

Tuberculosis de cadera: a propósito de un caso en edad pediátrica

J. ÁLVAREZ-COCA, J.A. GÓMEZ CARRASCO, M.C. BERNABÉ, E. GARCÍA DE FRÍAS

RESUMEN: La tuberculosis continúa siendo una enfermedad frecuente en nuestro medio. Las formas óseas o articulares suponen el 1-2% de todas las tuberculosis en edad pediátrica. La afectación de la cadera cursa como una monoartritis de evolución lenta y crónica, que plantea problemas de diagnóstico diferencial con la sinovitis, la enfermedad de Perthes y artritis de otras etiologías. Presentamos un niño de cinco años con tuberculosis de cadera y recomendamos la realización sistemática de Mantoux en toda monoartritis. **PALABRAS CLAVE:** TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS ÓSEA, TUBERCULOSIS ARTICULAR.

TUBERCULOSIS OF THE HIP: A CASE IN CHILDHOOD. (SUMMARY): Tuberculosis still remains a frequent disease in our country. One-two percent of the cases involved either the bone or the joints. In the hip, the disease is present as a monoarthritis with a chronic course. Differential diagnosis includes toxic synovitis, Perthes syndrome and arthritis of another etiology. We discuss a five years old boy with tuberculosis of the hip and we recommend performance of the Mantoux test in all forms of monoarthritis. **KEY WORDS:** TUBERCULOSIS, BONE TUBERCULOSIS, JOINT TUBERCULOSIS.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) continúa siendo una enfermedad frecuente en nuestro país. La afectación ósea supone un 1-2% de las formas clínicas. La presentación en la cadera origina dilemas diagnósticos específicos, dada su escasa expresividad clínico-radiológica y su lenta evolución.

Presentamos un niño con tuberculosis de cadera, proponiendo la realización sistemática de Mantoux en toda monoartritis en edad pediátrica.

CASO CLÍNICO

Varón de 4 años con dolor en cadera izquierda y cojera progresiva tras trauma-

tismo leve. A los dos meses ingresa en el Servicio de Traumatología con dolor a la flexión de cadera izquierda, sin signos de flogosis y afebril. Radiografía: pinzamiento articular de cadera izquierda (fig. 1.). Analítica: 6.300 leucocitos (S=65, L=27, M=8), VSG=58, PCR=7; transaminasas, proteinograma, rosa de bengala, inmunoglobulinas, C3, C4, ANA, Rx tórax, TAC torácico y coprocultivo: normales. ASLO= 1.640 UI/ml. Ecografía de cadera: pequeña cantidad de líquido en cavidad anterior izquierda. Gammagrafía ósea: aumento de captación y vascularización a nivel coxofemoral izquierdo. Punción articular: líquido hemorrágico, con cultivo negativo.

* *Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca*

Al cabo de un mes permanece con contractura de la cadera, sin modificación de la imagen radiológica. Se practica tenotomía de adductores, tomándose muestra de sinovial, donde se objetivan granulomas tuberculoides. Auramina:

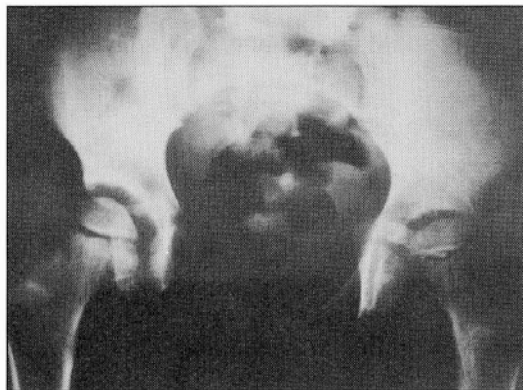


FIG. 1. *Pinzamiento articular de cadera izquierda*

BAAR negativa. Cultivo específico: aislamiento de *Mycobacterium* sp. Mantoux: 30 x 25mm. Tres muestras de jugo gástrico negativas para micobacterias. Al mes y medio de la consulta inicial se inicia el tratamiento específico con INH, RIF y PZM, durante dos meses, continuándose con los dos primeros hasta la actualidad. A los 6 meses la evolución clínica es favorable, manteniendo una limitación a la flexión y abducción de la cadera. En el estudio familiar, la madre y dos hermanos presentan un Mantoux positivo con un infiltrado pulmonar en el hermano de tres años.

DISCUSIÓN

La TB continúa siendo una infección frecuente en nuestro medio, con una incidencia alta en los últimos años (1). Aunque las localizaciones extrapulmonares suponen aproximadamente un 45% (1,2), la afectación ósea sólo acontece en

el 1-2% de todas las TB (3,4), no siendo extrañas las series sin formas óseas (1,2). La localización esquelética más frecuente es la columna, sobre todo en adultos, seguida de la cadera y la rodilla (5).

Debido a que la expresividad clínica inicial es escasa, de comienzo insidioso y de curso crónico, no es infrecuente que el diagnóstico se retrase varios meses (6).

