

Tuberculosis Osteoarticular, experiencia de 10 años

⁽¹⁾Hinzpeter Jaime, ⁽¹⁾Erskin Patricio, ⁽¹⁾Salaberry Dabor, ⁽¹⁾De la Barrera Carlos, ⁽²⁾Nazar Rodolfo, ⁽²⁾Armijo Jaime.

Resumen

Se realiza un estudio retrospectivo, entre 1990 y 1998, considerando 28 pacientes con diagnóstico de Tuberculosis (TBC) osteoarticular.

La edad promedio de los pacientes fue de 49,5 años, siendo un 50% de sexo femenino.

Las principales localizaciones osteoarticulares fueron: cadera con un 18% y rodilla con un 14%.

El tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue en promedio de 21,5 meses, disminuyendo a 10,6 meses cuando existía compromiso neurológico.

El tratamiento efectuado en un gran porcentaje de los casos fue asociado, comprendiendo éste la terapia antiTBC y el manejo quirúrgico.

La evolución de los pacientes fue adecuada, sin embargo hubo un 60% de secuelas.

La TBC osteoarticular continúa siendo un problema, ya que su variedad de presentación, lleva

a un diagnóstico tardío y por ende a un tratamiento de salvataje.

Abstract

A retrospective study was made, between 1990 and 1998, considering 28 patients diagnosed with osteoarticular tuberculosis (TBC).

The average age of the patients was 49.5 years old, 50% of the patients were female.

The main areas of the osteoarticulares were: in the hips with 18% and the knee with 14%.

The evolution time from the commencement of the initial symptoms until the diagnosis was on average 21.5 months, diminishing to 10.6 months when there was a neurological involvement.

The followed treatment in a large percentage of the cases was associated, meaning the therapy anti TBC and the surgical procedures.

The evolution of the patients was as expected, even though there is a 60% of consequences due to the illness.

The osteoarticular TBC continue being a problem, because of the diversity of ways in which it is developed cause a late diagnosis and then an urgent treatment.

Introducción

La TBC, antigua enfermedad que durante largo tiempo constituyó un desafío para la Salud Pública a nivel mundial es un problema que aún no está resuelto, es más en los últimos años se evidenció un aumento en las tasas de incidencia, explicado principalmente

⁽¹⁾Departamento de Traumatología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

⁽²⁾Interno de Medicina, Universidad de Chile.

por una disminución de la calidad de vida de la población.

Actualmente la incidencia mundial de TBC en general y pulmonar son de 35/100.000 y 40/100.000 respectivamente.

La TBC extrapulmonar corresponde a un 20%, y de éstas la TBC osteoarticular constituye el 10%. Específicamente en la TBC osteoarticular, el principal cuadro es el Mal de Pott, que corresponde a la TBC de la columna dorsal y/o lumbar, luego es seguida por cuadros en rodillas, cadera, y tobillo.

Los resultados médicos son alentadores, siempre que el diagnóstico sea oportuno y adecuado, ya que de lo contrario las secuelas pueden llegar a ser invalidantes.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la experiencia existente en nuestro hospital en el diagnóstico y manejo de esta patología durante la última década.

Pacientes y Métodos

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, en el cual se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes con TBC osteoarticular en el período comprendido entre Enero de 1987 a Diciembre de 1998.

Las fichas a revisar se obtuvieron del libro de diagnósticos y egresos del servicio de Traumatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Se confeccionó un formulario, en que los resultados se protocolizaron, de acuerdo a los datos obtenidos de las fichas clínicas revisadas.

Se revisaron datos generales, tales como: N° de ficha, edad, sexo, fecha de ingreso y procedencia.

Además se consignaron los siguientes datos: TBC previa, compromiso osteoarticular por TBC, tratamiento previo efectuado, tiempo de evolución de la sintomatología, cuadro clínico, eventual compromiso neurológico, diagnósticos de ingreso, procedimientos diagnósticos o terapéuticos efectuados, resultado de baciloscopías, cultivo y biopsias, tratamiento efectuado y la eventual presencia de otro foco de TBC.

Resultados

La serie evaluada estuvo conformada por 28 pacientes con el diagnóstico de TBC osteoarticular, la cual se distribuye en 14 pacientes de sexo femenino y 14 masculino, con un promedio de edad de 49, 5 años y un rango de edad de 23 a 80 años.

La gran mayoría de los pacientes procedían de la ciudad de Santiago de Chile, un 10,5% del Norte del país y un 3,5% de Bolivia.

Como antecedente destaca que un 32% tiene el diagnóstico de TBC antigua, siendo en el 89% de éstos de localización pulmonar y en el 11% TBC osteoarticular.

