

mismo modo que en el caso de infarto miocárdico. La ecocardiografía es básica y decisiva para diagnosticar el traumatismo cardíaco, y debe ser realizada a todos los pacientes en los que se sospeche. Puede descubrir hematomas, derrames pericárdicos, alteraciones valvulares y aneurismas entre otras lesiones, y se trata de una técnica incruenta¹⁻⁴.

El manejo de los pacientes afectados de contusión cardíaca dependerá del grado de intensidad del compromiso hemodinámico que presenten: cuando no se produzca repercusión hemodinámica el paciente debe permanecer en reposo y monitorizado, sin actuaciones especiales y con tratamiento sintomático. Debe instaurarse tratamiento con antiarrítmicos si fuese necesario. Es preciso administrar fármacos inotrópicos si aparece repercusión hemodinámica. Es necesario anticoagular al paciente si se objetiva la presencia de trombo interventricular. La cirugía se reserva para casos de taponamiento o lesiones valvulares graves¹⁻⁵.

M. Galindo Dobón^a, C.A. Serrano Gállego^a, N. Busquets Vallbona^b y J. Majó Llopart^b

^aMédicos de Familia. Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco. Teruel.
^bResidentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente. Teruel. España.

Este trabajo ha sido presentado como comunicación en las cuartas Jornadas de Invierno de SEMES-Aragón, celebradas del 24 al 27 de febrero de 2003 en Formigal (Huesca).

1. Echevarría JR, San Román A. Evaluación y tratamiento de los traumatismos cardíacos. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:727-35.
2. Symbas PN. Traumatic heart disease. *Curr Probl Cardiol* 1991;16:537-82.
3. Van Wijngaarden MH, Karmy-Jones R, Talwar MK, Simonetti V. Blunt cardiac injury: a 10 year institutional review. *Injury* 1997;28:51-5.
4. Rosenthal MA, Ellis JI. Cardiac and mediastinal trauma. *Emerg Med Clin North Am* 1995;13:887-902.
5. Reif J, Justice JL, Olsen WR, Prager RL. Selective monitoring of patients with suspected blunt cardiac injury. *Ann Thorac Surg* 1990;50:530-2.

Artritis tuberculosa esternoclavicular

Introducción. La tuberculosis sigue siendo un problema de salud en nuestro país, manteniendo una elevada prevalencia. La localización más frecuente de la enfermedad tuberculosa es la pulmonar, y las formas extrapulmonares vienen a significar entre un 20 y un 30% del total de casos^{1,2}. La localización osteoarticular supone un 15% de los casos extrapulmonares, y afecta con frecuencia decreciente a la columna vertebral dorsolumbar, las caderas y las rodillas³, siendo en la actualidad la localización esternoclavicular muy rara. Se presenta un caso de artritis tuberculosa en la articulación esternoclavicular.

Caso clínico. Paciente de 75 años, diagnosticado de lupus eritematoso sistémico (LES) hacía 2 años y en tratamiento con corticoides sistémicos desde entonces, con dosis superiores a 20 mg/kg/día, cardiopatía isquémica, y afectado de silicosis pulmonar, de profesión minero, consumidor de más de 60 g/día de alcohol hasta hace 4 años y fumador de 15 cigarros/día. Fue derivado desde atención primaria con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, con baciloscopia de esputo positiva y posterior cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, por un cuadro de 2 meses de evolución con tos y expectoración, fiebre, astenia, pérdida de peso, anorexia, así como dolor en el hombro y la clavícula izquierdos, de características inflamatorias, acompañado de una tumoración dolorosa de 3 x 3 cm, adherida, levemente indurada y con discreto aumento de la temperatura. La radiografía de tórax mostraba un patrón intersticial con zonas de broncograma aéreo en ambos lóbulos superiores, la ecografía de la articulación esternoclavicular izquierda evidenciaba un engrosamiento y distensión de la cápsula articular con contenido heteroecogénico dentro de un seno hipoecogénico, fluctuante. Se puncionó la articulación, y en

Palabras clave: Tuberculosis ósea. Tuberculosis esternoclavicular. Formas extrapulmonares.

la muestra obtenida aparecieron abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes y el cultivo fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento con rifampirina, pirazinamida e isoniarida durante 6 meses. La evolución clínica fue favorable y no requirió desbridación quirúrgica.

