

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodriguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

## NRO 547

Actualmente la tuberculosis (TBC) sigue siendo un importante problema de salud global. Su forma de presentación clínica es insidiosa y en ocasiones su diagnóstico puede ser difícil. El diagnóstico e inicio de tratamiento precoz son claves para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con la infección. En el diagnóstico, existen cuatro pilares fundamentales, la sospecha clínica, la prueba de la tuberculina, la radiología, y la bacteriología.

Aunque las manifestaciones de la TBC en general se limitan al tórax, la enfermedad puede afectar cualquier organo, particularmente en pacientes inmunodeprimidos, en los que a menudo compromete múltiples localizaciones extrapulmonares incluyendo al sistema musculoesquelético.

El **objetivo** de este trabajo es mostrar una serie de casos clínicos de pacientes con TBC extrapulmonar de localización musculoesquelética, evaluar los hallazgos imagenológicos, con la finalidad de brindar herramientas para sospechar el diagnóstico

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

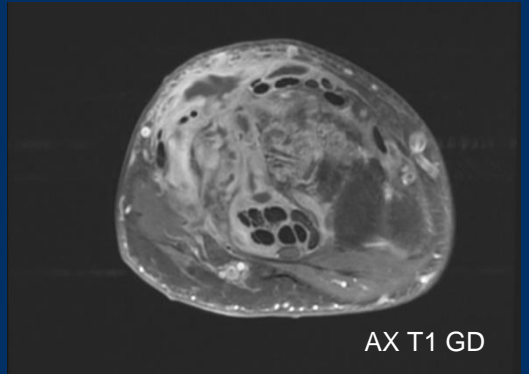
Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodríguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

**NRO 547**

## Casos clínicos:

Se presentan 4 casos de TBC ósea, una espondilodiscitis TBC cervical, una artritis de hombro, una tuberculosis de carpo y una forma poliarticular como Enfermedad de Poncet y una forma gomosa.

**Caso 1.** Paciente femenina, 54 años, HIV, dolor y Tumefacción de carpo izquierdo con limitación en rango de movimiento.



AX T1 GD



COR DPFS



COR T1 GD

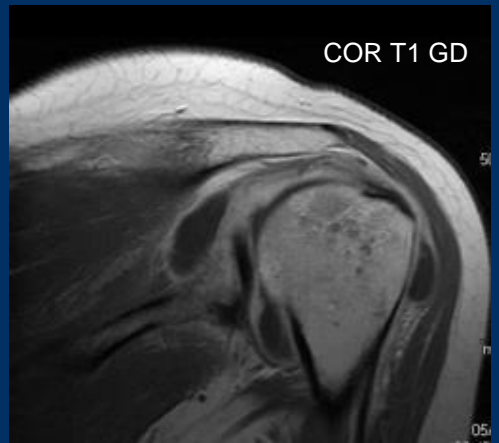
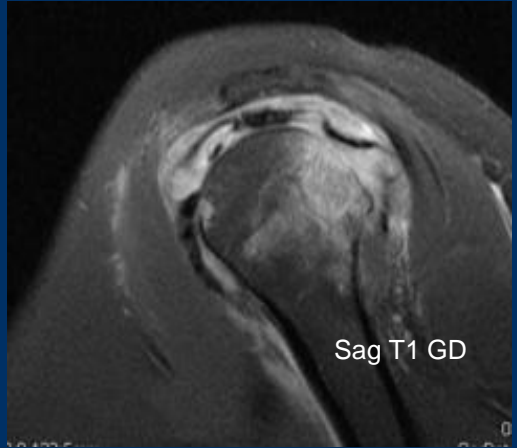
Signos de sinovitis que asocia erosiones óseas, con importante compromiso del hueso ganchoso y colecciones líquidas peritendinosas

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodríguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