En cuanto a la localización de su cuadro actual, predomina la columna con un 46% , seguido por la cadera 18% y la rodilla 14%. (Figura 1)

En cuanto a la evolución de la sintomatología, destaca un tiempo de evolución prolongado de 21,5 meses, siendo significativa la presencia de compromiso neurológico, ya que en estos casos el tiempo promedio disminuye a 10, 6 meses. (Tabla 1).

Tabla 1

Tiempo de Evolución de la Sintomatología.

Tiempo de evolución	Meses
Promedio	21,41
Hombres	23,62
Mujeres	19,20
Pacientes con compromiso neurológico	10,68
Pacientes sin compromiso neurológico	25,68

Este tiempo prolongado deriva en un 57% de tratamientos previos , entre los que destacan Antiinflamatorios no esteroidales, Corticoides intraarticulares y un caso tratado con Quimioterapia (Metrotrexato), diagnosticado previamente como Artritis seronegativa.

La clínica que se presenta en general es variada y poco específica (Tablas 2 y 3).

Tabla 2

Clínica y Localización Osteoarticular.

Clínica	Localización Osteoarticular
Dolor:8	-Tobillo:1
	-Columna dorsal:5
	-Columna lumbar:2
Dolor e impotencia funcional: 6	-Hombro:3
	-Columna lumbar:1
	-Cadera:2
Dolor, impotencia funcional y aumento de volumen: 4	-Rodilla:3
	-Tobillo:1
Parestesia e Hipoestesia:1	-Columna cervical.
Paraplejia:1	-Columna dorsal.
Dolor, absceso de muslo y fístula crónica:1	-Cadera.
Falta de control de esfínteres:1	-Columna cervical.
Dolor articular, sudoración nocturna, fiebre, baja de peso:4	-Codo:1
	-Columna dorsal:2
	-Cadera:1
Acortamiento de EEl:1	-Cadera:1
Poliartralgia:1	-Rodilla:1

En cuanto a los diagnósticos realizados al ingreso de los pacientes, llama la atención el hecho de que un 21,4%, éste fue Artritis TBC. (Tabla 4).

En todos los casos se realizaron pruebas de Baciloscopia, Cultivo y Biopsia.

Los procedimientos terapéuticos efectuados son variados y estos se asocian con el tratamiento definitivo efectuado el cual consiste en el Tratamiento antiTBC más el manejo quirúrgico correspondiente (Tabla 5) Respecto del tratamiento antiTBC este se basa en el esquema A-81, consistente en: una Fase diaria de 25 dosis durante 5 semanas de Estreptomina (750 mg), Isoniacida (300mg), Rifampicina (600mg) y Pirazinamida (2g) y una fase bisemanal de 48 dosis durante 24 semanas de Isoniacida (800mg) más Rifampicina (600 mg) .

Tabla 3

Compromiso Neurológico.

Tipo de compromiso neurológico	Número de pacientes
Paraplejia	2
Paraplejia con vejiga e intestino neurogénicos	1
Signos de irritación meníngea	1
Parestesia, hipoestesia y falta de control esfinteriano	1
Arreflexia	1
Paraparesia espástica	1
Paresia	1
Total:	8

Tabla 4

Diagnósticos de Ingreso.

Diagnóstico	Número de pacientes
Artritis en estudio	2
Artritis séptica	5
Artritis TBC	6
Proceso expansivo extradural	2
Aplastamiento vertebral	3
Parálisis flácida	1
Mal de Pott	4
Tetraparesia de predominio distal, mielopatía cervicoartrósica	1
Artrosis de cadera	1
Tumor femoral	1
Sinovitis crónica	1
Raquiostenosis	1
Total:	28

La pesquisa de de otro foco simultáneo de TBC, sólo se objetivó en 2 casos; siendo de localización pulmonar.

El 60% de los pacientes analizados en esta serie presentaban alguna secuela, fuera ésta de tipo neurológico o del sistema musculoesquelético.

Discusión

Tal como se muestra en los resultados obtenidos, la TBC en general y la osteoarticular en particular, continúan siendo un problema de salud pública,

