

# Artritis tuberculosa de cadera.

## Planteamiento terapéutico de dos situaciones diferentes.

### Tuberculous arthritis of the hip.

#### Strategy in two different situations.

J.J. PANISELLO SEBASTIÁ\*, A. MARTINEZ MARTÍN\*, J. CUENCA ESPÍERREZ \*\*, A. PEGUERO BONA \*\*, L. HERRERO BARCOS \*\*

\* SERVICIO DE C. ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ (TERUEL)

\*\* SERVICIO DE C. ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.

**Resumen.** La coxalgia no es una patología habitual entre los diagnósticos de una cadera dolorosa. Generalmente afecta a adultos y ancianos, aunque en pacientes inmunodeprimidos puede darse a cualquier edad y durante el proceso de su curación deben realizarse cuidados rehabilitadores y ortésicos, aunque la cadera suele sufrir secuelas. Restituir la función de una cadera destruida mediante un reemplazo articular es un proceso difícil que debe acompañarse de la profilaxis de recidivas. Sin embargo, es posible establecer este diagnóstico durante el tratamiento de pacientes considerados afectados de otro proceso, en quienes la sustitución de una cadera destruida debe seguir otra estrategia.

**Summary.** Tuberculous coxitis is not an usual disease among the diagnosis of a painful hip. It generally affects to elderly and middle aged people, but in case of immunodeficiency can be present at any age. Rehabilitation and orthopaedic care must be carried during the healing process; nevertheless, the hip usually results with residual damages. To restore the function of a destroyed hip with a total prostheses is a very hard process and must be followed with prophylaxis against relapse. It is possible to settle this diagnosis while treating patients whose diagnosis were different, and the hip replacement must follow another strategy.

#### Correspondencia:

Juan José Panisello Sebastián  
C/ María Espinosa, 3, 1º O  
50015 Zaragoza  
Tefl. 976 527651

**Introducción.** La afectación tuberculosa de la cadera es un proceso de difícil diagnóstico que suele afectar a adultos de mediana edad y ancianos, habitualmente a partir de la diseminación hematogena de un foco pulmonar o renal (1).

En el ámbito de la cirugía ortopédica el tratamiento se circunscribe a la reparación de las secuelas en la cadera afecta o al drenaje de las formas abscesificadas. Sin embargo, es posible encontrar formas que simulen otras artropatías y requieran una sustitución protésica, momento en que se evidencia el verdadero diagnóstico, con el consiguiente trastorno del planteamiento terapéutico.

Se presentan dos casos de coxalgia con evolución preoperatoria diferente en quienes se realizó un reemplazo articular. El primero de ellos como tratamiento de las secuelas de una tuberculosis pulmonar y articular ya conocida, tratada y resuelta. El segundo, como tratamiento de una paciente inicialmente diagnosticada de coxartrosis rápidamente progresiva.

**Caso 1.** Varón de 44 años, de profesión pastor, afecto de tuberculosis pulmonar 4 años antes en quien se evidenció coxalgia izquierda. Fue tratado durante 18 meses con triple terapia: isoniácida, rifampicina y etambutol los 2 primeros meses hasta conseguir la curación. Previo a plantear la sustitución articular se realizó gammagrafía ósea con Tecnecio, que no sugería actividad infecciosa en la cadera izquierda, así como determinaciones analíticas que fueron consideradas normales. El estudio radiológico preoperatorio mostraba secuelas en forma de geodas y caries de la cabeza femoral, que también afectaba al acetábulo (Fig. 1A).

Como profdaxis de la reactivación infecciosa se inició tratamiento con isoniácida y rifampicina 6 semanas antes de la intervención, prolongándose 6 meses después.

La intervención se llevó a cabo mediante abordaje posteroexterno, implantándose una prótesis total de cadera (PTC) no cementada tipo ABG (Howmédica), dada la buena cali-

dad del remanente óseo. El paciente inició la deambulaci3n con apoyo parcial a los 8 d1as, realizando en la actualidad marcha aut3noma sin bastones. A los 3 a1os de evoluci3n el seguimiento radiol3gico de la cadera no muestra cambios que sugieran reactivaci3n de la enfermedad y no hay evidencia de afectaci3n pulmonar (Fig. 1B).

**Caso 2.** Paciente de 74 a1os con dolor en cadera izquierda de 1 a1o de evoluci3n, m1s intenso en los 1ltimos 2 meses, con cojera severa y una limitaci3n funcional que no permit1a a la paciente salir de casa.

El estudio radiol3gico parec1a compatible con coxartrosis r1pidamente progresiva, de acuerdo con la r1pida evoluci3n del proceso, pero era llamativo el borramiento global de la interl1nea articular y cierta osteoporosis difusa m1s compatible con una artritis. Por la edad de la paciente y el deterioro cl1nico y radiol3gico no se solicit3 RMN, plane1ndose una PTC para 6 semanas m1s tarde (Fig. 2A).