La infección suele ser consecuencia de una diseminación hematogena a partir de un foco pulmonar primario, debutando clínicamente meses o años después. En la TB de la cadera suelen pasar 30 meses (7), y es infrecuente encontrar el foco pulmonar (5).

La afectación de la cadera plantea dificultades añadidas en el diagnóstico. La gammagrafía demuestra una hipercaptación en la TB, mientras que en la enfermedad de Perthes existe hipocaptación, siendo en la fase tardía de regeneración vascular cuando se produce una hipercaptación. La sinovitis es autolimitada en el tiempo y, radiológicamente, no presenta alteraciones articulares.

Dentro de las causas infecciosas, tanto la brucela como el estafilococo pueden ocasionar una osteomielitis crónica con poca expresividad, siendo necesario descartarlas. Sin embargo, la osteomielitis crónica por gérmenes piógenos suele ser muy esclerótica, mientras que, radiológicamente, en la infección tuberculosa no se aprecia esclerosis y la reacción perióstica es mínima o ausente (6). Si la evolución es muy prolongada pueden aparecer lesiones líticas (8).

La tendencia actual en el tratamiento quimioterápico es utilizar las mismas pautas que en las formas pulmonares (4), aunque algunos autores propugnan aumentar la duración del tratamiento

(9,10). En nuestro caso, de acuerdo con Cuello et al (11), administramos inicialmente tres fármacos durante dos meses, seguido de isoniacida y rifampicina hasta completar nueve meses. Hoy en día el papel de la cirugía es de auxiliar del tratamiento médico. Generalmente, la inmovilización no es necesaria ya que puede favorecer la aparición de osteoporosis.

Aunque la mayoría de los pacientes recuperan la función completamente tras el tratamiento médico, pueden quedar secuelas, especialmente si hubo un retraso prolongado en el diagnóstico (6).

Concluyendo, consideramos que en toda monoartritis y osteomielitis se debe realizar Mantoux, dada la posibilidad de una etiología tuberculosa, que tiene buen pronóstico con la terapéutica adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. DOMÍNGUEZ FENOLLE, P.; CENARO GUERRERO, T.; RIVAS CHAMORRO, A.; RITUERTO GÓMEZ, B.; FRANCO LÓPEZ, Y.; DE JUAN MARTÍN, F.: *Tuberculosis: estudio epidemiológico y clínico de 268 pacientes en edad infantil*. An. Esp. Pediat. 1991; 35: 26-30
2. STARKE, J.R.; TAYLOR-WATTS, K.T.: *Tuberculosis in the pediatric population of Houston, Texas*. Pediatrics 1989; 84: 28-35.
3. FIDALGO ÁLVAREZ, I.; GÓMEZ CARRASCO, J.A.; LÓPEZ PACIOS, D.; MARTÍNEZ QUIROGA, F.: *Infección tuberculosa en edad pediátrica: Casuística 1983-89*. Bol Pediat 1990; 31: 97-101
4. SNIDER, D.E.; RIEDER, H.L.; COMBS, D.; BLOCH, A.B.; HAYDEN, C.H.; SMITH, M.H.D.: *Tuberculosis in children*. Pediatr. Infect. Dis J. 1988; 7:271-8
5. AUTZEN, B.; ELBERG, J.J.: *Bone and Joint tuberculosis in Denmark*. Acta Orthop. Scand. 1988; 59: 50-2
6. SALZMAN, A.L.; HOFFER, F.A.; BURNS, J.C.: *Chronic hip pain and limp in a 3-years-old girl*. Rev. Infect. Dis. 1989; 11: 341-8
7. SMITH, M.H.D.; MARQUIS, JR.: *Tuberculosis and other mycobacterial infections*. En Feigin R.D y Cherry J.D edit. Textbook of pediatric infectious diseases. Filadelfia. WB Saunders 1987, second edition; pp: 1342-1386.
8. VILLAMAÑAN DE LA CAL, I.; MEDRANO MARTÍN, C.; ANDION DAPENA, R.; ARDURA FERNÁNDEZ, J.: *Tuberculosis ósea*. An. Esp. Pediat. 1991; 34: 239-41.
9. STARKE, J.R.: *Multidrug therapy for tuberculosis in children*. Pediatr. Infect. Dis. J. 1990; 9: 785-93
10. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: *Tuberculosis*. En, Report of the committee on infectious disease. Red Book 1991, 22^ª edición; pp 487-508.
11. CUELLO, J.A.; CISNEROS, J.M.; VICIANA, P.: *Situación actual del tratamiento de la tuberculosis*. Enf. Infec. y Microbiol. Clin. 1990; 8:293-301.

Peticiones de Separatas:

DR. J. ÁLVAREZ-COCA GONZÁLEZ
 Servicio de Pediatría
 Hospital Príncipe de Asturias
 Carretera Alcalá-Meco s/n
 ALCALÁ DE HENARES. MADRID