

Tuberculosis de la sínfisis del pubis. A propósito de un caso clínico.

S. AMILLO GARAYOA, J.I. LOSADA VIÑAS y C. MUÑOZ JARAMILLO

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria de Navarra.

Resumen.— Se presenta un caso muy infrecuente de tuberculosis osteoarticular de localización en la sínfisis del pubis. Destaca la dificultad de su diagnóstico por lo inespecífico de su clínica, por el desconocimiento de enfermedad pulmonar o lesión primaria tuberculosa, y la dificultad para aislar al propio bacilo tuberculoso. Establecemos los diagnósticos diferenciales más importantes con los que se puede confundir esta patología antes de llegar a un diagnóstico certero y se valoran los síntomas, signos y hallazgos radiológicos más frecuentes que contribuyen al diagnóstico, así como el tratamiento específico empleado.

Descriptores: Tuberculosis osteoarticular. Sínfisis del pubis.

Summary.— We present a case of an infrequent location of osteoarticular tuberculosis at the pubis symphysis. This pathology is difficult to determine, specially if there does not exist a pulmonary or primary TBC lesion. Also, the difficult to obtain a positive microbiology culture increases the delay in diagnosis. We establish all possible differential diagnoses. Which can lead to confusion in this type of pathology. A careful evaluation of most common symptoms, signs and radiological findings are described, as well as, the specific treatment employed in this particular case.

Key Words: Joint Tuberculosis. Symphysis pubis.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha incrementado la publicación de casos de tuberculosis osteoarticular en localizaciones consideradas clásicamente poco comunes (1,2,3,4), las situadas a nivel de la sínfisis del pubis constituyen un proceso infrecuente (1,2,4,5,6).

La dificultad del diagnóstico tiene como causas más importantes el inconveniente de esa localización así como la clínica atípica de la tuberculosis, por ello es necesario pensar en esta entidad y conocer bien su diagnóstico y tratamiento.

Correspondencia:

D. SANTIAGO AMILLO GARAYOA.
Departamento de C. Ortopédica y Traumatología.
Clínica Universitaria de Navarra
Apartado 192. 31080 Pamplona

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 60 años, que acudió a consulta por presentar desde hacia 7 meses una sensación de "tirón" a nivel de ingle izquierda. En otro Centro le diagnosticaron arrancamiento óseo y fue tratado con calcitonina y calcio.

No manifiesta entre sus *antecedentes* haber sufrido una enfermedad pulmonar, aunque su padre sufrió un problema pulmonar de tipo tuberculoso. Es fumadora de un paquete diario.

En la actualidad refiere dificultad para mover las extremidades inferiores así como dolor de características mecánicas en ingles y pubis.

A la *exploración física* presentaba marcha y movilidad articular normal. Reflejos osteotendinosos normales. Fuerza muscular y sensibilidad conservada. Se palpa una tumoración suprapúbica dura, desplazable de 8 x 6 x 5 cm. en cara superior del pubis (Figura nº 1). Presentaba dolor con los movimientos contra resistencia de los abductores y rectos abdominales.

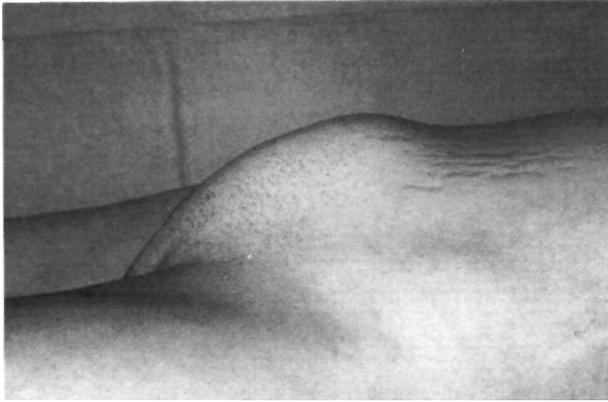


Figura nº 1. Imagen de tumoración suprapúbica.

En la analítica general: Leucocitos, 7.400; 65% neutrófilos, 27% linfocitos, 5% monocitos, 2% eosinófilos y 1% basófilos. Plaquetas 445.000. VSG: 36 y 74 en la primera y segunda hora respectivamente. La prueba de Mantoux fue positiva (+++).