**NRO 547**

**Caso 2.** Paciente femenina,  
49 años, AP LES, omalgia,  
limitación en abducción,  
sind. repercusión general



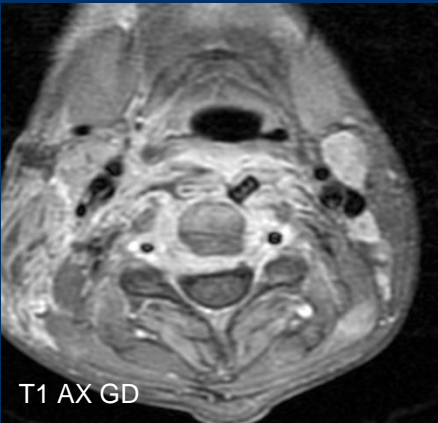
Sinovitis y colecciones en partes blandas, asociado a erosiones óseas

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodriguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

**NRO 547**

**Caso 3.** Paciente sexo,  
Masculino, 62 años,  
Diabetico tipo 2, cervicalgia,  
Astenia.



Destrucción del disco C4-C5 con compromiso de los cuerpos vertebrales, con extensas colecciones prevertebrales y epidurales

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

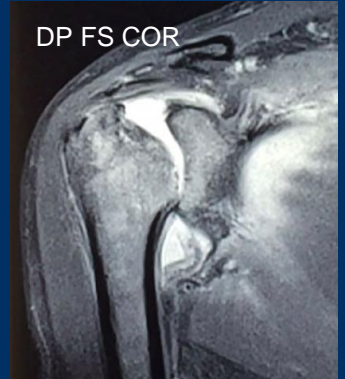
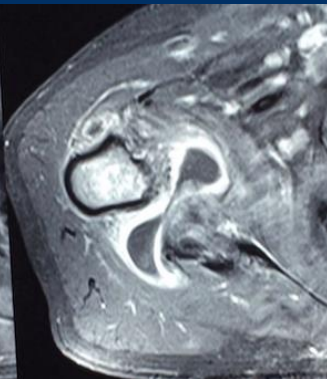
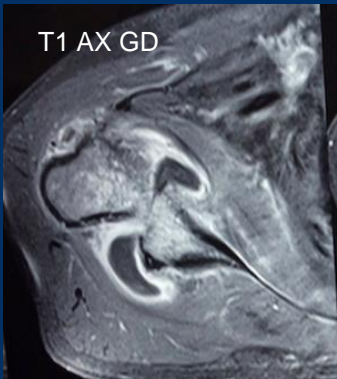
Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodríguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

**NRO 547**

**Caso 4.** Paciente sexo, femenino, 28 años, sind. Poliarticular 6 mese de evolución. Febril.



**Rx carpo:** desmineralización ósea, pinzamiento de espacios articulares y erosiones óseas configurando una carpititis



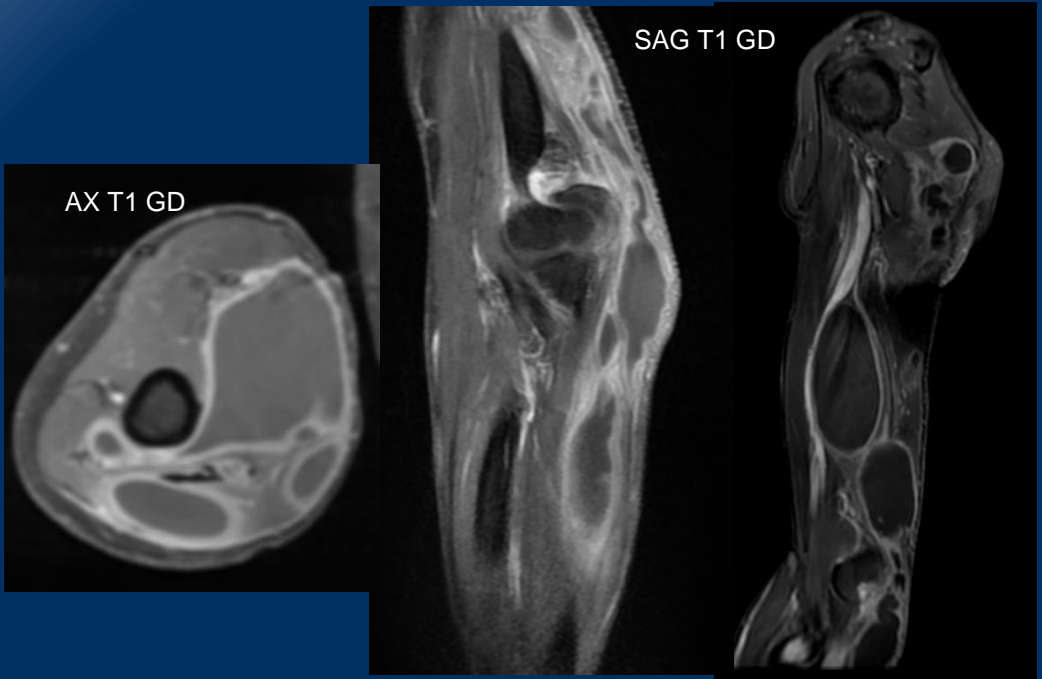
**RM hombro:** Sinovitis, colecciones periarticulares y erosiones

