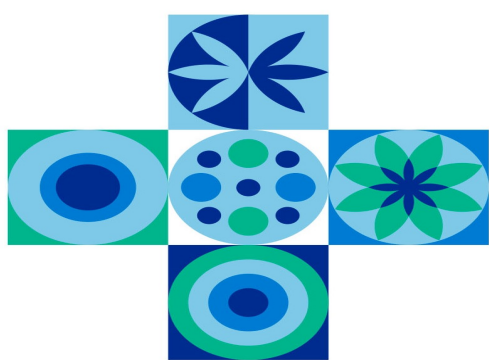


Qué sucede en el trocánter? - reporte de un caso

DANIEL BERNARDINO¹, PEDRO SILVEIRO BIZARRO¹, ANDRÉ BARROS¹, PEDRO MIGUEL REIS CAMPOS¹

1 - Hospital Vila Franca de Xira



Hospital de
Vila Franca de Xira
EPE

Introducción

La tuberculosis osteoarticular es una enfermedad rara que afecta a menos del 5% de los pacientes con tuberculosis. La afectación de la región trocantérica se produce sólo en el 1-2% de todos los casos de tuberculosis osteoarticular. La enfermedad puede comenzar en cualquier estructura que rodea la cadera, generalmente es multifocal aunque rara vez puede afectar solo al trocánter mayor. Junto a un diagnóstico difícil, el conocimiento y alto índice de sospecha de la enfermedad es fundamental

Material y métodos:

♂ 87 años



Antecedentes **de dolor en la cara lateral de la cadera derecha**, de aproximadamente 5 años de evolución, acompañado de leve **edema y supuración en los últimos 9 meses**; esta fístula se desarrolló luego del drenaje de un supuesto quiste glúteo, por cirugía general. Tanto el **dolor como la hinchazón fueron de inicio gradual y progresivo**. El dolor era constante, aumentaba con el apoyo de peso y se aliviaba parcialmente con analgésicos.

