

Infección por *Mycobacterium tuberculosis* en muñeca – a propósito de un caso

Urlacher, Matías E; Torre, María C; Douglas Price, Ana L.; Oyhamburu, María E; Cuestas, Nicolás; Blanchetiere, Hernán E; Pemoff, Adriana B.

Hospital General de Agudos Juan A. Fernandez
Argentina

Objetivo

Presentar el caso de un paciente de 75 años, de actividad rural, quien sufrió, como punto de partida, una herida penetrante con una espina de árbol (*Gleditsia triacanthos*, “acacia negra”) a nivel del pulgar derecho (hábil). El cuadro tuvo una evolución tórpida, una consulta tardía y tras tres procedimientos quirúrgicos, se llegó al diagnóstico de infección de muñeca por *Mycobacterium Tuberculosis*.

Materiales y métodos

Reporte de caso

Paciente masculino, 75 años, actividad rural, quien presentó una herida penetrante con una espina de árbol (*Gleditsia triacanthos*, “acacia negra”) a nivel del pulgar derecho (hábil). Evolucionó con lo que se sospecha un foco de inicio de tenosinovitis infecciosa a una artritis séptica de muñeca.

Tras una consulta tardía, es operado a los tres meses de iniciado el cuadro. Se le realizó un abordaje palmar de Henry modificado y sobre IF del pulgar. Se realiza resección de gran masa reactiva sinovial de la bolsa radial que se extendía hasta el espacio de Parona (Fig. 3 – A y B), asociado a una limpieza regional profunda y envío de muestras para cultivos y anatomía patológica. Se aísla en partes blandas *Staphylococcus aureus* y *Candida* spp. Se inicia el tratamiento antibiótico dirigido.

Tras una mala evolución de la herida se realiza a las seis semanas una nueva exploración quirúrgica. En esta ocasión se amplía la exploración en sentido proximal y se realiza nuevo abordaje cubital. Se evidencian amplias adherencias asociadas a un cambio importante en la anatomía topográfica. En la liberación y diéresis por planos, resulta dañado el nervio mediano al cual se le realiza una neurografía epineural directa según técnica al finalizar el procedimiento de limpieza regional (Fig. 3 - C). Se envían nuevas muestras para cultivos, incluyendo en este caso la pesquisa de *Micobacterias*.

Estudios complementarios

Los estudios radiográficos evidenciaban signos de artrosis avanzada como secuela post-infecciosa a nivel radiocarpiano y de la primera fila del carpo (Fig. 1). La Resonancia magnética se destacaba la colección profunda en el espacio de Parona y edema óseo radio-cubital distal asociado (Fig. 2).



Fig. 1. Radiografía Frente y Perfil de Muñeca

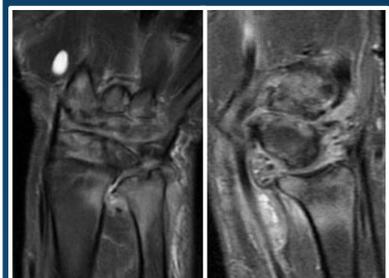


Fig. 2. RM. Corte coronal y sagital de Muñeca (donde se evidencia colección en espacio de Parona y edema óseo radio-cubital)



Fig. 3. A. Tumoración en espacio de Parona. B. Espacio libre tras resección. C. Neurografía del mediano

Tratamiento

En los cultivos del segundo procedimiento quirúrgico, se suma el aislamiento de *Mycobacterium* spp. Se complementa a la sexta semana del segundo procedimiento quirúrgico, el tercer y último procedimiento de exploración y limpieza quirúrgica. Se abordó sobre herida quirúrgica radio-cubital previa, realizándose limpieza y enviando seis muestras de partes blandas y seis óseas.

Resultados

Se obtuvieron en las muestras cultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible y para *Mycobacterium tuberculosis* en partes blandas y tejido óseo. Inicio esquema de “cuatro - uno” antituberculosa y levofloxacina.

Al cuarto mes postoperatorio el paciente se encuentra con heridas quirúrgicas cicatrizadas, sin signos de inflamación, bajo esquema antibiótico prolongado. En recuperación sensitivo-motora de lesión del nervio mediano.

Consideraciones finales

La osteomielitis tuberculosa es una infección ósea poco frecuente y de evolución errática si no se diagnostica rápidamente. Puede presentarse en pacientes con factores de riesgo, como la edad avanzada y la actividad rural (en coincidencia con el caso presentado).

La mala evolución de heridas quirúrgicas puede ser un signo de alerta para considerar este diagnóstico. La biopsia ósea con la inclusión de la pesquisa de *Micobacterias* es fundamental para confirmar el diagnóstico, siendo el tratamiento antituberculoso efectivo en la mayoría de los casos.

Se puede concluir que es importante considerar la osteomielitis tuberculosa en el diagnóstico diferencial de lesiones óseas, principalmente en pacientes con factores de riesgo y más aún si cursan una evolución desfavorable.

Bibliografía

- Nakazawa Y, Nishino T, Mori A, Uramatsu T, Obata Y, Arai H, Hayashi H, Tsukasaki S, Muraya Y, Inoue Y, Yamamoto Y, Kohno S. Tuberculous osteomyelitis in the ulna of a patient undergoing hemodialysis. *Intern Med.* 2013;52(1):135-9. doi: 10.2169/internalmedicine.52.8437. Epub 2013 Jan 1. PMID: 23291689.
- Vohra R, Kang HS, Dogra S, Saggarr RR, Sharma R. Tuberculous osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Br.* 1997 Jul;79(4):562-6. doi: 10.1302/0301-620x.79b4.7618. PMID: 9250739.
- Schilling F. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis. *Dtsch Arztebl Int.* 2010 Mar;107(9):148; author reply 149-50. doi: 10.3238/arztebl.2010.0148a. Epub 2010 Mar 5. PMID: 20305769; PMCID: PMC2841853.
- Rieger H, Pennig D, Edel G, Brug E. Tuberkulose des Handskeletts [Tuberculosis of the hand]. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 1990 Jul;22(4):183-90. German. PMID: 2202612.