Estudios radiológicos:

Rx. centrada en sínfisis del pubis: Se aprecia gran lesión osteolítica que erosiona fundamentalmente el cuerpo del pubis izquierdo con gran reacción de partes blandas adyacentes (Figura nº 2).



Figura nº 2. Lesión osteolítica que erosiona fundamentalmente cuerpo del pubis.

Rx de tórax: Se aprecian pequeños casquetes apicales.

En la *TAC pélvico* se aprecia a la altura de hipogastrio y pelvis, en situación anterior adosado a la pared abdominal, una colección líquida con pared gruesa, sin realce de la densidad tras la administración de contraste. Se extiende hacia abajo hasta la altura de la sínfisis del pubis (Figura nº 3). En pubis se observa una alteración de la textura ósea con imágenes de fragmentación (Figura nº 4).

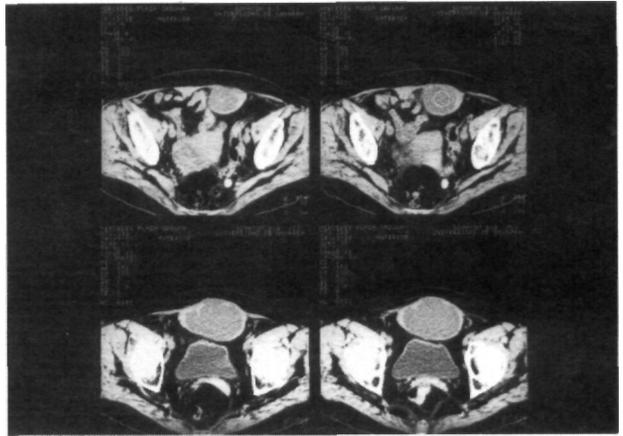


Figura nº 3. Colección líquida con pared gruesa adosada a pared abdominal en el TAC pélvico.

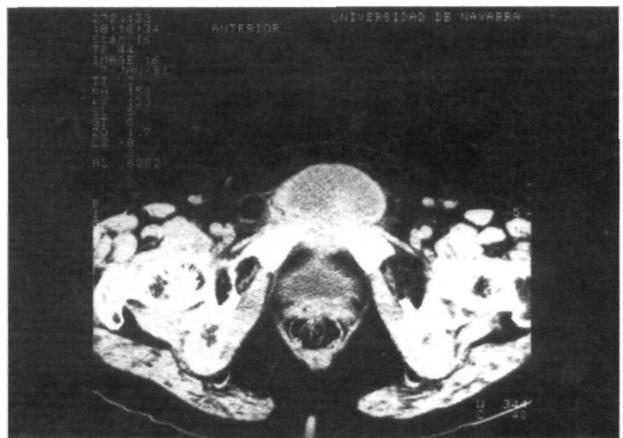


Figura nº 4. Alteración de la textura ósea, con imágenes de fragmentación en el TAC pélvico y colección líquida en parte anterior del pubis.

Se realiza *punción* del bultoma en pubis, obteniéndose 22 cc. de líquido color marrón, espeso y turbio. Se estudió citológicamente por el Servicio de Anatomía Patológica, siendo informado como citología benigna compatible con lesión inflamatoria. Por otra parte, se cultivó con procedimientos habituales siendo el resultado negativo.

Se realizó *Gammagrafía con Galio 67*, observando un aumento de captación localizado a nivel de rodilla derecha que afecta a toda la articulación, así como a nivel de la sínfisis del pubis.

Tratamiento: Bajo anestesia general, se practicó incisión de Phañestiel hemostásica y en dirección hacia línea Alba. Se drena un líquido seroso con detritus celulares de la vaina de los rectos, tomándose cultivos para aerobios, anaerobios y específico para *mycobacterium tuberculosis*. A continuación, se procedió a realizar curetaje del defecto de la sínfisis pubiana y extracción de líquido fibroso y fragmentos óseos. Se cierra por planos y se deja un drenaje.

La *biopsia ósea intraoperatoria* es informada por el Departamento de Anatomía Patológica como osteomielitis granulomatosa caseificante, compatible con tuberculosis.