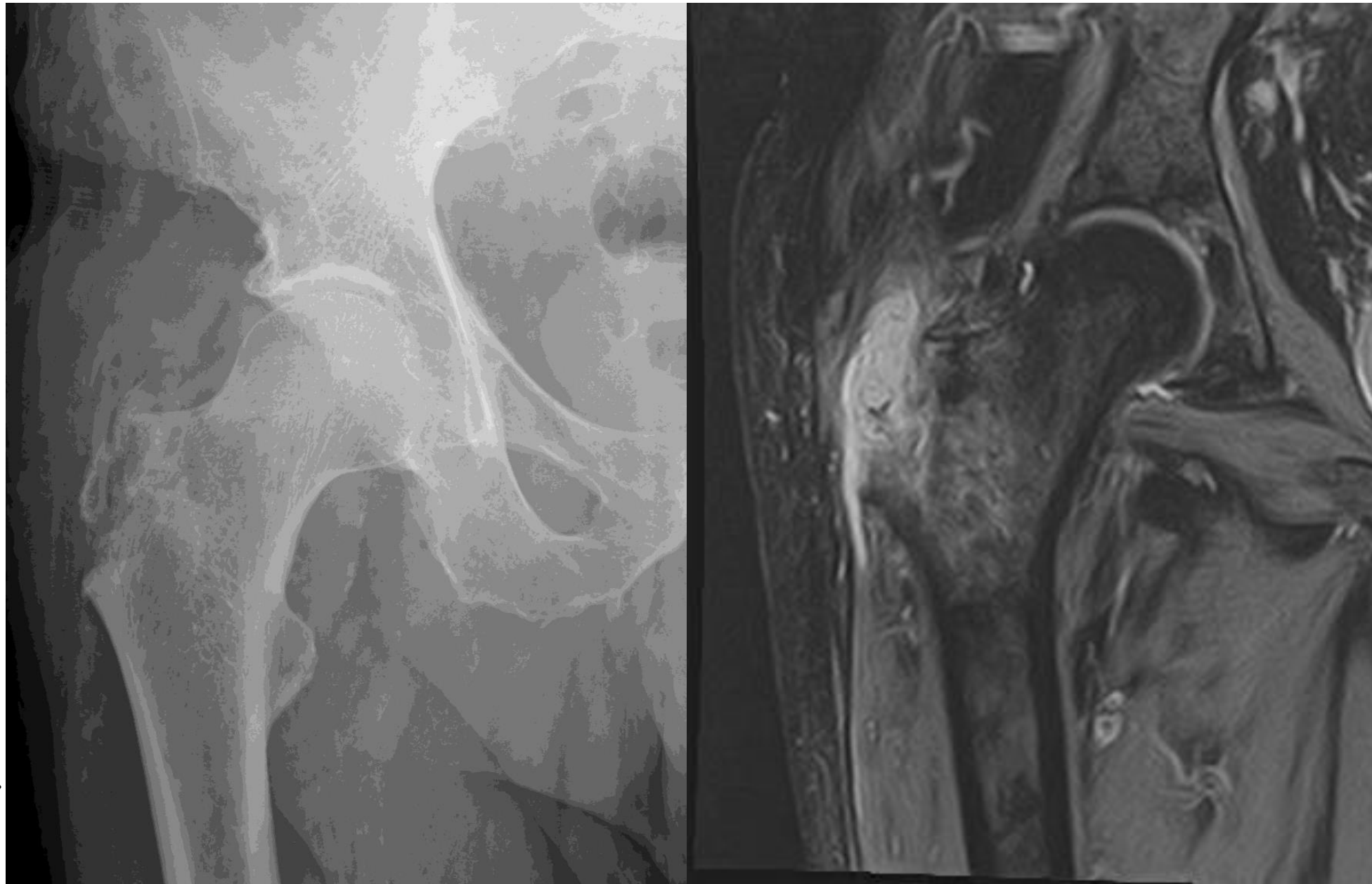
Examen Físico

Al examen local **destacaba tumefacción fluctuante en la cara lateral de la cadera derecha**, con presencia de **lesión fistulosa** con débito medio, que requirió vendaje tres veces por semana. El rango de movimiento de la cadera derecha estaba reducido y el paciente **no podía caminar sin muletas**.

Harris Hip Score de 26,4.

Imagiología

La radiografía de tórax fue normal. **La radiografía de pelvis con ambas caderas mostró una lesión lítica del trocánter mayor derecho**, con márgenes nítidos. **La resonancia magnética de la pelvis reveló una lesión osteolítica focal con destrucción cortical en el trocánter mayor**.



Imagenes pre operatorias

Cirugía

La biopsia por escisión, el desbridamiento de la lesión osteolítica del trocánter mayor, la abrasión del lecho trocantérico y la fistulectomía se realizaron mediante abordaje lateral adaptado al fémur proximal.

Microbiología y Patología

El cultivo de rutina reveló crecimiento interno. La biopsia mostró **granulomas caseosos** consistentes en células epitelioides y células gigantes de Langerhan sugestivas de tuberculosis

Tratamiento

La cirugía combinada con terapia tuberculoestática durante 18 meses (Rifampicina + Piridoxina + isoniazida) fue curativa, sin signos de recurrencia a los 2 años de seguimiento.



Imagenes pos operatorias

Discusión

La cadera es el segundo sitio más frecuente de tuberculosis osteoarticular después de la columna vertebral. En nuestro caso que involucraba la región trocantérea, el paciente no presentaba evidencia de compromiso pulmonar, pero sí antecedentes de enfermedad de Pott en la infancia. Las tasas de reactivación de la tuberculosis después de décadas de infección inicial son bajas. No hemos encontrado en la literatura ningún caso de tuberculosis trocantérea tras enfermedad de Pott décadas antes.

El diagnóstico diferencial sigue siendo un desafío. El paciente presenta dolor con o sin tumefacción en la cara lateral de la cadera sobre el trocánter mayor. Un punto a diferenciar entre la osteomielitis tuberculosa y la osteomielitis bacteriana es la presentación indolente que presenta la primera, acompañada de pocos signos inflamatorios. La fiebre y otros síntomas constitucionales pueden estar presentes hasta en un 30% de los casos.

Las radiografías iniciales pueden ser normales, pero en etapas posteriores muestran erosión o lesión lítica del trocánter mayor. La resonancia magnética puede ser la investigación de elección, ya que puede demostrar la extensión de la masa de tejido blando junto con la afectación ósea. El diagnóstico puede establecerse mediante cultivo o biopsia, que muestra granulomas caseificantes revestidos por células epitelioides y células gigantes de Langerhans.

El manejo inicial de la tuberculosis osteoarticular consiste en una terapia antituberculosa temprana y efectiva, y puede ser necesario considerar el manejo quirúrgico. El tratamiento médico inicial para la tuberculosis sensible a fármacos consiste en una combinación de fármacos que incluyen rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol administrados durante un período de 2 a 3 meses, seguido de rifampicina e isoniazida durante 12 a 18 meses.

A los 2 años de seguimiento, el paciente está asintomático sin signos clínicos ni radiográficos de recurrencia. Funcionalmente sin necesidad de soporte para la marcha y una puntuación de cadera de Harris de 92.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA