la presencia de complicaciones.

Bibliografía

6. Yao DC, Sartoris DJ. Musculoskeletal tuberculosis. Radiol Clin North Am 1995; 33:679-89.
7. Payne K, Yang J. Osteoarticular tuberculosis: a case report and discussion. CMAJ 2002;166:628-30.
8. Singh S, Arora S, Sural S, Dhal A. Tuberculosis of the pubic symphysis masquerading as osteitis pubis: a case report
9. Giulia J, Kim P, Kortepeter MG, et al. Multiple fractures of the symphysis pubis due to tuberculous osteomyelitis. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2009;40:1279-83
10. Tuli SM. Clinical features. In: Tuli SM, ed. Tuberculosis of Skeletal System (bones, joints, spine and bursal sheaths). 4th ed. New Delhi, India: Jaypee Brothers; 2010:54-55, 62-64.
11. Hitesh Lal MS, Vijay Kumar Jain MS, Sudhir Kannan MS Tuberculosis of the Pubic Symphysis: Four Unusual Cases and Literature Review. Clin Orthop Relat Res (2013) 471:3372-3380