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodriguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

**NRO 547**

**Caso 6:** Sexo masculino, 58 años, múltiples tumoraciones en hombro, brazo y antebrazo, repercusión general, febrícula.



**RM:** Múltiples y extensas colecciones a nivel de partes blandas, sin compromiso óseo

Se realiza punción de una de las colecciones confirmándose infección por TBC.

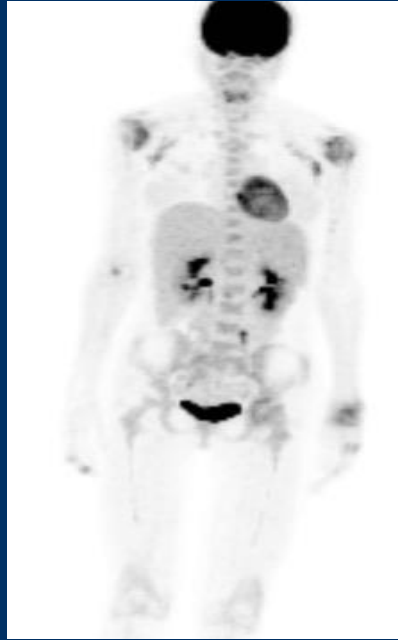
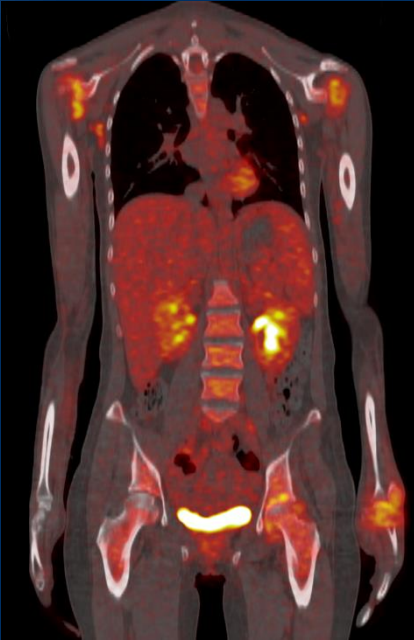
Los **abscesos fríos o gomas** son producto de la diseminación por vía hematogena de Micobacterias latentes.

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodriguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

**NRO 547**

**Caso 4.** Paciente sexo, femenino, 28 años, sind. poliarticular  
6 meses de evolución. Febril.



**PET/TC:** Fusion coronal y MIP con hipercaptación en ambos  
Hombros, cadera y carpo izquierdo, asociado a destrucción ósea.

Compromiso poliarticular con destrucción ósea  
rapidamente progresiva, que no respondió al tratamiento habitual.  
Se realizó estudio del líquido articular y biopsia de la sinovial del  
hombro donde se confirma artritis tuberculosa. Estos hallazgos son  
compatibles con **Enfermedad de Poncet**, entidad clínica poco  
frecuente en donde se observa artritis reactiva presente en pacientes  
con infección por M. Tuberculosis o M atípicas.

# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodriguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

## NRO 547

### DISCUSIÓN:

La tuberculosis (TBC) a pesar del paso de los años y del avance en La medicina, aun constituye una enfermedad con alta morbimortalidad. A pesar de los múltiples tratamientos instaurados todavía en estos tiempos siguen observándose casos de tuberculosis Diseminada. La TB extrapulmonar representa el 10-20% de todos los casos de TB en pacientes inmunocompetentes y hasta un 60% en pacientes con SIDA. La afectación osteoarticular se da entre el 1-3% de los pacientes tuberculosos, de los cuales sólo existe evidencia de enfermedad pulmonar activa en menos del 50%.

Se describen 5 síndromes de TB osteomuscular de los cuales el mas común es la espondilitis tuberculosa o mal de Pott (50%), seguido de artritis periférica (30%) y un grupo de menor frecuencia hasta 20 % que comprenden: la dactilitis , tenosinovitis y enfermedad de Poncet. Los signos orientadores son: gran destrucción ósea de segmentos involucrados, colecciones extensas de partes blandas y marcado compromiso y edema de las partes blandas adyacentes. A partir de las conclusiones diagnósticas imagenológicas muchas veces la punción de las colecciones es lo que permite arribar al diagnóstico.



# TUBERCULOSIS MUSCULOESQUELETICA ¿EXISTEN HALLAZGOS PARA SOSPECHARLA?

Dra V. Gigirey, Dra. L. Valuntas, Dra Verónica Gigirey - Dra.  
M. García Fontes, Dr. M. Rodríguez Parodi, Dra. E. Otero,  
Dr. B. Escudero

## NRO 547

### CONCLUSIÓN:

En los últimos tiempos se ha observado un aumento de la prevalencia de la TBC tanto en paciente inmunocomprometidos como en inmunocompetentes. Su diagnóstico sigue siendo un reto entre las enfermedades infecciosas.

La tuberculosis extrapulmonar ósea es una patología que en general no es sospechada, por lo que el radiólogo debe conocer los hallazgos de las diversas manifestaciones de la TBC para poder diagnosticarla. Esto puede basarse en el cuadro clínico infeccioso insidioso, marcada destrucción ósea y extensas colecciones y compromiso de partes blandas.

### BIBLIOGRAFIA:

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. Who Report 2011 Geneva: WHO; 2011 (citado 2012 May 29). Disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2011/es/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/es/index.html).
2. Lobato Z, Artigas S, Séculi JL. Abscesos cutáneos como forma de presentación de la enfermedad de Pott. An Pediatr (Barc). 2004; 61: 66-8.
3. Abu-Salem OT. Tuberculous abscesses of the quadriceps femoris muscle without osseous involvement. East Mediterr Health J. 2000; 6: 1136-8.
4. Korovessis P, Papadaki E, Repanti M, Stamatakis M. Latent solitary tuberculous psoas abscess 52 years after healed thoracolumbar tuberculous spondylitis. Spine (Phila Pa 1976). 1995; 20: 1709-12.
5. Rajapakse CD, Shingadia D. Tuberculous pyomyositis of the left quadratus lumborum. Arch Dis Child. 2006; 91: 512.
6. Sen RK, Tripathy SK, Deivaraju C, Das A. Isolated focal pyomyositis of teres minor: an unusual presentation of tuberculosis. Acta Orthop Traumatol Turc. 2011; 45: 276-9.
7. Sabat D, Kumar V. Primary tuberculous abscess of rectus femoris muscle: a case report. J Infect Dev Ctries. 2009; 3: 476-8.
8. Saika A, Kanno T, Ishiguchi T, Oka H, Shiotani A, Yamanishi T, et al. A case of the tuberculous abscess in the abdominal wall. Kansenshogaku Zasshi. 1997; 71: 540-4. ]