Se aísla el bacilo tuberculoso y se instaura el tratamiento específico a los 10 días con rifampicina, isoniazida y etambutol.

En la *revisión al mes* de la intervención, la paciente refiere mejoría parcial, presentando a la exploración una disminución del bultoma suprapúbico, dolor a la presión del pubis, dolor a los movimientos contra resistencia del músculo recto anterior del abdomen y de los aductores. En la Rx de control se aprecia la resección parcial practicada en los bordes del pubis y disminución de partes blandas (Figura n° 5).

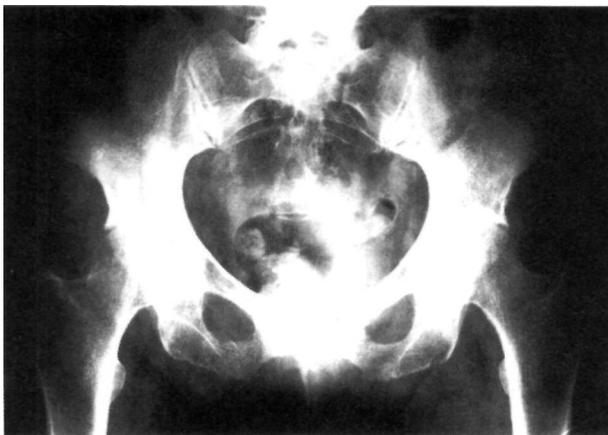


Figura n° 5. Se observa resección parcial practicada en los bordes del pubis.

En el seguimiento no se han observado complicaciones estando la paciente al año sin bultoma en pubis.

DISCUSIÓN

Síntomas y signos

Todos los autores consultados (1,2,3,4,5,6) coinciden en la inespecificidad de la clínica. Habitualmente se manifiesta como dolor de mediana intensidad que irradia por cara interna de ambas piernas siendo común la formación de un absceso en la región pubiana y subpubiana. Estas características coinciden básicamente con las que presentaba nuestra paciente: dolor mecánico en la ingle y pubis con una tumoración desplazable a nivel región pubiana, aunque si bien en nuestro caso el bultoma es más suprapúbico.

Hallazgos radiológicos

Los hallazgos radiológicos de esta anfiartrosis demuestran generalmente que una erosión del

cuerpo del pubis es constante, apareciendo como una cavidad más o menos delimitada con una zona de esclerosis circunferencial. La cavidad es comúnmente radioluciente, pero ocasionalmente contiene un secuestro de esponjosa necrótica (5). En ocasiones aparecen algunas rarefacciones a lo largo de las ramas isquiopubianas adyacentes.

La radiografía es característica de un proceso inflamatorio crónico y lento, aunque no es específico.

Diagnóstico diferencial

Entre los diagnósticos diferenciales más importantes, pensamos que debe hacerse con:

Osteomielitis crónica del pubis: Han sido descritos por estafilococos, E. coli, pseudomona, aeruginosa y proteus (4). Aunque la osteomielitis de la sínfisis del pubis tiene síntomas y signos similares a los de las osteitis púbicas, sin embargo, es más típica su clínica progresiva con incremento de la destrucción ósea y separación de la sínfisis del pubis vista radiológicamente, siendo además frecuente el secuestro (7,8). El diagnóstico de esta entidad depende del aislamiento del organismo del pus si hay un absceso presente (4,7,8).

Osteitis del pubis: Se caracterizan por un dolor intenso en parte anterior distal pélvica, espasmo de los músculos aductores y rectos abdominales; sin embargo, la formación de absceso no ocurre.

La Rx presenta una marcada rarefacción de la pelvis en ambas caras de la sínfisis pubiana, erosión, cambios quísticos; pero no hay nunca alguna evidencia de cavitación del hueso, formación de secuestros, masas de tejidos blandos, así como calcificación de partes blandas (8).

Enfermedades articulares caracterizadas por inflamación de la sínfisis pubiana de éstas la espondilitis anquilopoyética, artritis reumatoide y artritis psoriásica, de larga evolución y en tratamiento con corticoides, pueden presentar esclerosis, erosión y resorción del pubis, combinadas con típicas anomalías en otros sitios.