Discusión y conclusiones. La artritis tuberculosa esternoclavicular representa aproximadamente el 1-2% de todos los casos de tuberculosis osteoarticular⁴. Las series publicadas más destacadas son Autzen⁵ con 10 casos de afección esternoclavicular descritos sobre un total de 100 casos de tuberculosis ósea, Goldblatt⁶ en una revisión de 449 casos de tuberculosis ósea halló 4 de afectación esternoclavicular, Davies et al⁷ describen un caso de una serie de 198 pacientes con tuberculosis ósea, Martini⁸ describe otro caso de lesión esternoclavicular de un total de 642 casos de tuberculosis ósea y, finalmente, Tuli⁹ de un total de 1.074 casos de tuberculosis ósea describe 4 de tuberculosis esternoclavicular. Puede aparecer junto a la enfermedad pulmonar, como en nuestro caso, o de manera aislada, y el inicio de los síntomas suele ser insidioso.

El dolor, localizado en la región cervical, el hombro o en la propia articulación, suele ser el síntoma inicial, y posteriormente aparecerá una tumoración en la articulación, la mayoría de los pacientes acuden a consultar en este estadio, y finalmente, si el proceso sigue evolucionando, puede fistularse a piel o incluso formar abscesos mediastínicos¹⁰⁻¹².

La radiografía convencional de la articulación aporta muy poca información, la ecografía es de gran utilidad, la tomografía computarizada y la resonancia magnética, en especial esta última, son las que mayor información aportan sobre el grado de destrucción articular y la extensión de la lesión a los tejidos cercanos. El diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio microbiológico.

Algunos autores recomiendan pautas de tratamiento prolongadas de 12 a 18 meses, pero en la mayoría de los casos 6 meses es suficiente¹³.

En definitiva, la tuberculosis ósea debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las

lesiones articulares u óseas, incluso en huesos tradicionalmente no afectados.

**R. Rodríguez Barrientos^a,
B. Moreno González^b,
J. Vidal Muñoz^b,
A. Noguero Asensio^b**

^aCentro de Salud Chopera. Alcobendas-Madrid. ^bServicio de Medicina Interna (V). Unidad de Aislamiento. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Cantoblanco. Madrid. España.

- Grupo de trabajo PMTI. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMTI). Med Clin (Barc) 2001;116:167-73.
- Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid 2000-2003. Documentos Técnicos de Salud Pública Nº 64.
- García Rodríguez JF, Lorenzo García MV. Infecciones por micobacterias. Medicine 2002;8:3.553-65.
- Torra R, Trilla A, Mensa J, Soriano E. Tuberculosis Esternoclavicular. Enf Infecc Microbiol Clin 1992;10:506.
- Autzen B, Eldberg JJ. Bone and joint tuberculosis in Denmark. Acta Orthop Scand 1988;59:50-2.
- Goldblatt M, Cremin BJ. Osteoarticular tuberculosis in coloured races. Clin Radiol 1978;24:669.
- Davies PD, Humphries MJ, Byfield SP, Nun AJ, Darbyshire JH, Citron KM, et al. Bone and joint tuberculosis. A survey of notificatios in Englan and Wales. J Bone Joint Surg 1984;66:326-30.
- Martini M. Tuberculosis of the bones and joints. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 1988; p. 149-50.
- Tuli SM. Tuberculosis of the skeletal system. New Delhi: Jay Pee Brothers Medical Publiser, 1993; p. 121-3.
- Dhillon MS, Gupta RK, Babadur R, Nagi ON. Tuberculosis of the sternoclavicular joints. Acta Orthop Scand 2001; 72:514-7.
- Yasuda T, Tamura K, Fujiwara M. Tuberculosis arthritis of the sternoclavicular joint. A report of three cases. J Bone Joint Surg Am 1995;77:136-9.
- Bezza A, Niamane R, Benbouazza K, El Maghraoui A, Lazrak N, Kettani M, et al. Tuberculosis of the sternoclavicular joint. Report of two cases. Rev Rhem Engl Ed 1998;65:791-4.
- Vidal Pla R, Rey Durán R, Espinar Martín A, De March Ayuela P, Melero Moreno C, Pina Gutiérrez JM, et al. Tratamiento y retratamiento de la tuberculosis. Recomendaciones SEPAR.

ANEXO 1.