En el momento de la intervenci3n, al realizar la artrotom1a, se observ3 un l1quido blanquecino, grumoso, con agregados semejantes a "cuajada". La sinovial estaba hipertrofiada, de aspecto blanquecino. La cabeza femoral mostraba una amplia 1rea de cart1lago desprendido, el resto estaba destruido con mamelones neoformados sobre un hueso que parec1a carcomido. Ante la sospecha de una artritis tuberculosa se remiti3 un fragmento de sinovial para su an1lisis peroperatorio, que fue informado como granulomas con organizaci3n folicular compatible con tuberculosis. Con este diagn3stico se decidi3 reseca la cabeza femoral, y realizar una limpieza lo m1s radical posible de la sinovial y restos de cart1lago, sin colocar PTC.

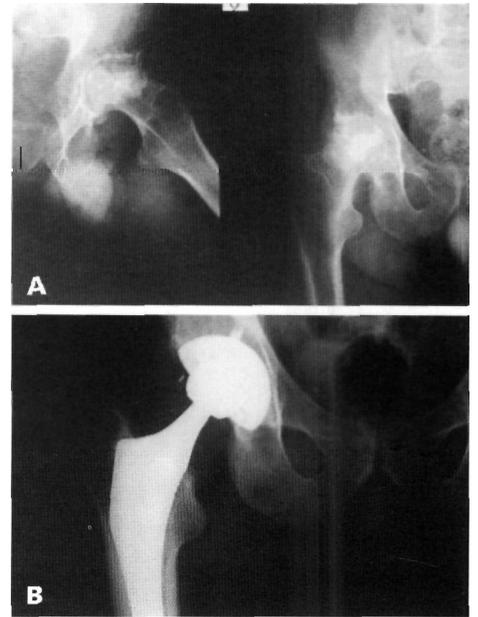
Se mantuvo a la paciente en cama con tracci3n durante 2 semanas, la marcha comenz3 a la 3<sup>a</sup> semana manteniendo la tracci3n nocturna, y a la 4<sup>a</sup> semana la deambulaci3n con 2 bastones y alza de 4.5 cm. Para detectar un foco primario pulmonar se practicaron baciloscopias que fueron positivas, y cultivo a partir de un fragmento de la cabeza femoral que fue positivo a los 15 d1as, demostrando la existencia de micobacterium tuber-

culosis. La Anatom1a Patol3gica mostr3 una osteomielitis granulomatosa y necrosis caseificante compatibles con TBC. La tinci3n de Ziehl-Neelsen mostr3 formas compatibles con el diagn3stico.

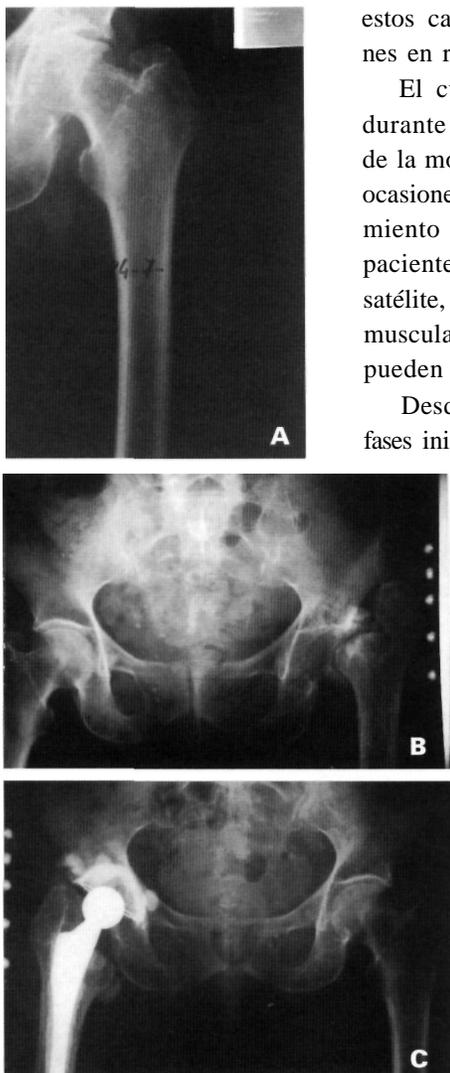
Con los diagn3sticos de tuberculosis pulmonar y 3sea se instaur3 tratamiento con Isoniacida + Rifampicina + Piracinamida, que se modific3 a los 15 d1as por la aparici3n de una hepatitis t3xica secundaria a Rifampicina; por lo que se continu3 con Isoniacida, Miambutol durante 2 meses con control oftalmol3gico y Estreptomicina.

