

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **47**

Número
Number **5**

Septiembre-Octubre
September-October **2004**

Artículo:

Tuberculosis ósea

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Caso clínico

Tuberculosis ósea

Leonardo Zamudio,¹ Guillermo Santín²

¹ Miembro Honorario de la SMO.

² Director Radioteca UNAM.

No queremos presentar éste como una historia clínica sino considerar algunos aspectos que acarreó el estudio del enfermo.

Es un individuo del campo mexicano, pobre, que actualmente cuenta 22 años y quien achaca sus males a que hace 7 años se cayó de un árbol, de una altura aproximada de 3 metros.

Estuvo en cama porque no podía caminar y le vinieron fiebres. Se le abrieron varias fistulas en las caras internas y anterior del muslo derecho e insiste en que le dolía muy poco.

Fue visto por muchos médicos en su pueblo, en Toluca y aquí en la ciudad de México. Nunca le tomaron radiografías y aunque lo llevaron a los grandes hospitales oficiales sólo le prescribían momentáneamente algo para el dolor el que él insistía no era muy grande y que no estaba allí para que lo inyectaran para eso.

Hace un poco más de 2 años lo atendí (LZ) por recomendación de otro médico quien tiene una casa de descanso cerca del pueblo donde habita esta familia.

Caminaba con dificultad y al examinarlo se encontró una cifosis acentuada lumbosacra y una fistula lumbar derecha. Al tomar radiografías se encontró una imagen muy poco frecuente (figura 1).

Una gran calcificación que salía de la columna invadía la pelvis y se consideró como un absceso tuberculoso calcificado. (Recuérdense las fistulas que se habían abierto y cerrado en el muslo (abscesos osifluentes). Además faltaba la quinta lumbar.

Se trató con antifímicos y la fistula que existía en región lumbar llegó a cerrar pero volvió a abrirse por lo que se decidió operarlo para ver qué tanto del absceso podría drenarse o aun quitar la parte calcificada.

Se utilizó una vía anterolateral sobre cresta ilíaca y se abordó la cara medial del ilíaco y así se llegó a la región del psoas en donde se encontró una gran masa calcificada, muy dura, adherida a los planos más profundos. Se consideró que sería muy riesgoso tratar de quitarla pues no había planos para disechar los grandes vasos. Se extrajo gran cantidad de material caseoso y se cerró. Se dejó canalización.

Mejoró y pudo caminar mejor. Continuó con antifímicos y otros antibióticos para evitar una infección secundaria.

Con el tiempo aumentó la cifosis lumbosacra y le vino eritema en la región. Se exploró quirúrgicamente sobre la línea media posterior y no se encontró absceso. Se decidió quitar las apófisis espinosas pues no podía acostarse boca arriba. Desgraciadamente se abrió la dura y durante tres meses persistió una fistula que daba salida a líquido cefalorraquídeo. Finalmente cerró.

A raíz de esta última operación presentó paresia de algunos músculos del miembro inferior derecho para lo que se prescribió una férula de polietileno que usó unos meses.

Actualmente no la usa y se desplaza con ayuda. Sólo ha quedado pie caído por paresia de los extensores.

Volvió a abrirse una fistula lumbar derecha.

Las consideraciones sobre el caso son las siguientes: ¿Cómo es posible que en varios años no se le haya tomado ni siquiera una radiografía? Lo aceptaría si sólo hubiera sido visto en su pueblo, pero fue dizque atendido en algunos de los grandes hospitales. La primera radiografía que se le tomó (figura 1) es impresionante.

No se puede ejercer la medicina sin cierto deseo de ayudar al prójimo o al menos tener alguna curiosidad, para aprender. Este enfermo de hecho casi no fue explorado.

Las radiografías son ilustrativas y al pasar 2 años se encuentra que la masa calcificada ha disminuido (figura 2) si



Figura 1. Lateral de columna lumbar. Gran calcificación que de las vértebras lumbares 4 y 5 se proyecta dentro de la pelvis. En medio de la misma hay una zona hueca.



Figura 2. La calcificación ha disminuido y prácticamente ha desaparecido el hueco. Restos de L4, no hay L5.

bien al hacerlo se puede apreciar que ha desaparecido la quinta lumbar y ha crecido el promontorio sacro.

Mirando las radiografías un ojo experto (GS) ha encontrado además: malformación de las vértebras lumbares desde la tercera, exuberancia de los procesos transversos desde L3 hasta L5 y costillas rudimentarias articuladas con ellos. Apófisis costiformes naciendo de las dos primeras sacras, siete vértebras sacras y 2 coccígeas, y algunas otras cosas que no vale la pena mencionar (figura 3).

Todo esto último adorna bien el caso pero por qué nadie se tomó la molestia de siquiera desvestir al enfermo y hacer el diagnóstico de tuberculosis.



Figura 3. AP de pelvis y de últimas lumbares. Véase texto.

Ésta sigue existiendo y en el hacinamiento en que viven muchas personas del campo y de las zonas periféricas de las ciudades es fácil el contagio y el médico está obligado a pensar en esa entidad.

Hace 40 años Alejandro Celis escribió sobre “Antropología de la pobreza” inspirado en los enfermos que concurrían al Hospital General de la SSA.

A pesar del tiempo que ha pasado y de los progresos logrados, creo que eso sigue vigente.

Reflexionemos.