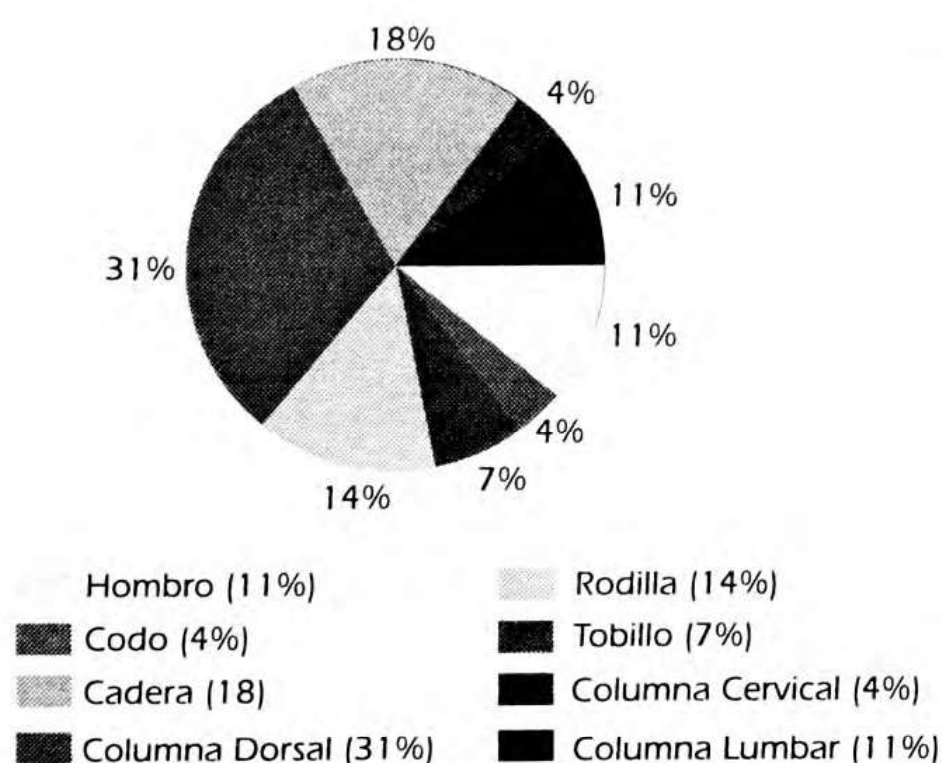
Tabla 5

*Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos
efectuados.*

Procedimiento	Número de pacientes
Estudio	2
Aseo quirúrgico	3
Laminectomía con o sin vaciamiento de absceso frío	3
Artroscopia	2
Aseo y artrodesis	3
Biopsia	7
Drenaje de absceso del psoas e injerto de vértebra lumbar	1
Costotransversectomía con injerto y artrodesis	3
Retiro de osteosíntesis	1
Función y aspiración	1
Drenaje y biopsia	1
Curetaje e injerto	1
Total:	28

Figura 1

Rendimiento de Baciloscopia, Cultivo y Biopsia.



marcado fundamentalmente al desarrollo de los países y por ende a la calidad de vida de sus habitantes.

En los últimos años se ha visto un incremento de la incidencia, lo cual fue explicado por un aumento de las enfermedades que comprometían el sistema inmune, como por ejemplo el VIH; pero en realidad la causa fundamental está relacionada en forma directa con un deterioro en la calidad de vida de la población, asociado a una crisis económica mundial.

En nuestro medio la situación se mantiene constante en los últimos 15 años.

En lo referente a la TBC osteoarticular, llama la atención lo tardío del diagnóstico, lo cual se puede explicar por una sintomatología encubierta e insidiosa de esta patología, lo que lleva a diversos diagnósticos previos, así como tratamientos inespecíficos. Esta situación conlleva a un inicio del tratamiento en una etapa avanzada de la enfermedad, lo que explica resultados discretos en cuanto a recuperación funcional y vuelta a las actividades de la vida diaria.

Por lo anteriormente descrito, es importante conocer las características de esta enfermedad y sospecharla frente a cuadros de larga duración o en pacientes con antecedentes previos. Mejorando esto, se lograrán parámetros adecuados de diagnóstico y tratamiento, para así lograr un pronóstico menos invalidante.

Referencias

1. Valenzuela MT, García P, Ponce J, Lepe R., Velasco M, Piffardi S.

Resistencia del Mycobacterium tuberculosis a las drogas antibacilares en Chile: cifras de resistencia adquirida en 1985 y resistencia inicial en 1996. Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, Vol. 64, N 2, Junio de 1989.

2. Farga V.

Causas de fracasos en el tratamiento de la tuberculosis. Revista Méd Chile 1984; 112: 72-76

3. Farga V.

Quimioterapia actual de la tuberculosis. Enfermedades respiratorias y cirugía torácica 1986; 2: 50

4. Murray CJL, Styblo K, Rouillon A.

Tuberculosis en los países en desarrollo: magnitud, intervenciones y costos. Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, Vol. 65, N 1, Marzo de 1990.

5. Kim NH, Lee HM, Yoo JD, Suh JS.

Sacroiliac joint tuberculosis. Classification and treatment. Clin Orthop 1999; 358: 215-22.

6. Besser M.

The utility of histological examination of tissue removed during elective joint replacement. J Bone Joint Surg Am. 1999; 81: 143.