Dado que el tratamiento de las formas pulmonares debe prolongarse entre 6 a 9 meses, el de las formas osteoarticulares oscila de 6 a 18 meses y la profilaxis de recidivas en ciru1a sobre hueso previamente afectado debe ser de, al menos, 6 meses; se plane3 mantener el tratamiento durante 9 meses, colocar la PTC en ese momento y continuarlo otros 6 meses, sumando un total de 15 meses de tratamiento. Previo a la intervenci3n se realiz3 una gammagraf1a 3sea mostr3 actividad osteobl1stica compatible con reparaci3n. La paciente ingres3 una semana antes de la intervenci3n (Fig. 2B) somet1ndose a tracci3n progresiva de la extremidad afecta para disminuir la retracci3n residual presente en su cadera. La intervenci3n se llev3 a cabo realiz1ndose en primer lugar tenotom1a de aductores y abordando la cadera por v1a posteroexterna, implant1ndose una pr3tesis total cementada, con correcci3n casi completa de la dismetr1a preoperatoria. A los 2 a1os de evoluci3n la paciente realiza deambulaci3n aut3noma con ayuda de un bast3n, con cojera moderada (Fig. 2C). No hay evidencia de reactivaci3n de la enfermedad pulmonar ni articular.

**Discusi3n.** La artritis tuberculosa perif3rica es una enfermedad rara, constituyendo entre el 1-5% de los casos de tuberculosis; la cadera es asiento del 10-24% de



**Fig. 1. A:** Proyecci3n AP y Axial de la cadera izquierda del caso 1. Se aprecian im1genes de caries 3sea y geodas en la cabeza femoral, y lesiones m1nimas en el hueso acetabular. **B:** Sustituci3n prot3sica y resultado final.



**Fig. 2. A:** Imagen preoperatoria mostrando destrucción parcial de la cabeza femoral, ausencia de osteofitos y geodas pero con pinzamiento articular.

**B:** Tras establecer el diagnóstico, se optó por resecar la cabeza femoral según técnica de Girdlestone.

Imagen radiológica previa a la prótesis, mostrando la disimetría existente y estado articular. **C:** Artroplastia con implantes cementados, corrección de la disimetría. Situación actual.

estos casos, por detrás de las presentaciones en raquis (1).

El cuadro clínico es de dolor y cojera durante la marcha, pero con conservación de la movilidad durante mucho tiempo. En ocasiones puede detectarse cierto empastamiento en la ingle, hasta el 25% de los pacientes pueden presentar adenopatías satélite, es frecuente la amiotrofia del grupo muscular flexor y en formas evolucionadas pueden formarse abscesos (2,3).

Desde el punto de vista radiológico, en fases iniciales se observa una coxitis inespecífica con pinzamiento de la interlínea articular y osteoporosis difusa. Posteriormente aparecen geodas, caries ósea, a veces reacción perióstica y destrucción articular con posible extensión a partes blandas (4).

El primer caso expuesto constituye una evolución típica, en un paciente con foco primario y una posterior diseminación a una articulación periférica que acaba siendo destruida (5). Tras curar la infección se emprende el trata-

miento de las secuelas precediéndose al reemplazo articular. Es preceptivo descartar, mediante gammagrafía ósea, la existencia de actividad del proceso infeccioso en la articulación afectada. La profilaxis de recidivas en cirugía ósea sobre un asiento previo de la infección debe comenzar 6 semanas antes y prolongarse, al menos, 6 meses después de la intervención; habitualmente con 2 fármacos (6,7). Durante este período el paciente debe someterse a controles analíticos y radiológicos para descartar la reactivación infecciosa.

Sin embargo, es posible encontrar pacientes con una cadera dolorosa que no sugiera de entrada este diagnóstico al abordar el proceso en fases iniciales aun inexpressivas tanto clínica como radiológicamente. El segundo caso presentado constituye un ejemplo de diagnóstico inicial fallido en el que se evidenció la naturaleza de la lesión en una fase irreversible del acto operatorio. Aunque, afortunadamente, no es una situación frecuente, se presenta la PTC en 2 tiempos, mediando el tratamiento médico, como una estrategia adecuada para este tipo de situaciones. ■■■■■

## Bibliografía

1. Leone JP, Etienne JC. Tuberculose osseuse et articulaire des membres. *Encycl Méd Chir Paris* 1993; 14-185-A-10.
2. Vega F, Quevedo P, Hernández L. Coxitis tuberculosa. *Rev Ortop y Traumatol* 1998; 42:26-8.
3. Martini M, Ouahes M. Bone and joint tuberculosis. A review of 652 cases. *Orthopaedis* 1988; 11:861-6.
4. Forrester DM, Brown JC. Radiología de las enfermedades articulares. Barcelona: Salvat editores, 1990.

5. Coudane H, Gerard A. Ostéites. *Encycl Méd Chir, Paris*. 1996; 14-017-A-10.

6. Jonhson R, Barnes KL, Owen R. Reactivation of tuberculosis after total hip replacement. *J Bone Joint Surg* 1979; 61B:148-50.

7. Kim YY. Arthroplasty using the Charnley prostheses in old tuberculosis of the hip. Clinical experience with 8-10 years follow-up evaluation. *Clin Orthop* 1986; 211:116-21.