El hematoma de los rectos puede cursar con una tumoración palpable según la extensión de la hemorragia, a nivel de abdomen inferior. Sin embargo, suele presentarse como un dolor agudo de inicio brusco.

La osteolisis del pubis, de la que se han descrito 70 casos en la literatura mundial, actualmente se tipifica como una nueva entidad diagnóstica, caracterizada por hallazgos radiológicos y cambios des-

tractivos rápidamente progresivos en las ramas del pubis, o sínfisis del pubis, en asociación frecuente con osteopenia y mujeres postmenopausicas (7,9). En ocasiones puede presentarse como una masa de partes blandas con calcificaciones (9). Histológicamente, la lesión comprende cambios reparativos, no inflamatorios, que incluye metaplasia de cartílago y hueso, así como tejido de granulación con patrón mixoide y angiomatoso.

Numerosos *tumores* pueden encontrar su localización a estos niveles, entre ellos destacan condroma periostal, osteocondromas, osteoblastomas, mieloma de células plasmáticas, metástasis óseas.....

La biopsia de la zona confirma el diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento con simple curetaje de la lesión y tratamiento específico con isoniacida, rifampicina y

etambutol durante 18-24 meses (5), ha dado resultados satisfactorios en los pacientes tratados por los autores revisados (2,3,4).

Sin embargo, según Debeyre (10) hay un declinar en el empleo del acto quirúrgico tras el advenimiento de los antituberculostáticos. Si bien es cierto puede ser útil:

- Para asegurar el diagnóstico, ya que muchas veces la punción bajo control radioscópico no siempre es concluyente (5).

- Para evacuar un absceso frío, siempre que no ha desaparecido tras tres meses de tratamiento o porque su volumen justifica el abordaje.

- Para restaurar la funcionalidad.

El diagnóstico precoz y tratamiento específico conlleva la curación del paciente, y si no es así la enfermedad puede proseguir su curso y complicarse. De ahí la importancia de su conocimiento y de pensar en ella en determinados casos clínicos.

Bibliografía

- 1.- Ker, M.B.: Tuberculosis of the pubic symphysis. J.R. Soc. Med. 1986, 79/7: 429-430.
- 2.- Martín Guinea, J., Muñoz López, J.L., Sevillano Gonzalez, L.: Tuberculosis osteoarticular en sínfisis del pubis. Nota Clínica. Rev. Orthop. Traum. 1989, 33IB, 6: 625-628.
- 3.- Moon, M.S., Ok, I.Y., Ha, K.Y., Sihm, J.C.: Tuberculosis of the ischiopubic ramus. A report of five cases. Int. Orthop, 1990, 14(2): 175-177.
- 4.- Nicholson, O.R.: Tuberculosis of the pubis. Report of eleven cases. J. Bone Joint Surg. 1958, 44B: 6-15.
- 5.- David-Chause, J.: Tuberculose osteo-articulaires des membres. Encycl. Méd. Chir. Paris. Appareil locomoteur. 1979, 1418A (10): 9.
- 6.- Olmos, V.S.: La tuberculosis del Pubis. En: Olmos, V.S. La tuberculosis del esqueleto. Ed. Científico-Médica, 1957: 267-268.
- 7.- Mcguigan, L.E., Edmons, J.P.: Pubic osteolysis. J. Bone Joint Surg. 1984, 66A: 127-129.
- 8.- Rosenthal, R.E., Spickard, W.A., Markham, R.D., Rhamy, R.K.: Osteomyelitis of the symphysis Pubis: A separate disease from osteitis de pubis. Report of three cases and review of the literature. J. Bone Joint Surg. 1982, 60A: 123-128.
- 9.- Brian McCarthy, M.D., Howard, D., Dorfman, M.D.: Pubic Osteolysis. A benign lesion of the pelvis closely mimicking a malignant neoplasm. Clin. Orthop. and Related Research. 1990, 251: 300-307.
- 10.- Debeyre, J.: Il reste peu d'indications chirurgicales dans le traitement des tuberculoses osseuses. Rev. Méd. 1972, 29: 3459-3466.